

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
und der Rheinessen-Fachklinik Alzey, Landeskrankenhaus AöR,
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Stationsklimavergleich zweier akutpsychiatrischer Stationen zwischen Mitarbeitern
und Patienten mit explorativer Analyse potenzieller Einflussfaktoren

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Nora Shahinas Elspaß
aus Mainz

Mainz, 2021

Wissenschaftlicher Vorstand:

1. Gutachterin:

2. Gutachterin:

Tag der Promotion:

12.07.2022

Für meine Eltern

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------|
| Abbildungsverzeichnis..... | IV |
| Tabellenverzeichnis..... | VIII |
| Abkürzungsverzeichnis | X |
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Literaturdiskussion | 8 |
| 2.1 Stationsklima in der Psychiatrie | 8 |
| 2.2 Methodische Erfassung des Stationsklimas | 12 |
| 2.2.1 Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)..... | 12 |
| 2.2.2 Weitere methodische Testverfahren..... | 13 |
| 2.3 Einflussfaktoren des Stationsklimas | 16 |
| 2.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen | 17 |
| 2.3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen..... | 17 |
| 2.3.3 Bauliche und soziale Rahmenbedingungen | 19 |
| 2.3.4 Therapeutische Rahmenbedingungen | 20 |
| 3 Material und Methoden..... | 29 |
| 3.1 Studiendesign | 29 |
| 3.2 Stationen | 30 |
| 3.3 Stichproben | 30 |
| 3.3.1 Patienten | 30 |
| 3.3.2 Mitarbeiter | 31 |
| 3.4 Messinstrumente | 31 |
| 3.4.1 Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)..... | 31 |
| 3.4.2 Strukturelle stationsbezogene Variablen | 35 |
| 3.4.3 Stationsbezogene Prozessvariablen | 36 |

| | | |
|---------|--|----|
| 3.4.3.1 | Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) | 36 |
| 3.4.3.2 | Fixierungsstatistik..... | 39 |
| 3.4.4 | Patientenbezogene Variablen | 39 |
| 3.4.4.1 | Elektronische Patientenakte..... | 39 |
| 3.4.4.2 | Clinical Global Impression Skala (CGI) | 40 |
| 3.4.4.3 | Global Assessment of Functioning (GAF) | 40 |
| 3.5 | Durchführung der Befragungen..... | 43 |
| 3.5.1 | Befragung der Patienten | 43 |
| 3.5.2 | Befragung der Mitarbeiter..... | 43 |
| 3.5.3 | Datenmanagement und Datenschutz..... | 44 |
| 3.6 | Auswertung und Datenanalyse | 44 |
| 3.6.1 | Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)..... | 44 |
| 3.6.2 | Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)..... | 45 |
| 3.6.3 | Clinical Global Impression Skala (CGI) und Global Assessment of Functioning (GAF) | 45 |
| 3.6.4 | Missing values..... | 45 |
| 3.6.4.1 | Datensammlung der Primärfragestellung..... | 45 |
| 3.6.4.2 | Datensammlung der Sekundärfragestellung | 46 |
| 3.6.4.3 | Datensammlung der Grundgesamtheit | 46 |
| 3.6.5 | Statistische Analyse | 47 |
| 3.6.5.1 | Einfache Verfahren zur Analyse von Unterschieden | 47 |
| 3.6.5.2 | Einfache Verfahren zur Analyse von Unterschieden und Interaktionen..... | 48 |
| 3.6.5.3 | Signifikanzniveau | 50 |
| 3.6.5.4 | Effektstärke (η^2)..... | 51 |
| 4 | Ergebnisse | 52 |
| 4.1 | Deskriptive Stations- und Stichprobencharakteristika | 52 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.1.1 | Deskriptive Darstellung der Grundgesamtheit..... | 52 |
| 4.1.2 | Deskriptive Darstellung der Patientenstichprobe..... | 62 |
| 4.1.3 | Deskriptive Darstellung der Mitarbeiterstichprobe..... | 83 |
| 4.2 | Stationsklimavergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten..... | 87 |
| 4.2.1 | Therapeutischer Halt..... | 88 |
| 4.2.2 | Zusammenhalt der Patienten..... | 90 |
| 4.2.3 | Sicherheitserleben auf Station..... | 93 |
| 4.2.4 | Globales Stationsklima..... | 95 |
| 4.3 | Zusammenhangsanalyse zwischen Einflussvariablen und gruppenabhängiger Bewertung des Stationsklimas..... | 96 |
| 4.3.1 | Strukturelle stationsbezogene Variablen..... | 98 |
| 4.3.2 | Stationsbezogene Prozessvariablen..... | 98 |
| 4.3.3 | Patientenbezogene Variablen..... | 99 |
| 5 | Diskussion..... | 101 |
| 5.1 | Methodenkritik..... | 106 |
| 5.2 | Schlussfolgerung..... | 117 |
| 6 | Zusammenfassung..... | 120 |
| 7 | Literaturverzeichnis..... | 122 |
| 8 | Anhang..... | 134 |
| 9 | Danksagung..... | 172 |
| 10 | Tabellarischer Lebenslauf..... | 173 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Essen Climate Evaluation Schema, Deutsche Fassung 2010, Fragebogen zur Erfassung des Stationsklimas | 33 |
| Abbildung 2: Essen Climate Evaluation Schema, Deutsche Version 2010, Auswertungsschlüssel..... | 34 |
| Abbildung 3: Ausführung zur Erfassung von Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie psychiatrischer Berufserfahrung durch Mitarbeiter (n = 36) | 35 |
| Abbildung 4: The Staff Observation Aggression Scale-Revised Englische Fassung, Formular zur Erfassung besonderer Vorkommnisse | 38 |
| Abbildung 5: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus deutsche Fassung 2017, Formular zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus | 42 |
| Abbildung 6: Mittelwert der Überbelegung auf Station durch alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit..... | 53 |
| Abbildung 7: Mittelwert der Überbelegung auf Station durch alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich..... | 54 |
| Abbildung 8: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19)..... | 55 |
| Abbildung 9: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) im Stationsvergleich..... | 56 |
| Abbildung 10: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19)..... | 57 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 11: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) im Stationsvergleich..... | 58 |
| Abbildung 12: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit..... | 59 |
| Abbildung 13: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich..... | 60 |
| Abbildung 14: Mittelwert der Aufenthaltsdauer von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit..... | 61 |
| Abbildung 15: Mittelwert der Aufenthaltsdauer von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich..... | 62 |
| Abbildung 16: Absolute Häufigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 63 |
| Abbildung 17: Absolute Häufigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 64 |
| Abbildung 18: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 65 |
| Abbildung 19: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 66 |
| Abbildung 20: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe..... | 67 |
| Abbildung 21: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von Patienten (n = 13) im Stationsvergleich | 68 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 22: Mittelwert der Anzahl der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe | 69 |
| Abbildung 23: Mittelwert der Anzahl der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich | 70 |
| Abbildung 24: Mittelwert der Dauer der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe | 71 |
| Abbildung 25: Mittelwert der Dauer der Fixierungen von Patienten (n = 13) im Stationsvergleich..... | 72 |
| Abbildung 26: Absolute Häufigkeit der Patientenherkunft (n = 112) als Gesamtgruppe | 73 |
| Abbildung 27: Absolute Häufigkeit der Patientenherkunft (n = 112) im Stationsvergleich..... | 74 |
| Abbildung 28: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe..... | 75 |
| Abbildung 29: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 75 |
| Abbildung 30: Absolute Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 76 |
| Abbildung 31: Absolute Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 77 |
| Abbildung 32: Absolute Häufigkeit der Weiterbehandlung von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 78 |
| Abbildung 33: Absolute Häufigkeit der Weiterbehandlung von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 78 |
| Abbildung 34: Absolute Häufigkeit der CGI-Skalenwerte am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 80 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 35: Absolute Häufigkeit der CGI-Skalenwerte am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 81 |
| Abbildung 36: Absolute Häufigkeit der Funktionsniveaus des GAF-Wertesystems am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe | 82 |
| Abbildung 37: Absolute Häufigkeit der Funktionsniveaus des GAF-Wertesystems am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich..... | 83 |
| Abbildung 38: Absolute Häufigkeit der Berufsgruppenzugehörigkeit von Mitarbeitern (n = 36) als Gesamtgruppe..... | 84 |
| Abbildung 39: Absolute Häufigkeit der Berufsgruppenzugehörigkeit von Mitarbeitern (n = 36) im Stationsvergleich..... | 85 |
| Abbildung 40: Mittelwert der psychiatrischen Berufserfahrung von Mitarbeitern (n = 27) als Gesamtgruppe | 86 |
| Abbildung 41: Mittelwert der psychiatrischen Berufserfahrung von Mitarbeitern (n = 27) im Stationsvergleich..... | 87 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tabelle 1: | Übersichtstabelle Hauptklassifikation nach ICD-10-GM..... | 40 |
| Tabelle 2: | Auswertung Therapeutischer Halt des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich | 90 |
| Tabelle 3: | Auswertung Zusammenhalt der Patienten des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich..... | 92 |
| Tabelle 4: | Auswertung Sicherheitserleben auf Station des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich..... | 95 |
| Tabelle 5: | Auswertung Globales Stationsklima des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich..... | 96 |
| Tabelle 6: | Auswertung ausgewählter Einflussvariablen von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit und im Stationsvergleich..... | 142 |
| Tabelle 7: | Auswertung stationsbezogener Prozessvariablen von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich..... | 144 |
| Tabelle 8: | Auswertung patientenbezogener Variablen (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich | 146 |
| Tabelle 9: | Mitarbeitercharakteristika (n = 36) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich..... | 148 |
| Tabelle 10: | Auswertung der gruppenabhängigen Klimabewertung (n = 148) in Abhängigkeit der Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten..... | 149 |
| Tabelle 11: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Überbelegung auf Station | 152 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Tabelle 12: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Anzahl der Fixierungen | 154 |
| Tabelle 13: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Dauer der Fixierungen..... | 155 |
| Tabelle 14: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientengeschlechts..... | 156 |
| Tabelle 15: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientenalters | 158 |
| Tabelle 16: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 86) in Abhängigkeit der Patientenherkunft | 159 |
| Tabelle 17: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten..... | 161 |
| Tabelle 18: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose | 163 |
| Tabelle 19: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer | 166 |
| Tabelle 20: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Anzahl von Voraufenthalten..... | 167 |
| Tabelle 21: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Weiterbehandlung | 168 |
| Tabelle 22: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der CGI-Gesamtpunktzahl | 170 |
| Tabelle 23: | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der GAF-Gesamtpunktzahl | 171 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| A. B.-D. | Anke Brockhaus-Dumke |
| Abb. | Abbildung |
| Abk. | Abkürzung |
| Abs. | Absatz |
| ANCOVA | Analysis of Covariance |
| ANOVA | Analysis of Variance |
| AöR | Anstalt des öffentlichen Rechts |
| Art. | Artikel |
| bzw. | beziehungsweise |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| CGI | Clinical Global Impression |
| DGPPN | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. |
| EssenCES | Essen Climate Evaluation Schema |
| et al. | et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum), et alia (Neutrum) |
| etc. | et cetera |
| e. V. | eingetragener Verein |
| F0 – F9 | Psychische und Verhaltensstörungen, Kapitel V, ICD-10-GM |
| GAF | Global Assessment of Functioning |
| GG | Grundgesetz |
| ICD-10-GM | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification |
| IMBEI | Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik |
| KH | Krankenhaus |
| KIS | Krankenhausinformationssystem |
| MANCOVA | Multivariate Analysis of Covariance |
| MANOVA | Multivariate Analysis of Variance |
| Mit. | Mitarbeiter |
| MW | Mittelwert |
| n | Anzahl der Stichprobe |
| N. E. | Nora Elspaß |
| n. s. | nicht signifikant |

| | |
|------------|--|
| Pat. | Patienten |
| PIA | Psychiatrische Institutsambulanz |
| PsychKG | Psychisch-Kranken-Gesetz |
| RLP | Rheinland-Pfalz |
| S. | Seite |
| SBB | Stationsbeurteilungsbogen |
| SEB | Stationserfassungsbogen |
| SD | Standardabweichung |
| SOAS-R | Staff Observation Aggression Scale-Revised |
| SPSS 25.00 | Statistical Package for the Social Sciences, Version 25.00 |
| StGB | Strafgesetzbuch |
| u. a. | unter anderem |
| vgl. | vergleiche |
| vs. | versus |
| WAS | Ward Atmosphere Scale |
| z. B. | zum Beispiel |

1 Einleitung

¹Die Psyche des Menschen, als Sinnbild der Individualität, umfasst das Sein, Denken, Fühlen und Handeln eines Jeden (Hecht & Desnizza, 2012, S. 4). Damit charakterisiert sie nicht nur einen Menschen, sondern macht aus ihm das was er ist – ein hochkomplexes Wunder. Sie verleiht ihm eine Persönlichkeit, die sich im Laufe des Lebens nicht nur durch Erlebnisse und Erfahrungen formt, sondern bietet die Chance, Dinge zu hinterfragen, ein kritischer Denker zu werden und problematische Konstellationen durch neue fortschrittliche Prozesse zu ersetzen. Denn genau das unterscheidet ein empathisches, intelligentes Wesen von einfach strukturierten Maschinen – seine ‚bewusste‘ Seele.

Die Psychologie als empirische Wissenschaft beschäftigt sich mit der Multidimensionalität der Psyche. Zentraler Bestandteil dieser Forschung ist es, das Erleben und Verhalten des Menschen zu beobachten, darzustellen und Erklärungsansätze für häufig auftretende stereotype Muster zu entwickeln (Hecht & Desnizza, 2012, S. 6). Um ein basales Verständnis grundlegender Schwerpunkte aufbauen zu können, ist die Betrachtung und Klärung wesentlicher Begriffsdefinitionen sinnvoll. Zum einen bezeichnet das Verhalten bestimmte nach außen stets sichtbare Handlungsweisen, die aufgrund emotionaler, kognitiver und impulsiver Einflüsse entstehen (Hellhammer & Ehlert, 1999, S. 412). Aufgrund dessen ist eine ganzheitliche Betrachtung unter Einbeziehung unterschiedlicher objektiver Rahmenbedingungen nötig, um eine adäquate Beurteilung individueller oder gruppenspezifischer Ereignisse zu ermöglichen. Zum anderen stellt das Erleben ein inneres Abbild subjektiver Bewusstseinsempfindungen dar, die entweder intrapsychisch oder im Kontext zu äußeren Umgebungsfaktoren entstehen (Wenninger et al., 2000). Auf dieser Grundlage wird nicht nur die menschliche Komplexität, sondern auch der prägende Einfluss innerer und äußerer Faktoren auf die Psyche und damit das Denken, Fühlen und Handeln deutlich.

Aus diesem Grund untersuchen Teilbereiche der Grundlagenpsychologie die Frage, welche beeinflussenden Komponenten maßgeblich für das Verhalten einer Person

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen weiblich, männlich und divers verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

verantwortlich sind. Dagegen konnte weniger auf das individuelle Erleben Bezug genommen werden, da das Merkmal der Immaterialität eine wissenschaftliche Erfassung erheblich erschwert.

Im Einzelnen wird in der Lernpsychologie die Verhaltensänderung in Abhängigkeit von erlerntem Wissen, Eigenreflexion sowie positiven und negativen Erfahrungen untersucht (Hellhammer & Ehlert, 1999, S. 411 – 427; Schalast & Redies, 2005, S. 13). Die biologische Psychologie stellt dagegen sowohl die physischen und psychischen Einflussfaktoren (Schalast & Redies, 2005, S. 13) als auch deren Wechselwirkung in den Vordergrund (Schröger, 2010, S. 9 – 34). Die differentielle Psychologie setzt den Fokus wiederum auf körperliche und seelische Unterschiede von Einzelpersonen und Gruppen (Schalast & Redies, 2005, S. 13; Stemmler et al., 2016, S. 19 – 21). Schlussendlich analysiert die Umweltpsychologie dynamische Verhaltensanpassungen auf Grundlage von Umgebungsfaktoren, wie z. B. struktureller, baulicher und sozialer Art (Ittelson et al., 1970). Von allen vier vorgestellten Bereichen der Psychologie erscheint dieser Zusammenhang sehr logisch und einfach nachvollziehbar. Womöglich deshalb, weil bereits viele bedeutende Erkenntnisse menschlicher Forschung auf der Grundlage von Umgebungsfaktoren entstanden sind und sich infolgedessen gerade diese Betrachtungsweise mehrfach bewährt hat. Ein Paradebeispiel stellt die Evolutionstheorie von Charles Darwin dar, in der er die natürliche Selektion von Lebewesen als Adaptationsprozess an verschiedene Umwelteinflüsse beschreibt (Darwin, 1872).

Letztendlich handelt es sich um eine komplexe Zusammensetzung dynamischer Faktoren, die das Erleben und das Verhalten von Menschen nicht nur beeinflussen, sondern gleichzeitig definieren.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund nicht nur ein Individuum, sondern eine Personengruppe, entsteht durch multiperspektivische Einflussvariablen und gruppendynamische Wechselbeziehungen eine einzigartige soziale Atmosphäre und daraus resultierende Verhaltens- und Handlungsweisen. Überträgt man dieses Gedankenkonstrukt auf psychiatrische Kliniken, betrachtet man nicht nur eine außergewöhnliche Kohortenkonstellation aus psychisch schwer Kranken und einem multiprofessionellen Team, sondern vor allem ein komplexes stationäres Klima, das im Wesentlichen durch besondere Rahmenbedingungen der psychiatrischen Klinik geprägt ist. Dabei stellen gerade geschützte Stationen einen speziellen Umgebungsrahmen dar. Neben gewöhnlichen strukturellen, baulichen und sozialen Komponenten eines Krankenhauses, sind strukturelle, rechtliche und therapeutische

Einflussfaktoren von Bedeutung. Durch sie treten ethisch-moralisch Aspekte wie Patientenautonomie und ärztliche Fürsorgepflicht bzw. ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie und patientenzentrierte Therapieformen in ein schwieriges Spannungsfeld. Unter diesen Umständen erscheint es nicht verwunderlich, dass ein „problematisches Milieu“ (Schalast, 2014; Schalast & Sieß, 2018, S. 242) entstehen kann, das erhebliche Auswirkungen auf die Patienten-Personal-Wechselwirkung (Müller et al., 2017; Roper & Anderson, 1991), die Mitarbeiterbelastbarkeit (Schalast & Sieß, 2018) und den Therapieerfolg (Kunze, 2007; Sollberger & Lang, 2013) haben kann.

Umso wichtiger ist es, potenziell kritische Einflussfaktoren zu erkennen, sie methodisch zu erfassen und auf Interaktionsstärke zu überprüfen. Denn allein durch adäquate Untersuchungen ist es einerseits möglich, moralisch untragbare Defizite aufzudecken, und andererseits grundlegende Reformierungen einzufordern. So konnten bereits in der Vergangenheit durch eine Vielzahl an wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Publikationen bedeutende Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Umgebungsbedingungen und schwierigem sozialen Milieu aufgezeigt werden, die in Kapitel 2.3 näher betrachtet werden. Durch das kritische Auseinandersetzen verschiedener Wissenschaftler mit dieser Thematik wurde ein sozialpolitischer Umdenkprozess in Gang gesetzt, der eine fundamentale Umgestaltung psychiatrischer Rahmenbedingungen auslöste.

Hierbei wurde ein patientenzentriertes Klima in den Mittelpunkt gestellt, dass durch diverse politische Reformen unterstützt wurde (Kunze, 2007; Sollberger & Lang, 2013). Neben der Reduktion reglementierender Maßnahmen und dem Aufbau innovativer Therapiekonzepte (Sollberger & Lang, 2013) wurde vor allem die „Emanzipation“ (Sollberger & Lang, 2013, S. 2) und Selbstbestimmung (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012, S. 3 – 6) des Patienten gefördert. Dabei wurde die Therapiestrategie möglichst individuell an die Patientenwünsche angepasst, sodass ein größtmöglicher persönlicher Nutzen und Behandlungserfolg resultierten. Weiterhin konnten, neben einem therapeutischen Wirkungseffekt, auch institutionelle Prozessabläufe verbessert werden. Durch den adäquaten Einsatz therapeutischer Gespräche wurden nicht nur eine zeitliche Ersparnis und Kostensenkung für Leistungsträger verzeichnet (Kunze, 2007), sondern auch die Patientenzufriedenheit und -genesung im Qualitätsmanagement als zentrale Messgrößen zur Erfassung der Therapiequalität angesehen (Druss et al., 1999).

Gleichzeitig wurde der Fokus auf ein mitarbeiterzentriertes Klima gelegt und damit die Betrachtungsweise einer optimalen sozialen Atmosphäre um einen zentralen Aspekt erweitert. Denn nicht nur Patienten allein, sondern vielmehr die dynamischen Wechselbeziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten sind maßgeblich an einer erfolgreich funktionierenden Station beteiligt. Dabei konnte gezeigt werden, dass eine Korrelation zwischen der Behandlungsqualität des Patienten und der Mitarbeiterzufriedenheit vorliegt (Grembowski et al., 2005). Aufgrund dessen mussten validierte Wege zur Erfassung des Mitarbeiterempfindens gefunden werden, um frühzeitige Schwankungen festzustellen und durch Interventionen eine Abnahme der Mitarbeiterzufriedenheit verhindern zu können. Bis heute stellen im Wesentlichen die Wahrnehmung des Stationsklimas (Røssberg & Friis, 2003; Schjødt et al., 2003; Tuveson et al., 2011) und die Einschätzung der eigenen (Mitarbeiter-)Zufriedenheit (Ward & Cowman, 2007) gängige methodische Testverfahren dar.

Insgesamt konnte durch kritische Betrachtung stationärer Rahmenbedingungen und diverser Forschungsarbeiten eine umfassende Umgestaltung der Psychiatrie auf Basis patienten- und mitarbeiterzentrierter Grundsätze ermöglicht werden. Im Allgemeinen ist damit eine kritische Betrachtungsweise eines Jeden, nicht nur im Hinblick auf Umgebungsprozesse, sondern auch im alltäglichen Leben, von unermesslich großem Wert, um eine fortschrittliche Entwicklung zu erreichen.

Dennoch warf die Öffnung der Psychiatrie einen neuen schwierigen Diskurs auf, der das wohlbekanntes ethisch-moralische Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht sowie ordnungspolitischer Funktion und individualisierten Therapieformen erneut konfrontierte. Zum einen stellte sich die Frage, ob die gesetzmäßig vorgeschriebene Schutzfunktion vor Eigen- und Fremdgefährdung, trotz Fokussierung der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten, weiterhin adäquat durchführbar sei (Heinze, 2013). Zum anderen sollten jedoch Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2010). Daneben eröffneten Konfliktsituationen mit stark angespannten und uneinsichtigen Patienten, die nicht durch eine im Konsens zwischen Behandler und Patient getroffene Therapiemethode zu beruhigen waren und eine Gefährdung für sich oder andere darstellten, eine problematische Notlage. Einerseits würde durch eine evidenzbasierte medikamentöse Zwangsbehandlung der Ausnahmezustand des Patienten gebessert werden, andererseits die therapeutische Fürsorgepflicht über die Patientenautonomie gestellt werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und

Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2014). Dieses Dilemma wird in Kapitel 2.3.4 der vorliegenden Dissertation verdeutlicht.

Darüber hinaus erschweren sozialgesellschaftliche Vorurteile den Öffnungsprozess der Psychiatrie in erheblichem Ausmaß (Sollberger & Lang, 2013). Denn nur durch Verankerung neuer Denk- und Handlungsweisen in der Gesellschaft wird eine erforderliche Umsetzung neuer Reformen überhaupt möglich. Deshalb ist es umso wichtiger, trotz langwieriger und zeitaufwändiger Entwicklungsvorgänge, neue Sichtweisen zu etablieren.

Zusammenfassend haben objektive Rahmenbedingungen große Auswirkungen auf das soziale Klima und letztendlich auch auf ein erfolgreiches Miteinander, Therapieerfolg und allgemeiner Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. Trotz umfangreicher Verbesserungen kann schlussendlich ‚der‘ optimale Lösungsweg, aufgrund diverser ethisch-moralischer Schwierigkeiten, nicht gefunden werden. Vielmehr sind eine regelmäßige Erfassung des Stationsklimas und seiner Einflussfaktoren wichtig, um zumindest eine Annäherung an das Optimum gewährleisten zu können.

Vor diesem Hintergrund wurde daher eine Studie zum Thema Stationsklimavergleich in der Wahrnehmung von Mitarbeitern und Patienten zweier akutpsychiatrischer Stationen durchgeführt. Zentraler Schwerpunkt der primären Fragestellung war es, die subjektive Wahrnehmung der stationären Atmosphäre von Mitarbeitern und Patienten zu erfassen. Als validiertes Messverfahren wurde der EssenCES-Fragebogen verwendet, der das Stationsklima in drei Subthemen untergliedert und erfasst: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station. Anschließend interessierte in der Sekundärfragestellung, ob ausgewählte harte und weiche Umgebungsfaktoren einen signifikanten Einfluss auf die unterschiedlichen Klimaeinschätzungen von Mitarbeitern und Patienten haben. Dabei lag der Fokus auf umweltpsychologischen Zusammenhängen, die im Vergleich zu den anderen drei grundlagenpsychologischen Teilbereichen methodisch erfassbar sind. Damit war es möglich, mit Hilfe statistischer Rechenoperationen die Einflussnahme umweltpsychologischer Bedingungen auf das soziale Milieu zu überprüfen.

Letztendlich wurden aus der Vielzahl der auf das Stationsklima einwirkenden Umweltbedingungen, in Anlehnung an das wissenschaftliche Forschungsprojekt von

Schalast und Sieß (2018), einige bewährte Faktoren in die Studie einbezogen. Dabei handelt es sich um:

- **strukturelle stationsbezogene Variablen:** Überbelegung auf Station, Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit der Mitarbeiter, psychiatrische Berufserfahrung der Mitarbeiter
- **stationsbezogene Prozessvariablen:** Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse (SOAS-R), Anzahl und Dauer von Fixierungen
- **patientenbezogene Variablen:** Stationszugehörigkeit, Geschlecht, Alter in Jahren, Herkunft des Patienten, Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme, Hauptdiagnose nach ICD-10-GM, Dauer des Aufenthaltes in Tagen, Voraufenthalte, Weiterbehandlung, allgemeiner Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung (CGI) und allgemeines Funktionsniveau (GAF) zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Das kurzfristige Ziel dieser Studie war es, als Basisuntersuchung im Sinne einer Machbarkeitsstudie statistisch bedeutsame Unterschiede in der Klimabewertung von Mitarbeitern und Patienten herauszuarbeiten. Daneben sollten strukturelle, prozessbezogene und patientenbezogene Umweltfaktoren aufgezeigt werden, die signifikanten Einfluss auf die unterschiedliche Wahrnehmung des Stationsklimas hatten. Langfristig sollen diese Erkenntnisse als Grundlage für weitere *Follow-up-Studien* dazu dienen, gezielte Veränderungen der Rahmenbedingungen vorzunehmen, um einerseits das soziale Milieu zu optimieren und andererseits eine bessere Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu ermöglichen.

Dazu wurden bei der Formulierung der Hypothesen in Absprache mit dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz jeweils folgende Nullhypothesen gewählt:

1. Mitarbeiter und Patienten unterscheiden sich nicht in der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich seiner Subthemen: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station.

2. Mitarbeiter und Patienten unterscheiden sich nicht in der subjektiven Wahrnehmung und Globalbewertung des Stationsklimas.

3. Die strukturellen stationsbezogenen Variablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

4. Die stationsbezogenen Prozessvariablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

5. Die patientenbezogenen Variablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

2 Literaturdiskussion

2.1 Stationsklima in der Psychiatrie

Das Leben eines Individuums ist ein komplexer fortschreitender Prozess voller Entwicklungen, Fortschritte, Lernprozesse und Adaptationen an die Umwelt. Mit Hilfe einer Vielzahl wissenschaftlicher Modelle wird versucht, diese Komplexität zu erfassen, zu analysieren und sogar zu optimieren. Dabei beruhen die Theorien allerdings mehr oder weniger auf einer Reduktion beeinflussender Faktoren, wobei gerade die ganzheitliche Betrachtung, der Blick über den Tellerrand, den entscheidenden Faktor des Begreifens darstellt.

Das biopsychosoziale Modell, das im Wesentlichen von Bertalanffy und Weiss geprägt wurde (Egger, 2005), betrachtet den Menschen in Gesundheit und Krankheit als Einheit von Körper und Geist und kommt einer ganzheitlichen Betrachtung nahe. Dabei spielen nicht nur die physische und psychische Komponente eine führende Rolle, sondern auch das soziale Umfeld. Dieses ganzheitliche Konzept ist eine der gegenwärtig bedeutsamsten Theorien, mit der der Mensch erklärbar und verstehbar wird (Egger, 2008).

Allerdings erscheinen diese drei Säulen als stetig dynamisches Geschehen, sodass eine ständige Änderung des Ganzen jederzeit erfolgt (Egger, 2005). Ein abschließendes Ergebnis ist demnach zwar nicht möglich, eine kontinuierliche Analyse und kritische Verbesserung der Einflussfaktoren aber schon.

Betrachtet man stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells erhält das Stationsklima, als soziales Umfeld, neben der Erkrankungsschwere des Patienten eine besondere Bedeutung. Von den drei Grundpfeilern der biopsychosozialen Theorie ausgehend ist es nicht nur der greifbarste, sondern auch modifizierbarste Parameter.

Setzt man sich mit dem Begriff Stationsklima auseinander, beschreibt Schalast es, im Konsens zur ganzheitlichen Betrachtung, als Interaktion zwischen „materiellen, sozialen und emotionalen Bedingungen (...), die im Laufe der Zeit die Stimmung, das Verhalten und das Selbstkonzept der beteiligten Personen beeinflussen kann“ (2016, S. 5). Anders betrachtet ist an eine Vielfalt von bedeutenden Komponenten zu denken, die maßgeblich zum psychischen Wohlbefinden und zur Genesung des Patienten beitragen.

Retrospektiv galt das soziale Klima, gerade in der Forensik, als wichtiges „sozial- und umweltspsychologisches Forschungsthema“ (Schalast & Redies, 2005, S. 7). Mit der Gründung der ersten ‚Staatsirrenanstalt‘ in Zwiefalten im Jahre 1812 wurde ein strenges reglementierendes Wertesystem etabliert, welches von starren Stationsregeln und geradsinniger Hierarchie geprägt war (Roth, 1999, S. 86 – 87). Diese Maxime, so erhoffte man sich, sollte einen therapeutischen Effekt aufweisen (Roth, 1999, S. 86 – 87). Ein Blick auf historische Daten verrät allerdings, dass es anstelle der gewünschten Wirkung zur Entwicklung eines problematischen Milieus kam (Steinert, 2008). Konkret soll ein therapiewidriges Klima kennzeichnend für die Forensik gewesen sein (Schalast & Redies, 2005, S. 14).

Auch nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1949, welche auf dem Fundament einer parlamentarischen Demokratie entstand, zeichnete sich lange Zeit die Geschichte der Psychiatrie durch ein inakzeptables undemokratisches Grundmilieu aus. In den 1970er Jahren wurde von der Bundesregierung eine unabhängige Sachverständigenkommission beauftragt, um die psychiatrischen Verhältnisse zu erfassen. Dabei wurden im Zwischenbericht des Jahres 1973 „unbefriedigende Zustände“ (Bundestagsdrucksache 7/1124: Unterrichtung durch die Bundesregierung der 7. Wahlperiode, 1973, S. 4) bestätigt. Eine grundlegende Reformänderung war infolgedessen, vor allem vor dem Hintergrund der repräsentativen Demokratie, durch den Rechtsstaat unumgänglich. So wurde im September des Jahres 1975 die Psychiatrie-Enquête ausgearbeitet, in der auf eine umfangreiche Umstrukturierung und Neugestaltung psychiatrischer Kliniken und Ambulanzen hingewiesen wurde. Dabei sollten vor allem „gemeindenahere Versorgungsstrukturen“ (Bühning, 2001, S. A301) etabliert werden, um eine wohnortnahe ambulante und stationäre Versorgung zu gewährleisten, bessere „Aus-, Weiter- und Fortbildungen“ (Bundestagsdrucksache 7/4200: Unterrichtung durch die Bundesregierung der 7. Wahlperiode, 1975, S. 324 – 354) für Mitarbeiter umgesetzt werden, um eine humane therapeutische und pflegerische Betreuung sicherzustellen, und eine „sozialrechtliche Gleichstellung“ (Bühning, 2001, S. A304) psychischer und somatischer Erkrankungen anerkannt werden, um eine äquivalente Finanzierung von Leistungsträgern sicherzustellen und den gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozess zu durchbrechen. Obwohl durch die Psychiatrie-Reform der Grundstein für Erneuerungen gelegt wurde, konnten lediglich „Teillösungen erreicht“ (Bühning, 2001, S. A307) werden. Während eine flächendeckende regionale Grundversorgung psychisch Erkrankter weitgehend ermöglicht wurde, konnte die

Umsetzung einer sozialrechtlichen Chancengleichheit und Veränderung gesellschaftlicher Etikettierung am wenigsten realisiert werden (Bühning, 2001). Daneben wurden von Leygraf (1987, S. 231 – 237) ein deprimierender Gesamteindruck sowie desolate Unterbringungs- und Behandlungsbedingungen beschrieben.

Von wissenschaftlicher Seite wurde diese Stagnation der psychiatrischen Zustände vehement abgelehnt und der Ruf nach Verbesserungen deutlich. Eine patientenzentrierte Grundatmosphäre, die die Eigenverantwortlichkeit der Patienten fördern und neue Perspektiven aufzeigen soll (Schalast & Redies, 2005, S. 14), fand dabei große Resonanz in der Literatur.

So wurden durch das neue Maßregelvollzugsgesetz in den 1980er Jahren 80 Millionen Deutsche Mark zur Verbesserung der baulichen Rahmenbedingungen gewährt (Drucksache 10/5251: Antwort der Landesregierung Nordrhein-Westfalen der 10. Wahlperiode, 1990). Außerdem wurde, aufgrund von Mangel an Therapieplätzen und Verweigerung der Kommunen, neue Gebäude für den Maßregelvollzug zu bewilligen, ein Gesetzesentwurf zur Übertragung der Entscheidungsgewalt auf das Land entworfen und später bewilligt (Drucksache 12/3728: Landesregierung Nordrhein-Westfalen der 12. Wahlperiode, 1999). Damit konnten Länder, aufgrund ihres Sonderbaurechts, der Kapazitätsüberlastung entgegenwirken. Auch eine Öffnung der Psychiatrie (Sollberger & Lang, 2013), nicht nur baulich, sondern auch im Sinne eines soziokulturellen Umdenkens, gehörte zu den bahnbrechenden Denkanstößen.

Neben den strukturellen Innovationen wurden auch personelle Veränderungen bewilligt. Neben besseren Aus- und Fortbildungsangeboten für Mitarbeiter, Team-supervisionen und verbesserten Behandlungsstrategien (Schalast & Redies, 2005) wurde, insbesondere durch die Psychiatrie-Reform im Jahre 2007, eine patientenfokussierte Krankenhausbehandlung mit effizienterem therapeutischen Nutzen und verminderten Kosten für Kostenträger gefördert (Kunze, 2007). Dabei sollte vor allem der Patientenwille gestärkt und in Therapieentscheidungen miteinbezogen werden (Sollberger & Lang, 2013).

Trotz aller umwälzenden politischen Entscheidungen, wurden jedoch auch in wissenschaftlichen Publikationen Verschlechterungen in den letzten Jahrzehnten aufgezeigt.

Ein ausschlaggebender Aspekt war die mangelnde Umsetzung der Reformen. Zum einen blieben weiterhin Eingangstüren der Akutpsychiatrie häufig verschlossen

(Sollberger & Lang, 2013), zum anderen rückte ein ethisch-ordnungspolitischer Diskurs immer mehr in den Vordergrund. Dabei stellte sich die Frage, ob die Ordnungsfunktion der Psychiatrie bei Öffnung der Türen weiterhin gewährleistet sei (Heinze, 2013; Sollberger & Lang, 2013) und ob sie ihrer Vollversorgungsfunktion ausreichend im ausschließlich offenen Rahmen nachkommen könne (Heinze, 2013). Daneben erhält man in Literaturrecherchen den Eindruck, dass das Ziel einer partizipativen Entscheidungsfindung mit vermehrtem Mitbestimmungsrecht der Patienten in der Psychiatrie im Vergleich zu anderen Fachbereichen der Humanmedizin deutlich weniger berücksichtigt wurde (Sollberger & Lang, 2013). Auf Grundlage des *shared decision-making* sollte vor dem Hintergrund früherer starrer Norm- und Wertesysteme der Psychiatrie ein Umdenken hinsichtlich gerichtlicher Unterbringungen und freiheitsentziehender Maßnahmen entstehen.

Trotz grundlegender politischer Umgestaltung wurden bei bis zu über 80,0 % der Patienten auf akutpsychiatrischen Stationen weiterhin Zwangsmaßnahmen, beginnend mit der Verwahrung persönlicher Gegenstände bis hin zur Fixierung und Isolierung, festgestellt (Sollberger & Lang, 2013). Es resultierte ein Spannungsfeld zwischen dem politischen Willen einer patientenzentrierten, empathisch-offenen Psychiatrie und ihrer zum Teil freiheitsentziehenden Versorgungsmaßnahmen (Sollberger & Lang, 2013, S. 313). Darüber hinaus erschwert bis heute die tiefverwurzelte soziokulturelle Stigmatisierung psychiatrisch Erkrankter das neue Weltbild einer offenen, zugänglichen Psychiatrie (Sollberger & Lang, 2013). Dies kann im Wesentlichen mit einem reformierten aufgeschlossenen Norm- und Wertesystem von Kindesalter an erlernt und durch einen langjährigen Prozess des Umdenkens erarbeitet werden.

Außerdem wurde eine steigende Anzahl an Unterbringungen, vor allem im Maßregelvollzug, festgestellt (Schöttle & Gallinat, 2017; Seifert et al., 2001). Dies könnte durch einen gesellschaftlichen Trend, ungewöhnliches normabweichendes Verhalten weniger zu akzeptieren, erklärbar sein (Müller & Josipovic, 2003). Weitere Erklärungsansätze sind zum einen ein Mangel an ambulanten Behandlungsalternativen (Lorant et al., 2007), zum anderen unzureichende Weiterbehandlungen, vor allem im Rahmen des Home-Treatments und sozialpsychiatrischer Dienste für Patienten mit Demenzen (Juckel & Haussleiter, 2015).

Im Hinblick auf steigende Fallzahlen geben Seifert et al. (2001) einen Rückschritt patientenorientierter Therapiestrategien und eine Verschlechterung des sozialen Klimas zu bedenken.

Insgesamt wird eine fluktuierende Entwicklung des Stationsklimas deutlich, die von vielen Autoren in diversen Sichtweisen aufgezeigt wird. Allerdings mangelt es letztendlich an empirischen Wissenschaftsarbeiten, die sich intensiv mit Veränderungen des Stationsklimas auseinandersetzen (Schalast & Redies, 2005, S. 15).

Vor diesem Hintergrund wurde das aktuelle Thema der Studie gewählt und die Wahrnehmung des Stationsklimas zweier akutpsychiatrischer Aufnahmestationen erfasst und zwischen Mitarbeitern und Patienten verglichen.

In Zukunft wäre eine ganzheitliche, stets kritische Betrachtung wünschenswert. Hierbei sollte der Fokus nicht nur auf politische, soziale, kulturelle oder strukturelle Bedingungen gelegt, sondern vielmehr das Gesamtkonzept, ähnlich des biopsychosozialen Modells, fortlaufend reevaluiert und an neuen Erkenntnissen angepasst werden.

2.2 Methodische Erfassung des Stationsklimas

Um eine sinnvolle aussagekräftige Analyse des Stationsklimas durchführen zu können, müssen qualitativ hochwertige Messverfahren entwickelt und angewandt werden.

Die vorgestellte Studie orientierte sich bei der Erhebung der Datenerfassung an Schalasts und Sieß´ (2018) Forschungsprojekt: „Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen“. Dabei wurde mittels EssenCES-Fragebogen das Stationsklima auf 104 Stationen, davon 47 allgemeinpsychiatrische und 57 forensische Stationen, verglichen. Daneben erfolgten Angaben zur Anzahl von problematischen Vorkommnissen und Zwangsmaßnahmen.

2.2.1 Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)

Der EssenCES-Fragebogen stellt ein etabliertes, standardisiertes Messinstrument dar, welcher zur Erfassung stationärer Rahmenbedingungen auf forensischen Stationen entwickelt wurde (Schalast & Redies, 2005). Dabei handelt es sich, laut aktuellen Literaturrecherchen, um eines der neuesten methodischen Verfahren zur Evaluation des Stationsklimas. Bereits in den 1990er Jahren wurden erste Entwürfe des späteren EssenCES-Fragebogens entworfen, da bisherige Messinstrumente häufig sehr komplex und zeitaufwändig erschienen. Vorrangig wurde die große Bandbreite an charakterisierenden Stationsmerkmalen kritisiert, die häufig, aufgrund unzureichender Präzision, vom Beurteiler nicht ausreichend unabhängig bewertet werden konnten (Schalast & Redies, 2005, S. 7).

Aufgrund dessen entwickelte man ein kurzes Selbstrating-Messinstrument, bestehend aus drei Klimamerkmale, die auf ausreichende Trennschärfe validiert wurden (Schalast & Redies, 2005, S. 39 – 40). Daneben sind „Verständlichkeit und Einfachheit, klare inhaltliche Strukturen und Relevanz der Items“ (Schalast & Redies, 2005, S. 18 – 19) zentrale Aspekte des Klimafragebogens.

Die Validitätsprüfung erfolgte unter Einbeziehung bereits etablierter Erfassungsbögen zu verschiedenen Themen wie Stationsbeurteilung, Stationserfahrung, Stationsatmosphäre, Therapieerfahrung, Erfolgserwartung und Arbeitsbeschreibung. Dabei handelt es sich um Mitarbeiter- und Patientenbeurteilungsbögen, die verschiedene Blickwinkel der Klimabeurteilung aufzeigen und in die Auswertung integrieren.

Dadurch konnten mit Hilfe interspezifischer Korrelationsanalysen der jeweiligen Item-Bewertungen nicht nur „besonders wertvolle“ (Schalast & Redies, 2005, S. 29) Belege für die inhaltliche Gültigkeit des EssenCES-Fragebogens erfasst werden, sondern auch „kausale Wirkzusammenhänge“ (Schalast & Redies, 2005, S. 29) zwischen den Themengebieten der Messinstrumente eingeschätzt werden.

2.2.2 Weitere methodische Testverfahren

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick weiterer methodischer Testverfahren gegeben. Dazu werden die Fragebögen der oben genannten Validitätsprüfung zusammenfassend vorgestellt.

Ward Atmosphere Scale und Stationsbeurteilungsbogen

Die Ward Atmosphere Scale (WAS) ist ein mehrdimensionales Beurteilungsverfahren zur Erfassung des sozialen Klimas auf psychiatrischen Stationen (Moos & Houts, 1968). Dieses wurde im Jahre 1968 von Moos und Houts entwickelt und im Jahre 1983 von Engel et al. als Stationsbeurteilungsbogen in die deutsche Sprache übersetzt und etabliert (Brickenkamp et al., 2002, S. 1064 – 1066; Schalast & Redies, 2005, S. 46 – 47).

Moos (1974) erkannte bereits früh den großen Stellenwert des Stationsklimas als wichtigen Prädiktor für soziales Miteinander, Resilienz und Therapieerfolg. Um eine multiaxiale Darstellung der sozialen Atmosphäre zu gewährleisten, versuchte er, die wichtigsten Eigenschaften des Stationsklimas zu identifizieren und in Merkmalsgruppen zusammenzufassen. Dabei wurden folgende drei Merkmalsgruppen mit insgesamt zehn Klimamerkmale je zehn Items für den Stationsbeurteilungsbogen ausgewählt:

- „Soziale Beziehungen: Anteilnahme, Unterstützung, Spontaneität
- Behandlungskonzept: Autonomie, praktische Orientierung, persönliche Problemorientiertheit, Ärger und Aggression
- Systemerhaltung bzw. -veränderung: Ordnung und Organisation, Klarheit des Behandlungsprogramms, Kontrolle durch das Personal“ (Schalast & Redies, 2005, S. 16)

Diese Komplexität wurde zum wesentlichen Hauptkritikpunkt des WAS-Beurteilungsbogens. Zum einen wurden ohne methodische Planung und statistische Analyse Merkmale zur Klimaerfassung ausgewählt. Zum anderen war eine eindeutige Zuordnung der SBB-Items zu den jeweiligen Klimamerkmale fraglich und somit deren Bewertung nicht ausreichend gewährleistet (Schalast & Redies, 2005, S. 17 – 18). Daher wird in verschiedenen statistischen Publikationen eine drei- bis fünfwertige Beurteilungsskala empfohlen und für ausreichend erachtet (Schalast & Redies, 2005, S. 17 – 18).

Neben der fragwürdigen methodischen Herangehensweise wurde auch die praktische Umsetzung in der Literatur kritisiert.

Aufgrund der großen Item-Anzahl und der damit verbundenen Bearbeitungszeit erschien es zweifelhaft, dass psychisch schwer Kranke in der Lage seien, sich ausreichend lange zu konzentrieren, um eine angemessene Beurteilung abgeben zu können (Lanza et al., 1994; Middelboe et al., 2001).

Durch die methodische und praktische Fragwürdigkeit des Stationserfassungsbogens war die Entwicklung eines neuen validierten Messinstruments von großer Bedeutung, um statistisch aussagekräftige Analysen durchführen zu können und einen wissenschaftlichen Fortschritt voranzutreiben.

Stationserfahrungsbogen

Der Stationserfahrungsbogen wurde von Sammet und Schauenburg (1999, S. 476 – 483; Geue et al., 2016, S. 503) im Jahre 1999 entwickelt und befasst sich mit der Thematik stationärer Psychotherapie. Dabei beurteilen Patienten während ihres stationären Aufenthaltes in regelmäßigen Abständen 38 Items zu folgenden Merkmalen:

- „Selbstwirksamkeit
- Beziehung zum therapeutischen Team
- Beziehung zum Einzeltherapeuten
- Gruppenklima

- Zuwendung durch Mitpatienten
- Angemessenheit der Behandlungsintensität
- Akzeptanz der Stationsordnung“ (Schalast & Redies, 2005, S. 27)

Das Ziel dieser SEB-Zwischenbewertungen ist es, die psychiatrische Behandlung stetig optimieren und an Veränderungen anpassen zu können.

Erfahrungen in der Therapie

Im Rahmen einer früheren statistischen Studie wurde der Fragebogen: „Erfahrungen in der Therapie“ von Schalast (Schalast & Redies, 2005, S. 27) verfasst. Ziel war es, eine Einschätzung zur Therapieerfahrung von Patienten im Maßregelvollzug zu ermöglichen. Anhand einer fünfstufigen Likert-Skala schätzten Patienten 14 Items zum Thema Therapieerfolg zwischen „Stimmt gar nicht“ und „Stimmt völlig“ ein (Schalast & Redies, 2005, S. 89).

Good Milieu Index

Die fünfstufige Likert-Skala stellt ein kurzes Bewertungsinstrument, bestehend aus fünf Items dar (Schalast & Redies, 2005, S. 90), die zur Erfassung der Patientenzufriedenheit dient (Røssberg & Friis, 2003). Dabei schätzen Patienten das Stationsklima auf Grundlage ihres bisherigen stationären Aufenthaltes ein, wodurch Rückschlüsse auf ihr momentanes Wohlbefinden gezogen werden (Schalast & Redies, 2005, S. 27).

Arbeitsbeschreibungsbogen

Der von Neuberger ausgearbeitete Arbeitsbeschreibungsbogen (Neuberger & Allerbeck, 1978), wurde von Schalast (1995) modifiziert und während der Validitätsprüfung des EssenCES-Fragebogens verwendet (Schalast & Redies, 2005, S. 93 – 94). Er dient der Einschätzung der Mitarbeiterzufriedenheit im Hinblick auf ihre Arbeitssituation. Dabei gehen folgende sieben Arbeitsmerkmale in die Bewertung der Mitarbeiter ein:

- Arbeitsbedingungen
- Kolleginnen und Kollegen
- Vorgesetzte(r)
- Organisation und Leitung
- Tätigkeit
- Allgemeine Arbeitszufriedenheit (Schalast & Redies, 2005, S. 28)

Beurteilungsbogen zur Erfolgserwartung

Der Beurteilungsbogen zur Erfolgserwartung wurde im Jahre 1995 von Schalast (1995; Schalast & Redies, 2005, S. 91 – 92) im Rahmen einer Studie im Maßregelvollzug verfasst. Hierbei beurteilen Mitarbeiter mit Hilfe einer numerischen Rating-Skala, welche positiven und negativen Effekte der Maßregelvollzug auf stationäre Patienten hat. Dabei spielt die subjektive Einschätzung der Mitarbeiter hinsichtlich des Nutzens struktureller Rahmenbedingungen und des Behandlungserfolges therapeutischer Interventionen eine maßgebliche Rolle.

2.3 Einflussfaktoren des Stationsklimas

Das Stationsklima stellt einen multidimensionalen Komplex verschiedener Teilbereiche dar und kann durch die Kriterien Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station beschrieben werden. Gleichzeitig beeinflussen diverse Rahmenbedingungen das soziale Klima, sodass eine fortlaufende Anpassung an diese erfolgt. Damit entsteht ein ständiger dynamischer Prozess, der positive oder negative Auswirkungen auf das Stationsklima haben kann. Daher ist es wichtig, die zentralen Einflussfaktoren zu kennen, um im Falle eines problematischen Milieus modifizierend eingreifen zu können.

Dies ist vor allem für akutpsychiatrische Stationen relevant, auf denen kritische Umgebungsfaktoren, wie aggressive oder schwer kranke Patienten, geschlossene Stationen und freiheitsentziehende Maßnahmen aufeinandertreffen, die wesentlichen Einfluss auf das soziale Milieu haben. Daraus entwickelt sich nicht nur ein heikles Spannungsfeld zwischen Verwahrung bzw. Sicherheitsfunktion und therapeutischer Behandlung (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2010, Vorwort; Sollberger & Lang, 2013), sondern es stellt sich auch die ethische Frage, ob die ärztliche Fürsorgepflicht einen höheren Stellenwert als die Patientenautonomie haben sollte.

Dieses Dilemma wird vielfach in Publikationen beschrieben und kritisiert. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die in der Literatur hervorgehobenen Einflussfaktoren des Stationsklimas vorgestellt.

2.3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten

Auf akutpsychiatrischen Stationen stellt der Aufnahmetag eine besondere Situation dar. Man unterscheidet dabei drei verschiedene Einweisungsmodi: die freiwillige Aufnahme, die Unterbringung nach PsychKG oder die Unterbringung nach BGB. Letztere („Unterbringung“) entsprechen einer Aufnahmesituation gegen den Willen des Patienten. Gerade dann kommt es gehäuft zu Aggressionsereignissen und Auseinandersetzungen (Schanda & Taylor, 2001, S. 443 – 452), die sich negativ auf das Stationsklima auswirken. Eine Studie von Schalast und Sieß (2018) konnte diese Beobachtung bestätigen, in der sich Mitarbeiter und Patienten mit einem höheren Anteil freiwillig eingewiesener Patienten nicht nur signifikant sicherer fühlten, sondern auch der Zusammenhalt zwischen den Patienten deutlich besser erschien.

2.3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen

Geschützte Station

Die geschützte Station, früher auch bekannt als geschlossene Station, stellt vor allem eine Besonderheit in der Psychiatrie dar und wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Einerseits soll sie, wie der Name bereits andeutet, die ‚Außenwelt‘ vor Fremdgefährdung schützen und psychisch Erkrankte, die per definitionem an einem Störungsbild von Erleben und Verhalten leiden (Margraf & Maier, 2012, S. 850 – 851), Schutz vor sich selbst gewähren. Dabei bietet ein sicheres Umfeld mit multiprofessionellem therapeutischem Team und speziellen Rahmenbedingungen gute Voraussetzungen für Genesung und Wiedereingliederung in die berufliche und soziale Welt außerhalb der Psychiatrie. Andererseits wird vor allem dieser strukturelle Faktor in der Literatur als besonders kritisch erachtet. Gerade die „räumliche Enge, die Atmosphäre eines Hochsicherheitsbereiches und geschlossene Stationstüren“ (Schöttle & Gallinat, 2017, S. 34), führen zu einem Anstieg an Konfrontationen, Fremd- und Eigengefährdung. Der gewünschte Effekt einer Reduzierung von Gewalt durch geschlossene Stationen konnte im Vergleich zu offenen Stationen nicht bestätigt werden (Haglund et al., 2006; Schneeberger et al., 2017). Vielmehr kam es zu keinem signifikanten Ergebnis im Hinblick auf Anzahl von Sachbeschädigungen und Körperverletzungen (Haglund et al., 2006; Schneeberger et al., 2017) sowie von Suizid- und Fluchtraten (Huber et al., 2016; Mayor, 2016; Voos, 2017). Voos kommt zu dem Entschluss, dass „geschlossene Abteilungen in psychiatrischen Kliniken die Sicherheit der Patienten nicht verbessern“ (2017, S. 54).

Des Weiteren konnte in einer Vielzahl von Studien durch eine offene Stationspolitik nicht nur der Zusammenhalt der Patienten gefördert (Schalast & Sieß, 2018; Schneeberger et al., 2017) und weniger eigen- und fremdaggressives Verhalten beobachtet werden, sondern auch eine signifikante Verminderung an restriktiver Maßnahmen gezeigt werden (Jungfer et al., 2014; Lang & Huber, 2010; Schneeberger et al., 2017; Steinert et al., 2015). Schneeberger (2017) hält daher ein besseres Stationsklima auf offenen Stationen für eher wahrscheinlich. Daneben konnte im offenen Rahmen das Sicherheitserleben von Mitarbeitern (Blaesi et al., 2015) und Patienten (Schalast & Sieß, 2018) erhöht werden.

Schlussfolgernd stellten Sollberger und Lang (2013) fest, dass offene Stationen eine patientenzentrierte, harmonische Grundlage schaffen und somit problematische Patienten besser in das Stationsleben integrieren, von einem freiwilligen Aufenthalt überzeugen und erfolgsversprechender therapieren können.

Um das aggressionsarme Miteinander zu festigen, empfiehlt die DGPPN außerdem, auf Basis früherer Untersuchungen, eine „Verteilung und Geschlechterdurchmischung“ (2018, S. 77) der Patienten.

Dieser Bedarf an Umstrukturierung in der psychiatrischen Patientenversorgung wurde bereits im Jahre 1975 im Rahmen der Psychiatrie-Enquête offengelegt (Bundestagsdrucksache 7/4200: Unterrichtung durch die Bundesregierung der 7. Wahlperiode, 1975). Seit der Umsetzung der Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête werden bis heute, mit Verweis auf Kapitel 2.1, grundlegende Reformen durch die Politik verabschiedet. Ziel dieser politischen Entscheidungen ist es, ein Umdenken in der Gesellschaft zu fördern und die Öffnung der Stationen voranzutreiben.

Allerdings zeichnete sich durch zugänglichere, humanere Rahmenbedingungen ein Spannungsfeld zwischen „Sicherheit und Therapie“ (Sollberger & Lang, 2013, S. 1) ab. Einerseits wollte man eine weltoffene, patientenzentrierte Psychiatrie mit möglichst wenig freiheitsentziehenden Maßnahmen etablieren (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2010, S. 6 – 8, S. 92 – 100). Andererseits stellte sich die Frage, ob die Schutz- und Ordnungsfunktion im offenen Rahmen ausreichend gewährleistet sei (Heinze, 2013). Dieser ethisch-ordnungspolitische Diskurs stellt moralisch gesehen ein besonders komplexes Thema dar, welches in der Literatur mit unterschiedlichen Lösungsansätzen und Argumentationen beantwortet wird. Daher ist eine eindeutige allgemeingültige Antwort, was richtig und

falsch ist, nicht möglich, es wird vielmehr ein persönlicher ethischer Abwägungsprozess empfohlen.

Stationsgröße und Überbelegung

Eine weitere wichtige Einflusskomponente des Stationsklimas stellt die Stationsgröße dar (Moos, 1972). Es konnte gezeigt werden, dass bei Überbelegung auf Station Mitarbeiter ein geringeres Sicherheitsgefühl empfanden (Schalast, 2008), was sich auf ihren Umgang mit Patienten und somit auf das soziale Umfeld auswirkte. Auch Patienten hatten einerseits Probleme, eine sichere Bindung zu Klinikbeschäftigten aufzubauen und andererseits den Eindruck, eine geringere therapeutische Zuflucht und Unterstützung zu erhalten (Schalast & Sieß, 2018).

Zusammenfassend ist bei Kapazitätsüberschreitung das stationäre Milieu geprägt von Verunsicherung der Mitarbeiter, labilen Beziehungen und therapeutischer Unbeständigkeit.

2.3.3 Bauliche und soziale Rahmenbedingungen

Raumgestaltung

Lichtdurchflutete, offene, weite Räume führen nicht nur zu einer positiven Grundstimmung und einhergehender Aggressionsreduktion auf Station, sondern auch zu einer wohnlichen Geborgenheit, Ruhe und Wärme, was an „Normalität“ (Schöttle & Gallinat, 2017, S. 36) erinnert. Durch Erinnerungen an das eigene Zuhause wird ein beruhigender baulicher Rahmen erschaffen, der unbewusst zur Deeskalation führt. Aus diesem Grund wird in der Leitlinie: „Verhinderung von Zwang, Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der DGPPN (2018, S. 72 – 84) auf die Relevanz von qualitativen und quantitativen Standards räumlicher Umgebungsfaktoren hingewiesen.

Stationsregeln

Tolerante, permissive Stationsregeln nehmen, durch Förderung der Freiheits- und Autonomierechte der Patienten, maßgeblichen Einfluss auf das soziale Klima.

Bereits der freie Zugang zu einem Fernseher, einer Bücherecke, einem Raucher-raum oder ein Angebot an Freizeitaktivitäten fördern ein wohnliches Miteinander und stärken das Gemeinschaftsgefühl.

Dieser offene respektvolle Umgang mit Patienten kann das Aggressionspotenzial auf Station vermindern (Alexander, 2006; Schöttle & Gallinat, 2017) und gleichzeitig eine

Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen fördern (Armgart et al., 2013; Olofsson & Jacobsson, 2018).

Um außerdem die Privat- und Intimsphäre des Patienten zu wahren, sollte ein persönlicher Rückzugsort, den man gegebenenfalls von innen abschließen kann, zur Verfügung gestellt werden (Schöttle & Gallinat, 2017). Dabei wird nicht nur das Sicherheitserleben des Patienten gefördert, sondern auch ein Stück Unabhängigkeit und Freiheit gestattet.

Insgesamt wird durch Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen ein positives Lebensgefühl bestärkt und eine nahezu gewohnte häusliche Raumatmosphäre geschaffen.

Familie und Freunde

Die frühe Integration von Familie und Freunden in den Klinikalltag, Visiten und die Behandlung psychisch Erkrankter fördert nicht nur das Gefühl eines gewohnten Umfeldes, das eine entspannte Raumatmosphäre bestärkt, (Mahler, 2014), sondern führt vorbeugend zu weniger Aggressionen und somit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Olofsson & Norberg, 2001).

Auf Grundlage der Publikationen zur baulichen und sozialen Rahmengestaltung, die sich vor allem durch Adaptation an Alltagssituationen präventiv auf das Stationsklima auswirkt betonte Längle et al. (2013) das aus der Psychiatrie-Enquête hervorgehende Normalitätsprinzip. Dabei fordert er eine weitestgehende Normalisierung stationärer Rahmenbedingungen an Alltagsbedingungen außerhalb der Psychiatrie. Denn gerade ungewohnte, unübliche Sonderregelungen führen nicht zur Förderung von Genesung, Gemeinschaftsgefühl und erhöhtem Sicherheitsempfinden auf Station, sondern wirken sich vielmehr kontraproduktiv aus.

2.3.4 Therapeutische Rahmenbedingungen

Personelle Maßnahmen

Seit dem Jahre 1993 besteht die Problematik der Budgetdeckelung in der Allgemeinpsychiatrie. Im Jahre 2007 zeigten sich die Auswirkungen dieses Dilemmas. Trotz steigender Fallzahlen und neuer Aufgabenbereiche der Mitarbeiter, die zu einem Mehraufwand in Dokumentation und Qualitätsmanagement führten, wurden anstelle der finanziellen Förderung steigender Personalkosten Personalstellen abgebaut (Gebhard et al., 2007). Diese Misere hatte bedeutenden Einfluss auf das Sozialklima, den Therapieerfolg und die Mitarbeiterzufriedenheit, da eine

ausreichende Personalausstattung als „wichtigstes therapeutisches Agens“ (Gebhard et al., 2007, S. 8) für Patienten und Angehörige galt.

Bereits im Jahre 1972 verwies Moos (1972) auf die grundlegende Bedeutung des hohen Personalbedarfs für ein zufriedenstellendes soziales Klima.

Ein geeigneter Personalschlüssel ist nicht nur für die Gewährleistung der Sicherungsfunktion der Psychiatrie nötig (Schalast, 1992, S. 79), sondern auch um einem antitherapeutischen Milieu, das von Auseinandersetzungen und gewalttätigen Prozessen geprägt ist, entgegenwirken zu können (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2018, S. 72; Schalast, 1992, S. 79). Um aber adäquate Deeskalationsmaßnahmen leisten zu können, müssen Mitarbeiter einerseits Schulungen angeboten bekommen, in denen sie lernen, Risikosituationen einzuschätzen und ihre Fähigkeiten zu optimieren (Schanda & Taylor, 2001) und andererseits Patienten empathisch gegenüberzutreten, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und einen respektvollen Umgang mit ihnen zu pflegen (Yang et al., 2014).

Eine weitere wichtige Mitarbeitertätigkeit besteht in der Unterstützung schwächerer Patienten, in dem ihnen professionelle Zuflucht und Schutz gegenüber anderen problematischen Patienten garantiert wird (Schalast, 1995, S. 79). Allerdings ist dies nur durch eine hohe Personalbesetzung möglich, damit Klinikbeschäftigte Zeit finden, hilfsbedürftige und destruktiv handelnde Patienten zu erkennen und ihnen mehr Hilfestellung und Sicherheit bieten zu können.

Daneben benötigen Patienten in psychiatrischen Ausnahmesituationen ein multiprofessionelles Team, um Hilfe in der Umsetzung ihres autonomen Willens, ihrer Wünsche und Sorgen zu erhalten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2018, S. 72). Denn insbesondere für schwer Kranke ist häufig keine selbstständige Problemlösung möglich, da der Patient auf Halt und eine intensive therapeutische Beziehung angewiesen ist (Bak et al., 2014).

Dass Mitarbeiter auch heute noch eine große Relevanz auf psychiatrischen Abteilungen haben, konnte in einer Studie von Schalast und Sieß (2018) gezeigt werden. Insgesamt wurde nicht nur ein negativer Zusammenhang zwischen allgemeiner Personalbesetzung und Stationsklimamerkmale bestätigt, sondern auch ein besseres Gemeinschaftsgefühl auf Station und besserer Therapeutischer Halt durch eine gute ärztliche und psychologische Mitarbeiterausstattung gezeigt. Den negativen Zusammenhang erklären Schalast und Sieß wie folgt: „je ‚unruhiger‘

eine Station, desto stärker die personelle Besetzung gerade im Pflegebereich“ (2018, S. 246).

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Ein zentraler Einflussfaktor des Stationsklimas sind freiheitsentziehende Maßnahmen.

Dazu zählen folgende Handlungen, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden:

- Zwangseinweisung durch Unterbringung nach PsychKG oder BGB
- Zwangsmedikation
- Isolierung und Fixierung des Patienten (Jaeger et al., 2014; Ketelsen & Walter, 2010)

Dabei ist davon auszugehen, dass vor allem die Prävalenz dieser Maßnahmen eine erhebliche Auswirkung auf die soziale Atmosphäre einer Station haben kann (Schalast & Sieß, 2018). Zuverlässige Daten zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sind, aufgrund einer erschwerten methodischen Datenerfassung, kaum möglich. Insgesamt sollen jedoch 2,0 – 8,0 % der Patienten betroffen sein (Steinert & Kallert, 2006). Dies entspricht in etwa dem Ergebnis einer deutschlandweiten Studie psychiatrischer Kliniken, bei dem eine Auftretenshäufigkeit von 1,9 – 7,4 % festgestellt worden ist (Ketelsen et al., 2011). Dagegen variieren im Europavergleich die Daten zwischen 21,0 % in Spanien und 59,0 % in Polen, wobei davon bei 56,0 % eine Zwangsmedikation, bei 36,0 % eine Fixierung und bei 8,0 % eine Isolierung durchgeführt wurde (Raboch et al., 2010).

Dabei fällt auf, dass trotz moralisch-ethischer Kontroverse zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht bzw. Patientenautonomie und Legislative relativ häufig die Verwendung freiheitsentziehender Methoden erfolgt.

Deshalb betonte die UN-Behindertenrechtskonvention im Jahre 2012, dass freiheitsentziehende Maßnahmen nicht nur grundlegend gegen Menschenrechte verstoßen, sondern auch keine Legitimierung einer „ultima ratio“ (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2012, S. 3 – 6) in der Behandlung psychisch Kranker haben. Anstelle dessen sollen alternative patientenkonforme Wege gefunden werden, die einer menschenrechtswürdigen Behandlung entsprechen. Es gilt also, Zwangsmaßnahmen zu verhindern oder maximal zu minimieren (Schöttle & Gallinat, 2017) und Methoden zu entwickeln, die die Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 GG, 1949a) sowie die Freiheit und körperliche Unversehrtheit des Menschen (Art. 2

Abs. 1 – 2 GG, 1949b) wahren. Denn solche grenzüberschreitenden Ansätze führen zur emotionalen Maximalbelastung von bereits psychisch schwer kranken Menschen, die mit Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Scham und Kontrollverlust einhergehen (Ketelsen & Walter, 2010). Vielmehr besteht die Gefahr, traumatische Ereignisse wieder aufleben zu lassen und posttraumatische Belastungssituationen zu provozieren (Ketelsen & Walter, 2010) oder den Patienten neuen bedrohlichen Situationen auszusetzen (Schöttle & Gallinat, 2017).

Dadurch kommt es zu einer tiefen inneren Erschütterung des Ichs, in dem moralisch-ethische Werte und Normen in Frage gestellt werden und das persönliche und sozialgesellschaftliche Fundament zerstört wird (Goffman, 1993; Fengler & Fengler, 1984). Aufgrund unermesslicher Verzweiflung und Hilflosigkeit beginnt dann der scheinbare Kampf ums Überleben. Ein daraus resultierender Zusammenhang zwischen reglementierenden Maßnahmen und gewaltsamen Patientenübergriffen (Roper & Anderson, 1991) erscheint nicht verwunderlich.

Die Aktualität dieser Thematik beschreibt eine wissenschaftliche Arbeit zur „Erfassung von Patientenübergriffen 2008 – 2015 in zwei psychiatrischen Kliniken“ (Müller et al., 2017), in der eine steigende Tendenz von Aggressionseignissen beobachtet wurde. Dabei wurde das Pflegepersonal signifikant am häufigsten Ziel der Ausschreitung, gefolgt von Mitpatienten und letztendlich ärztlichem Personal. Daneben konnten andere Publikationen zeigen, dass vor allem junge unerfahrene Mitarbeiter zum Opfer der Aggression wurden (Flannery et al., 2011; Von Hirschberg & Kähler, 2009, S. 33 – 36). Diesen augenscheinlichen Teufelskreis zwischen Patienten-Personal-Interaktionen gilt es, durch präventive und ausreichend suffiziente Maßnahmen zu durchbrechen, um nicht nur einen weiteren Anstieg an gewalttätigen Übergriffen verhindern zu können (Müller et al., 2017), sondern auch eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen zu erzielen.

Dazu müssen zunächst neue patientenzentrierte Rahmenbedingungen etabliert werden, um das notwendige Fundament für erfolgsversprechende Reformanstöße von Behandlungsmethoden zu schaffen.

Dabei konnten diverse randomisiert kontrollierte Studien und Panel-Befragungen zeigen, dass durch Verbesserungen von Umgebungsfaktoren eine Verminderung restriktiver Ereignisse erzielt wurde (Abderhalden et al., 2008; Putkonen et al., 2013; Steinert et al., 2009; Van de Sande et al., 2011). Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um Veränderungen auf Mitarbeiter- und politisch-institutioneller Ebene, die im Folgenden vorgestellt werden.

Einerseits ist die Notwendigkeit eines ausreichenden Personalschlüssels unumgänglich. Dadurch konnte zwar eine Senkung freiheitsentziehender Maßnahmen aufgezeigt werden (Steinert et al., 2015), jedoch ohne Einbeziehung weiterer Veränderungen kein ausreichender Effekt erzielt werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2018). Daher müssen auch Qualitätsverbesserungen von Mitarbeiter-tätigkeiten beachtet werden, die tatsächlich einen signifikanten Rückgang reglementierender Methoden zeigen konnten (Sollberger & Lang, 2013).

Dazu zählen zum einen Aus- und Fortbildungsangebote für Mitarbeiter, durch die deeskalierende Fähigkeiten geschult werden, Risikosituationen adäquat eingeschätzt und präventiv durch therapeutische Aussprache behandelt werden (Flannery et al., 2011). Zum anderen gehört dazu eine Kompetenzförderung hinsichtlich therapeutisch relevanter Gespräche im Anschluss an aggressive Patientenübergriffe und Zwangsmaßnahmen. Dabei deckten allerdings diverse Studien einen Mangel an suffizienten Nachbesprechungen besonderer Vorkommnisse auf, die aufgrund unzureichender Schulung und Erfahrung der Mitarbeiter entstanden sind (Ketelsen & Walter, 2010). Dieser Umstand verdeutlicht, dass gerade hier großer Handlungsbedarf von Nöten ist, um Patienten einen angemessenen Behandlungsstandard gewährleisten zu können (Flannery et al., 2011; Ketelsen & Walter, 2010). Deshalb müssen nicht nur regelmäßige Überprüfungen von Mitarbeiterkompetenzen durchgeführt werden, sondern auch die Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen modifiziert und erweitert werden. Aus diesem Grund wurden in Expertengremien der DGPPN (2010, S. 6 – 8) sowohl qualitative als auch quantitative mitarbeiterzentrierte Lösungsansätze in Leitlinien zur Vermeidung reglementierender Behandlungsabläufe aufgenommen, was die Einflussreichweite personeller Bedingungen verdeutlicht (Ketelsen & Walter, 2010). Im Einzelnen konnte neben der Reduktion von Anzahl und Dauer freiheitsentziehender Maßnahmen auch ein soziales Milieu für Mitarbeiter und Patienten geschaffen werden, das von Sicherheit und Zufriedenheit geprägt wurde (Ketelsen & Walter, 2010).

Andererseits sind neben relevanten Personalverhältnissen auch nationale und internationale politisch-institutionelle Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung alternativer Behandlungsmethoden von Bedeutung.

Auf nationaler Ebene konnte durch Optimierung des Qualitätsmanagements einzelner Kliniken ein Rückgang von Zwangsmaßnahmen verzeichnet werden. Dieser Fortschritt wurde vor allem durch Zusammenschluss deutschlandweiter

psychiatrischer Institutionen beschleunigt, die durch kontinuierlichen Vergleich ihrer Prozess- und Ergebnisvariablen einen bestmöglichen Lösungsweg entwickelt haben (Flammer & Steinert, 2015).

Im internationalen Vergleich zeigten sich dagegen keine einheitlichen gesetzgeberischen Regelungen für Aggressionseignisse oder Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Ketelsen & Walter, 2010), was die große europaweite Spanne ermittelter Zwangsinterventionsraten erklärt (Raboch et al., 2010). Umso wichtiger ist es, auf Grundlage des Lissaboner Vertrags, EU-konforme Grundsätze zu definieren (Ketelsen & Walter, 2010), die menschenwürdige Behandlungsmethoden nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern vorantreiben. Denn nur in enger länderübergreifender Zusammenarbeit und mit gegenseitiger Hilfestellung ist eine erfolgreiche suffiziente Entwicklung politischer Gesetzmäßigkeiten flächendeckend möglich.

Zusammenfassend ist ein Umdenken und Umstrukturieren von Umgebungsfaktoren unverzichtbar, das nicht nur ein restriktives Milieu, geprägt von Aggressionseignissen und Zwangsmaßnahmen, vermindert, sondern auch fundamentale Bedingungen für eine repressionsarme Atmosphäre und alternative Behandlungsformen schafft. Umso wichtiger ist es, im nationalen und internationalen Konsens eine gefestigte liberale Basis aufrechtzuerhalten, die durch regelmäßige Reevaluation bedeutender Prozessvariablen gestärkt wird.

Denn nur so ist es möglich, neue patientenzentrierte Interventionsmethoden etablieren zu können. Diese werden in der Literatur vielfach diskutiert und diverse Lösungsvorschläge angegeben.

Insgesamt wird im Konsens ein „milderer“ (Heumann et al., 2017, S. 91) Therapieansatz bevorzugt, der vor allem die Patientenautonomie wahrt (Schneeberger et al., 2017) und den Fokus auf die Bedürfnisse des Patienten legt (Wynn, 2004). Dazu soll der Patient in Entscheidungen miteinbezogen (Bak et al., 2014) und eine offene Patienten-Arzt-Beziehung gefördert werden (Wynn, 2004). Aufgrund dessen übernimmt der Therapeut die Rolle einer unterstützenden, hilfsbereiten und loyalen Vertrauensperson (Kontio et al., 2012), bei der sich der Patient verstanden fühlt und sogar Zwangsmaßnahmen besser nachvollziehen kann (Lorant et al., 2007).

In der Realität konnte im Laufe der Zeit eine patientenfokussierte Entwicklung von Rahmenbedingungen und Interventionsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken

beobachtet werden. Dadurch konnte die Anzahl an reglementierenden Maßnahmen gesenkt werden (Zinkler & Kousse mou, 2014).

Dennoch entwickelten sich in der Folge zwei schwierige ethisch-moralische Konstellationen.

Zum einen kam es zum Spannungsfeld zwischen Therapie- und Sicherheitsfunktion der Psychiatrie (Sollberger & Lang, 2013, S. 1). Hier sollten humane Behandlungsmethoden unter Achtung der Selbstbestimmung des Patienten durchgeführt werden, aber weiterhin die Ordnungs- und Schutzfunktion gegenüber anderen und sich selbst gewährleistet werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2010, S. 6 – 8, S. 92 – 100). Deshalb stellte sich die Frage, ob der ordnungspolitische Auftrag trotz Öffnung der Psychiatrie überhaupt noch durchführbar sei (Heinze, 2013). Letztendlich können zwar diverse kontroverse Argumente aufgezählt werden; zu einer eindeutigen Antwort kommt man dennoch nicht. Deshalb ist vielmehr ein wohlüberlegter Mittelweg erforderlich, der vor allem die Menschenrechte beachtet.

Zum anderen entstand, aufgrund rechtlicher Unsicherheit, ein ethisch-moralisches Dilemma zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht.

Im Zeitraum von 2012 – 2013 wurde in Baden-Württemberg durch die Rechtsprechung die medikamentöse Zwangstherapie eingeschränkt (Vollmann, 2014). Ursächlich dafür waren drei gesetzgeberische Entscheidungen.

In zwei Verfahrensklagen durch im Maßregelvollzug untergebrachte Patienten entschied das Bundesverfassungsgericht, dass sowohl § 6 des rheinland-pfälzischen als auch § 8 des baden-württembergischen Maßregelvollzugsgesetzes für teilweise als verfassungswidrig gelten (Bundesverfassungsgericht, 2011a; Bundesverfassungsgericht, 2011b).

Daneben entschied der Bundesgerichtshof kurz darauf, dass auch nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches Zwangsmaßnahmen nicht mehr durchführbar seien (Bundesgerichtshof, 2012). Schließlich befand sich Baden-Württemberg für acht Monate in der prekären Situation, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung, sogar bei Eigen- und Fremdgefährdung, nicht genehmigungsfähig war (Flammer & Steinert, 2015). Allein der rechtfertigende Notstand nach § 34 Strafgesetzbuch stellte eine Ausnahme dar. Folglich konnten Patienten auch in Notsituationen Medikamente verweigern, die nachweislich zur Besserung ihrer psychischen Ausnahmesituation und Selbstbestimmungsfähigkeit führten (Brill & Patton, 1962). Daraus entwickelte sich eine ärztliche Zwangslage, entgegen

ärztlichem Ethos, hippokratischem Eid und gesundheitlichem Wohlergehen des Patienten zu handeln, um der scheinbaren Patientenautonomie Folge zu leisten (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie & Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), 2014). Dementsprechend mussten Ärzte, durch Einhaltung legislativer Regelungen, notgedrungen die einzig verbliebene ‚Behandlungsmethode‘ durchführen – eine mechanische Fixierung und Isolierung des Patienten. Durch die ungewisse rechtliche Situation in Bezug auf die medikamentöse Zwangsbehandlung resultierte eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Anzahl an aggressiven Patientenübergriffen (Flammer & Steinert, 2015), die einen Anstieg der mechanischen freiheitsentziehenden Maßnahmen zur Folge hatten. Dabei wurde ein Anstieg besonderer Vorkommnisse von 36,0 % und ein Anstieg personenbezogener Gewalt von 85,0 % gegenüber dem Vorjahr festgestellt (Müller et al., 2017). Dass im Zuge dessen nicht nur das soziale Milieu auf Stationen in Mitleidenschaft gezogen wurde, sondern auch eine erhebliche Mehrbelastung für Mitarbeiter entstand, ist nicht verwunderlich (Flammer & Steinert, 2015; Schalast & Sieß, 2018). Zum anderen konnten vermehrte Patientenübergriffe auf Mitarbeiter festgestellt werden. Dabei zeigte sich speziell gegenüber dem Pflegepersonal eine signifikante Zunahme um das Dreifache (Müller et al., 2017), was das geringe Sicherheitsempfinden auf Station veranschaulicht (Schalast & Sieß, 2018). Letztendlich konnte im Jahre 2013 die missliche Rechtslage durch Verabschiedung neuer gesetzlicher Regelungen behoben werden (Flammer & Steinert, 2015).

Während in Deutschland mechanische Zwangsmaßnahmen im Zeitraum von 2012 bis 2013 anstiegen (Flammer & Steinert, 2015; Müller et al., 2017), konnte in den Niederlanden unter rechtlich sicherer Lage eine Reduktion der Isolationsdauer um 50,0 % beobachtet werden (Noorthoorn, 2016). Grund dafür war eine Kombinationstherapie aus Zwangsmedikation und Isolation; dies unterstreicht die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie.

Demgegenüber konnten andere Publikationen geringere aggressive Vorkommnisse während der misslichen Zwangslage in Baden-Württemberg verzeichnen (Zinkler & Kousse mou, 2014). Daher ist zu bedenken, dass statistische Ergebnisse stets unter kritischer Betrachtung der qualitativen methodischen Durchführung und Auswertung gesehen werden müssen.

Insgesamt wird die Psychiatrie schon lange mit der schwierigen Situation durch Zwangsbehandlungen konfrontiert. Durch die Literatur konnte gezeigt werden, dass

ein sozialgesellschaftliches Umdenken und eine politisch-institutionelle Umstrukturierung von Rahmenbedingungen und alternativen Behandlungsmethoden zwingend erforderlich sind. Allerdings kommt es durch Öffnung der Psychiatrie zu einer Gratwanderung zwischen ordnungspolitischen Funktionen und individualisierten Therapiemethoden, aber auch zwischen ärztlicher Fürsorgepflicht und Patientenautonomie.

Abschließend stellen objektive Rahmenbedingungen die Grundpfeiler eines funktionierenden sozialen Klimas dar. Es ist daher von großer Bedeutung, die Relevanz, aber auch die Einflussreichweite von rechtlichen, strukturellen, baulichen, sozialen und therapeutischen Bedingungen zu kennen. Dadurch kann das Stationsklima nicht nur erfasst, sondern auch durch geschickte Modifikation effektiv verbessert werden. Aufgrund dessen wurden in dieser Studie potenzielle Einflussfaktoren psychiatrischer Stationen erhoben und anschließend auf Interaktion mit der Klimaeinschätzung von Mitarbeitern und Patienten überprüft.

3 Material und Methoden

3.1 Studiendesign

Die Studie wurde als monozentrische Querschnittserhebung konzipiert, bei der das Stationsklima durch Mitarbeiter und Patienten zweier akutpsychiatrischer Stationen der Rheinessen-Fachklinik Alzey über einen Fragebogen eingeschätzt werden sollte. Daneben sollten ausgewählte strukturelle, prozessbezogene und patientenbezogene Variablen aus dem Controlling, Medizin-Controlling, Monitoring der Zwangsmaßnahmen und den jeweiligen elektronischen Patientenakten des Krankenhausinformationssystems erhoben werden. Dazu zählten:

1. strukturelle stationsbezogene Variablen:

Überbelegung auf Station, Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit der Mitarbeiter, psychiatrische Berufserfahrung der Mitarbeiter

2. stationsbezogene Prozessvariablen:

Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse (SOAS-R), Anzahl und Dauer von Fixierungen

3. patientenbezogene Variablen:

Stationszugehörigkeit, Geschlecht, Alter in Jahren, Herkunft des Patienten, Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme, Hauptdiagnose nach ICD-10-GM, Dauer des Aufenthaltes in Tagen, Voraufenthalte, Weiterbehandlung, allgemeiner Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung (CGI) und allgemeines Funktionsniveau (GAF) zum Zeitpunkt der Aufnahme

Die Datenerhebung sollte innerhalb eines Monats (November 2018 – Dezember 2018) abgeschlossen sein, wobei sich die Anzahl der Studienteilnehmer pro Station auf 100 Patienten und 20 Mitarbeiter belaufen sollte. Die statistische Planung und Auswertung erfolgten in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

Die Studie wurde der Ethikkommission der Universitätsklinik Mainz vorgelegt und mit dem Schreiben vom 15. November 2018 genehmigt. Zudem befürworteten der Ärztliche Direktor, Pflegedirektor, Personalrat und Datenschutzbeauftragter des Landeskrankenhauses AöR das Vorhaben.

3.2 Stationen

Die Befragung erfolgte auf den zwei Akutaufnahmestationen, J1 und J2, der Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey. Diese übernehmen die regionale Pflichtversorgung aller Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen mit Ausnahme von Suchterkrankungen.

Auf Station J1 werden Patienten aus dem Kreis Alzey-Worms verpflichtend aufgenommen, wobei hier der Schwerpunkt im Home-Treatment liegt. Home-Treatment ermöglicht eine frühzeitige Versorgung akut psychiatrischer Patienten in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld. Der Fokus des Home-Treatments beginnt bereits während der stationären Behandlung durch Planung weiterführender Maßnahmen nach stationärer Entlassung. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit externen Psychiatern, Sozialarbeitern und Pflegern unerlässlich.

Die Station J2 hat als Einzugsgebiete die Landkreise Mainz-Bingen und Bad Kreuznach. Der Hauptfokus liegt auf der transkulturellen psychiatrischen Behandlung. Mitarbeiter sind in kultursensiblen Umgang geschult, mit der Nutzung des Videodolmetscher-Systems vertraut und können über ein internes Netzwerk der Rheinhessen-Fachklinik Mitarbeiter kontaktieren, die verschiedene Sprachen sprechen. Das bedeutet, dass vor allem eine gute Kommunikation, Transparenz und Absprache aller Berufsgruppen gefragt sind.

3.3 Stichproben

3.3.1 Patienten

Rekrutiert wurden Patienten, die sich im Zeitraum von November 2018 bis Dezember 2018 sowie zwischen Februar 2019 und März 2019 auf Station J1 oder J2 der Rheinhessen-Fachklinik in Behandlung befanden. Dabei wurde während der Studienplanung die Fallzahl von 100 Patienten pro Station in Absprache mit dem IMBEI festgelegt. Um eine ausreichende Effektstärke zu erzielen, wurde diese in Anlehnung an die Studie „Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen“ von Schalast und Sieß (2018) berechnet.

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden außerdem beachtet:

Einschlusskriterien

Die stationäre Behandlung musste mindestens einen Tag umfassen, damit tägliche Abläufe, Strukturen und das stationäre Umfeld ausreichend bekannt und beurteilbar waren.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen wurden:

- Patienten mit potenzieller oder vorliegender Fremdgefährdung
- Patienten, die den Fragebogen sprachlich und/oder aufgrund psychischer Komplexität nicht verstehen konnten
- Patienten, die sich durch eine Teilnahme an der Studie irritiert, ängstlich oder belastet fühlten

Diese Kriterien wurden vor Befragung von der zuständigen ärztlichen Leitung der Station beurteilt und notiert.

3.3.2 Mitarbeiter

Planmäßig wurden 20 Mitarbeiter pro Station als Zielgröße definiert, wobei alle Berufsgruppen eingeschlossen wurden.

Zusätzlich sollten mitarbeiterbezogene Daten zur Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie die psychiatrische Berufserfahrung in Jahren erfasst werden. Aufgrund der geringen Teilnehmeranzahl und Wahrung der Anonymität wurde von weiteren persönlichen Angaben, wie zum Beispiel das Geschlecht, abgesehen.

3.4 Messinstrumente

3.4.1 Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)

Zur Beantwortung der primären Fragestellung wurde der EssenCES-Kurzfragebogen in deutscher Sprache verwendet (vgl. Abbildung 1). Dabei handelt es sich um ein etabliertes und validiertes Selbstrating-Messinstrument, das zunächst unter der Bezeichnung SK-M: Stationsklima-Maßregelvollzug für die Forensik entwickelt und publiziert wurde (Schalast, 2008). Später wurde er auch auf allgemeinspsychiatrischen Stationen angewandt und auf Zusammenhänge zwischen dem Stationsklima und objektiven Rahmenbedingungen hin untersucht (Schalast & Sieß, 2018). Während der Weiterentwicklung wurde schließlich die internationale Bezeichnung EssenCES übernommen und in 14 Sprachen übersetzt (Schalast, 2020).

Der Fragebogen umfasst 17 Fragestellungen, wobei die Eingangs- und Ausgangsfrage ausgeschlossen wurden. Die zwei unberücksichtigten Fragen sollten dabei die 15 validierten Fragen einrahmen und zum einen als Eisbrecher (Eingangsfrage), zum anderen als positiv formuliertes abschließendes Element (Ausgangsfrage) fungieren (Schalast, 2008, S. 52; Schalast & Redies, 2005, S. 7, S. 23).

Insgesamt wird das Stationsklima durch drei Subthemen beschrieben, die jeweils durch fünf Fragen repräsentiert werden: der Therapeutische Halt durch die Fragen 4, 7, 10, 13 und 16, der Zusammenhalt der Patienten durch die Fragen 2, 5, 8, 11 und 14 und das Sicherheitserleben auf Station durch die Fragen 3, 6, 9, 12 und 15.

Alle Items werden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala von „Stimmt gar nicht“ (0 Punkte), „wenig“ (1 Punkt), „etwas“ (2 Punkte), „ziemlich“ (3 Punkte) bis „Stimmt völlig“ (4 Punkte) bewertet (Schalast, 2010b). Dabei gehen höhere Werte mit einer positiven Bewertung einher. Bei Negativaussagen der Fragen 3, 6, 9, 12, 13 und 15 wurde die Bewertungsskala so umgepolt, dass auch bei diesen Items höhere Werte ein besseres Stationsklima widerspiegeln (vgl. Abbildung 2).

Dementsprechend ergibt sich für die Subscores eine Punkteskala von 0 – 20 Punkten und für den Summenscore eine Punkteskala von 0 – 60 Punkten.


Abbildung 1: Essen Climate Evaluation Schema, Deutsche Fassung 2010, Fragebogen zur Erfassung des Stationsklimas (Schalast, 2010a)

| | | Stimmt | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | gar nicht | wenig | etwas | ziemlich | völlig |
| 1 | Die Station macht einen wohlichen Eindruck. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Die Patienten kümmern sich umeinander. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Es gibt hier wirklich bedrohliche Situationen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Als Patient kann man auf dieser Station über alle Probleme mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sprechen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Auch der schwächste Patient findet Rückhalt bei seinen Mitpatienten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Es gibt sehr aggressive Patienten auf dieser Station. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Patienten weiter geht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Die Patienten interessieren sich für die Probleme ihrer Mitpatienten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Manche Patienten haben Angst vor anderen Patienten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen sich sehr viel Zeit für die Patienten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Wenn ein Patient ein wichtiges Anliegen hat, wird er von den Mitpatienten unterstützt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter vor bestimmten Patienten Angst haben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Oft scheint es den Mitarbeitern(innen) egal zu sein, ob Patienten in der Therapie scheitern oder weiterkommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Unter den Patienten gibt es einen guten Zusammenhalt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Einige Patienten sind so reizbar, dass man besonders vorsichtig mit ihnen umgeht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die Patienten und ihre Lebensgeschichte sehr gut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Sowohl Patienten als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich wohl auf dieser Station. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |


Correspondence: Norbert Schalast | Institute of Forensic Psychiatry
University Duisburg-Essen | P.O. Box 10 30 43 | 45030 Essen | Germany

Copyright © Norbert Schalast, PhD
norbert.schalast@uni-duisburg-essen.de

Abbildung 2: Essen Climate Evaluation Schema, Deutsche Version 2010, Auswertungsschlüssel (Schalast, 2010b)



Essen CES[©] - D
Essen Climate Evaluation Schema | Deutsche Version 2010
Auswertungsschlüssel



Qualität für Menschen

ZP Zusammenhalt der Patienten $\Sigma =$

SE Sicherheitserleben $\Sigma =$

TH Therapeutischer Halt $\Sigma =$

Stimmt

gar nicht wenig etwas ziemlich völlig

| | | | | | | | | | |
|----|--|-----|---|---|---|---|---|--|--|
| 1 | - wird nicht gewertet - | | | | | | | | |
| 2 | Die Patienten kümmern sich umeinander. | ZP1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 3 | Es gibt hier wirklich bedrohliche Situationen. | SE1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 4 | Als Patient kann man auf dieser Station über alle Probleme mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sprechen. | TH1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 5 | Auch der schwächste Patient findet Rückhalt bei seinen Mitpatienten. | ZP2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 6 | Es gibt sehr aggressive Patienten auf dieser Station. | SE2 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 7 | Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist es persönlich wichtig, wie es mit den Patienten weiter geht. | TH2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 8 | Die Patienten interessieren sich für die Probleme ihrer Mitpatienten. | ZP3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 9 | Manche Patienten haben Angst vor anderen Patienten. | SE3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 10 | Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen sich sehr viel Zeit für die Patienten. | TH3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 11 | Wenn ein Patient ein wichtiges Anliegen hat, wird er von den Mitpatienten unterstützt. | ZP4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 12 | Es gibt Situationen, in denen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter vor bestimmten Patienten Angst haben. | SE4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 13 | Oft scheint es den Mitarbeitern(innen) egal zu sein, ob Patienten in der Therapie scheitern oder weiterkommen. | TH4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 14 | Unter den Patienten gibt es einen guten Zusammenhalt. | ZP5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 15 | Einige Patienten sind so reizbar, dass man besonders vorsichtig mit ihnen umgeht. | SE5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | |
| 16 | Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die Patienten und ihre Lebensgeschichte sehr gut. | TH5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 17 | - wird nicht gewertet - | | | | | | | | |

• print out and copy on an OHP transparency •

Correspondence: Norbert Schalast | Institute of Forensic Psychiatry
University Duisburg-Essen | P.O. Box 10 30 43 | 45030 Essen | Germany

Copyright © Norbert Schalast, PhD
norbert.schalast@uni-duisburg-essen.de

3.4.2 Strukturelle stationsbezogene Variablen

Die strukturellen stationsbezogenen Variablen Überbelegung auf Station, Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit der Mitarbeiter sowie psychiatrische Berufserfahrung der Mitarbeiter wurden einerseits aus Daten der Rheinessen-Fachklinik durch Mitarbeiter der Abteilung Controlling und Medizin-Controlling bereitgestellt, andererseits während der anonymen Befragung der Mitarbeiter erfasst.

Beide Stationen verfügen über 29 Planbetten, sodass eine Überbelegung bei einer Patientenanzahl von > 29 vorab festgelegt wurde. Dazu wurde an jedem Befragungstag der Patienten die aktuell belegte Bettenanzahl auf Kapazitätsüberschreitung hin überprüft und dokumentiert.

Die mitarbeiterspezifischen Variablen Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie psychiatrische Berufserfahrung wurden im Zuge der anonymen Bewertung des Stationsklimas auf freiwilliger Basis durch Mitarbeiter notiert. Um eine eindeutige Datenerfassung zu gewährleisten, wurde auf der Rückseite des EssenCES-Fragebogens ein zusätzliches Feld mit den notwendigen Variablen erstellt (vgl. Abbildung 3). Während die psychiatrische Berufserfahrung in Jahren manuell angegeben werden konnte, wurde eine dichotome Ankreuzoption für die kategorialen Variablen Stationszugehörigkeit (J1 vs. J2) und Berufsgruppe (Ärzte, Psychologen, Therapeuten vs. Pflegedienst) gewählt.

Abbildung 3: Ausführung zur Erfassung von Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie psychiatrischer Berufserfahrung durch Mitarbeiter (n = 36) der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

Station:

J1

J2

Berufsgruppe:

Ärzte/Psychologen/Therapeuten

Pflegedienst

Psychiatrische Berufserfahrung in Jahren: ____

3.4.3 Stationsbezogene Prozessvariablen

Die Daten der stationsbezogenen Prozessvariablen wurden aus dem Monitoring der Zwangsmaßnahmen erhoben. Dabei wurden für die deskriptive Darstellung der Patientenstichprobe und die weiterführende Analyse ausschließlich Daten der rekrutierten Patienten einbezogen, während für die reine Deskription der Stationscharakteristika Daten aller innerhalb des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten berücksichtigt wurden.

3.4.3.1 Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)

Der SOAS-Bogen wurde ursprünglich von Palmstierna und Wistedt (1987) zur Erfassung von Aggressionseignissen entwickelt. Eine Überarbeitung erfolgte im Jahre 1999 zum SOAS-R-Bogen (Nijman et al., 1999), der bis heute in der Psychiatrie zum Einsatz kommt. Durch ihn werden Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse während des stationären Aufenthaltes erhoben. Dem Formular liegt die Definition von aggressivem Verhalten nach Morrison (1990, S. 78) zu Grunde. Als besonderes Vorkommnis wird „jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten bezeichnet, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder Eigentum bedrohlich ist oder (...) wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“ (Morrison, 1990, S. 78).

Jedes Mal, wenn ein Aggressionseignis von Patienten ausgeht, wird ein neuer SOAS-R-Bogen durch Mitarbeiter, die selbst Ziel oder Zeuge der Aggression waren, ausgefüllt, sodass theoretisch mehrere Aggressionseignisse pro Patienten festgestellt werden können.

Im Fokus der Dokumentation stehen folgende fünf Hauptkategorien: 1. Provokation, 2. Benutzte Mittel, 3. Ziel der Aggression, 4. Konsequenz(en) für Opfer, 5. Interventionen zur Beendigung, wobei ein und mehrere Unterpunkte ausgewählt werden können (vgl. Abbildung 4). Darauf aufbauend wurde in der revidierten Version des SOAS-Formulars ein validiertes Punktesystem zur Erfassung des Schweregrads entwickelt (Nijman et al., 2005). Aufgrund der Möglichkeit, mehrere Auswahlfelder pro Hauptkategorie auswählen zu können, wurde für die statistische Analyse stets die höchste Codierstufe eingeschlossen. Somit ergab sich aus der Bewertungsskala eine theoretische Schwankungsbreite von 0 – 22 Punkten, die wiederum in drei Ausprägungen der Aggressionsschwere zusammengefasst wurden. Dabei repräsentieren Werte von 0 – 7 Punkten eine leichte Aggressionsform, Werte von

8 – 15 Punkten eine mittelschwere Aggressionsform und Werte von 16 – 22 Punkten einen schwere Aggressionsform.

Abbildung 4: The Staff Observation Aggression Scale-Revised Englische Fassung, Formular zur Erfassung besonderer Vorkommnisse (Nijman et al., 1999, S. 208)

| Initials of the patient: _____ | | Registration no: _____ | | Ward: _____ | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Incident no.: _____ | | Date: _____ | | Time (hours and minutes): _____ | | | | | |
| <p>This form is to be completed by staff members witnessing aggressive behavior of a patient whereby aggression is defined as: any verbal, nonverbal, or physical behavior that was threatening (to self, others or property), or physical behavior that actually did harm (to self, others, or property) (in: Morrison, 1990). In the case of an aggressive incident please note the initials and registration no. of the patient, date and the time on which the incident started, and put at least one mark in each column.</p> | | | | | | | | | |
| 1. Provocation | | 2. Means used by the patient | | 3. Target of aggression | | 4. Consequence(s) for victim(s) | | 5. Measure(s) to stop aggression | |
| No understandable provocation | 1 | verbal aggression | 0 | nothing / nobody | 0 | no | 0 | none | 0 |
| Provoked by: | | Ordinary objects: | | object(s) | 1 | Objects: | | talk to patient | 0 |
| other patient(s) | 0 | chair(s) | 1 | other patient(s) | 2 | damaged, not replaced | 4 | calmly brought away | 0 |
| help with ADL | 0 | glass(ware) | 1 | patient self | 3 | damaged, replaced | 4 | peroral medication | 2 |
| patient being denied something | 0 | other, namely: | 1 | staff member(s) | 3 | persons: | | parenteral medication | 2 |
| staff requiring patient to take medication | 2 | parts of the body: | | other person(s) | 4 | felt threatened | 6 | held with force | 4 |
| other provocations: | 0 | hand (hitting, punching etc) | 2 | | | pain < 10 min | 9 | seclusion/isolation (locked door) | 4 |
| | | foot (kicking) | 2 | | | pain > 10 min | 9 | physical restraints | 4 |
| | | teeth (biting) | 2 | | | visible injury | 9 | other measures: | 2 |
| | | other, namely: | 2 | | | need for treatment | 9 | | |
| | | Dangerous objects or methods: | | | | need for treatment by a physician | 9 | | |
| | | knife | 3 | | | | | | |
| | | strangulation | 3 | | | | | | |
| | | other, namely: | 3 | | | | | | |

3.4.3.2 Fixierungsstatistik

Bei einer Fixierung von Patienten wurde die Anzahl der Interventionsmaßnahmen aus zwei unabhängigen Dokumentationssystemen erfasst – dem SOAS-R-Formular und der Fixierungsstatistik der jeweiligen Station. Zusätzlich wurde die Dauer von Fixierungen der Fixierungsstatistik entnommen.

3.4.4 Patientenbezogene Variablen

3.4.4.1 Elektronische Patientenakte

Zur Erfassung patientenbezogener Daten wurde eine schriftliche Zustimmung des Patienten vorausgesetzt.

Aus dem Krankenhausinformationssystem wurden anschließend die jeweiligen Daten der Patienten entnommen: Stationszugehörigkeit, Geschlecht, Alter in Jahren, Herkunft des Patienten, Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme, Hauptdiagnose nach ICD-10-GM, Dauer des Aufenthaltes in Tagen, Anzahl der Voraufenthalte und Weiterbehandlung. Um eine einheitliche und übersichtliche Informationssammlung zu gewährleisten, wurde vorab eine variablenspezifische Codierung festgelegt. Als dichotome Variablen wurden die Stationszugehörigkeit und das Geschlecht in 1 = Station J1 und 2 = Station J2 bzw. 1 = Männlich und 2 = Weiblich erfasst. Die Herkunft des Patienten untergliederte sich in: 0 = Unbekannt, 1 = Europäisch, 2 = Afrikanisch, 3 = Amerikanisch, 4 = Asiatisch. Als Hauptkategorien der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme wurden 1 = Freiwillig, 2 = Unterbringung nach PsychKG, 3 = Unterbringung nach BGB definiert. Die Hauptdiagnosen wurden in Krankheitsfelder unterteilt und als Hauptklassifikation nach ICD-10-GM codiert (vgl. Tabelle 1).

Anzumerken ist, dass für die reine Deskription der Patientenstichprobe und weiterführenden Analyse ausschließlich Daten der rekrutierten Teilnehmer einbezogen wurden, während für die deskriptiven Stationscharakteristika Daten aller innerhalb des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten eingeschlossen wurden.

Tabelle 1: Übersichtstabelle Hauptklassifikation nach ICD-10-GM (Krollner & Krollner, 2020)

| Hauptdiagnose nach ICD-10-GM | Codierung |
|--|-----------|
| F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen | 0 |
| F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | 1 |
| F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen | 2 |
| F3: Affektive Störungen | 3 |
| F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen | 4 |
| F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | 5 |
| F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | 6 |
| F7: Intelligenzstörung | 7 |
| F8: Entwicklungsstörungen | 8 |
| F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | 9 |

Als Weiterbehandlungsmöglichkeiten wurden folgende Optionen voneinander abgegrenzt: 0 = Sonstige (unbekannt, anderes Krankenhaus), 1 = Niedergelassene Therapie, 2 = PIA und 3 = Home-Treatment.

3.4.4.2 Clinical Global Impression Skala (CGI)

Die CGI-Skala beschreibt den klinischen Gesamteindruck eines Patienten vor dem Hintergrund seiner psychiatrischen Erkrankung und wird in folgende drei Teile unterteilt: 1. Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung, 2. Beurteilung des Schweregrades im Verlauf des stationären Aufenthaltes, 3. Beurteilung des Wirksamkeitsindex verabreichter Arzneimittel sowie deren Nebenwirkung (Guy, 1976, S. 217 – 222). Die Beurteilung wird vom zuständigen Arzt oder Psychologen im Gesamtkontext des Ersteindruckes durchgeführt und mit Patienten der gleichen Diagnose verglichen. Dabei umfasst die Skala acht Felder von 0 = Nicht beurteilbar, 1 = Nicht krank, 2 = Grenzfall psychiatrischer Erkrankung, 3 = Leicht krank, 4 = Mäßig krank, 5 = Deutlich krank, 6 = Schwer krank bis 7 = Sehr schwer krank (Guy, 1976, S. 218; Rothenhäusler & Täschner, 2012, S. 70). Dementsprechend geht ein hoher Wert konkordant mit einem hohen Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung einher.

3.4.4.3 Global Assessment of Functioning (GAF)

Die Globalbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus gehört, wie die CGI-Skala, zu den standardisierten und etablierten Basisformularen der Psychiatrie, die bei Aufnahme und zur Verlaufskontrolle eines Patienten eingesetzt werden. Während psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeiten in den GAF einfließen, werden physische Beeinträchtigungen nicht berücksichtigt (Margraf et al., 2017,

S. 219 – 220). Die Skala kann Werte von 0 – 100 annehmen, wobei sie in zehn verschiedene Leistungsniveaus mit je zehn Punktwerten untergliedert ist (vgl. Abbildung 5).

Werte von 1 – 10 beschreiben die geringste Funktionsfähigkeit, bei der „eine ständige Gefahr, sich oder Mitmenschen schwer zu schädigen“ (Margraf et al., 2017, S. 220) existiert, während Werte von 91 – 100 die höchste Leistungsfähigkeit in allen drei Kategorien: Psyche, Soziales und Beruf widerspiegeln. Falls „unzureichende Informationen“ (Margraf et al., 2017, S. 220) zur Beurteilung vorliegen, wird der Wert 0 eingetragen (Saß et al., 2003, S. 47 – 49). Demzufolge ist, anders als bei der CGI-Skala, ein positiver Zusammenhang zwischen hohen Zahlenwerten und guter Leistungsfähigkeit zu erkennen.

Da es sich um eine Momentaufnahme handelt, kann bei Bestimmung zum Zeitpunkt der Aufnahme, im Verlauf des stationären Aufenthaltes und bei Entlassung eine Entwicklung des Therapieerfolgs und eine Tendenz zum autonomen Funktionsniveau erkennbar sein.

Abbildung 5: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus deutsche Fassung 2017, Formular zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus (Margraf et al., 2017, S. 220)

Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Beurteilen Sie das Ausmaß der psychischen, sozialen und beruflichen Anpassung bzw. des Wohlbefindens auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit – Krankheit. Lassen Sie dabei Beeinträchtigungen außer Acht, die durch körperliche oder Umweltbeschränkungen verursacht sind. Obwohl nur für Zehnerstufen Verankerungen definiert sind, können Sie zur Beurteilung jede Zahl zwischen 1 und 100 wählen. Schätzen Sie bitte den gegenwärtigen Zustand und den des letzten Jahres der Patientin bzw. des Patienten ein.

- 100-91 Keine Symptome; sehr gute Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten
- 90-81 Abwesende oder minimale Symptomatik (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Anpassung in allen Bereichen, interessiert und beteiligt an einer großen Breite von Aktivitäten, sozial effizient, allgemein zufrieden mit dem Leben, nicht mehr als alltägliche Probleme oder Sorgen (z. B. gelegentlicher Streit mit Familienmitgliedern).
- 80-71 Falls Symptome vorhanden sind, stellen sie vorübergehende und zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Stressoren dar (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach Familienstreit); nicht mehr als geringfügige Beeinträchtigung in sozialer, beruflicher oder schulischen Anpassung (z. B. zeitweise Hinterherhinken bei Schularbeiten).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung und leichte Schlaflosigkeit) oder gelegentliche Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung, im Allgemeinen gute Leistungsfähigkeit, hat einige bedeutsame zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60-51 Mäßige Symptomatik (z. B. flacher Affekt und umständliche Sprache, gelegentliche Angstanfälle) oder mäßige Schwierigkeiten bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Kollegen).
- 50-41 Ernsthafte Probleme (z. B. Suizidgedanken, schwere Angstanfälle oder Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder eine schwere Beeinträchtigung bei der sozialen, beruflichen oder schulischen Anpassung (z. B. keine Freunde, kann keinen Arbeitsplatz behalten).
- 40-31 Ziemliche Beeinträchtigung bei Realitätskontakt oder Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, obskur oder irrelevant) oder schwere Beeinträchtigung in mehreren Bereichen wie Arbeit oder Schule, Familienbeziehungen, Urteilsfähigkeit, Denken oder Stimmung (z. B. depressive/ängstliche Person vermeidet Freunde, vernachlässigt Familie und ist arbeitsunfähig; Kind schlägt häufig kleinere Kinder zusammen, ist trotzig zu Hause und versagt in der Schule).
- 30-21 Verhalten ist beträchtlich beeinflusst von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen oder ernsthafte Beeinträchtigung von Kommunikation oder Urteilsfähigkeit (z. B. manchmal inkohärent, grob unangemessenes Verhalten, völlig in Anspruch genommen von Suizidgedanken) oder unfähig zur Anpassung in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, keine Arbeit, kein Zuhause, keine Freunde).
- 20-11 Ziemliche Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen (z. B. Suizidversuche ohne deutliche Todeserwartung, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder hält gelegentlich minimale persönliche Hygiene nicht mehr aufrecht (z. B. verschmiert Exkrememente) oder grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (z. B. weitgehend inkohärent oder mutistisch).
- 10-1 Anhaltende Gefahr, sich selbst oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewalttätigkeit) oder anhaltende Unfähigkeit, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte suizidale Tat mit deutlicher Todeserwartung.
- 0 Unzureichende Informationen

Gegenwärtiges Anpassungsniveau/Wohlbefinden (0–100): _____

Letztes Jahr (0–100): _____

3.5 Durchführung der Befragungen

3.5.1 Befragung der Patienten

Vor Beginn der Befragung wurden das Studienvorhaben den Mitarbeitern der Station J1 und J2 vorgestellt und darüber informiert, dass die Doktorandin (N. E.) zur Datenerhebung die Station im nächsten Monat regelmäßig betreten wird.

Eine zuvor abgeleistete Famulatur ermöglichte Einblicke in den Stationsablauf, das Kennenlernen der Mitarbeiter sowie den Umgang mit akut psychiatrisch erkrankten Patienten, was den Einstieg des Studienbeginns erleichterte. Vor jedem Befragungstag wurde ein aktueller Belegungsplan der jeweiligen Station bereitgestellt und die Patienten auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Dazu notierte der zuständige Stationsarzt einerseits Patienten mit Fremdgefährdungsaspekt und andererseits Patienten, die aufgrund sprachlicher oder psychischer Komplexität nicht in der Lage waren, an der Studie teilzunehmen. Auf letztere bezogen verhinderte der Ausschluss eine mögliche Zusatzbelastung der Patienten.

Bevor eine Klimateinschätzung der Patienten erfolgen konnte, wurde jeder Teilnehmer in einem persönlichen Gespräch über das Studienziel, den Studienablauf, Datenschutz und Widerruf aufgeklärt. Ein Informationsblatt wurde ausgehändigt und die schriftliche Einwilligung zur freiwilligen Teilnahme und Erhebung persönlicher Daten aus der elektronischen Patientenakte eingeholt.

Der planmäßige zeitliche Aufwand zum Ausfüllen des EssenCES-Fragebogens sollte 5 – 10 Minuten umfassen. Es wurde darum gebeten, alle Fragen gewissenhaft zu beantworten, jeweils nur eine Antwortmöglichkeit pro Item anzukreuzen und ohne zeitlichen Druck zu notieren. Bei Rückfragen standen die Doktorandin (N. E.) oder die Studienleiterin (A. B.-D.) zur Verfügung. Die Fragebögen konnten entweder persönlich oder mittels einer entsprechend vorgesehenen Ablage zurückgegeben werden.

Jeweils eine Version der Informations- und Einwilligungsschriften ist im Anhang A und B beigefügt.

3.5.2 Befragung der Mitarbeiter

Nach Zustimmung des Pflegedirektors und des Personalrates wurde eine anonyme Befragung der Mitarbeiter durchgeführt.

Um einen Vergleich zwischen der Bewertung des Stationsklimas von Patienten und Mitarbeitern zu ermöglichen, wurde derselbe Zeitpunkt für beide Stichproben gewählt. Allen Berufsgruppen der Station J1 und J2 wurde ein schriftlicher

Informationsbogen (vgl. Anhang C) und ein EssenCES-Fragebogen ausgeteilt. Zusätzlich wurde darum gebeten, die Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie die psychiatrische Berufserfahrung in Jahren anzugeben. Auch hier wurde ein zeitlicher Aufwand von 5 – 10 Minuten eingeplant, wobei keine vorherige mündliche Aufklärung zur Studie stattfand. Durch das freiwillige Ausfüllen des Fragebogens wurde konkludent von einer Teilnahmeeinwilligung der Mitarbeiter ausgegangen. Die anonym ausgefüllten Fragebögen wurden in eine dafür vorgesehene Ablage zurückgegeben.

3.5.3 Datenmanagement und Datenschutz

Vor Beginn der Datenerhebung wurde ein Datenschutzvotum des Datenschutzbeauftragten des Trägers der Einrichtung Landeskrankenhaus AÖR eingeholt.

Die Datenerhebung der Patienten erfolgte in pseudonymisierter Form, sodass der jeweilige Name des Patienten einer Identifikationsnummer zugeteilt und ersetzt wurde. Dadurch ist ein Rückschluss auf einzelne Patienten erheblich erschwert und nur durch die Codierliste möglich. Diese wird gesondert verwahrt und gewährleistet die Datensicherheit patientenbezogener Daten. Die Identifikationsnummer wurde auf dem jeweiligen EssenCES-Fragebogen notiert, sodass es den Teilnehmern jederzeit möglich war, mündlich oder schriftlich, das Einverständnis zur Aufbewahrung und Speicherung ihrer Daten zu widerrufen.

Die Datensammlung der Mitarbeiter wurde in Abstimmung mit dem Personalrat und dem Datenschutzbeauftragtem der Klinik anonymisiert erstellt, damit eine Rückverfolgung der Angaben bereits bei Erhebung der Daten nicht möglich war.

Es wurde festgelegt, dass alle Unterlagen bis zum Abschluss der Auswertung archiviert und nach Studienabschluss, unter Beachtung des Datenschutzes, vernichtet werden.

3.6 Auswertung und Datenanalyse

3.6.1 Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)

Die Auswertung erfolgte entsprechend der Beschreibung im Kapitel 3.4.1.

Anschließend wurde in der Primärfragestellung das Stationsklima zwischen Mitarbeitern und Patienten verglichen. Zunächst erfolgte die statistische Untersuchung der Subthemen Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheits erleben auf Station und im Anschluss hieran die Analyse des globalen Klimas.

3.6.2 Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)

In der Auswertung des SOAS-R-Bogens wurde die Gesamtanzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ermittelt.

Zum einen wurde die Gesamthäufigkeit aus allen Aggressionseignissen der Patienten innerhalb des Befragungszeitraums bestimmt. Dadurch konnte der Summenwert bereits Hinweise auf die Grundstimmung und die allgemeine Atmosphäre der jeweiligen Station geben.

Zum anderen wurde für jedes besondere Vorkommnis der Schweregrad, wie in Kapitel 3.4.3.1 beschrieben, erhoben und einem der drei Ausprägungsformen (leicht, mittelgradig oder schwer) zugeordnet.

Schließlich konnte in der Sekundärfragestellung überprüft werden, ob die Ereignisanzahl und -schwere aller rekrutierten Patienten Einfluss auf das subjektive Stationsklimaempfinden hatte.

3.6.3 Clinical Global Impression Skala (CGI) und Global Assessment of Functioning (GAF)

In dieser Studie wurden ausschließlich der Schweregrad der psychiatrischen Erkrankungen sowie der klinische Gesamteindruck des Patienten am Aufnahmetag erhoben. Die Datenanalyse erfolgte entsprechend der schematischen Darstellungen im Kapitel 3.4.4.2 bzw. 3.4.4.3.

Anschließend wurde in der Sekundärfragestellung untersucht, ob einerseits ein negativer Zusammenhang zwischen hohen CGI-Werten und schlechtem Stationsklima besteht und andererseits eine Wechselwirkung zwischen guter Leistungsfähigkeit und positiver Klimabewertung besteht.

3.6.4 Missing values

3.6.4.1 Datensammlung der Primärfragestellung

Der EssenCES-Fragebogen aller rekrutierten Teilnehmern wurde zunächst auf Vollständigkeit geprüft. Da bei der Patientenbefragung stets die Doktorandin (N. E.) vor Ort war, konnten Unklarheiten und Nachfragen im direkten Dialog geklärt werden. Damit kam es zu keinen unbeantworteten Fragestellungen während der Erhebung des EssenCES-Fragebogens. Auch die teilnehmenden Mitarbeiter füllten vollständig den Fragebogen aus. Eine Beachtung fehlender oder unzureichender Werte war somit nicht nötig.

Von insgesamt 214 handschriftlich dokumentierten Patienten lehnten 32 Patienten der Station J1 und 34 Patienten der Station J2 eine Studienteilnahme ab. Zudem wurden 23 Patienten der Station J1 und 13 Patienten der Station J2, aufgrund sprachlicher Barrieren, psychischer Problematik oder Fremdgefährdungsgefahr von der Befragung ausgeschlossen. Dabei konnte ein sprachliches Verständnisproblem in zehn Fällen auf Station J1 und in zwölf Fällen auf Station J2 festgestellt werden.

3.6.4.2 Datensammlung der Sekundärfragestellung

Strukturelle stationsbezogene Einflussvariablen der Mitarbeiter wurden anonym erhoben. Während alle Teilnehmer ihre Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit angaben, wurde die psychiatrische Berufserfahrung von neun Teilnehmern nicht beantwortet. Aufgrund der Anonymisierung konnten diese Daten nicht nacherhoben werden. Fehlende Daten wurden als solche codiert und von der Auswertung ausgeschlossen.

Stationsbezogene Prozessvariablen wurden vollständig entnommen. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass ein SOAS-R-Formular nur dann ausgefüllt und im Monitoring der Zwangsmaßnahmen dokumentiert wurde, wenn ein besonderes Aggressionsereignis von einem Patienten ausging. Um dabei alle rekrutierten Patienten in der Auswertung der stationsbezogenen Prozessvariablen zu berücksichtigen, wurden Patienten ohne besondere Vorkommnisse als *missing values* codiert und als solche im Ergebnisteil angegeben.

Daten aus dem Krankenhausinformationssystem wurden bei Unvollständigkeit wie folgt codiert:

Patientenherkunft: 0 = Unbekannt, Weiterbehandlung: 0 = Sonstige (unbekannt, anderes Krankenhaus), CGI: 0 = Nicht beurteilbar (Guy, 1976, S. 218) und GAF: 0 = „Unzureichende Information“ (Margraf et al., 2017, S. 220).

3.6.4.3 Datensammlung der Grundgesamtheit

Die ausgewählten Einflussfaktoren aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten wurden aus zusammengefassten Mittelwerten ohne Standardabweichungen oder kumulierten Fallzahlen ohne relative Häufigkeiten gebildet. Damit war keine Aussage über patientenbezogene Einzeldaten möglich, sodass die Gesamtanzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten nicht bestimmt werden konnte. Eine Abschätzung der Grundgesamtheit konnte jedoch unter Einbezug der durchschnittlichen Bettenbelegung, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und des Befragungszeitraums mit Hilfe einer

mathematisch validen Berechnungsformel ermittelt werden. Dabei wird die Grundgesamtheit auf 213 Patienten geschätzt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um einen Näherungswert handelt, der Abweichungen zur tatsächlichen Anzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten haben könnte. Vergleicht man vor diesem Hintergrund jedoch den errechneten Schätzwert mit der handschriftlich dokumentierten Grundgesamtheit von 214 Patienten, fällt ein nahezu identisches Ergebnis auf. Aufgrund dessen wurde im Ergebnisteil $n = 214$ als Gesamtanzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten verwendet.

Zudem konnten keine Rückschlüsse auf Patienten ohne besondere Vorkommnisse sowie auf Patienten mit freiwilliger Stationsaufnahme gezogen werden, was in den entsprechenden graphischen und tabellarischen Darstellungen (vgl. Kapitel 4.1.1) angegeben wurde.

3.6.5 Statistische Analyse

Die Datenerfassung erfolgte mit Microsoft Excel, die statistische Analyse mittels SPSS 25.00 für Windows.

Qualitative Merkmale wurden als relative und absolute Häufigkeiten, quantitative Merkmale als Mittelwerte \pm Standardabweichungen angegeben. Aufgrund einiger nicht normalverteilter Merkmale wurden zusätzlich zum Mittelwert und zur Standardabweichung der Median und die Spanne (maximal und minimal) angegeben.

Zur Überprüfung der Hypothesen kamen folgende statistische Verfahren zur Anwendung.

3.6.5.1 Einfache Verfahren zur Analyse von Unterschieden

Nominale Daten

Zur Überprüfung signifikanter Unterschiede zwischen zwei oder mehreren nominalen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test (Prüfgröße: χ^2) durchgeführt. Diese statistische Rechenoperation wurde teilweise zur Deskription der Mitarbeiter und Patienten auf Grundlage der Einflussfaktoren durchgeführt.

Ordinale und metrische Daten

Um Mittelwertunterschiede zwischen zwei unabhängigen intervallskalierten Stichproben hinsichtlich einer abhängigen Variable zu untersuchen, kamen der t-Test für parametrisch verteilte Daten (Prüfgröße: t) und für nicht-parametrisch verteilte Daten der Mann-Whitney-U-Test (Prüfgröße: U) zum Einsatz.

Um einen t-Test durchführen zu können, mussten zunächst die Voraussetzungen zur Anwendbarkeit überprüft werden. Dabei handelt es sich um: Intervallskalenniveau, Normalverteilung der Daten bzw. einer Gruppengröße $n > 30$ sowie um Homogenität der Varianzen. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Tests überprüft. Bei signifikantem Ergebnis wurde eine heterogene Varianz angenommen, sodass zur Hypothesenprüfung der modifizierte t-Test mit getrennten Varianzschätzungen eingesetzt wurde. Die Normalverteilung der Skalen wurde mit dem Shapiro-Wilks-Test berechnet, wobei bei einer Gruppengröße > 30 eine Normalverteilung anzunehmen war. Ein signifikantes Shapiro-Wilks-Ergebnis und eine Gruppengröße $n < 30$ deuteten dagegen auf fehlende Normalverteilung hin, sodass anstelle des t-Tests der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test berechnet wurde. Der t-Test für unabhängige Stichproben und der Mann-Whitney-U-Test wurden zur Beschreibung der Stichproben in Hinblick auf Einflussvariablen verwendet.

3.6.5.2 Einfache Verfahren zur Analyse von Unterschieden und Interaktionen

Eine Varianzanalyse überprüft, ob ein Mittelwertunterschied zwischen unabhängigen Stichproben besteht, der durch kategoriale unabhängige Variablen definiert wird. Dabei werden kategoriale Variablen auch als ‚Faktoren‘ bezeichnet, während ihre Ausprägungsformen als ‚Faktorstufen‘ beschrieben werden.

Man unterscheidet die einfaktorielle Varianzanalyse (Analysis of Variance, ANOVA) (Prüfgröße: F) von der multivariaten Form (Multivariate Analysis of Variance, MANOVA) (Prüfgröße: F). Während die ANOVA nur eine kategoriale Variable in die Analyse einbezieht, werden bei einer MANOVA zwei oder mehrere unabhängige Faktoren berücksichtigt.

Zusätzlich werden abhängige Variablen in die Analyse eingeschlossen. Als Anwendungsvoraussetzung muss jedoch die abhängige Variable auf Intervallskalenniveau, Normalverteilung durch Shapiro-Wilks-Test und Homogenität der Varianzen durch Levene-Test überprüft werden. Ebenfalls wird vorausgesetzt, dass die unabhängigen Stichproben eine annähernd gleich große Gruppengröße aufweisen. Allerdings handelt es sich, im Vergleich zum t-Test, um ein robusteres Verfahren, bei dem Voraussetzungsverletzungen nicht so schwerwiegend zum Tragen kommen (Field, 2018, S. 700). Dies bedeutet, dass auch bei fehlenden Anwendungsvoraussetzungen eine statistische Berechnung möglich ist und die Ergebnisse nicht maßgeblich beeinflusst werden. Anschließend überprüfen beide Verfahren, ob sich die Varianzen bzw. die Mittelwerte der abhängigen Variablen im

Hinblick auf die unterschiedlichen Stichproben und die jeweilige kategoriale Variable unterscheiden.

Darüber hinaus wird eine Interaktion zwischen den unabhängigen Stichproben und der jeweiligen kategorialen unabhängigen Variablen überprüft.

Dagegen überprüft eine Analyse auf Kovariate, ob ein Mittelwertunterschied zwischen unabhängigen Stichproben vorliegt, der durch metrische unabhängige Variablen beschrieben wird.

Dabei berücksichtigt die einfache Form (Analysis of Covariance, ANCOVA) eine skalierte Variable, während die multivariate Kovarianzanalyse (Multivariate Analysis of Covariance, MANCOVA) mehrere metrische Variablen einschließen kann. Das Prinzip beider Analysen entspricht dem der Varianzanalyse, sodass analog auch hier Wechselwirkungen zwischen den Variablen ermittelt werden können.

Beide statistischen Verfahren wurden angewandt, um einerseits die Klimateinschätzung von Mitarbeitern und Patienten auf signifikante Unterschiede zu untersuchen (ANOVA) und um andererseits Interaktionen zwischen Einflussvariablen und Klimateinschätzung herauszuarbeiten (ANOVA, MANOVA, ANCOVA, MANCOVA).

Auf letzteres bezogen wurde eine multivariate Analyse (MANOVA bzw. MANCOVA) für die drei Teilbereiche des EssenCES-Fragebogens durchgeführt. Damit konnten zusätzliche Wechselwirkungen zwischen den Subscores erfasst werden.

Dagegen musste für den Gesamtscore eine univariate ANOVA bzw. ANCOVA berechnet werden, da das globale Klima durch alle drei Teilbereiche beschrieben wird und somit nicht unabhängig von diesen betrachtet werden kann. Mit Hilfe der separaten Analyse war es daher möglich, eine potenzielle Interaktion zwischen dem Gesamtscore und allen Subscores zu verhindern.

Um außerdem eine bessere statistische Aussagekraft in Zusammenhangsanalysen zu erzielen, wurden kategoriale Variablen, aufgrund der geringen Fallzahl, in zwei oder selten mehrere Gruppen zusammengefasst.

Hierzu wurde folgende Einteilung der kategorialen Faktoren zur weiteren Untersuchung festgelegt:

- strukturelle stationsbezogene Variablen:
Überbelegung auf Station: ‚Ja‘ vs. ‚Nein‘,

Stationszugehörigkeit der Mitarbeiter: ‚J1‘ vs. ‚J2‘,

Berufsgruppenzugehörigkeit: ‚Ärzte‘ + ‚Psychologen‘ + ‚Therapeuten‘ vs. ‚Pflegedienst‘

- stationsbezogene Prozessvariablen:

SOAS-R-Ereignis: ‚Ja‘ vs. ‚Nein‘, SOAS-R-Schwere: ‚Leicht‘ vs. ‚Mittel‘ vs. ‚Schwer‘

- patientenbezogene Variablen:

Stationszugehörigkeit: ‚J1‘ vs. ‚J2‘, Geschlecht: ‚Männlich‘ vs. ‚Weiblich‘, Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme: ‚Unterbringung‘ (nach ‚PsychKG‘ + ‚BGB‘) vs. ‚Freiwillig‘, Patientenherkunft: ‚Deutsch‘ (‚Europäisch‘) vs. ‚Andere‘ (‚Afrikanisch‘ + ‚Amerikanisch‘ + ‚Asiatisch‘), ‚Unbekannte‘ werden als *missing values* codiert, Weiterbehandlung: ‚Niedergelassene Therapie‘ vs. ‚Andere‘ (‚PIA‘ + ‚Home-Treatment‘ + ‚Sonstige‘), Hauptdiagnosen: ‚F1‘ vs. ‚F2‘ vs. ‚F3‘ vs. ‚Sonstige‘ (‚F0‘ + ‚F4‘ + ‚F5‘ + ‚F6‘ + ‚F7‘ + ‚F8‘ + ‚F9‘)

Allerdings konnte eine Zusammenhangsanalyse nicht für alle Einflussvariablen durchgeführt werden, was hauptsächlich zwei Gründe hatte.

Zum einen konnte nur eine geringe Fallzahl für die strukturellen stationsbezogenen Variablen: Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und psychiatrische Berufserfahrung ($n = 28$) der Mitarbeiter sowie für die stationsbezogenen Prozessvariablen: Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ($n = 13$) ermittelt werden, sodass eine weitergehende statistische Auswertung auf relevante Zusammenhänge nicht sinnvoll erschien. In diesen Fällen erfolgte, unter Ausschluss einer Analyse auf Interaktion, eine reine Deskription der Daten.

Zum anderen konnten patientenbezogene Variablen, die Anzahl und Dauer von Fixierungen und die Überbelegung auf Station ausschließlich für Patienten erhoben werden, sodass eine Überprüfung auf Wechselwirkung nicht möglich war. In diesen Fällen wurde eine Analyse potenzieller Effekte auf das subjektive Klimaempfinden von Patienten durchgeführt.

3.6.5.3 Signifikanzniveau

Das Signifikanzniveau wurde, sofern nicht explizit anders angegeben, auf $\alpha = 0,05$ (zweiseitig) festgelegt. Bei multiplen Testungen wurde unter Beachtung der Alphafehler-Kumulierung eine Bonferroni-Korrektur des α -Niveaus (α^*) durchgeführt. Dagegen musste bei multivariaten Verfahren keine Anpassung des Signifikanz-

niveaus erfolgen, sodass die Wahrscheinlichkeit einer statistisch bedeutsamen Aussage, im Vergleich zu multiplen Testreihen, höher wird.

3.6.5.4 Effektstärke (η^2)

Um statistisch relevante Effektstärken beurteilen zu können, wurde das Eta-Quadrat (η^2) in Varianzanalysen errechnet. Dieser kann unendlich viele Werte annehmen und gibt die Stärke eines Effekts zweier Variablen an. Dabei ist die Effektstärke theoretisch betrachtet ab $\eta^2 = 0,1$ klein, ab $\eta^2 = 0,25$ mittelstark und ab $\eta^2 = 0,4$ groß (Cohen, 1988, S. 285 – 287).

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Stations- und Stichprobencharakteristika

In der nachfolgenden deskriptiven Statistik wird zunächst das Stationsklima anhand ausgewählter Einflussvariablen aller innerhalb des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten beschrieben. Damit wird ermöglicht, das Stationsklima anhand der Grundgesamtheit, also unter Berücksichtigung aller ein- und ausgeschlossenen Patienten, zu charakterisieren.

Anschließend werden die Patienten- und Mitarbeiterstichproben unabhängig voneinander betrachtet und mit Hilfe der erfassten Einflussvariablen charakterisiert. Dabei wird auf die jeweilige Gesamtgruppe Bezug genommen und ein Vergleich der Stationen J1 und J2 vorgenommen.

Anzumerken ist, dass die Gesamtgruppe ausschließlich die rekrutierte Stichprobe von Patienten ($n = 112$) oder Mitarbeitern ($n = 36$) einschließt, während die Grundgesamtheit alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten ($n = 214$) umfasst.

4.1.1 Deskriptive Darstellung der Grundgesamtheit

Zur deskriptiven Darstellung der jeweiligen Stationen wurden ausgewählte Einflussvariablen aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten aggregiert. Damit war es möglich, das vorliegende Stationsklima anhand der Grundgesamtheit zu charakterisieren. Von einer statistischen Analyse wurde jedoch abgesehen, da die Daten aus zusammengefassten Mittelwerten ohne Standardabweichungen oder kumulierten Fallzahlen bestanden. Damit blieb es bei einer reinen Deskription der Daten, sodass keine zusätzlichen Aussagen über statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Stationen oder zwischen der Grundgesamtheit und der Patientenstichprobe getroffen werden konnte. Eine deskriptive Darstellung der Daten ist in Tabelle 6 (vgl. Anhang D) abgebildet.

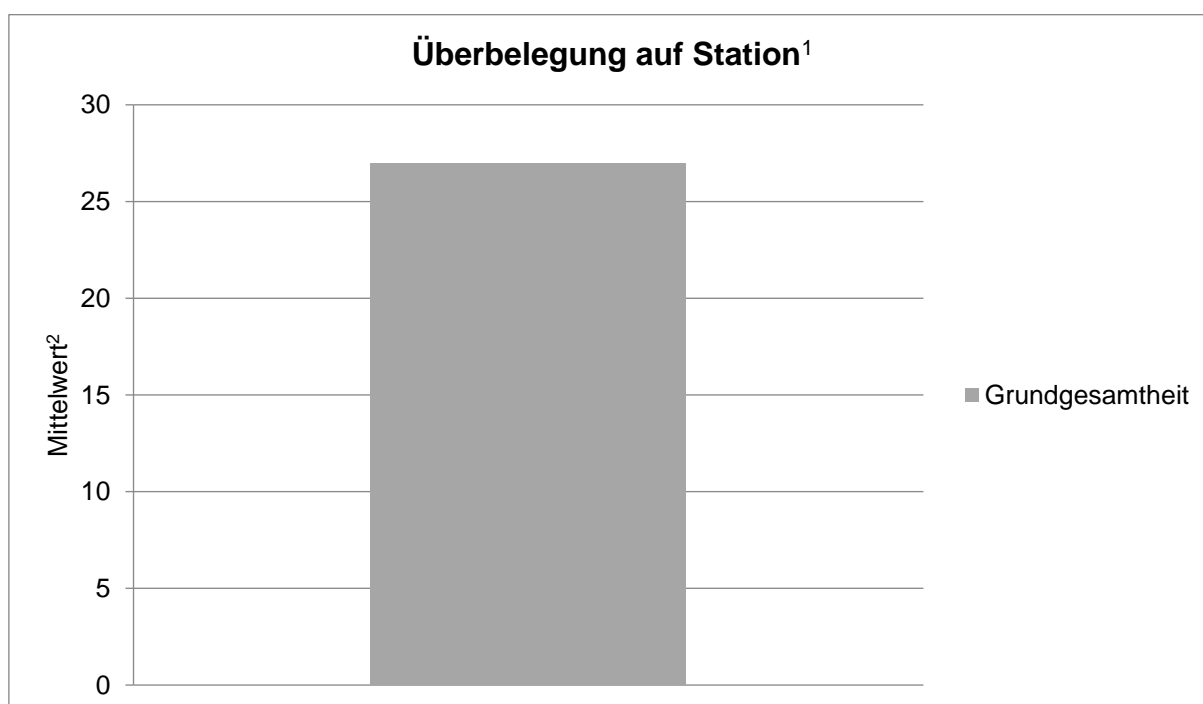
Aufgrund fehlender patientenbezogener Einzeldaten wurde die Grundgesamtheit mittels durchschnittlicher Bettenbelegung, durchschnittlicher Aufenthaltsdauer und dem Befragungszeitraum auf 213 stationäre Patienten geschätzt. Dabei handelt es sich um einen Näherungswert, der Abweichungen zur tatsächlichen Anzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten aufweisen könnte. Im Vergleich zur handschriftlich dokumentierten Grundgesamtheit von 214 Patienten fällt jedoch ein nahezu identisches Ergebnis mit einer

Schätzer-Ungenauigkeit von einem Patienten auf, sodass die dokumentierte Gesamtanzahl näherungsweise durch die Berechnung gedeckt wird. Damit sind potenzielle Abweichungen als eher unwahrscheinlich anzusehen. Infolgedessen wird in den nachfolgenden graphischen und tabellarischen Darstellungen die Grundgesamtheit als $n = 214$ angegeben.

Strukturelle stationsbezogene Variablen

Als strukturelle stationsbezogene Variable wurde die Überbelegung auf Station unter Einschluss aller innerhalb des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten in die deskriptiven Stationscharakteristika miteinbezogen. Auf beiden Stationen zeigte sich eine durchschnittliche Belegung von 26,98 Betten (vgl. Abbildung 6). Damit kam es innerhalb des Befragungszeitraums zu keiner Kapazitätsüberschreitung. Während auf Station J1 eine mittlere Auslastung von 27,05 Betten erfasst wurden, lag auf Station J2 eine Normalbelegung mit einer durchschnittlichen Belegung von 26,92 Planbetten vor (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 6: Mittelwert der Überbelegung auf Station durch alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten ($n = 214$) als Grundgesamtheit der Stationen J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

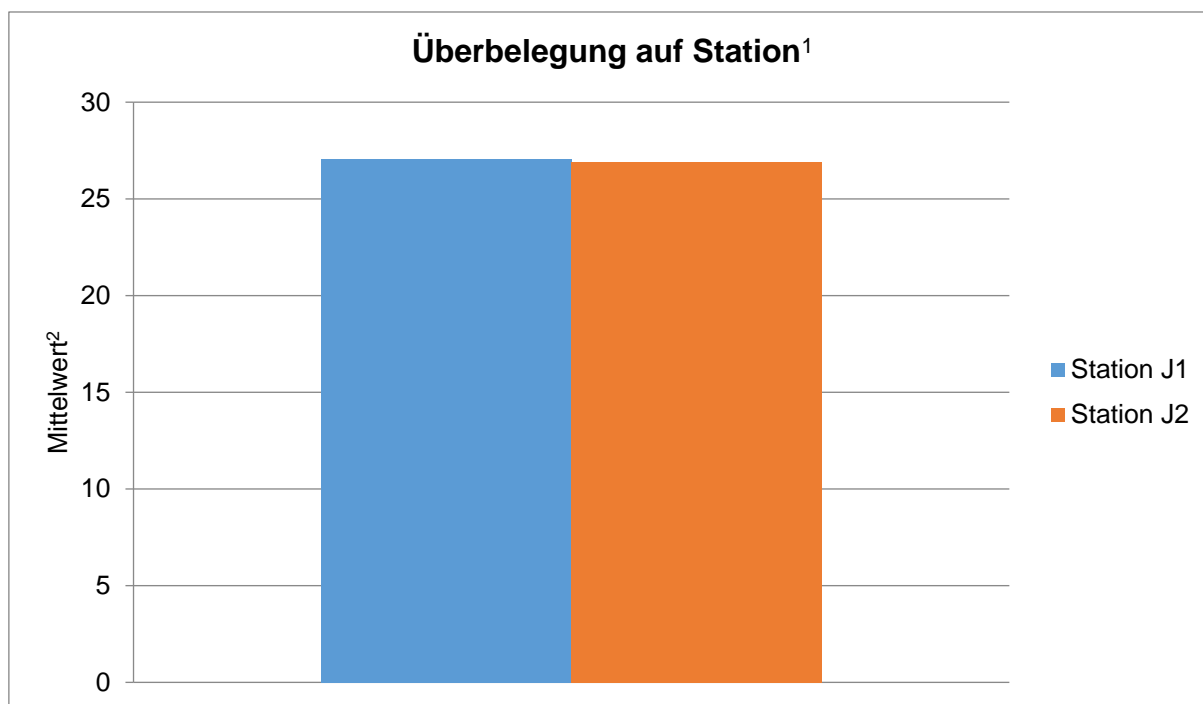


¹ Der vorliegende Datensatz wurde als kumulierter Mittelwert ohne Standardabweichung erhoben. Eine Überbelegung auf Station lag ab einer Patientenzahl von > 29 vor.

² Von einer statistischen Analyse wurde abgesehen.

Grundgesamtheit: MW = 26,98, **MW:** Mittelwert

Abbildung 7: Mittelwert der Überbelegung auf Station durch alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹Die vorliegenden Datensätze wurden als kumulierte Mittelwerte ohne Standardabweichungen erhoben. Eine Überbelegung auf Station lag ab einer Patientenanzahl von > 29 vor.

²Von einer statistischen Analyse wurde abgesehen.

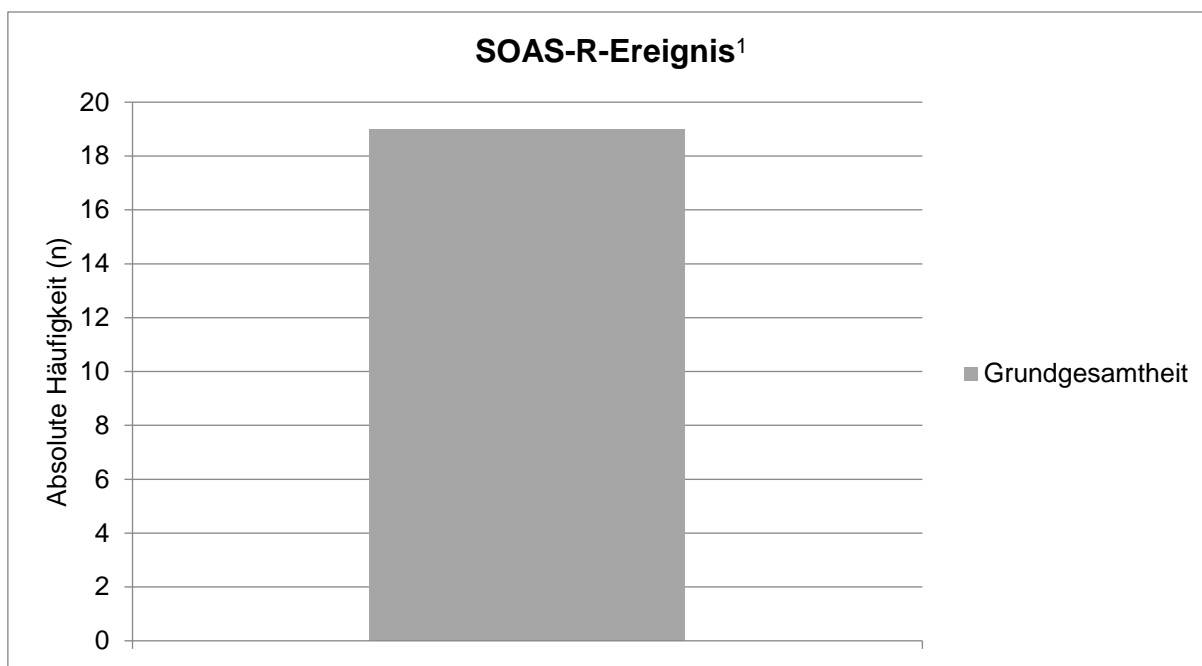
Station J1: MW = 27,05, **Station J2:** MW = 26,92, **MW:** Mittelwert

Stationsbezogene Prozessvariablen

Zur Charakterisierung der jeweiligen Stationen wurden die Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse als stationsbezogene Prozessvariablen miteingeschlossen. Eine graphische Darstellung beider Einflussvariablen ist für die Ereignisanzahl in Abbildung 8 und Abbildung 9 und für die Ereignisschwere in Abbildung 10 und Abbildung 11 aufgeführt.

Insgesamt traten 19 (100,0 %) besondere Vorkommnisse auf, was einem Durchschnittswert von 15,58 Ereignissen während des gesamten Befragungszeitraums entspricht. Davon kamen neun (47,4 %) dokumentierte Fälle auf Station J1 und zehn (52,6 %) dokumentierte Fälle auf Station J2 vor.

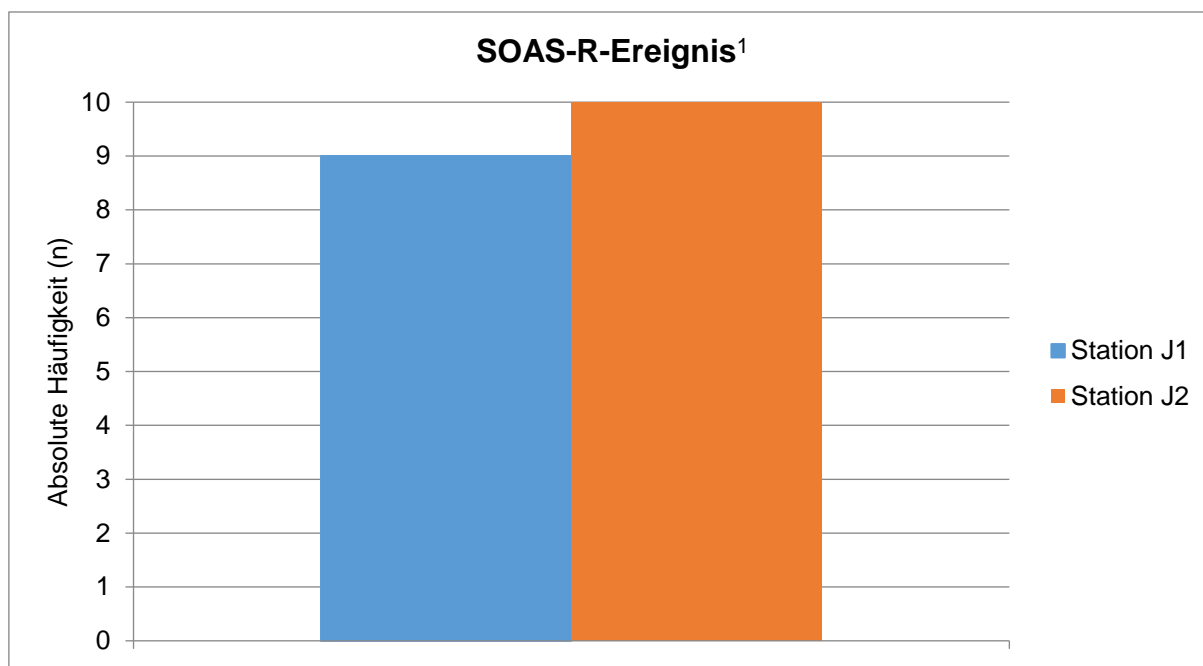
Abbildung 8: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden in der Erhebung nicht erfasst und von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Abbildung 9: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

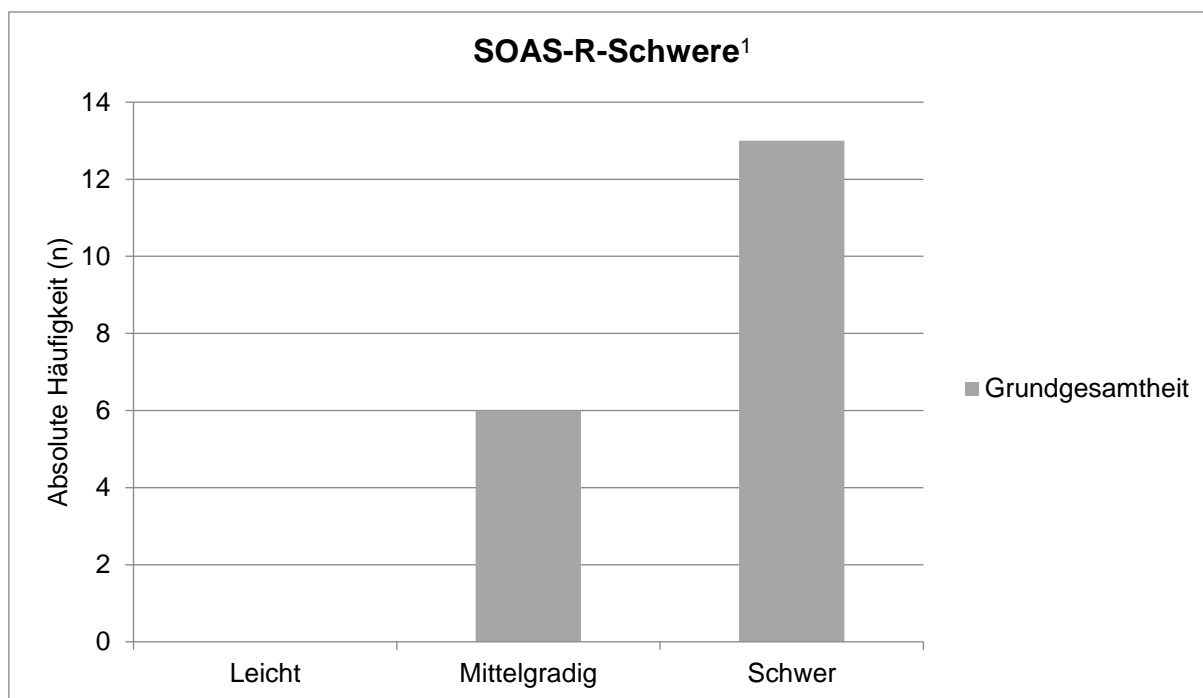


¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden in der Erhebung nicht erfasst und von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Der Schweregrad besonderer Vorkommnisse zeigte in der Gesamtbetrachtung aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten eine Häufung mittelgradiger (31,6 %) und schwerer (68,4 %) Ausprägungsformen. Damit ergibt sich eine deutliche Zunahme von schweren Aggressionsvorfällen im Vergleich zur rekrutierten Patientenstichprobe. Ein ähnlicher Trend zeichnete sich auf Station J2 mit einem (10,0 %) mittelgradigen Vorkommnis und neun (90,0 %) schweren Vorkommnissen ab. Auf Station J1 hingegen konnte eine annähernd gleichmäßige Verteilung der mittelgradigen Ausprägungsform mit fünf (55,6 %) Fällen und der schweren Ausprägungsform mit vier (44,4 %) Fällen beobachtet werden.

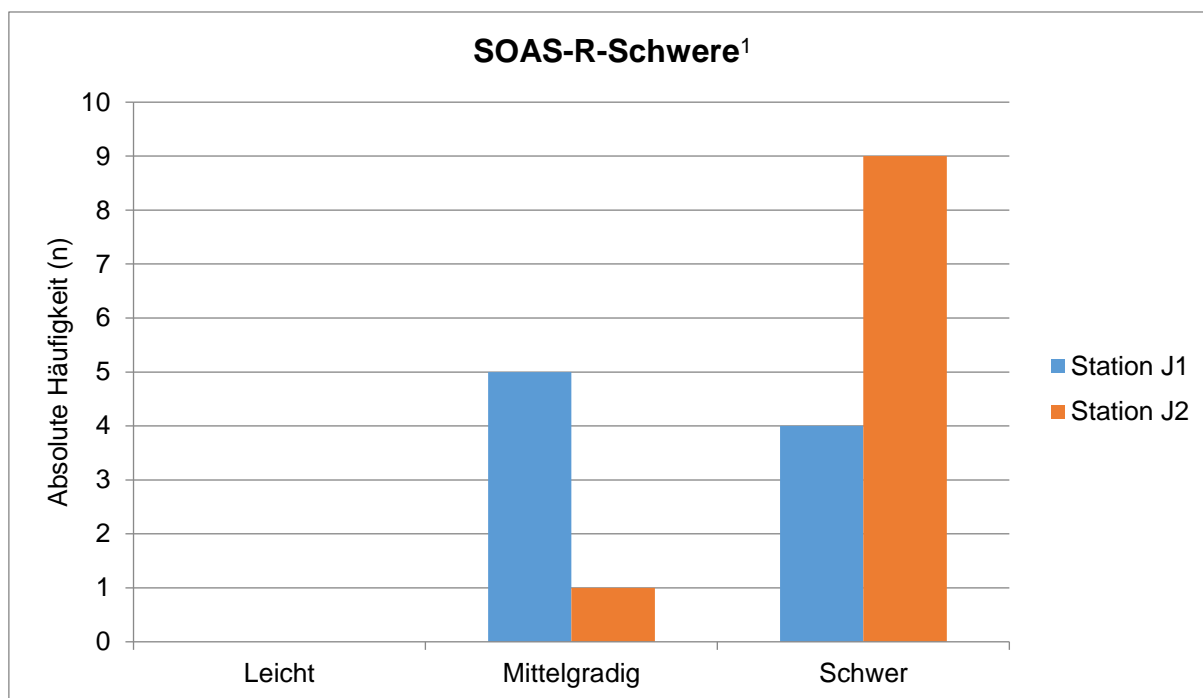
Abbildung 10: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen. Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Abbildung 11: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 19) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhesen Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen. Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

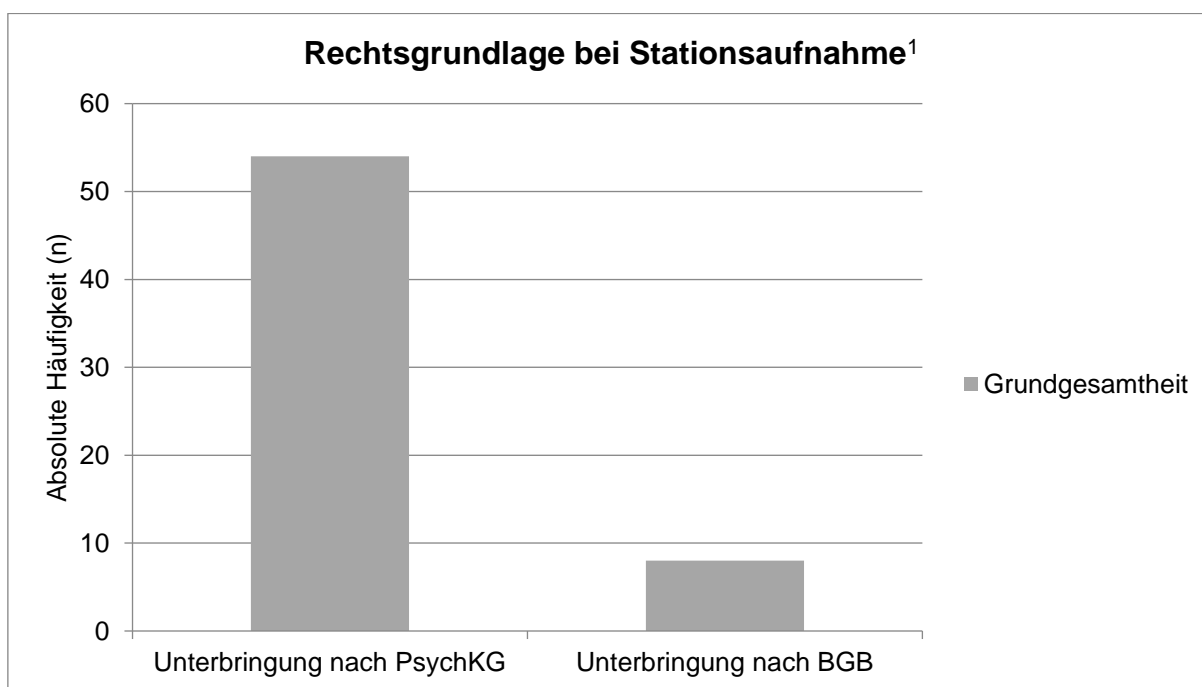
Patientenbezogene Variablen

Für die deskriptive Darstellung der jeweiligen Stationen wurden von allen patientenbezogenen Variablen die Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme und die Aufenthaltsdauer in Tagen berücksichtigt. Anzumerken ist, dass im Rahmen der Erhebung der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme eine Erfassung von freiwilligen stationären Aufnahmen nicht möglich war. Damit entfällt dieser Teilaspekt zur Deskription der Stationen. Demzufolge konnte die Unterbringung nach PsychKG und BGB nicht ins Verhältnis zur freiwilligen Stationsaufnahme gesetzt werden.

Bei Betrachtung der Rechtsgrundlage am Aufnahmetag zeigte sich im Gesamtkontext eine deutliche Häufung der Unterbringung nach PsychKG mit 54 Fällen im Vergleich zur Unterbringung nach BGB mit acht Fällen (vgl. Abbildung 12). Im Stationsvergleich ergaben sich ähnliche Verteilungshäufigkeiten der rechtlichen Einweisungsmöglichkeiten. Während eine Unterbringung nach PsychKG 22 Mal auf Station J1 und 32 Mal auf Station J2 erfolgte, konnte eine Unterbringung nach BGB

jeweils vier Mal auf Station J1 und Station J2 dokumentiert werden (vgl. Abbildung 13).

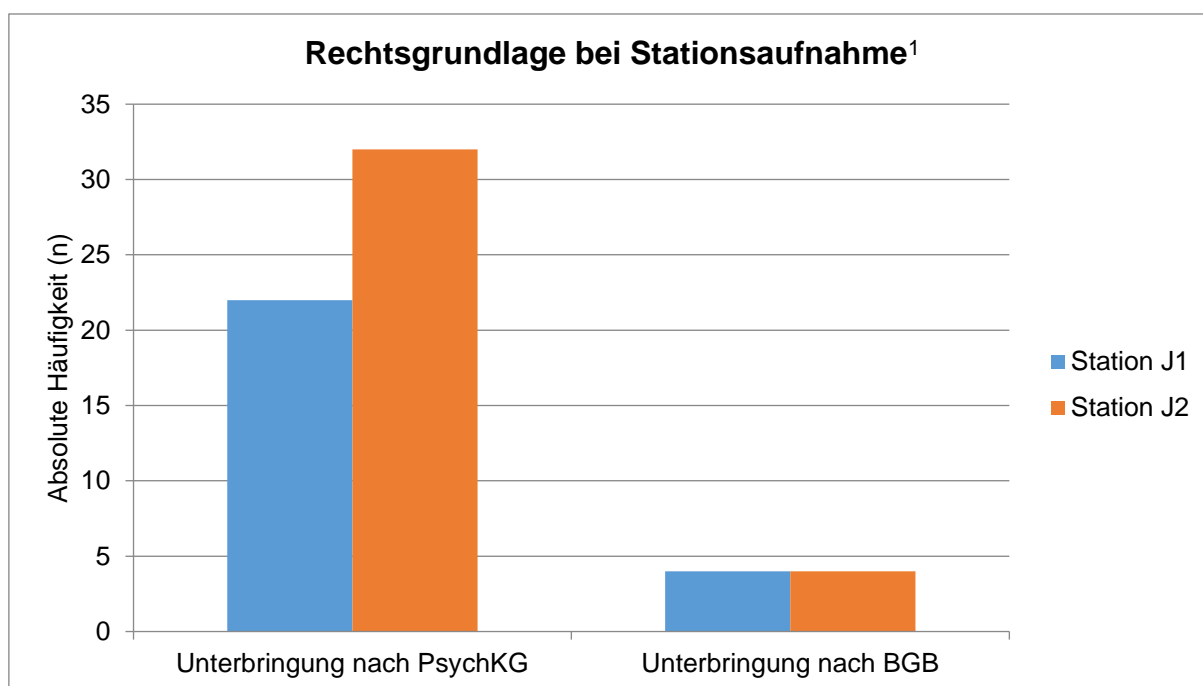
Abbildung 12: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit der Stationen J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹Die Anzahl freiwilliger Stationsaufnahmen wurde in der Erhebung nicht erfasst und von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

PsychKG: Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch

Abbildung 13: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

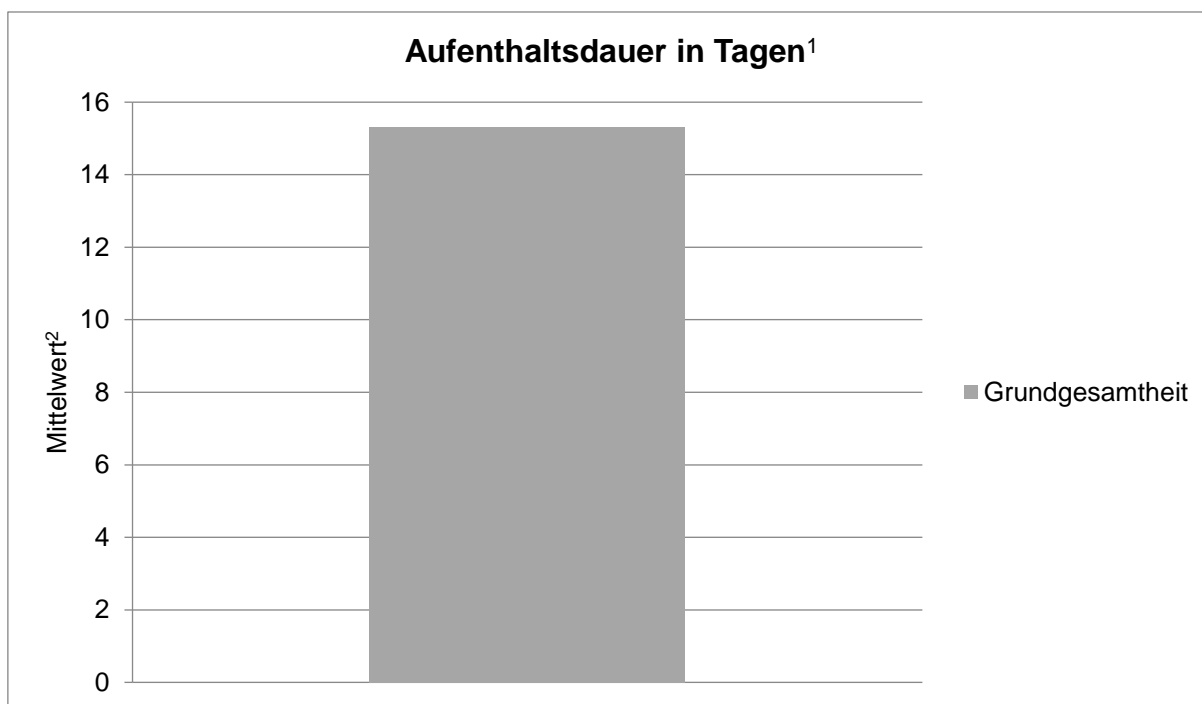


¹Die Anzahl freiwilliger Stationsaufnahmen wurde in der Erhebung nicht erfasst und von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

PsychKG: Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch

Die Aufenthaltsdauer aller Patienten lag im Durchschnitt bei 15,58 Tagen (vgl. Abbildung 14). Im Vergleich beider Stationen zeigten sich annähernd ähnliche Ergebnisse. Während des gesamten Befragungszeitraums konnte eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 16,92 Tagen auf Station J1 und von 14,01 Tagen auf Station J2 festgestellt werden (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 14: Mittelwert der Aufenthaltsdauer von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

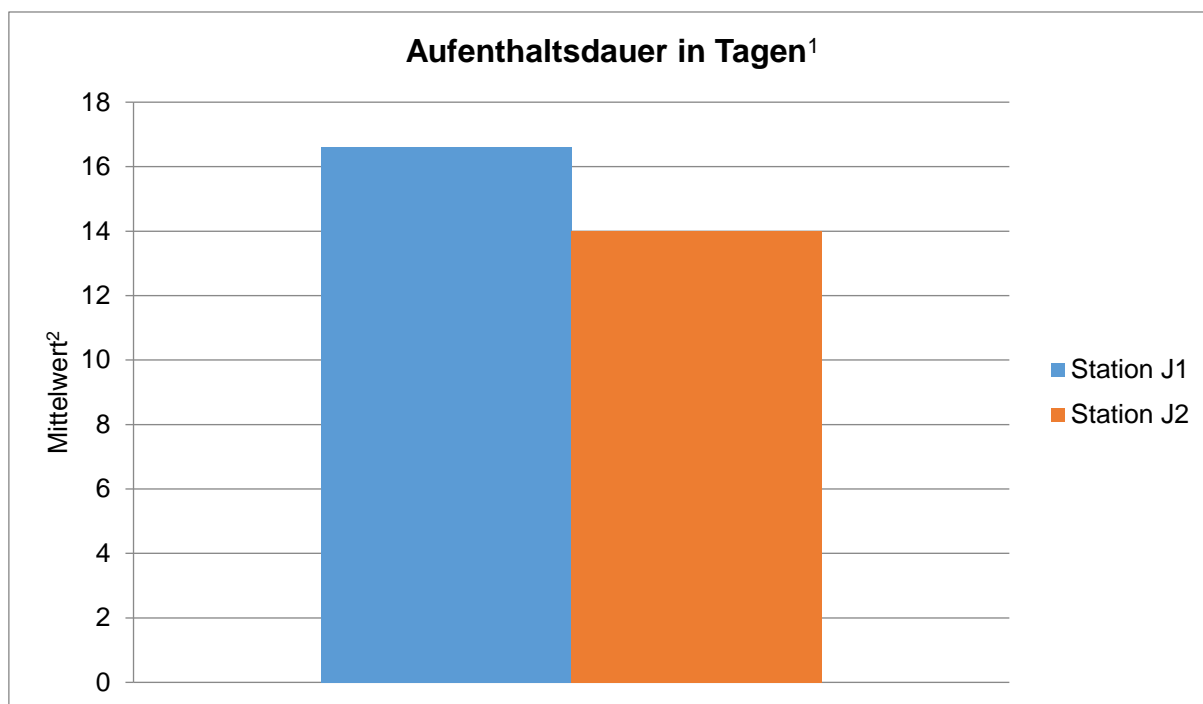


¹ Der vorliegende Datensatz wurde als kumulierter Mittelwert ohne Standardabweichung erhoben.

² Von einer statistischen Analyse wurde abgesehen.

Grundgesamtheit: MW = 15,32, **MW:** Mittelwert

Abbildung 15: Mittelwert der Aufenthaltsdauer von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹Die vorliegenden Datensätze wurden als kumulierte Mittelwerte ohne Standardabweichungen erhoben.

²Von einer statistischen Analyse wurde abgesehen.

Station J1: MW = 16,62, **Station J2:** MW = 14,01, **MW:** Mittelwert

4.1.2 Deskriptive Darstellung der Patientenstichprobe

Die planmäßige Rekrutierung von 100 Patienten pro Station innerhalb eines Monats (November 2018 – Dezember 2018) erwies sich als so schwierig, dass in Absprache mit dem IMBEI die benötigte Fallzahl auf 50 Patienten pro Station herabgesetzt wurde. Um diese Teilnehmerzahl zu generieren, wurde ein zweiter Befragungszeitraum zwischen Februar 2019 und März 2019 festgelegt.

Von insgesamt 214 handschriftlich dokumentierten Patienten wurden 112 Patienten der Stationen J1 und J2 befragt, davon 55 (49,1 %) Patienten der Station J1 und 57 (50,9 %) Patienten der Station J2. Dabei wurden alle Ein- und Ausschlusskriterien beachtet. Diese erhobenen Daten wurden für die weiteren statistischen Untersuchungen herangezogen.

Eine Studienteilnahme lehnten während des Befragungszeitraums 66 Patienten ab. Zudem wurden, aufgrund sprachlicher Barrieren, psychischer Problematik und

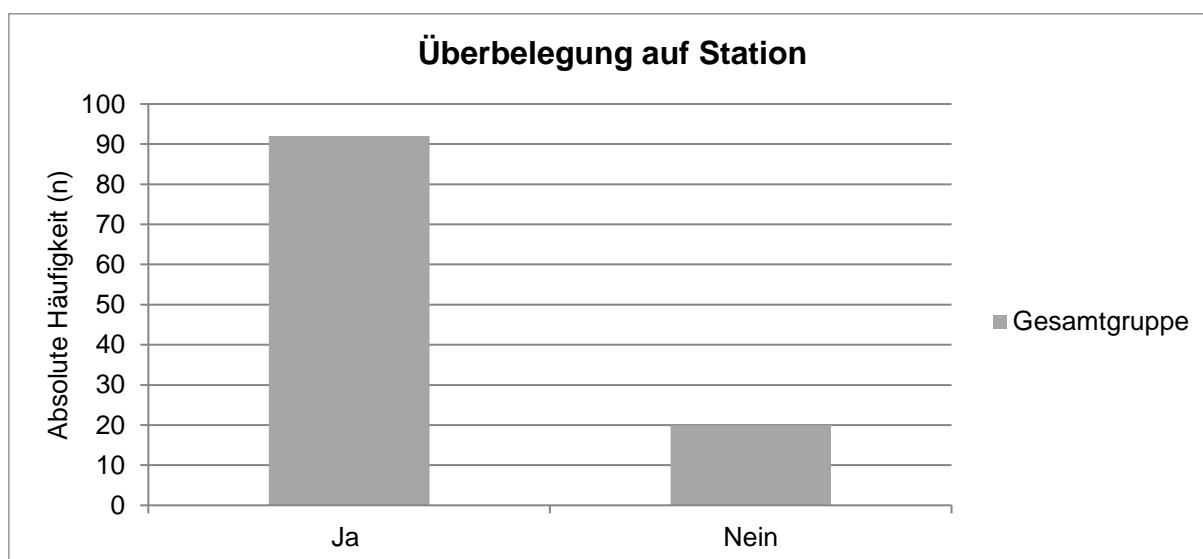
Fremdgefährdungsgefahr, 23 Patienten der Station J1 und 13 Patienten der Station J2 ausgeschlossen. Dabei lag ein sprachliches Verständnisproblem in zehn Fällen auf Station J1 und in zwölf Fällen auf Station J2 vor.

Strukturelle stationsbezogene Variablen

Von den strukturellen stationsbezogenen Variablen wurde die Überbelegung auf Station zur Beschreibung der Patientenstichprobe berücksichtigt (vgl. Abbildung 16 und Abbildung 17). Insgesamt konnte eine Überbelegung bei 82,1 % der Fälle festgestellt werden, während eine Normalbelegung bei 17,9 % der Fälle vorlag.

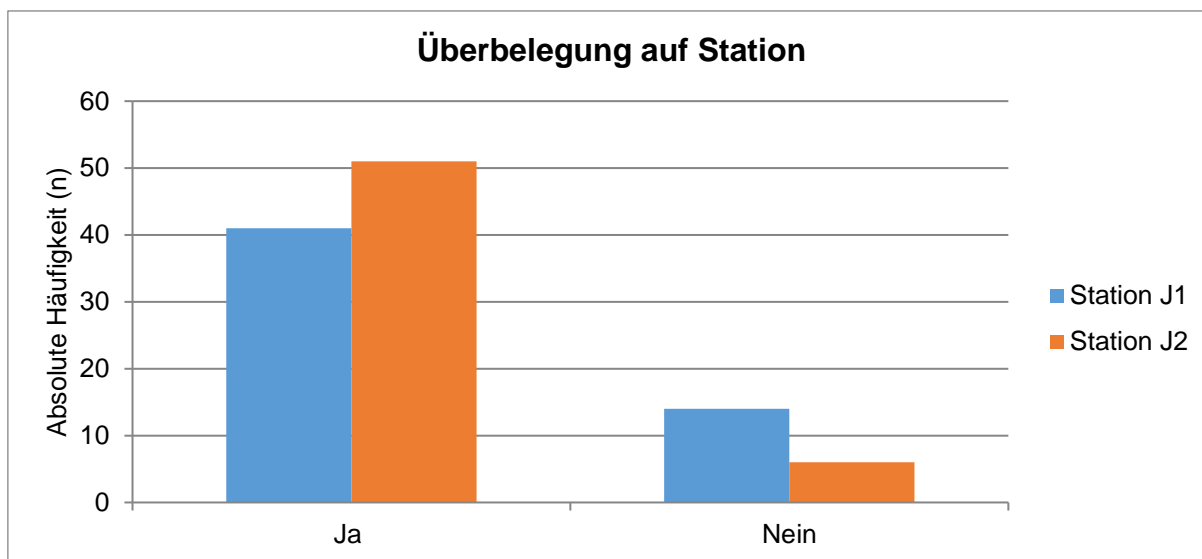
Im Stationsvergleich zeigten beide Stationen eine ähnlich hohe Auslastung (vgl. Abbildung 17). Während auf Station J1 eine Überbelegung mit einem Anteil von 41 (74,5 %) Fällen festgestellt wurde, lag der Anteil auf Station J2 bei 51 (89,5 %) Fällen. Dabei wurden die Unterschiede zwischen den Stationen im Chi-Quadrat-Test signifikant ($\chi^2 = 95,195$, $p = 0,000$).

Abbildung 16: Absolute Häufigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



Ja: Patientenzahl > 29, **Nein:** Patientenzahl ≤ 29

Abbildung 17: Absolute Häufigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



Ja: Patientenzahl > 29, **Nein:** Patientenzahl ≤ 29

Stationsbezogene Prozessvariablen

Von den stationsbezogenen Prozessvariablen konnten zur Charakterisierung der Patientenkohorte das SOAS-R-Formular sowie die Anzahl und Dauer der Fixierungen miteinbezogen werden. Hierzu wurde die SOAS-R-Erfassung in Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse untergliedert. Die deskriptive Auswertung der Einflussvariablen ist in Tabelle 7 (vgl. Anhang E) dargestellt.

Während des gesamten Befragungszeitraums kamen insgesamt 13 (100,0 %) besondere Vorkommnisse vor (vgl. Abbildung 18), was einem Durchschnittswert von $1,08 \pm 1,38$ Ereignissen pro Patient entspricht. Davon belief sich die Anzahl dokumentierter Fälle auf Station J1 auf zehn (76,9 %) Ereignisse und auf Station J2 auf drei (23,1 %) Ereignisse (vgl. Abbildung 19).

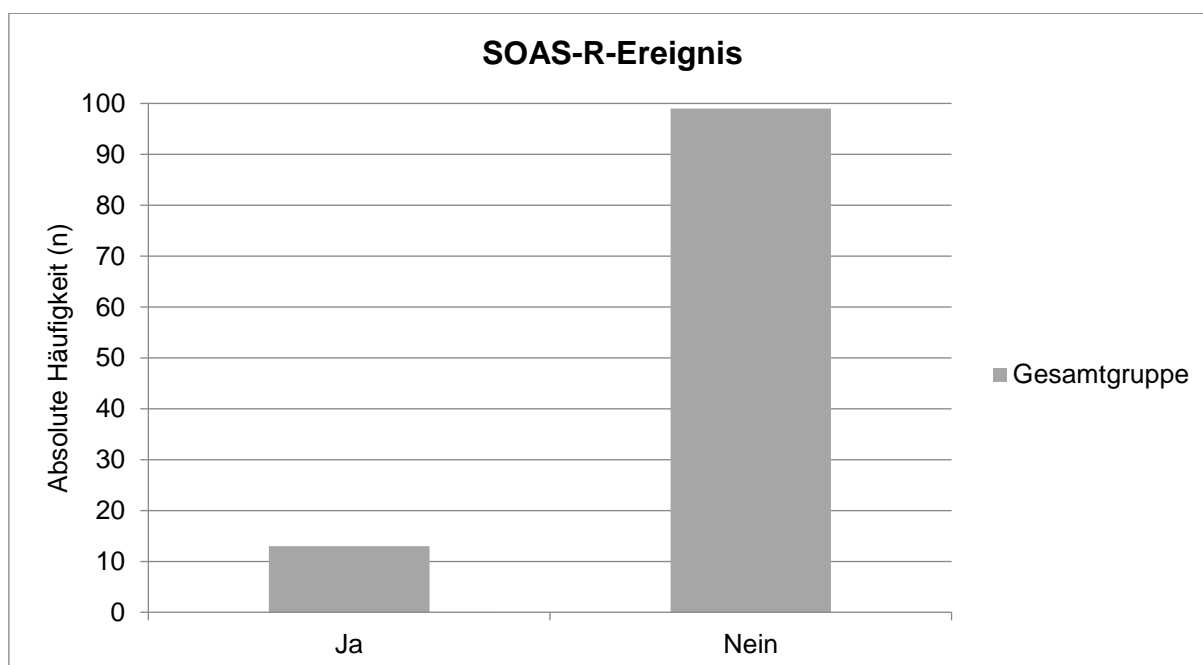
Dabei wurde auf beiden Stationen kein besonderer Provokationsanlass erfasst. Als benutzte Mittel kamen vor allem verbale Aggressionen (Station J1: 80,0 %, Station J2: 66,7 %) zum Einsatz, gefolgt von gewöhnlichen Gegenständen (Station J1: 20,0 %, Station J2: 0,0 %) und Körperteilen (Station J1: 0,0 %, Station J2: 33,3 %), wobei es zu keinen relevanten Abweichungen im Stationsvergleich kam. Das häufigste Aggressionsziel der Gesamtstichprobe stellten andere Personen (46,2 %) dar, welches ebenfalls dem Hauptziel auf Station J2 (66,7 %) entsprach. Hingegen kam eine ungerichtete Intention (50,0 %) am häufigsten auf Station J1 vor. Ein

statistisch signifikanter Unterschied konnte im Chi-Quadrat-Test ausgeschlossen werden.

Als häufigste Konsequenz für Beteiligte kam in der Gesamtbetrachtung ein besonderes Vorkommnis ohne Folgeschaden mit einem Anteil von sechs (46,2 %) vor. Zwischen den Stationen zeigte sich eine ähnliche Verteilung, sodass keine statistische Aussagekraft ermittelt werden konnte. Zur Beendigung wurde vornehmlich keine Intervention nötig (38,5 %). Dabei konnte im Stationsvergleich mittels Chi-Quadrat-Test ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden ($\chi^2 = 9,244$, $p = 0,026$).

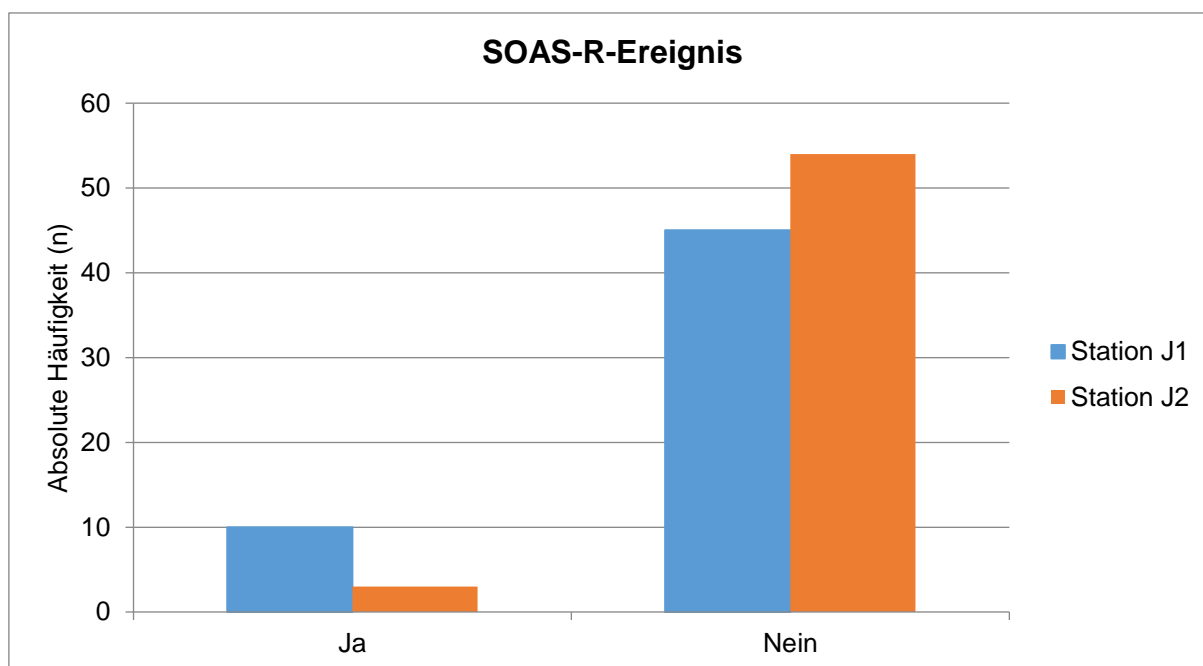
Insgesamt gelang es am häufigsten, Aggressionsereignisse ohne therapeutische Mittel (38,5 %) zu durchbrechen. Auf Station J1 mussten bei fünf (50,0 %) Patienten keine Interventionen durchgeführt werden, bei zwei (20,0 %) Patienten ein Gespräch geführt werden und bei drei (30,0 %) Patienten ein Medikament verabreicht werden. Dagegen wurde auf Station J2 in einem (33,3 %) Fall ein Gespräch zur Beendigung der Aggression geführt und in zwei (66,7 %) Fällen eine Fixierung notwendig.

Abbildung 18: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

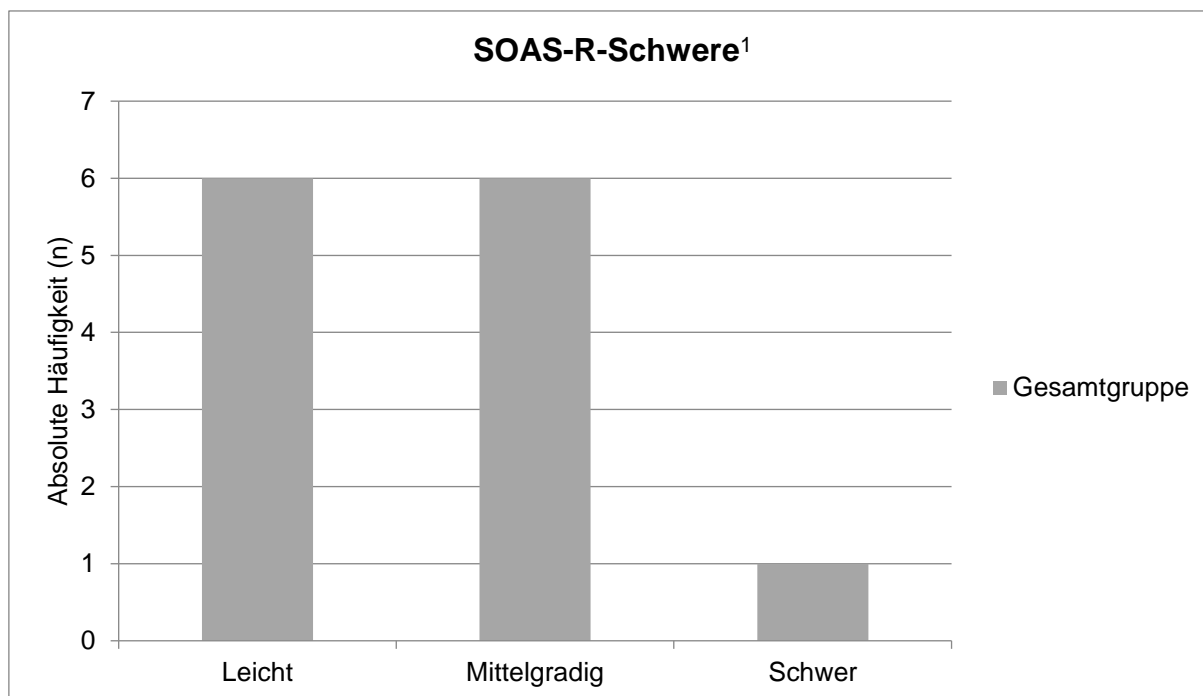
Abbildung 19: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Ereignisse von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Der Schweregrad besonderer Vorkommnisse zeigte in der Gesamtgruppe eine Häufung leichter (46,2 %) und mittelgradiger (46,2 %) Ereignisse (vgl. Abbildung 20). Eine ähnliche Tendenz konnte auf Station J1 mit fünf (50,0 %) leichten und fünf (50,0 %) mittelschweren Aggressionsvorfällen beobachtet werden (vgl. Abbildung 21). Auf Station J2 dagegen ergab sich eine gleichmäßige Verteilung aller drei Ausprägungsformen mit jeweils einem leichten (33,3 %), einem mittelgradigen (33,3 %) und einem schweren (33,3 %) Vorkommnis. Eine statistische Signifikanz erreichte der Schweregrad besonderer Vorkommnisse im Gruppenvergleich nicht.

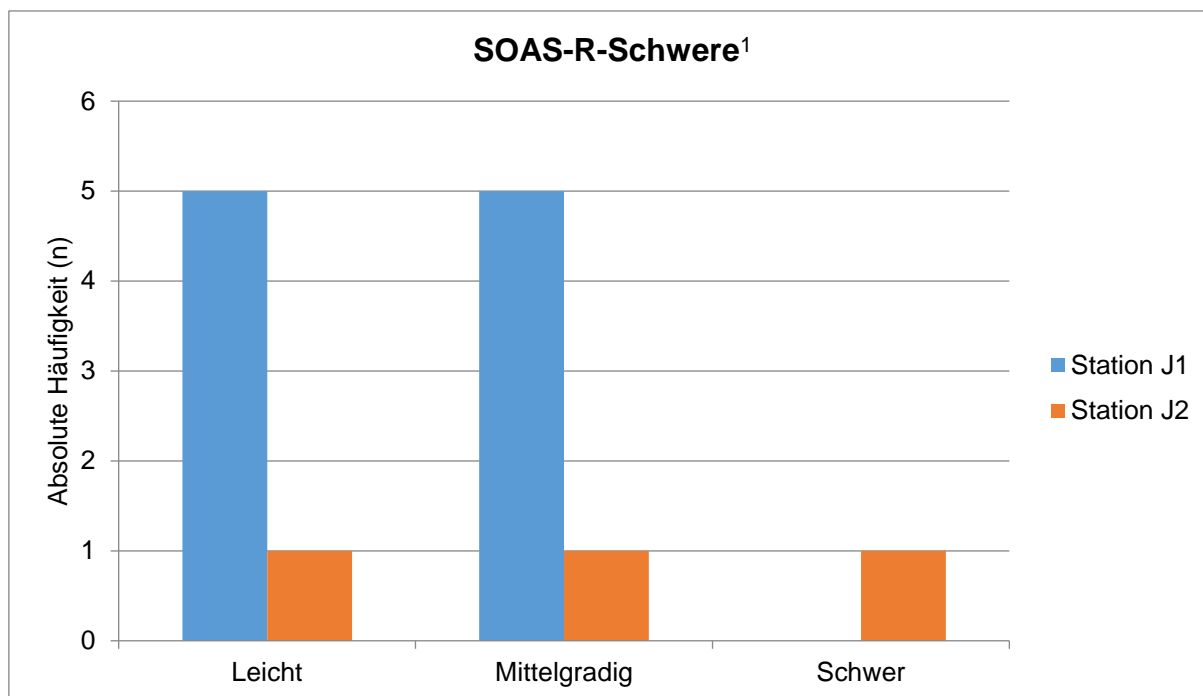
Abbildung 20: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen. Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Abbildung 21: Absolute Häufigkeit der SOAS-R-Schwere von Patienten (n = 13) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



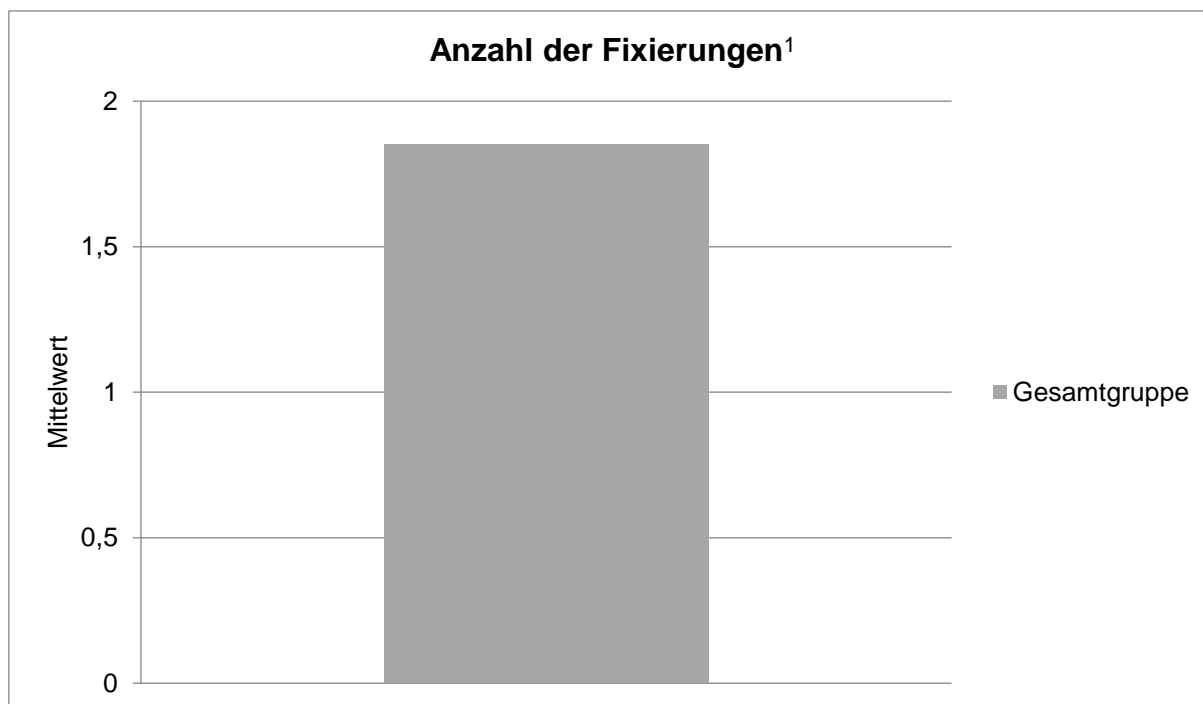
¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen. Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised

Bei Betrachtung der Fixierungsstatistik fiel eine Diskrepanz der erfassten Gesamtanzahl von Fixierungen mit 24 Fällen im Vergleich zum SOAS-R-Formular mit zwei Fällen (Station J1: keine Fixierung, Station J2: zwei Fixierungen) auf, was einem Durchschnittswert von $1,85 \pm 2,15$ Fixierungen pro Patient entspricht (vgl. Abbildung 12). Im Stationsvergleich erreichte die Anzahl der Fixierungen mit einem Durchschnittswert von $2,00 \pm 2,36$ Fixierungen auf Station J1 und einem Durchschnittswert von $1,33 \pm 1,53$ Fixierungen auf Station J2 annähernd ähnliche Werte (vgl. Abbildung 13). Dabei konnte kein statistisch signifikanter Unterschied im Mann-Whitney-U-Test festgestellt werden.

Die durchschnittliche Fixierungsdauer lag in der Gesamtbetrachtung bei $3,43 \pm 5,80$ Stunden (vgl. Abbildung 14). Im Vergleich beider Stationen fiel die Dauer der Fixierung im Durchschnitt auf Station J2 mit $9,67 \pm 10,02$ Stunden deutlich, jedoch nicht statistisch signifikant höher als auf Station J1 mit $1,73 \pm 2,97$ Stunden aus (vgl. Abbildung 15).

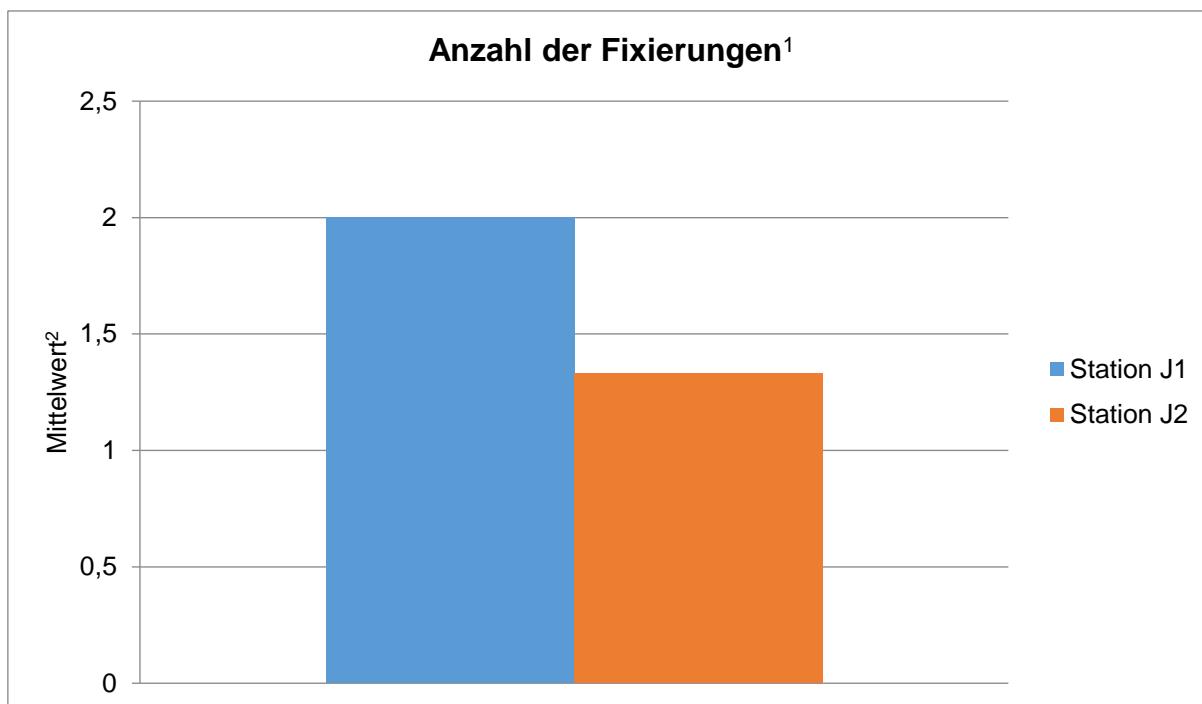
Abbildung 22: Mittelwert der Anzahl der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

Gesamtgruppe: MW ± SD = 1,85 ± 2,15, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

Abbildung 23: Mittelwert der Anzahl der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

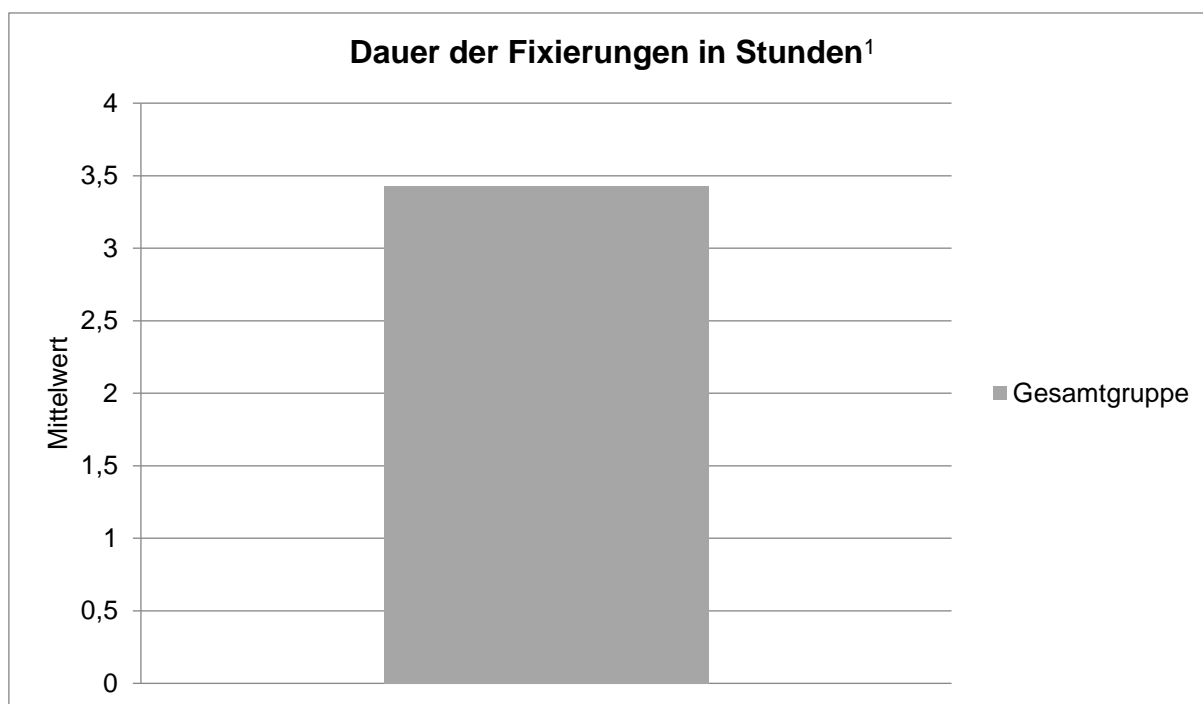


¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

² Mann-Whitney-U-Test: U = 13,500; p = 0,811

Station J1: MW ± SD = 2,00 ± 2,36, **Station J2:** MW ± SD = 1,33 ± 1,53, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

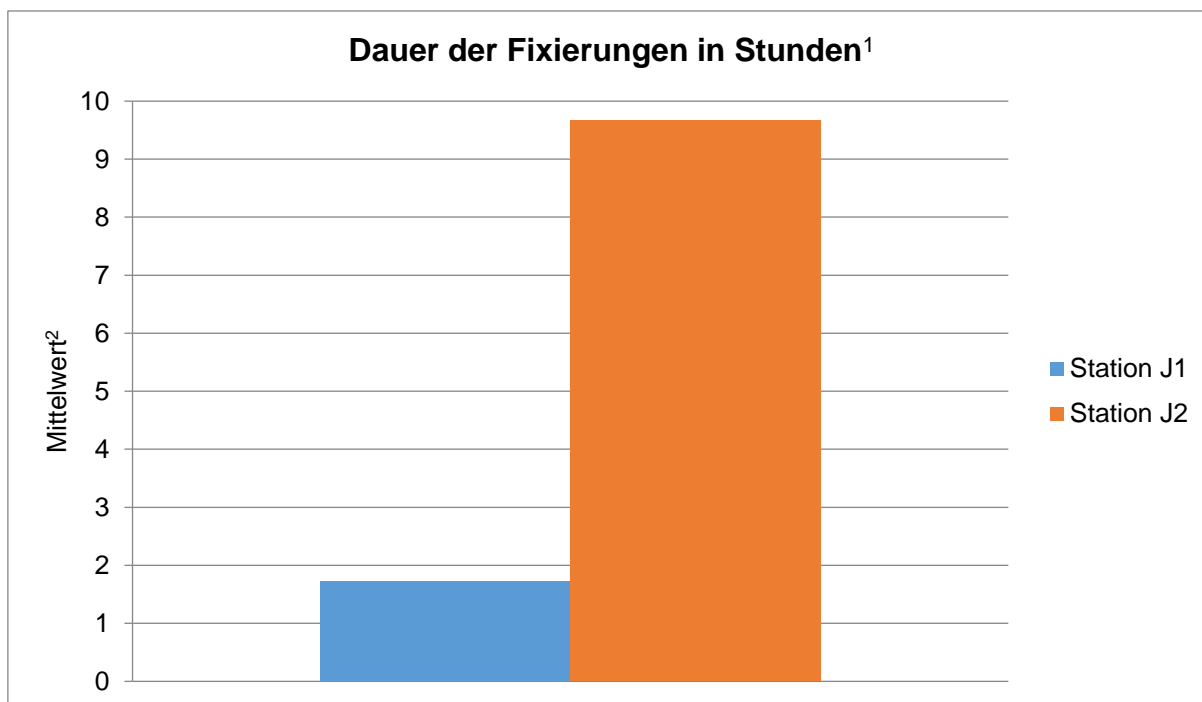
Abbildung 24: Mittelwert der Dauer der Fixierungen von Patienten (n = 13) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

Gesamtgruppe: MW \pm SD = 3,43 \pm 5,80, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

Abbildung 25: Mittelwert der Dauer der Fixierungen von Patienten (n = 13) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

² Mann-Whitney-U-Test: $U = 7,500$; $p = 0,170$

Station J1: $MW \pm SD = 1,73 \pm 2,97$, **Station J2:** $MW \pm SD = 9,67 \pm 10,02$, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

Patientenbezogene Variablen

In dieser Studie beinhalten die patientenbezogenen Daten die größte Anzahl an potenziellen Einflussvariablen, die die Patientengruppe beschreiben können. Eine deskriptive Ergebnisdarstellung ist Tabelle 8 (vgl. Anhang F) zu entnehmen.

Die Geschlechterverteilung der Patientenstichprobe zeigte einen Frauenanteil von 63 (56,3 %) und einen Männeranteil von 49 (43,8 %). Im Stationsvergleich konnte eine etwas größere Anzahl weiblicher Teilnehmer (Station J1: Weiblich = 58,2 %, Station J2: Weiblich = 54,4 %) im Vergleich zu männlichen Teilnehmern (Station J1: Männlich = 41,8 %, Station J2: Männlich = 45,6 %) festgestellt werden. Dabei kam es im Chi-Quadrat-Test zu keinem signifikanten Ergebnis.

Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe lag bei $39,94 \pm 12,52$ Jahren. Im Stationsvergleich konnten im t-Test für unabhängige Stichproben keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Das Alter ergab auf Station J1 im Schnitt $40,38 \pm 13,99$ Jahre und auf Station J2 im Schnitt $39,51 \pm 11,03$ Jahre.

Die Herkunft des Patienten wurde bei Datenerfassung kontinental untergliedert. Im Allgemeinen hatten die meisten Patienten eine europäische Herkunft (73,2 %) und am seltensten eine amerikanische und asiatische Herkunft (jeweils 1,8 %) (vgl. Abbildung 26).

Die Verteilung der Patientenherkunft im stationären Vergleich veranschaulicht Abbildung 27, wobei eine statistische Signifikanz ausgeschlossen wurde. Am häufigsten konnte die europäische Herkunft (Station J1: 78,2 %, Station J2: 68,4 %) ermittelt werden, selten die amerikanische (Station J1: 1,8 %, Station J2: 1,8 %) und asiatische Herkunft (Station J1: 0,0 %, Station J2: 3,5 %) und kein Mal die afrikanische Herkunft.

Abbildung 26: Absolute Häufigkeit der Patientenherkunft (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

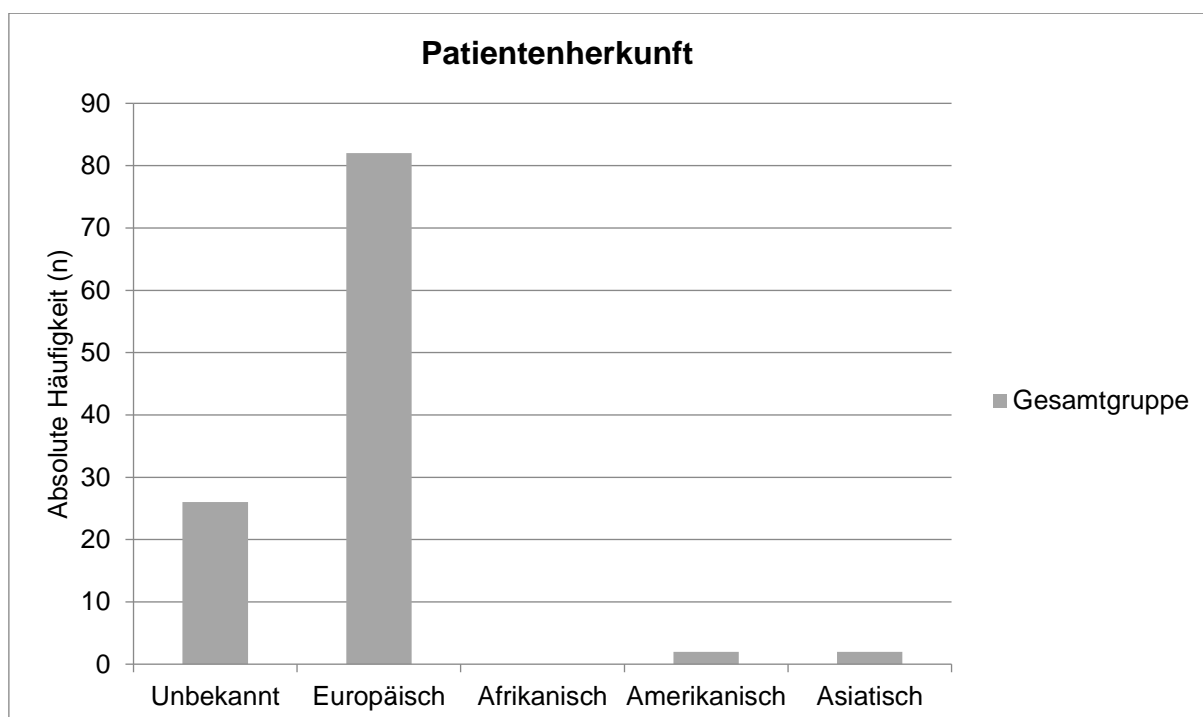
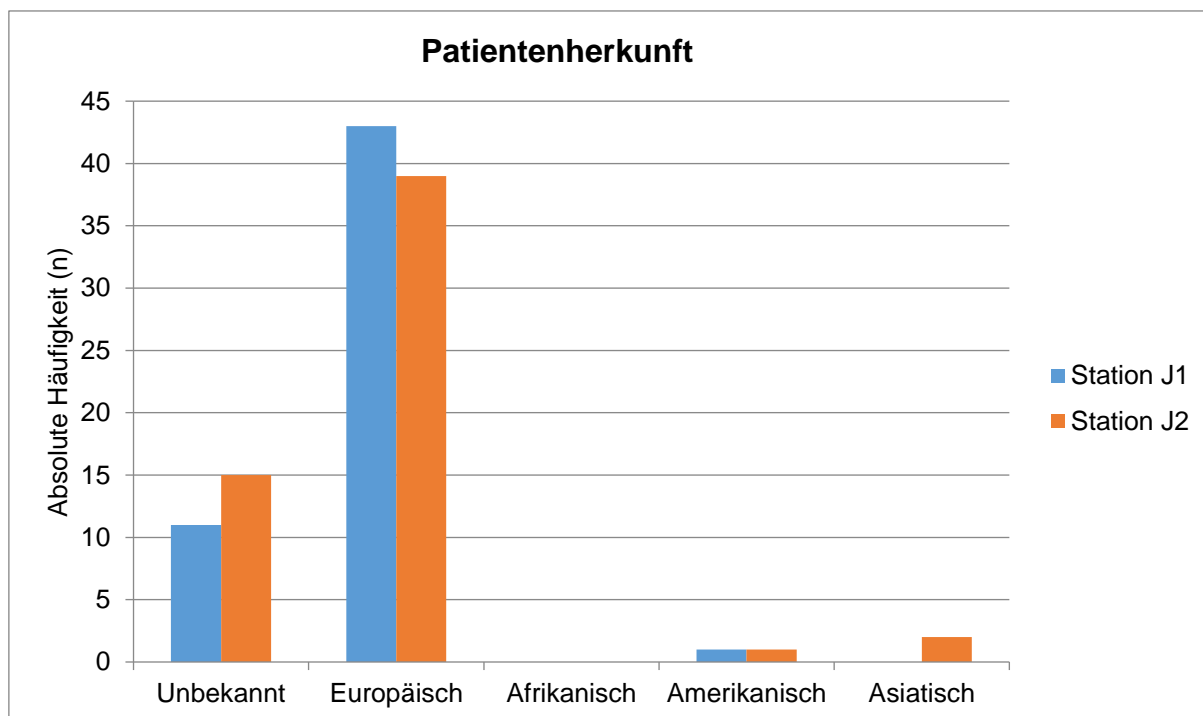
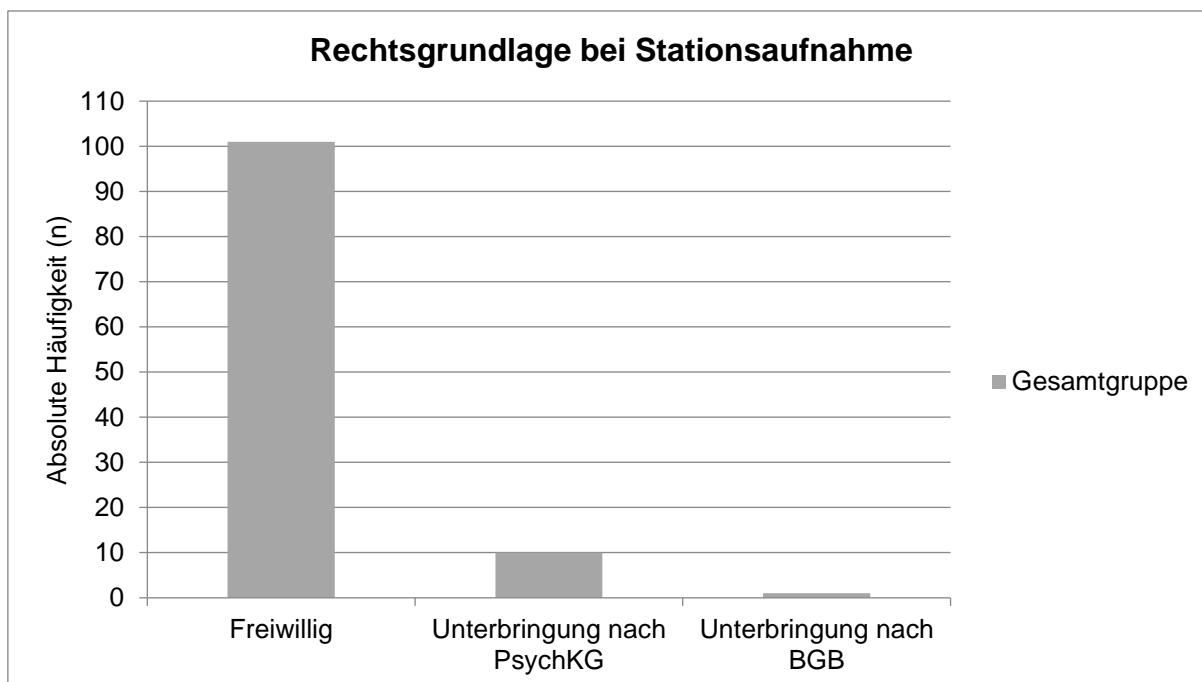


Abbildung 27: Absolute Häufigkeit der Patientenherkunft (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



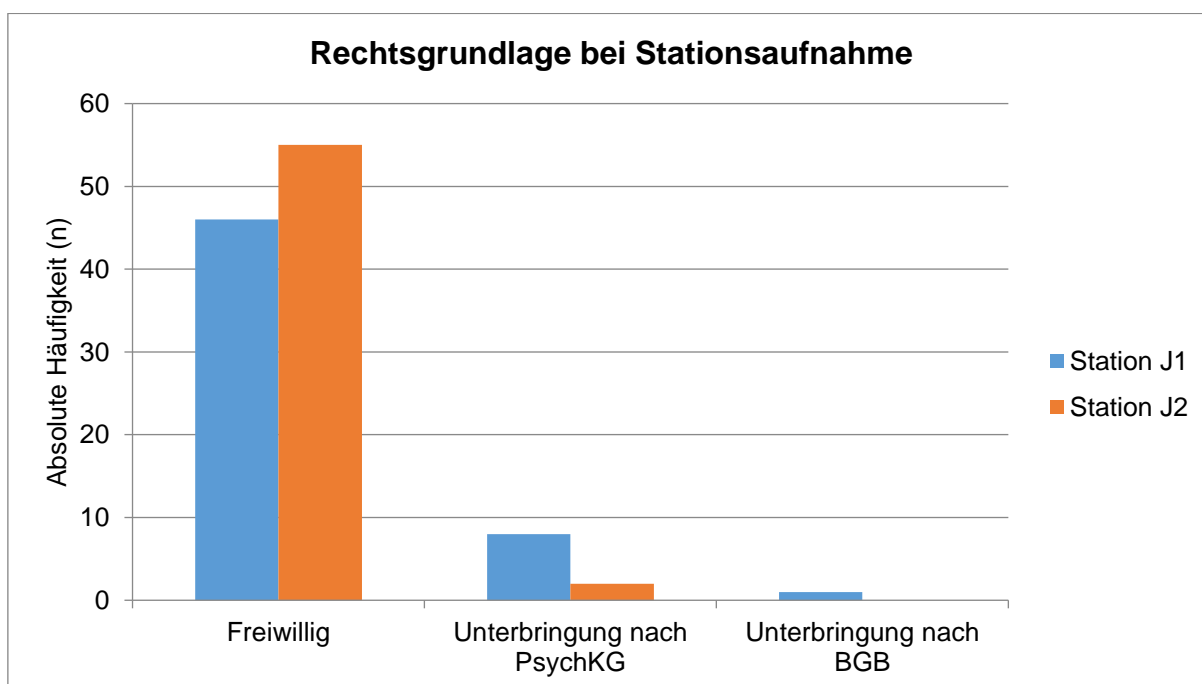
Bei Betrachtung der Rechtsgrundlage am Aufnahmetag von Patienten stellte die freiwillige Aufnahme in der Patientenkohorte mit 90,2 % den häufigsten Einweisungsgrund dar, während eine Unterbringung nach PsychKG bei 8,9 % der Patienten und eine Unterbringung nach BGB bei 0,9 % der Patienten dokumentiert wurden. Im Stationsvergleich unterschied sich die rechtliche Situation bei stationärer Aufnahme unwesentlich voneinander. Die Anzahl freiwilliger Aufnahmen ergab mit 83,6 % (Station J1) und 96,5 % (Station J2) die häufigste Art, gefolgt von der Unterbringung nach PsychKG mit 14,5 % (Station J1) und 3,5 % (Station J2). Die Unterbringung nach BGB zeigte mit 1,8 % (Station J1) und 0,0 % (Station J2) die geringste relative Häufigkeit. Eine graphische Darstellung der Rechtsgrundlage bei stationärer Aufnahme gibt Abbildung 28 und Abbildung 29 wieder.

Abbildung 28: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



PsychKG: Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch

Abbildung 29: Absolute Häufigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

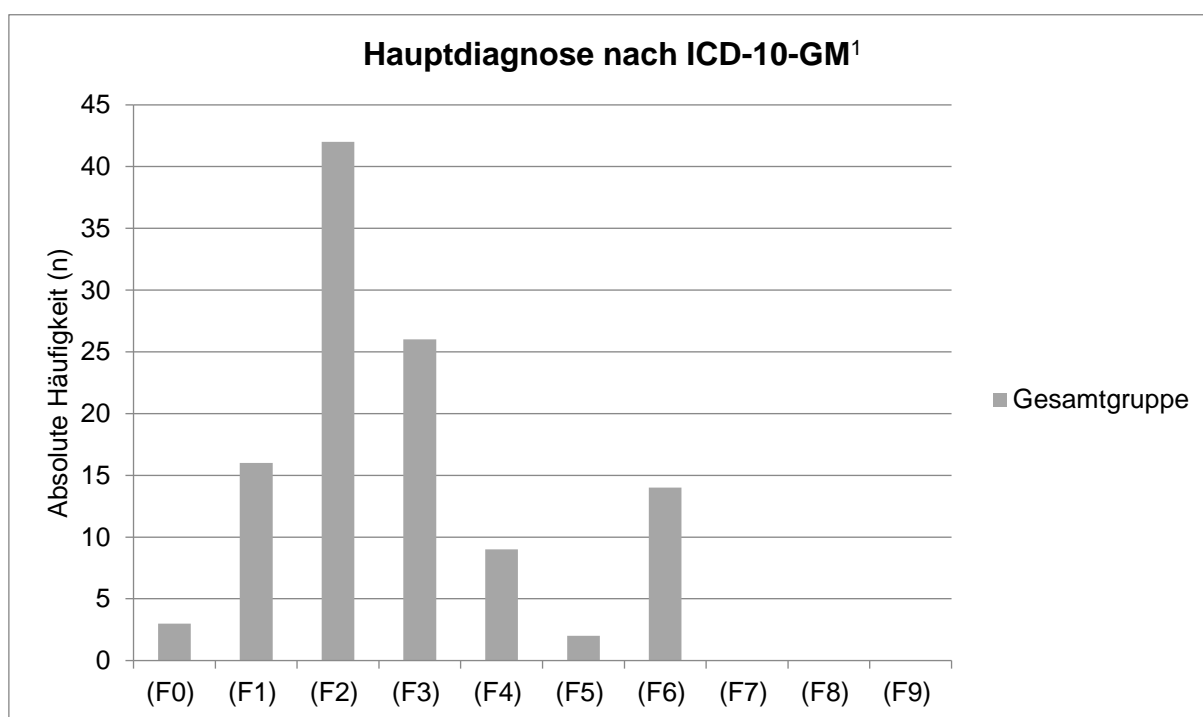


PsychKG: Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch

Zur Erfassung der Hauptdiagnosen wurden die Klassifizierung nach ICD-10-GM verwendet. Im Allgemeinen konnten die Hauptkategorien F2 (37,5 %), F3 (23,2 %), F1 (14,3 %) und F6 (12,5 %) am häufigsten ermittelt werden (vgl. Abbildung 30).

Die Streuung der Hauptdiagnose je Station zeigt Abbildung 31. Dabei stellt die ICD-10-GM Kategorie „F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“ (Krollner & Krollner, 2020) den größten Anteil mit 36,5 % (Station J1) und mit 38,6 % (Station J2) dar. Insgesamt zeigt sich auch hier kein statistisch relevanter Unterschied im Stationsvergleich.

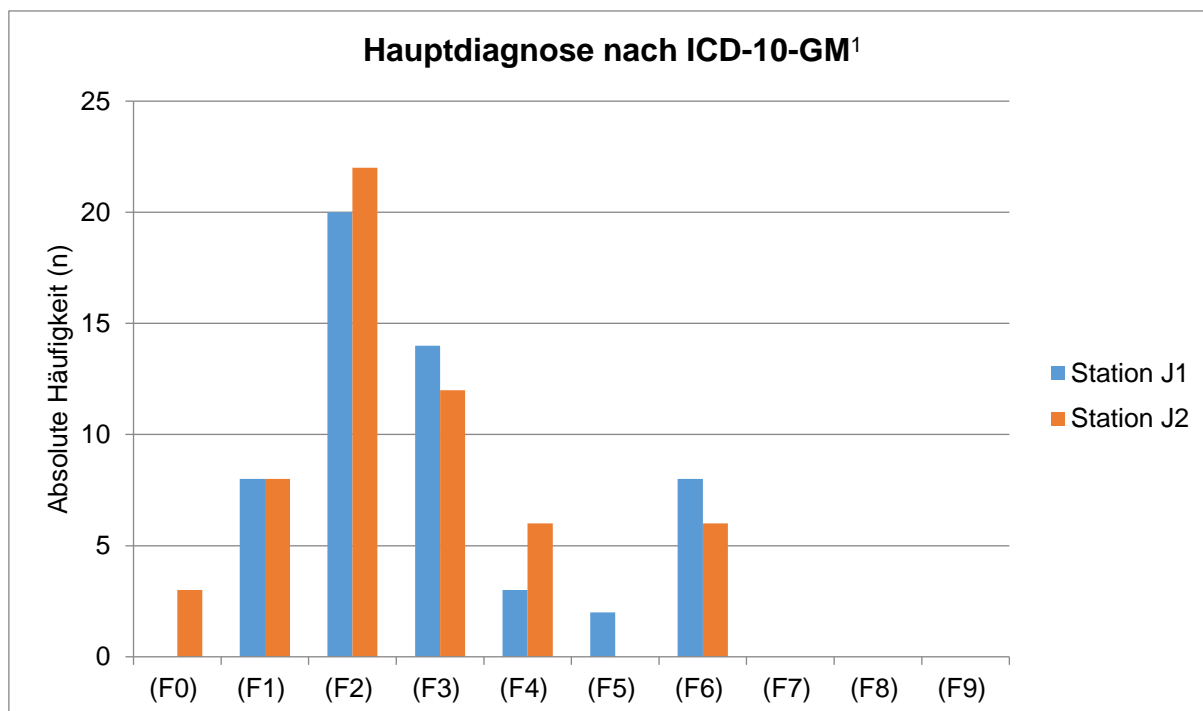
Abbildung 30: Absolute Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Eine Übersichtstabelle der Hauptklassifikation nach ICD-10-GM ist in Tabelle 1 abgebildet.

ICD-10-GM: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

Abbildung 31: Absolute Häufigkeit der Hauptdiagnosen nach ICD-10-GM der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Eine Übersichtstabelle der Hauptklassifikation nach ICD-10-GM ist in Tabelle 1 abgebildet.

ICD-10-GM: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

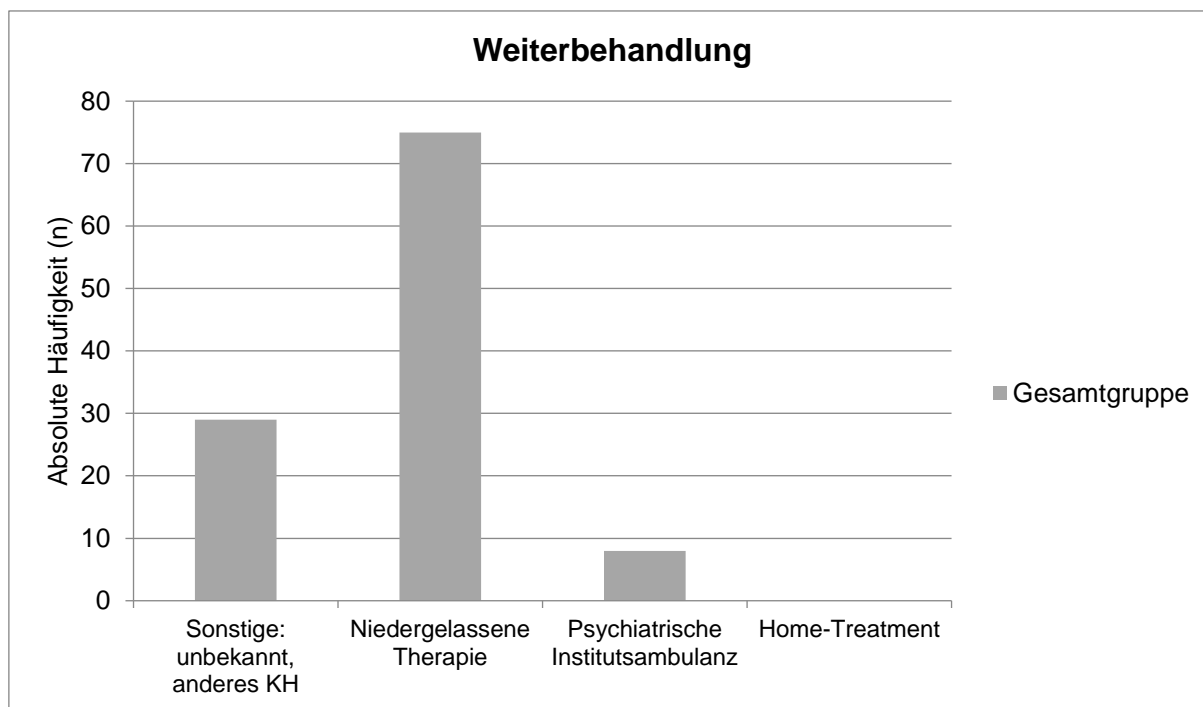
Die Aufenthaltsdauer lag im Schnitt bei $31,41 \pm 24,89$ Tagen. Dabei variierten die durchschnittlichen Ergebnisse zwischen Station J1 ($34,35 \pm 26,72$ Tage) und Station J2 ($28,58 \pm 22,85$ Tage) unwesentlich voneinander.

Die Anzahl der Voraufenthalte aller Patienten zeigte einen durchschnittlichen Wert von $11,15 \pm 17,06$. In der Häufigkeitsverteilung beider Stationen ergaben sich ähnliche Tendenzen. Dabei lag der Durchschnittswert auf Station J1 mit $12,58 \pm 18,82$ Voraufenthalten etwas höher als auf Station J2 mit $9,77 \pm 15,21$ Voraufenthalten.

Ein signifikantes Ergebnis konnte im t-Test ausgeschlossen werden.

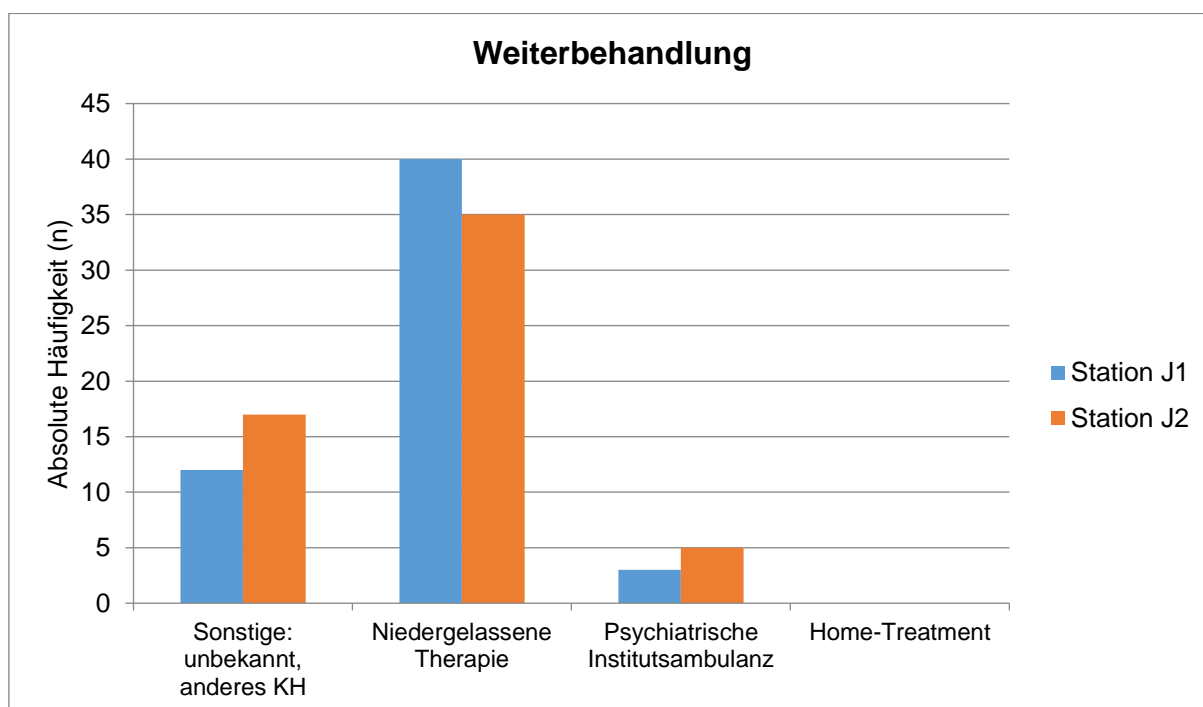
Die Weiterbehandlung der Patienten wurde maßgeblich von niedergelassenen Therapeuten (67,9 %) durchgeführt, gefolgt von der psychiatrischen Institutsambulanz (7,1 %) (vgl. Abbildung 32). Im Stationsvergleich zeigten sich nur geringe Abweichungen (vgl. Abbildung 33). Der Großteil der Patienten wurde von ambulanten Psychiatern und Psychologen übernommen (Station J1: 72,7 %, Station J2: 61,4 %), während relativ selten die PIA (Station J1: 5,5 %, Station J2: 8,8 %) und kein Mal das Home-Treatment (0,0 %) zum Einsatz kamen.

Abbildung 32: Absolute Häufigkeit der Weiterbehandlung von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



KH: Krankenhaus

Abbildung 33: Absolute Häufigkeit der Weiterbehandlung von Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



KH: Krankenhaus

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wurde für jeden Patienten der klinische Gesamteindruck mittels CGI-Skala und das allgemeine Funktionsniveau mittels GAF-Punktesystem erhoben. Für die Gesamtgruppe konnte im Schnitt ein CGI-Wert von $4,63 \pm 1,19$ Punkten (vgl. Abbildung 34) und ein GAF-Wert von $47,66 \pm 16,06$ Punkten erfasst werden (vgl. Abbildung 36).

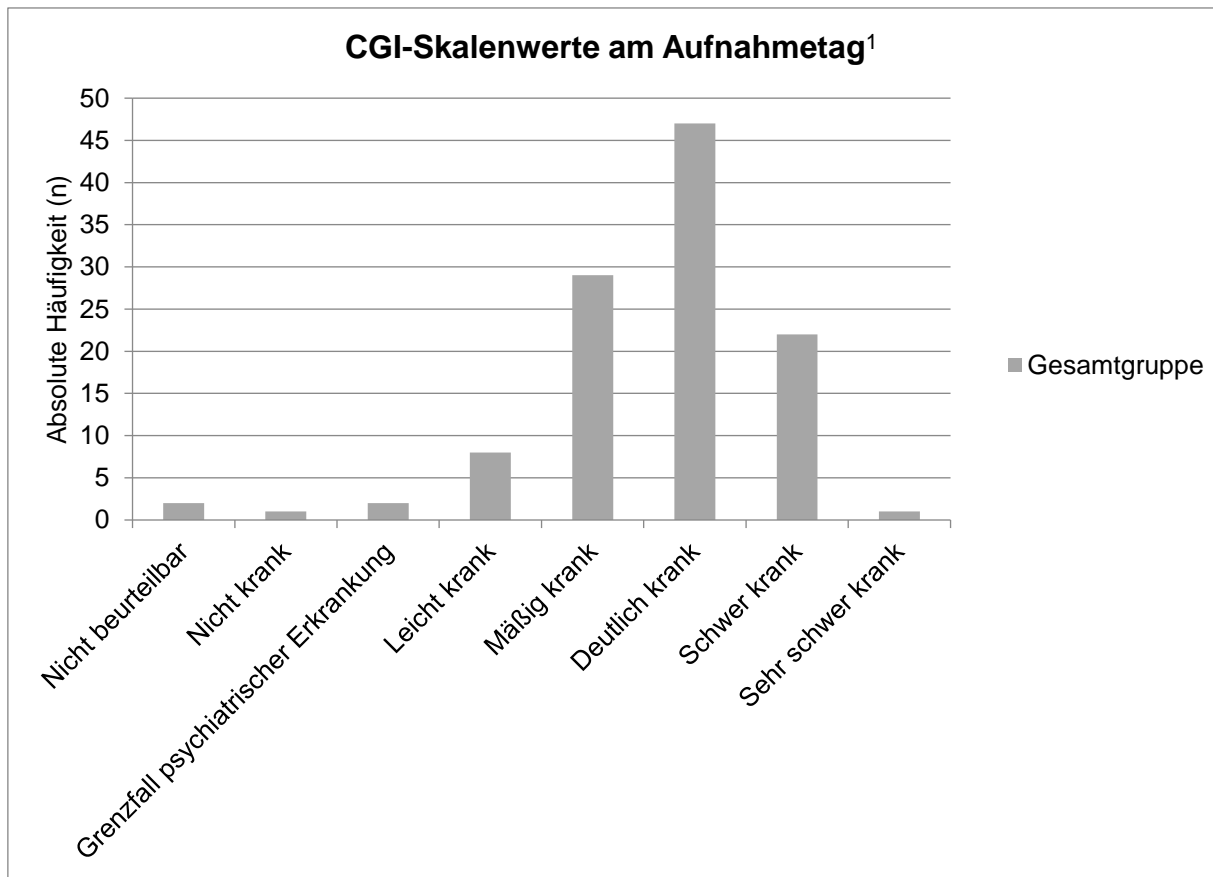
Auf beiden Stationen kam es zu annähernd vergleichbaren Ergebnissen, sodass keine signifikante Abweichung, sowohl für CGI- als auch für GAF-Werte, ermittelt werden konnten. Dabei betrug der Median der CGI-Skala beider Stationen 5,00 Punkte (Station J1: Spanne = 1 – 6, Station J2: Spanne = 0 – 7), was entschlüsselt einem deutlich kranken Gesamteindruck der befragten Patienten entspricht (vgl. Kapitel 3.4.4.2).

In der statistischen Auswertung des GAF-Wertesystems wurde auf Station J1 ein Mittelwert von $45,75 \pm 15,86$ Punkten und auf Station J2 ein Mittelwert von $49,51 \pm 16,17$ Punkten erreicht. Da die GAF-Werteskala in zehn verschiedene Leistungsniveaus mit je zehn Punktwerten untergliedert ist, werden Werte von 41 – 50 Punkten gleichermaßen dechiffriert (vgl. Abbildung 5). Das allgemeine Funktionsniveau beider Stationen repräsentiert demnach eine ernsthafte Leistungsbeeinträchtigung im psychischen, sozialen oder beruflichen Bereich der Patienten (Margraf et al., 2017, S. 219 – 220).

Um die allgemeine Punkteverteilung der analysierten CGI- und GAF-Werte am Aufnahmetag pro Station zu veranschaulichen, wurden sie in Abbildung 35 und Abbildung 37 graphisch dargestellt.

Bei Betrachtung der CGI-Skalenwerte kam es zu einer relativen Häufung von mäßiger (Station J1: 21,8 %, Station J2: 29,8 %), deutlicher (Station J1: 47,3 %, Station J2: 36,8 %) und schwerer (Station J1: 25,5 %, Station J2: 14,0 %) psychiatrischer Erkrankung auf beiden Stationen. Die Überprüfung der statistischen Signifikanz ergab im Chi-Quadrat-Test keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Stationen.

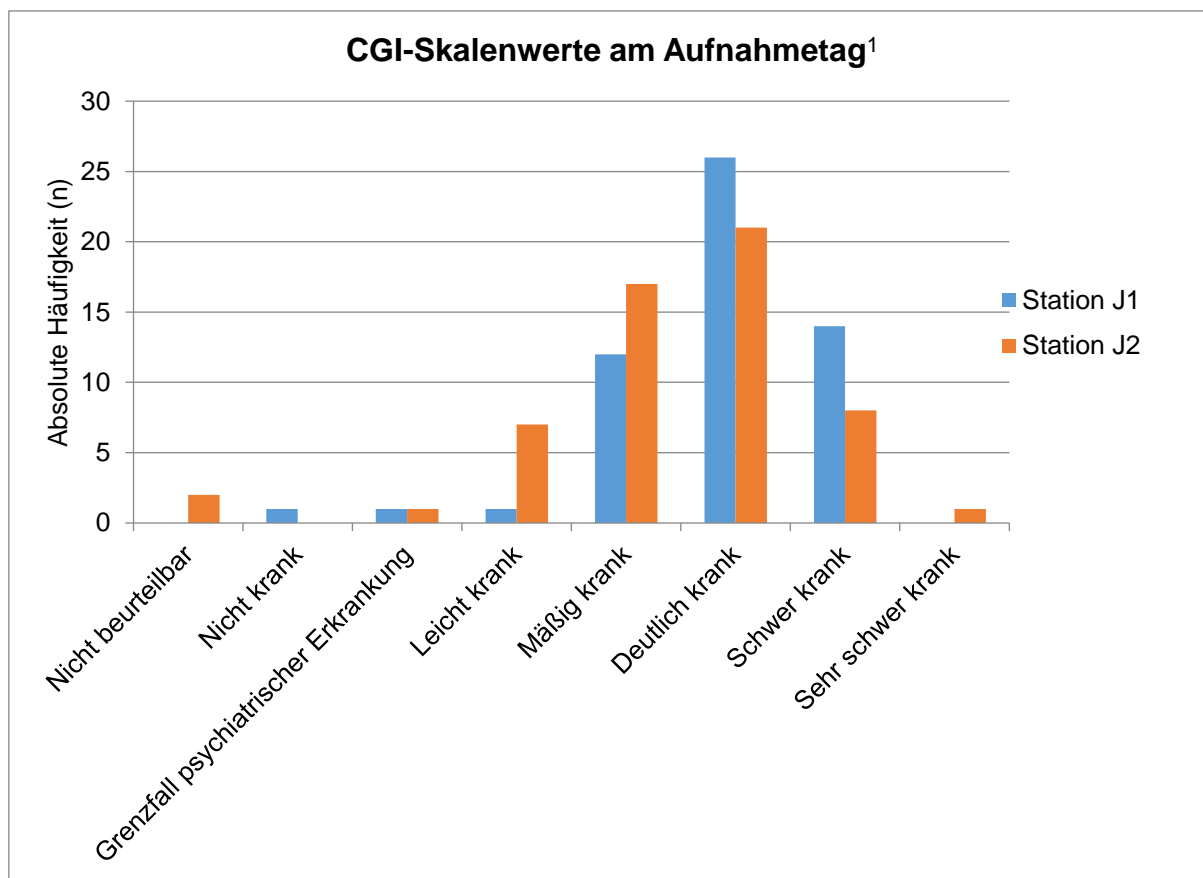
Abbildung 34: Absolute Häufigkeit der CGI-Skalenwerte am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.4.2 zu entnehmen.

CGI: Clinical Global Impression

Abbildung 35: Absolute Häufigkeit der CGI-Skalenwerte am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



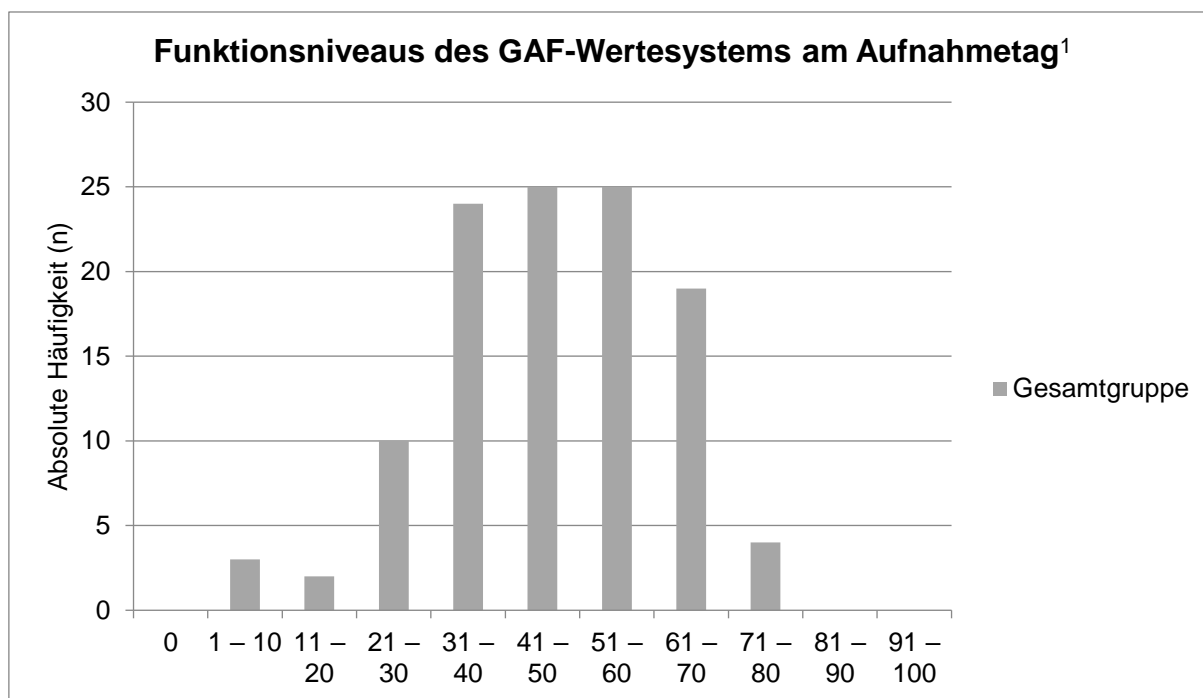
¹ Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.4.2 zu entnehmen.

CGI: Clinical Global Impression

Im Gegensatz zur CGI-Skala, die im stationären Vergleich ähnliche Tendenzen im Schweregrad der psychiatrischen Erkrankung zeigte, variierte die Globalbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus scheinbar im Stationsvergleich. Eine vermeintliche Diskrepanz konnte einerseits bei Werten zwischen 31 – 40 beobachtet werden, die häufiger auf Station J1 (30,9 %) als auf Station J2 (12,3 %) vorkamen, und andererseits bei Werten zwischen 41 – 50, die öfter auf Station J2 (31,6 %) als auf Station J1 (12,7 %) erfasst wurden. Ein Auswertungsschlüssel der jeweiligen Funktionsniveaus ist in Abbildung 5 einsehbar.

Die Stationsunterschiede erreichten jedoch im Chi-Quadrat-Test keine statistische Signifikanz.

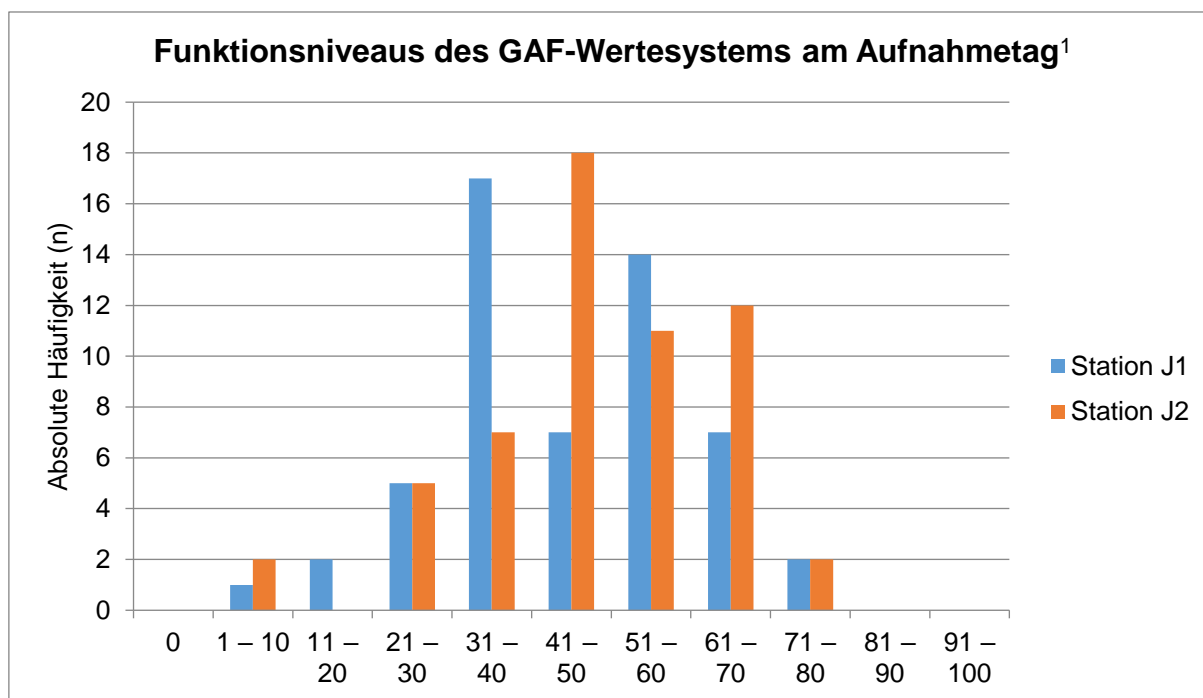
Abbildung 36: Absolute Häufigkeit der Funktionsniveaus des GAF-Wertesystems am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Ein Auswertungsschlüssel der jeweiligen Funktionsniveaus ist in Abbildung 5 einsehbar.

GAF: Global Assessment of Functioning

Abbildung 37: Absolute Häufigkeit der Funktionsniveaus des GAF-Wertesystems am Aufnahmetag der Patienten (n = 112) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹ Ein Auswertungsschlüssel der jeweiligen Funktionsniveaus ist in Abbildung 5 einsehbar.

GAF: Global Assessment of Functioning

Insgesamt konnten in der deskriptiven Statistik der Patientenstichprobe keine signifikanten Unterschiede im Stationsvergleich gezeigt werden. Infolgedessen kann von einer homogenen Verteilung charakterisierender Einflussvariablen zwischen Patienten der Station J1 und Station J2 ausgegangen werden.

4.1.3 Deskriptive Darstellung der Mitarbeiterstichprobe

Die erwartete Teilnehmerzahl von 40 Mitarbeitern beider Stationen wurde mit einer Anzahl von 36 Befragten (90,0 %) innerhalb des Befragungszeitraums nahezu erreicht. Auf Station J1 nahmen 20 Mitarbeiter teil, auf Station J2 insgesamt 16 Mitarbeiter. Dabei wurden alle Daten in der weiteren statistischen Auswertung berücksichtigt.

Um potenzielle Rückschlüsse auf Mitarbeiter zu verhindern, wurden keine mitarbeiterbezogenen Variablen wie das Geschlecht oder das Alter erhoben.

Strukturelle stationsbezogene Variablen

Von den strukturellen stationsbezogenen Variablen wurde die Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit sowie die psychiatrische Berufserfahrung auf freiwilliger Basis durch Mitarbeiter während der anonymen Befragung zum Stationsklima angegeben.

Insgesamt konnte die Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit von allen (100,0 %) Mitarbeitern erfasst werden, während die Angaben zur psychiatrischen Berufserfahrung von 27 (75,0 %) Mitarbeitern gemacht wurden. Davon wurde eine freiwillige Beteiligung von 20 (100,0 %) Mitarbeitern der Station J1 und von sieben (43,7 %) Mitarbeitern der Station J2 festgestellt.

Die deskriptive Auswertung der zur Verfügung gestellten Daten ist in Tabelle 9 (vgl. Anhang G) aufgeführt und wird im Folgenden vorgestellt.

Bei Betrachtung der Berufsgruppenverteilung wurde das Pflegepersonal durch insgesamt 22 (61,1 %) Mitarbeiter vertreten, während das Tätigkeitsfeld der Ärzte, Psychologen und Therapeuten von 14 (38,9 %) Mitarbeitern repräsentiert wurde (vgl. Abbildung 38).

Eine ähnliche Tendenz konnte im Stationsvergleich, ohne statistisch signifikante Abweichung, festgestellt werden (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 38: Absolute Häufigkeit der Berufsgruppenzugehörigkeit von Mitarbeitern (n = 36) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

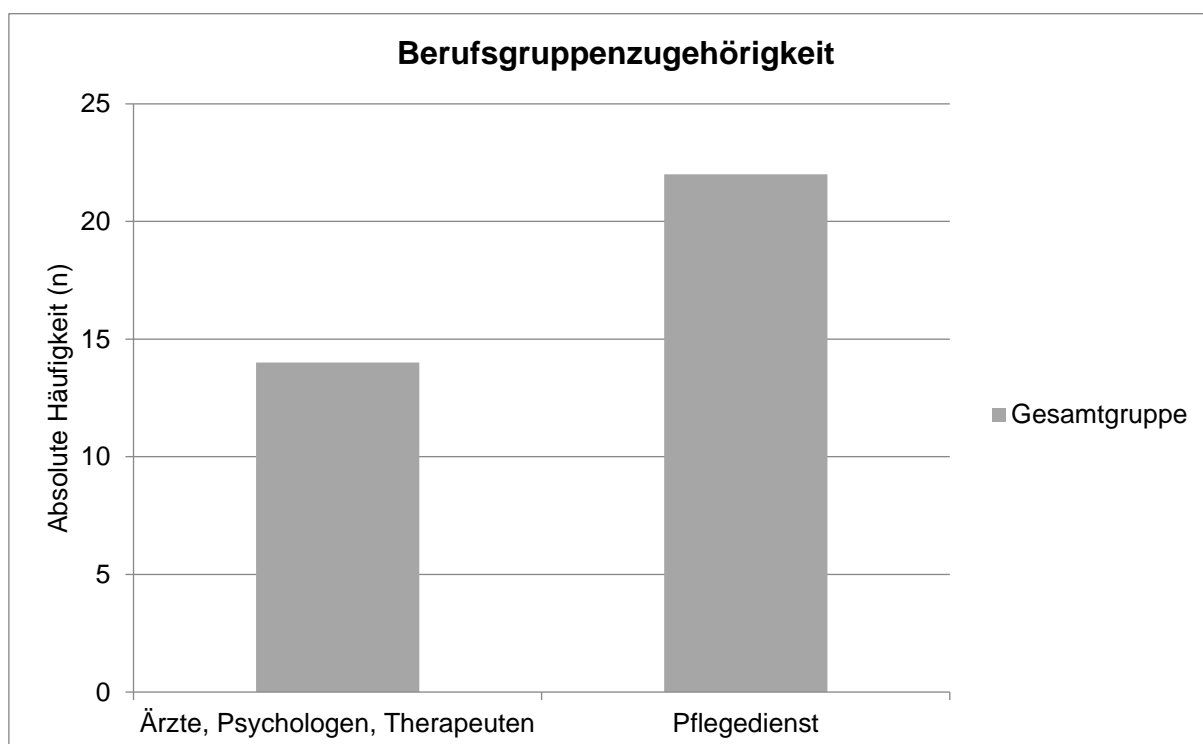
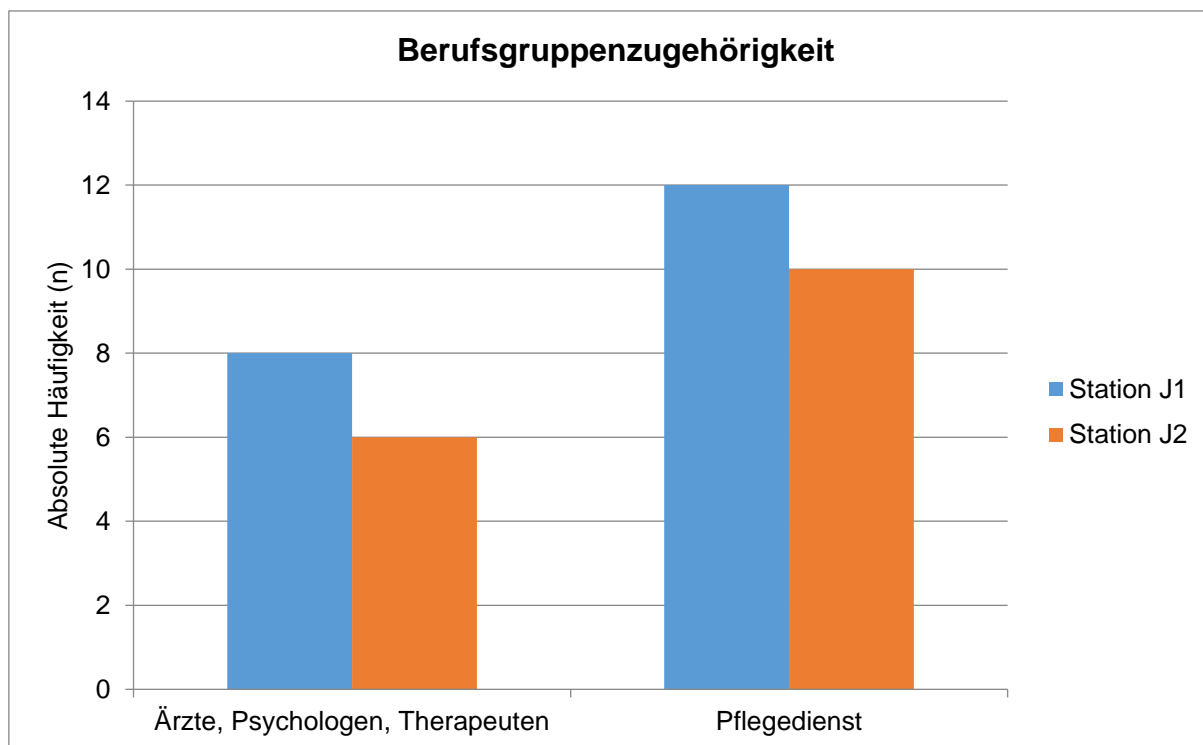
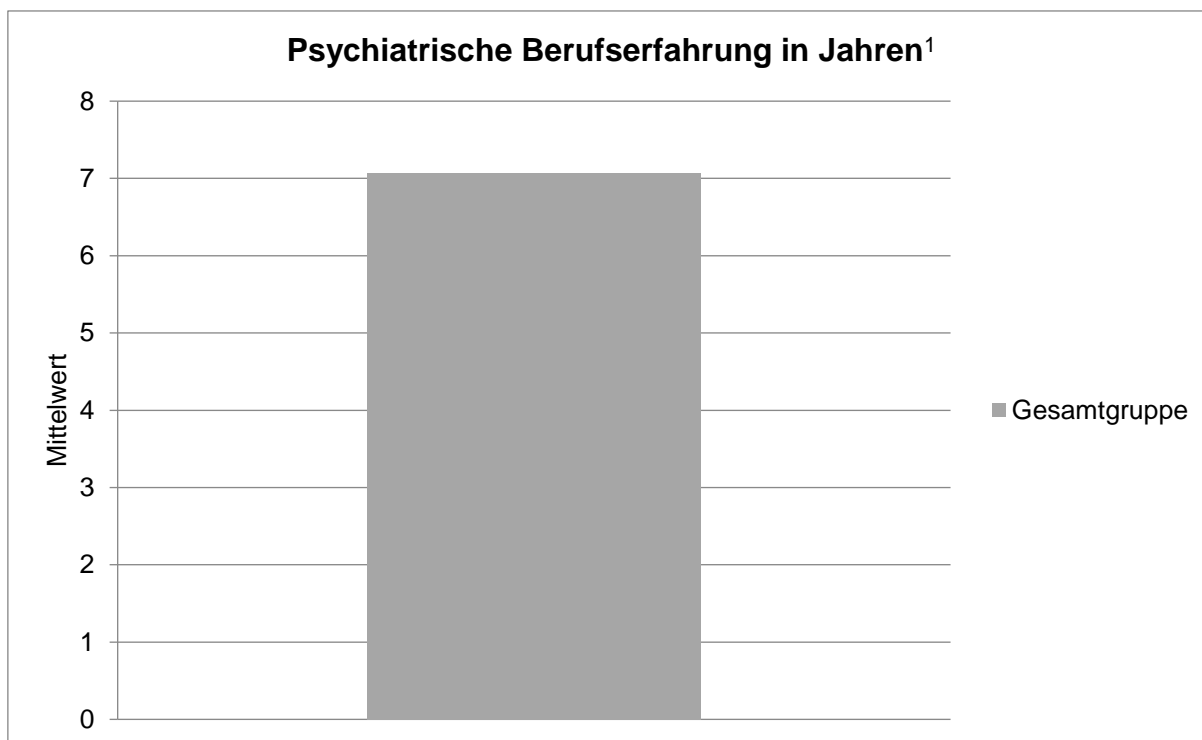


Abbildung 39: Absolute Häufigkeit der Berufsgruppenzugehörigkeit von Mitarbeitern (n = 36) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



Die psychiatrische Berufserfahrung lag in der Gesamtgruppe bei durchschnittlich $7,07 \pm 9,02$ Jahren (vgl. Abbildung 40). Im Stationsvergleich zeigte sich ein 4-mal höherer Durchschnittswert auf Station J1 mit $8,80 \pm 9,88$ Jahren als auf Station J2 mit $2,14 \pm 2,27$ Jahren. Angesichts der geringen Angaben der Mitarbeiter der Station J2 erreichte der Unterschied im Mann-Whitney-U-Test keine statistisch relevante Aussagekraft (vgl. Abbildung 41).

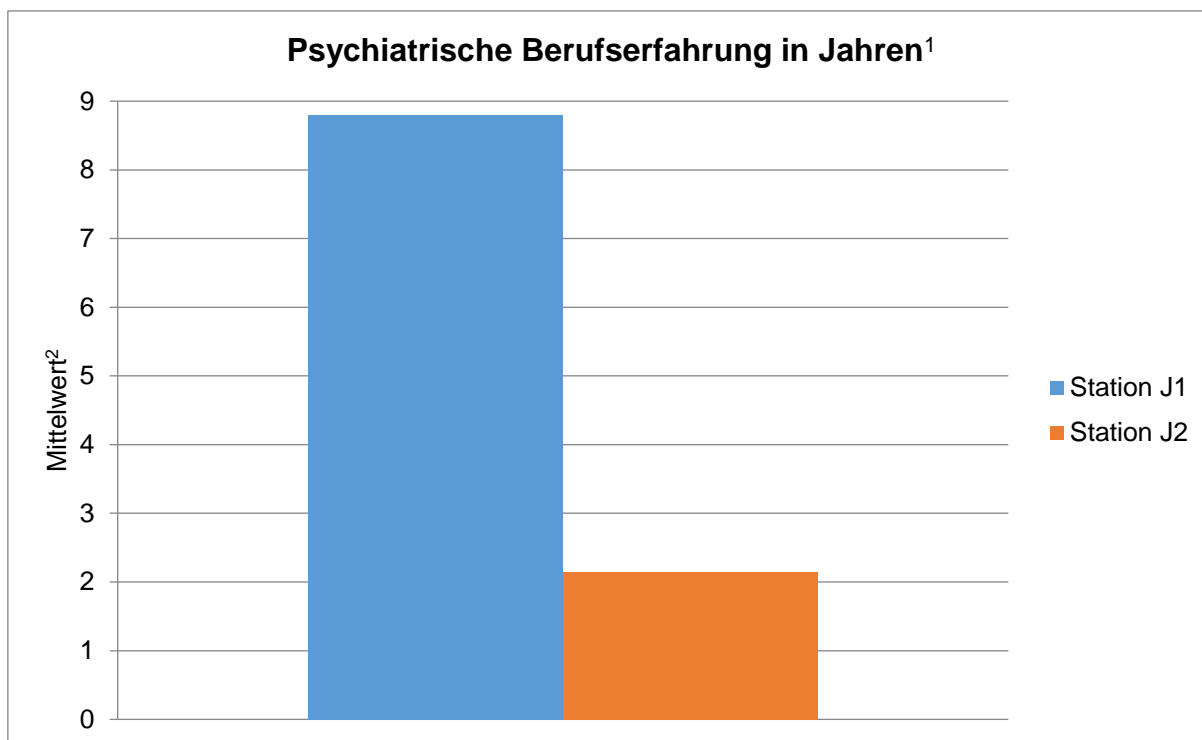
Abbildung 40: Mittelwert der psychiatrischen Berufserfahrung von Mitarbeitern (n = 27) als Gesamtgruppe der Stationen J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹Mitarbeiter ohne Angaben zur psychiatrischen Berufserfahrung wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

Gesamtgruppe: $MW \pm SD = 7,07 \pm 9,02$, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

Abbildung 41: Mittelwert der psychiatrischen Berufserfahrung von Mitarbeitern (n = 27) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019



¹Mitarbeiter ohne Angaben zur psychiatrischen Berufserfahrung wurden von der deskriptiven Auswertung ausgeschlossen.

²Mann-Whitney-U-Test: $U = 39,000$; $p = 0,085$

Station J1: $MW \pm SD = 8,80 \pm 9,88$, **Station J2:** $MW \pm SD = 2,14 \pm 2,27$, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

Letztendlich konnte der deskriptive Stationsvergleich der Mitarbeiterstichprobe keine relevanten Unterschiede aufzeigen. Allerdings ist anzumerken, dass die Auswertung auf Grundlage einer geringen Fallzahl ($n = 36$) erfolgte. Damit steigt die Gefahr, einen Fehler zweiter Art zu begehen und die Nullhypothese fälschlicherweise beizubehalten. Dies sollte vor allem im Hinblick auf die psychiatrische Berufserfahrung mit 27 Teilnehmern bedacht werden.

4.2 Stationsklimavergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten

Zur Beurteilung des Stationsklimas wurden die Daten des EssenCES-Fragebogens mittels Varianzanalyse auf Unterschiede im Folgenden ausgewertet.

Dabei wurden zunächst die Ergebnisse der Subthemen:

- Therapeutischer Halt: Fragen 4, 7, 10, 13 und 16
- Zusammenhalt der Patienten: Fragen 2, 5, 8, 11 und 14

- Sicherheitserleben auf Station: Fragen 3, 6, 9, 12 und 15

zwischen Mitarbeitern und Patienten analysiert und anschließend der Gesamtscore aller Items von Mitarbeitern und Patienten verglichen.

Die jeweiligen Auswertungen sind in den Tabellen 2 – 5 in einer Mitarbeiter-Patienten-Gegenüberstellung dargestellt.

Grundsätzlich können pro Item Werte von 0 – 4, pro Subthema Werte von 0 – 20 und im globalen Gesamtscore Werte von 0 – 60 erzielt werden. Dabei korrelieren höhere Werte mit einer positiveren Bewertung.

Insgesamt konnte durch die statistische Untersuchung eine mittelmäßige Bewertung des globalen Stationsklimas durch alle Studienteilnehmer ermittelt werden (vgl. Tabelle 5). In der Analyse der Subthemen konnte in allen Gesamtbewertungen ein statistisch relevanter Unterschied zwischen Mitarbeitern und Patienten festgestellt werden. Dabei wurde der Therapeutische Halt von Mitarbeitern positiver wahrgenommen, während der Zusammenhalt der Patienten und das Sicherheitserleben auf Station durch Patienten besser eingeschätzt wurde.

4.2.1 Therapeutischer Halt

Die Datenanalyse des Subthemas Therapeutischer Halt wird in Tabelle 2 aufgeführt. Die Bewertung der Items erreichte durchschnittlich $2,75 \pm 2,16$ Punkte, wobei die Mitarbeiter im Mittel mit $2,97 \pm 0,86$ Punkten etwas besser als die Patienten mit $2,52 \pm 1,30$ Punkten beurteilten. Somit kann auf eine mittelmäßige bis recht positive Einschätzung durch die Gesamtstichprobe geschlossen werden.

Vergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten

Innerhalb des Themenbereichs Therapeutischer Halt konnten sowohl in der Einzelauswertung als auch in der Gesamtbewertung statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Mitarbeitern und Patienten festgestellt werden.

Im Einzelnen wurde eine relevante Abweichung in Fragestellung 13 erhoben ($F[1,146] = 7,947$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,052$).

Dass es scheinbar Mitarbeitern gleichgültig ist, ob „Patienten in der Therapie scheitern oder weiterkommen“ (Frage 13, Schalast, 2010a), wurde durch Patienten mit durchschnittlich $2,54 \pm 1,51$ Punkten geringer als durch Mitarbeiter mit durchschnittlich $3,28 \pm 0,70$ Punkten bewertet. Aufgrund der Negativaussage ist zu beachten, dass die Bewertungsskala umgepolt wurde, damit höhere Punktwerte mit einem besseren Ergebnis für das Subthema Therapeutischer Halt einhergehen.

Dementsprechend nahmen Patienten während ihres stationären Aufenthaltes die geschilderte Situationsbeschreibung signifikant häufiger wahr als Mitarbeiter.

Daneben wurde Frage 16 signifikant unterschiedlich von Mitarbeitern und Patienten wahrgenommen ($F[1,146] = 4,551$; $p = 0,035$; $\eta^2 = 0,030$). Dabei wurde beurteilt, ob Mitarbeiter „Patienten und ihre Lebensgeschichte sehr gut kennen“ (Frage 16, Schalast, 2010a). Der Durchschnittswert von Mitarbeitern lag mit $2,56 \pm 0,77$ Punkten höher als der Durchschnittswert von Patienten mit $2,09 \pm 1,23$ Punkten, sodass Mitarbeiter dem Standpunkt der Aussage bedeutend häufiger zustimmten.

Die Auswertung der Fragestellungen 4, 7 und 10 ergaben im Vergleich von Mitarbeitern und Patienten keine relevanten Unterschiede, wobei Fragestellung 4 ($F[1,146] = 2,768$; $p = 0,098$; $\eta^2 = 0,019$) und 7 ($F[1,146] = 3,604$; $p = 0,060$; $\eta^2 = 0,024$) annähernd signifikante Ergebnisse zeigten. Bei der Betrachtung des Medians wurden alle Aussagen ähnlich gut bewertet, wobei Mitarbeiter im Durchschnitt tendenziell bessere Einschätzungen abgaben.

In der Gesamtbewertung des Subthemas Therapeutischer Halt zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Mitarbeitern und Patienten ($F[1,146] = 7,662$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,050$). Dabei variierte der Median zwischen 13,00 und 15,00 Punkten (Mitarbeiter: Spanne = 8 – 20, Patienten: Spanne = 1 – 20), während der Durchschnittswert von Mitarbeitern mit $14,83 \pm 2,99$ Punkten höhere Werte annahm als der von Patienten mit $12,59 \pm 4,55$ Punkten.

Tabelle 2: Auswertung Therapeutischer Halt des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Patienten_Gesamt (n = 112) | ANOVA (Mit. vs. Pat.) |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Frage 4¹ | | | |
| MW ± SD | 3,14 ± 0,90 | 2,75 ± 1,31 | F[1,146] = 2,768; |
| Median | 3,00 | 3,00 | p = 0,098; |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | η ² = 0,019 |
| Frage 7¹ | | | |
| MW ± SD | 3,17 ± 0,97 | 2,76 ± 1,16 | F[1,146] = 3,604; |
| Median | 3,00 | 3,00 | p = 0,060; |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | η ² = 0,024 |
| Frage 10¹ | | | |
| MW ± SD | 2,69 ± 0,95 | 2,45 ± 1,28 | F[1,146] = 1,147; |
| Median | 3,00 | 3,00 | p = 0,286; |
| Spanne | 0 – 4 | 0 – 4 | η ² = 0,008 |
| Frage 13¹ | | | |
| MW ± SD | 3,28 ± 0,70 | 2,54 ± 1,51 | F[1,146] = 7,947; |
| Median | 3,00 | 3,00 | p = 0,005; |
| Spanne | 2 – 4 | 0 – 4 | η ² = 0,052 |
| Frage 16¹ | | | |
| MW ± SD | 2,56 ± 0,77 | 2,09 ± 1,23 | F[1,146] = 4,551; |
| Median | 2,50 | 2,00 | p = 0,035; |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | η ² = 0,030 |
| TH_Gesamt | | | |
| MW ± SD | 14,83 ± 2,99 | 12,59 ± 4,55 | F[1,146] = 7,662; |
| Median | 15,00 | 13,00 | p = 0,006; |
| Spanne | 8 – 20 | 1 – 20 | η ² = 0,050 |

¹ Die jeweils ausformulierten Fragestellungen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Mit.: Mitarbeiter, **Pat.:** Patienten, **TH_Gesamt:** Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

4.2.2 Zusammenhalt der Patienten

Die Ergebnisse zum Subthema Zusammenhalt der Patienten sind in Tabelle 3 dargestellt. In der Auswertung erzielte die Gesamtstichprobe einen Durchschnittswert von $2,24 \pm 0,97$ Punkten. Davon bewerteten Mitarbeiter den Zusammenhalt der Patienten mit durchschnittlich $1,93 \pm 0,78$ Punkten tendenziell schlechter als Patienten mit durchschnittlich $2,54 \pm 1,15$ Punkten. Dementsprechend kann auch hier

von einer mittelmäßigen bis recht positiven Beurteilung der Mitarbeiter und Patienten ausgegangen werden.

Vergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten

Deskriptiv konnte aus Tabelle 3 entnommen werden, dass die Einzelauswertungen im Median um einen Punktwert besser von Patienten (Median = 3,00, Frage 2, 5, 8, 11, 14: Spanne = 0 – 4) als von Mitarbeitern (Median = 2,00, Frage 2: Spanne = 1 – 3, Frage 5, 8, 11, 14: Spanne = 0 – 4) beurteilt wurden. Dabei entsprechen umcodiert zwei Punkte einer geringen Zustimmung („Stimmt etwas“ (Schalast, 2010b)) und drei Punkte einer ziemlichen Zustimmung („Stimmt ziemlich“ (Schalast, 2010b)). Demzufolge empfanden Patienten den Zusammenhalt der Patienten auf Station etwas besser als Mitarbeiter.

Im Vergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten wurden statistisch bedeutsame Unterschiede in Frage 2 ($F[1,146] = 13,514$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,085$), Frage 5 ($F[1,146] = 13,479$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,085$), Frage 11 ($F[1,146] = 8,346$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,054$), Frage 14 ($F[1,146] = 7,517$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,049$) und ZP_Gesamt ($F[1,146] = 14,969$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,093$) festgestellt.

Ob sich „Patienten umeinander kümmern“ (Frage 2, Schalast, 2010a), wurde im Mittel von Mitarbeitern mit $1,92 \pm 0,73$ Punkten und von Patienten mit $2,57 \pm 0,98$ Punkten bewertet. Die Beurteilung, ob „der schwächste Patient Rückhalt bei seinen Mitpatienten findet“ (Frage 5, Schalast, 2010a) wurde von Patienten mit durchschnittlich mit $2,49 \pm 1,32$ Punkten eher nachempfunden als von Mitarbeitern mit durchschnittlich $1,64 \pm 0,80$ Punkten. Ebenso schätzten Patienten die „Unterstützung von Mitpatienten bei wichtigen Anliegen von Patienten“ (Frage 11, Schalast, 2010a) besser ein als Mitarbeiter. Dabei konnte für Patienten ein Durchschnittswert von $2,58 \pm 1,18$ Punkten und für Mitarbeiter ein Durchschnittswert von $1,97 \pm 0,81$ Punkten ermittelt werden. Daneben bestätigten Mitarbeiter mit durchschnittlich $2,00 \pm 0,72$ Punkten seltener, dass „unter den Patienten ein guter Zusammenhalt herrscht“ (Frage 14, Schalast, 2010a) als Patienten mit durchschnittlich $2,54 \pm 1,10$ Punkten.

Allein Frage 8, ob sich „Patienten für die Probleme ihrer Mitpatienten interessieren“ (Frage 8, Schalast, 2010a), erreichte keine statistische Signifikanz im Vergleich der Bewertung von Mitarbeitern (MW \pm SD = $2,14 \pm 0,83$) und Patienten (MW \pm SD = $2,50 \pm 1,18$). Trotzdem näherte sich das Ergebnis dem Signifikanzniveau tendenziell an ($F[1,146] = 2,909$; $p = 0,090$; $\eta^2 = 0,020$).

In der Gesamtbeurteilung des Themenbereiches Zusammenhalt der Patienten zeigten Mitarbeiter mit $9,67 \pm 2,80$ Punkten einen geringeren Durchschnittswert als Patienten mit $12,68 \pm 4,39$.

Tabelle 3: Auswertung Zusammenhalt der Patienten des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Patienten_Gesamt (n = 112) | ANOVA (Mit. vs. Pat.) |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Frage 2¹ | | | |
| MW ± SD | 1,92 ± 0,73 | 2,57 ± 0,98 | F[1,146] = 13,514; p = 0,000; η ² = 0,085 |
| Median | 2,00 | 3,00 | |
| Spanne | 1 – 3 | 0 – 4 | |
| Frage 5¹ | | | |
| MW ± SD | 1,64 ± 0,80 | 2,49 ± 1,32 | F[1,146] = 13,479; p = 0,000; η ² = 0,085 |
| Median | 2,00 | 3,00 | |
| Spanne | 0 – 4 | 0 – 4 | |
| Frage 8¹ | | | |
| MW ± SD | 2,14 ± 0,83 | 2,50 ± 1,18 | F[1,146] = 2,909; p = 0,090; η ² = 0,020 |
| Median | 2,00 | 3,00 | |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | |
| Frage 11¹ | | | |
| MW ± SD | 1,97 ± 0,81 | 2,58 ± 1,18 | F[1,146] = 8,346; p = 0,004; η ² = 0,054 |
| Median | 2,00 | 3,00 | |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | |
| Frage 14¹ | | | |
| MW ± SD | 2,00 ± 0,72 | 2,54 ± 1,10 | F[1,146] = 7,517; p = 0,007; η ² = 0,049 |
| Median | 2,00 | 3,00 | |
| Spanne | 1 – 4 | 0 – 4 | |
| ZP_Gesamt | | | |
| MW ± SD | 9,67 ± 2,80 | 12,68 ± 4,39 | F[1,146] = 14,969; p = 0,000; η ² = 0,093 |
| Median | 10,00 | 13,00 | |
| Spanne | 5 – 19 | 0 – 20 | |

¹ Die jeweils ausformulierten Fragestellungen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Mit.: Mitarbeiter, **Pat.:** Patienten, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **ANOVA:** Analysis of Variance

4.2.3 Sicherheitserleben auf Station

Die Datenauswertung zum Subthema Sicherheitserleben auf Station ist Tabelle 4 zu entnehmen. In der Beurteilung erreichte das Studienkollektiv einen Mittelwert von $1,41 \pm 1,12$ Punkten. Dabei lag der Durchschnittswert der Mitarbeiter mit $0,96 \pm 0,90$ Punkten etwas unterhalb der mittleren Punktezahl der Patienten von $1,85 \pm 1,33$ Punkten. Demzufolge kann ein mäßiges bis mittelmäßiges Sicherheitsempfinden von Mitarbeitern und Patienten angenommen werden.

Vergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten

In der Gegenüberstellung beider Befragungsgruppen zeigten Mitarbeiter tendenziell ein geringeres Sicherheitserleben als Patienten. Dabei erreichten alle Einzelauswertungen, Frage 3 ($F[1,146] = 28,274$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,162$), Frage 6 ($F[1,146] = 9,148$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,059$), Frage 9 ($F[1,146] = 8,374$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,054$), Frage 12 ($F[1,146] = 24,433$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,143$) und Frage 15 ($F[1,146] = 5,882$; $p = 0,017$; $\eta^2 = 0,039$), statistische Signifikanz.

Da es sich bei allen aufgeführten Items um Negativaussagen handelt, ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass höhere Punktwerte ein besseres Sicherheitsempfinden der Befragten widerspiegeln. Demnach konnten alle nachfolgenden Situationsschilderungen von Mitarbeitern signifikant besser nachempfunden werden als von Patienten.

Dass es „wirklich bedrohliche Situationen“ (Frage 3, Schalast, 2010a) auf Station gibt, wurde von Mitarbeitern durchschnittlich mit $0,89 \pm 0,89$ Punkten und von Patienten mit durchschnittlich $2,18 \pm 1,36$ Punkten bewertet. In der Bewertung, ob „sehr aggressive Patienten auf Station“ (Frage 6, Schalast, 2010a) vorkommen, zeigte sich ein niedrigerer Durchschnittswert bei Mitarbeitern mit $0,94 \pm 0,98$ Punkten im Vergleich zu Patienten mit $1,68 \pm 1,34$ Punkten. Auf Grundlage der umgepolten Bewertungsskala nahmen Mitarbeiter bedeutend häufiger sowohl gefährliche Ereignisse (Frage 3, Schalast, 2010a) als auch gewaltbereite Patienten (Frage 6, Schalast, 2010a) wahr. Damit einhergehend stimmten Mitarbeiter einerseits im Mittel mit $0,94 \pm 0,96$ Punkten häufiger zu, dass „Patienten Angst vor anderen Patienten“ (Frage 9, Schalast, 2010a) haben, als Patienten mit $1,61 \pm 1,26$ Punkten. Andererseits bestätigten sie mit einem Durchschnittswert von $1,17 \pm 0,94$ Punkten eher, dass Mitarbeiter „vor bestimmten Patienten Angst haben“ (Frage 12, Schalast, 2010a), als Patienten mit einem Durchschnittswert von $2,36 \pm 1,34$ Punkten. Schließlich schätzten Mitarbeiter mit durchschnittlich $0,86 \pm 0,72$ Punkten das letzte Gedankenkonstrukt, indem „Patienten so reizbar sind, dass man besonders vorsichtig mit ihnen

umgehen muss“ (Frage 15, Schalast, 2010a), bedeutsamer ein als Patienten mit durchschnittlich $1,43 \pm 1,34$ Punkten.

In der Gesamtbewertung zeigte sich der prägnanteste Unterschied zwischen Mitarbeitern und Patienten. Dieser erreichte in der einfaktoriellen Varianzanalyse statistische Aussagekraft ($F[1,146] = 26,254$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,152$). Für Mitarbeiter ergab sich ein Durchschnittswert von $4,81 \pm 3,26$ Punkten, für Patienten ein Durchschnittswert von $9,25 \pm 4,86$ Punkten, sodass Patienten einen besseren Eindruck zur Sicherheit auf Station vertraten.

Tabelle 4: Auswertung Sicherheitserleben auf Station des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Patienten_Gesamt (n = 112) | ANOVA (Mit. vs. Pat.) |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|
| Frage 3¹ | | | |
| MW ± SD | 0,89 ± 0,89 | 2,18 ± 1,36 | F[1,146] = 28,274; p = 0,000; η ² = 0,162 |
| Median | 1,00 | 2,00 | |
| Spanne | 0 – 3 | 0 – 4 | |
| Frage 6¹ | | | |
| MW ± SD | 0,94 ± 0,98 | 1,68 ± 1,34 | F[1,146] = 9,148; p = 0,003; η ² = 0,059 |
| Median | 1,00 | 2,00 | |
| Spanne | 0 – 3 | 0 – 4 | |
| Frage 9¹ | | | |
| MW ± SD | 0,94 ± 0,96 | 1,61 ± 1,26 | F[1,146] = 8,374; p = 0,004; η ² = 0,054 |
| Median | 1,00 | 2,00 | |
| Spanne | 0 – 3 | 0 – 4 | |
| Frage 12¹ | | | |
| MW ± SD | 1,17 ± 0,94 | 2,36 ± 1,34 | F[1,146] = 24,433; p = 0,000; η ² = 0,143 |
| Median | 1,00 | 3,00 | |
| Spanne | 0 – 3 | 0 – 4 | |
| Frage 15¹ | | | |
| MW ± SD | 0,86 ± 0,72 | 1,43 ± 1,34 | F[1,146] = 5,882; p = 0,017; η ² = 0,039 |
| Median | 1,00 | 1,00 | |
| Spanne | 0 – 2 | 0 – 4 | |
| SE_Gesamt | | | |
| MW ± SD | 4,81 ± 3,26 | 9,25 ± 4,86 | F[1,146] = 26,254; p = 0,000; η ² = 0,152 |
| Median | 4,50 | 10,00 | |
| Spanne | 0 – 13 | 0 – 20 | |

¹ Die jeweils ausformulierten Fragestellungen sind in Abbildung 1 dargestellt.

Mit.: Mitarbeiter, **Pat.:** Patienten, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

4.2.4 Globales Stationsklima

Das globale Stationsklima vereinigt als Gesamtbeurteilung alle drei Subthemen des EssenCES-Fragebogens: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station. Diese werden in gleicher Gewichtung in der statistischen Analyse berücksichtigt, sodass eine theoretische Schwankungsbreite

von 0 – 60 Punkten zustande kommt. Die daraus resultierenden Ergebnisse für Mitarbeiter und Patienten sind in Tabelle 5 abgebildet.

Durchschnittlich erzielte der Themenbereich Therapeutischer Halt $13,71 \pm 3,77$ Punkte, der Zusammenhalt der Patienten $11,18 \pm 3,60$ Punkte und das Sicherheits-erleben auf Station $7,03 \pm 4,06$ Punkte, sodass sich ein Durchschnittswert von $36,01 \pm 9,02$ Punkten für den Summenscore ergab. Dadurch kann von einer mittelmäßigen Bewertung des Stationsklimas durch Mitarbeiter und Patienten ausgegangen werden.

Vergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten

Insgesamt fiel in der Gesamtbewertung ein durchschnittlich höheres Ergebnis der Patienten mit $38,98 \pm 11,28$ Punkten im Vergleich zu Mitarbeitern mit durchschnittlich $33,03 \pm 6,75$ Punkten auf. Dabei zeigte sich in der einfaktoriellen Varianzanalyse ein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen beiden Stichproben ($F[1,146] = 8,981$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,058$). Demzufolge nahmen Patienten das Stationsklima signifikant als besser wahr als Mitarbeiter, wobei ein Durchschnittswert von $38,98 \pm 11,28$ Punkten einer befriedigenden Einschätzung gleicht.

Tabelle 5: Auswertung Globales Stationsklima des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten (n = 148) im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Patienten_Gesamt (n = 112) | ANOVA (Mit. vs. Pat.) |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|
| Stationsklima_Gesamt | | | |
| MW \pm SD | $33,03 \pm 6,75$ | $38,98 \pm 11,28$ | $F[1,146] = 8,981$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,058$ |
| Median | 33,50 | 39,00 | |
| Spanne | 19 – 52 | 5 – 66 | |

Mit.: Mitarbeiter, **Pat.:** Patienten, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

4.3 Zusammenhangsanalyse zwischen Einflussvariablen und gruppenabhängiger Bewertung des Stationsklimas

Zur Überprüfung einer potenziellen Interaktion zwischen Einflussvariablen und gruppenabhängiger Klimawahrnehmung wurden die Gesamtergebnisse des EssenCES-Fragebogens von Mitarbeitern und Patienten auf Zusammenhang mit ausgewählten strukturellen, prozessbezogenen und patientenbezogenen Variablen

überprüft. Dazu wurden alle Daten, die innerhalb des Befragungszeitraums (November – Dezember 2018, Februar – März 2019) erhoben wurden, in die statistische Untersuchung eingeschlossen. Um eine bessere statistische Aussagekraft erzielen zu können, wurden außerdem kategoriale Variablen in Gruppen zusammengefasst, während stetige Variablen als Kovariate betrachtet wurden (vgl. Kapitel 3.6.5.2).

Hierbei ist zu beachten, dass eine Zusammenhanganalyse aus drei Teilauswertungen besteht. Neben der Analyse auf Wechselwirkungen wird das Stationsklima auf Unterschiede in Abhängigkeit der beiden untersuchten Variablen überprüft. Dabei wird die Gruppenzugehörigkeit (Mitarbeiter vs. Patienten) stets als erster Faktor in die Analyse eingeschlossen, während die zweite unabhängige Variable durch eine ausgewählte strukturelle, prozessbezogene oder patientenbezogene Rahmenbedingung vertreten wird. Damit werden Teile der Primärauswertung in die Zusammenhanganalyse miteinbezogen, die zu einer gewissen Redundanz der tabellarischen Ergebnisdarstellung führen. Um dennoch einer inhaltlichen Wiederholung entgegenzuwirken, wird ausschließlich im Kontext eines signifikanten Interaktionsterms Bezug auf die Ergebnisse der Primärfragestellung (Stationsklimavergleich zwischen Mitarbeitern und Patienten) genommen. Ansonsten wird auf Kapitel 4.2 verwiesen. Gleichermäßen wird bei der Analyse der zweiten unabhängigen Variablen vorgegangen, bei der lediglich signifikante Effekte auf das subjektive Klimaempfinden erläutert werden.

Allerdings konnte für den Großteil der Einflussvariablen keine Zusammenhanganalyse durchgeführt werden (vgl. Kapitel 3.6.5.2). Ausschließlich für die Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten war es möglich, eine Interaktion mit der gruppenabhängigen Klimabewertung zu überprüfen. Alternativ wurde das Einflusspotenzial aller patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von Fixierungen und der Überbelegung auf Station auf das subjektive Klimaerleben von Patienten überprüft. Diese werden ebenfalls nachfolgend vorgestellt.

Dagegen wurden die strukturell stationsbezogenen Variablen Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und psychiatrische Berufserfahrung ($n = 27$) der Mitarbeiter sowie die stationsbezogenen Prozessvariablen Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ($n = 13$), angesichts der geringen Fallzahl, von einer weitergehenden Analyse ausgeschlossen. Es blieb bei einer rein deskriptiven Darstellung der Daten, die aus Kapitel 4.1 zu entnehmen sind.

4.3.1 Strukturelle stationsbezogene Variablen

In der weitergehenden Auswertung der strukturell stationsbezogenen Variablen wurden die Stationszugehörigkeit und die Überbelegung auf Station berücksichtigt.

Gruppenabhängige Klimabewertung und Stationszugehörigkeit

Von allen strukturellen stationsbezogenen Variablen konnte ausschließlich die Stationszugehörigkeit auf Interaktion mit der gruppenabhängigen Klimawahrnehmung überprüft werden. Dabei wurden sowohl die Stationszugehörigkeit der Mitarbeiter als auch der Patienten in die Analyse eingeschlossen. Die Ergebnisse sind Tabelle 10 (vgl. Anhang H) zu entnehmen.

Im Stationsvergleich erreichte der Zusammenhalt der Patienten einen signifikanten Unterschied in der Bewertung ($F[1,144] = 6,346$; $p = 0,013$; $\eta^2 = 0,042$). Dabei schätzten sowohl Mitarbeiter ($MW \pm SD = 10,94 \pm 3,09$) als auch Patienten ($MW \pm SD = 13,46 \pm 4,15$) der Station J2 das Gemeinschaftsgefühl der Patienten durchschnittlich besser ein als Mitarbeiter ($MW \pm SD = 8,65 \pm 2,11$) und Patienten ($MW \pm SD = 11,87 \pm 4,51$) der Station J1. Alle anderen Ergebnisse erzielten in Abhängigkeit der Stationszugehörigkeit keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Im Interaktionsterm konnten keine relevanten Wechselwirkungen zwischen der gruppenabhängigen Klimabewertung und der Stationszugehörigkeit ermittelt werden, die wesentlich zur Einschätzung des stationären Klimas beigetragen hätten.

Patientenabhängige Klimabewertung und Überbelegung auf Station

Eine unterschiedliche Klimabewertung bei Normal- und Überbelegung auf Station konnte für die Patientenkohorte überprüft werden. Die Ergebnisse der Datenauswertung sind in Tabelle 11 (vgl. Anhang I) dargestellt.

Insgesamt hatte die Stationsbelegung keinen bedeutenden Einfluss auf die subjektive Klimawahrnehmung von Patienten. Deskriptiv betrachtet lag der Durchschnittswert in fast allen Teilbereichen bei Überbelegung auf Station etwas höher als bei Normalbelegung auf Station. Dabei erreichte das Sicherheitserleben auf Station ein nahezu signifikantes Ergebnis ($F[1,110] = 3,817$; $p = 0,053$; $\eta^2 = 0,034$). Mit durchschnittlich $9,66 \pm 4,88$ Punkten gaben Patienten bei Kapazitätsüberschreitung ein tendenziell besseres Sicherheitsgefühl als bei Normalbelegung auf Station ($MW \pm SD = 7,35 \pm 4,38$) an.

4.3.2 Stationsbezogene Prozessvariablen

Eine Analyse potenzieller Effekte stationsbezogener Prozessvariablen auf das subjektive Klimaempfinden von Patienten konnte ausschließlich für die Anzahl und

Dauer von Fixierungen durchgeführt werden. Dabei zeigten beide Rahmenbedingungen keinen relevanten Einfluss. Die entsprechenden Einzelauswertungen sind im Anhang tabellarisch zusammengefasst, wobei Tabelle 12 (vgl. Anhang J) die Ergebnisse der Fixierungsanzahl und Tabelle 13 (vgl. Anhang K) die Ergebnisse der Fixierungsdauer aufführt.

4.3.3 Patientenbezogene Variablen

Für alle patientenbezogenen Variablen war es möglich, einen signifikanten Einfluss auf das subjektive Klimaerleben von Patienten zu überprüfen. Die jeweiligen Ergebnisauswertungen sind in Tabelle 14 (vgl. Anhang L) für das Geschlecht, in Tabelle 15 (vgl. Anhang M) für das Alter, in Tabelle 16 (vgl. Anhang N) für die Patientenherkunft, in Tabelle 17 (vgl. Anhang O) für die Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme, in Tabelle 18 (vgl. Anhang P) für die Hauptdiagnose, in Tabelle 19 (vgl. Anhang Q) für die Aufenthaltsdauer, in Tabelle 20 (vgl. Anhang R) für die Voraufenthalte, in Tabelle 21 (vgl. Anhang S) für die Weiterbehandlung, in Tabelle 22 (vgl. Anhang T) für die CGI-Gesamtpunktzahl und in Tabelle 23 (vgl. Anhang U) für die GAF-Gesamtpunktzahl abgebildet.

Davon ausgeschlossen ist der Interaktionsterm zwischen der gruppenabhängigen Klimabewertung und der Stationszugehörigkeit, der bereits in Kapitel 4.3.1 vorgestellt wurde. Um einer Redundanz entgegenzuwirken, wird dementsprechend von einer erneuten Ergebnisdarstellung abgesehen und auf das entsprechende Kapitel verwiesen.

Von allen patientenbezogenen Variablen erreichten zwei Parameter statistische Signifikanz. Einerseits zeigte das Patientenalter einen relevanten Einfluss auf den Themenbereich Therapeutischer Halt ($F[1,110] = 9,685$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,081$) und das globale Stationsklima ($F[1,110] = 5,205$; $p = 0,024$; $\eta^2 = 0,045$). Andererseits konnte ein signifikanter Effekt der Rechtsgrundlage bei stationärer Aufnahme auf die Gesamtbewertung der Patienten ($F[1,110] = 5,382$; $p = 0,022$; $\eta^2 = 0,047$) und die Einschätzung des Therapeutischen Halts ($F[1,110] = 9,44$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,079$) beobachtet werden. Dabei nahmen freiwillig eingewiesene Patienten das Stationsklima als besser wahr als gesetzlich nach PsychKG und BGB untergebrachte Patienten.

Daneben kann von einem tendenziellen Einfluss des Patientenalters auf den Zusammenhalt der Patienten ausgegangen werden, der nahezu statistische Relevanz erzielte ($F[1,110] = 2,789$; $p = 0,098$; $\eta^2 = 0,025$).

In allen anderen Analysen fiel deskriptiv ein etwas besseres Klimaerleben bei weiblichem Geschlecht (Weiblich vs. Männlich), bei deutscher Herkunft (Deutsch vs. Andere), bei F1, F2 und F3 Hauptdiagnose in absteigender Reihenfolge (F1 vs. F2 vs. F3 vs. Sonstige) und bei anderer Weiterbehandlung (Niedergelassene Therapie vs. Andere) auf.

5 Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte die subjektive Wahrnehmung des Stationsklimas von Mitarbeitern und Patienten sowie die Bedeutung potenzieller Einflussfaktoren auf psychiatrischen Stationen.

Im monozentrischen Querschnittsdesign wurde zunächst das aktuelle Stationsklima zweier akutpsychiatrischer Aufnahmestationen durch Mitarbeiter- und Patientenbefragungen erfasst. Zur Datenerhebung diente der EssenCES-Fragebogen, ein validiertes Messinstrument, das das globale Klima in drei Subthemen unterteilt: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station. Nachfolgend stellte sich die Frage, ob statistisch bedeutsame Unterschiede im subjektiven Erleben von Mitarbeitern und Patienten ermittelt wurden. Dazu wurden die gruppenspezifischen Ergebnisse des Klimaerfassungsbogens verglichen. Darauf aufbauend interessierte schließlich, welche Rolle objektive Rahmenbedingungen bei signifikanter Abweichung spielen und wie groß ihr Einflusspotenzial auf individuelle Klimaeinschätzungen ist.

Hierzu wurde der Einfluss aller patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von Fixierungen und der Überbelegung auf Station auf das subjektive Klimaempfinden der Patienten überprüft.

Aufgrund der geringen Fallzahl blieb es bei einer reinen Deskription der strukturell stationsbezogenen Variablen Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und psychiatrischer Berufserfahrung ($n = 27$) der Mitarbeiter sowie der stationsbezogenen Prozessvariablen Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ($n = 13$).

Kurzfristiges Ziel dieser Studie war es, als Basisuntersuchung im Sinne einer Machbarkeitsstudie bei signifikant unterschiedlichen Klimabewertungen einflussreiche Umweltfaktoren herauszuarbeiten. Diese Erkenntnisse sollen langfristig als Grundlage für weitere *Follow-up-Studien* genutzt werden können, um durch gezielte Veränderungen dieser Rahmenbedingungen ein optimales soziales Milieu mit hoher Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit herzustellen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragestellungen anhand der formulierten Nullhypothesen (vgl. Kapitel 1) vorgestellt und mit den bereits in der Literatur beschriebenen Erkenntnissen diskutiert und verglichen.

1. Mitarbeiter und Patienten unterscheiden sich nicht in der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich seiner Subthemen: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station.

Therapeutischer Halt

Auf Grundlage der statistischen Ergebnisse kann die Nullhypothese zugunsten der Alternativhypothese abgelehnt werden. Dabei bewerteten Mitarbeiter den Therapeutischen Halt auf Station signifikant besser als Patienten. Insbesondere im Vergleich der Einzelauswertungen konnte gezeigt werden, dass Mitarbeiter sich selbst bedeutend besser einschätzten, zum einen „Patienten und ihre Lebensgeschichte sehr gut zu kennen“ (Frage 16, Schalast, 2010a) und zum anderen Interesse am Behandlungserfolg der Patienten zu haben (Frage 13 (hier als Positivaussage ausgedrückt), Schalast, 2010a). Betrachtet man die fünf zugehörigen Items des Subthemas Therapeutischer Halt, fällt auf, dass alle Aussagen primär Bezug zu Mitarbeitern nehmen. Aufgrund der Eigenidentifikation und des sozialen Zugehörigkeitsgefühls, erscheint es nicht verwunderlich, dass die Ergebnisse der Beschäftigten besser ausfielen als die der Patienten. Dieser Umstand wurde bereits im Projektbericht zur Entwicklung des EssenCES-Fragebogens beobachtet, indem „Beschäftigte überwiegend zu günstigen Einschätzungen dieses Merkmals tendieren“ (Schalast & Redies, 2005, S. 8). Auch zeigte eine andere Studie, dass Mitarbeiter den Themenbereich durchschnittlich besser bewerteten als Patienten (Schalast & Sieß, 2018, S. 242 – 243).

Daneben sollten interspezifische Wechselwirkungen bedacht werden, die Einfluss auf die Bewertung des Therapeutischen Halts nehmen können.

In der Literatur zeigte sich einerseits ein positiver Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und Therapeutischem Halt (Schalast & Sieß, 2018) und andererseits eine Interaktion zwischen gutem therapeutischen Klima und erfahrenen Mitarbeitern (Yang et al., 2014), die kritische Situationen frühzeitig erkennen (Schanda & Taylor, 2001) und durch patientenzentrierte Behandlungsmethoden de-eskalierend wirken können (Ketelsen & Walter, 2010).

Insgesamt scheint der statistisch bedeutsame Unterschied beider Gruppen das Resultat diverser Einflussfaktoren zu sein. Diese Vermutung wurde in nachfolgenden Hypothesen überprüft.

Zusammenhalt der Patienten

Auch hier zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede der Einzelitems und Gesamtbewertung im Gruppenvergleich, sodass die Nullhypothese verworfen wurde. Im Allgemeinen beurteilten Patienten den Themenbereich besser als Mitarbeiter. Besonders Patienten schätzten sowohl die gegenseitige Fürsorge (Frage 2, Schalast, 2010a) und Unterstützung (Frage 11, Schalast, 2010a) als auch den Rück- (Frage 5, Schalast, 2010a) und Zusammenhalt (Frage 14, Schalast, 2010a) der Patientengruppe untereinander bedeutend besser ein als Mitarbeiter. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass alle Aussagen zum Zusammenhalt der Patienten auf patientenzentrierte Situationen bezogen sind. Infolgedessen wird, ähnlich wie beim Subthema Therapeutischer Halt, eine Eigenbeurteilung der Patienten instruiert, die tendenziell eine bessere Einschätzung zur Folge haben könnte. Ebenfalls stellten Schalast und Sieß (2018) ein ähnliches Ergebnis in der Bewertung zwischen Mitarbeitern und Patienten innerhalb ihrer Studie fest. Darüber hinaus erkannten sie, dass die ärztlich-psychologische Mitarbeiterausstattung Einfluss auf den Zusammenhalt der Patienten nahm. Dazu trugen vermutlich nicht nur die quantitativen, sondern auch qualitativen Fähigkeiten der Fachgruppe maßgeblich bei. Deshalb kann, wie in der vorherigen Hypothese bereits diskutiert, auch hier von einem Einfluss einer Vielzahl von Faktoren ausgegangen werden, die maßgeblich zum signifikant unterschiedlichen Ergebnis beider Stichproben geführt hat.

Sicherheitserleben auf Station

Ebenfalls konnte hier die Nullhypothese mit Hilfe statistischer Untersuchungen revidiert werden. Bei Betrachtung der Auswertung fiel auf, dass nicht nur Patienten ein bedeutend größeres Sicherheitsgefühl auf Station hatten (Einzelitems und Gesamtbewertung), sondern auch im Gruppenvergleich die größte Punktedifferenz in der Gesamtbewertung vorlag (Mitarbeiter: $MW \pm SD = 4,81 \pm 3,26$, Patienten: $MW \pm SD = 9,25 \pm 4,86$). Dabei empfanden Patienten signifikant weniger bedrohliche Situationen auf Station (Frage 3, Schalast, 2010a) und hatten damit einhergehend weniger das Gefühl reizbare (Frage 15, Schalast, 2010a) oder aggressive (Frage 6, Schalast, 2010a) Patienten auf Station zu haben, vor denen Patienten (Frage 9, Schalast, 2010a) oder Mitarbeiter (Frage 12, Schalast, 2010a) Angst haben müssten. Eine vergleichbare Tendenz der Gruppenunterschiede konnte ebenfalls in einer anderen wissenschaftlichen Studie beobachtet werden (Schalast & Sieß, 2018).

Angeht die patientenzentrierten Aussagen könnte vermutlich auch hier das Kollektivbewusstsein der Patienten eine Rolle gespielt haben. Vergegenwärtigt man sich allerdings die deutliche Abweichung der Stichprobenbewertungen, erscheint das Gemeinschaftsgefühl nicht allein die Ursache des geringeren Sicherheitsempfindens der Mitarbeiter gewesen zu sein. Eine weitere mögliche Erklärung könnte sein, dass gerade auf akuten psychiatrischen Stationen häufig bei Aufnahme neuer Patienten Gewaltsituationen vorkommen (Schanda & Taylor, 2001), mit denen vor allem Beschäftigte konfrontiert werden. Damit einhergehend konnten Schalast und Sieß (2018) eine Häufung aggressiver Übergriffe in der Allgemeinpsychiatrie im Vergleich zu forensischen Stationen beobachten, die zu problematischen Situationskonstellationen und geringem Sicherheitsempfinden führten. Daneben zeigte sich im Zeitraum von 2012 – 2013 in Baden-Württemberg, aufgrund rechtlicher Unsicherheiten, medikamentöse Zwangsbehandlungen durchführen zu können (Vollmann, 2014) (vgl. Kapitel 2.3.4), ein Anstieg aggressiver Patientenübergriffe auf Mitarbeiter (Müller et al., 2017), die zu einer erheblichen Mehrbelastung und Unsicherheit der Beschäftigten führte (Schalast & Sieß, 2018).

Schließlich wird auch hier die Vermutung bestärkt, dass einflussreiche Umgebungsfaktoren zu einem unterschiedlichen Sicherheitserleben auf Station führen können.

Darüber hinaus erzielte das Sicherheitserleben von allen Themenbereichen das geringste Gesamtergebnis sowohl für Mitarbeiter als auch Patienten. Daher besteht vermutlich hier das zukünftig größte Verbesserungspotenzial.

2. Mitarbeiter und Patienten unterscheiden sich nicht in der subjektiven Wahrnehmung und Globalbewertung des Stationsklimas.

Die globale Klimabewertung erzielte im statistischen Vergleich beider Stichproben einen signifikanten Unterschied, sodass die Nullhypothese abgelegt wurde. Dieses Ergebnis war, in Anbetracht der bedeutsamen Abweichungen innerhalb der Subthemen, bereits zu erwarten. Im Gesamtkontext schätzten Patienten das Stationsklima besser ein als Mitarbeiter, was womöglich aus einer Vielzahl einwirkender Einflussfaktoren resultierte. Diese Annahme wurde in nachfolgenden Hypothesen mit ausgewählten strukturellen, prozessbezogenen und patientenbezogenen Variablen überprüft.

3. Die strukturellen stationsbezogenen Variablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

Eine Analyse auf Interaktion war allein für die Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten möglich.

Im stationsabhängigen Interaktionsterm zeigten sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen beiden Faktoren, sodass die Nullhypothese bestätigt wurde. Ein bedeutender Einfluss auf das unterschiedliche Klimaerleben von Mitarbeitern und Patienten konnte somit ausgeschlossen werden. Damit einhergehend bestärkt die homogene Verteilung charakterisierender Einflussvariablen im Stationsvergleich (vgl. Kapitel 4.1.2) dieses Ergebnis, was eine solche Tendenz bereits erwarten ließ.

Zusätzlich wurde die Klimabewertung von Patienten auf signifikant unterschiedliche Ergebnisse bei Normal- und Vollausslastung der Station überprüft. Dabei wurde das soziale Klima von Patienten annähernd ähnlich bewertet, sodass kein wesentlicher Unterschied festgestellt wurde. Entgegen der Erwartung der bisher publizierten Literatur empfanden Patienten das soziale Klima bei Kapazitätsüberschreitung tendenziell etwas besser. Dieser Trend zeichnete sich vor allem im Teilbereich Sicherheitserleben auf Station ab. Damit steht diese Beobachtung im Gegensatz zu den in der Literatur bisher beschriebenen negativen Korrelationen zwischen Klimabewertung und Überbelegung von Stationen (Schalast & Sieß, 2018), die einen negativen Zusammenhang vermuten ließen.

4. Die stationsbezogenen Prozessvariablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

Ein bedeutender Einfluss der Anzahl und Dauer fixierender Maßnahmen auf das individuelle Klimaerleben der Patienten wurde nicht erfasst. Allerdings könnte, aufgrund der geringen Fallzahl ($n = 13$), die Möglichkeit eines Beta-Fehlers bestehen. Daher sollte eine statistische Fehleinschätzung kritisch diskutiert werden.

Von der weitergehenden Analyse wurden die Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ausgeschlossen. Damit kann keine Aussage über relevante Effekte auf die subjektive Klimawahrnehmung von Patienten getroffen werden.

5. Die patientenbezogenen Variablen interagieren nicht mit der Bewertung des Stationsklimas hinsichtlich: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten, Sicherheitserleben auf Station und Globalbewertung von Mitarbeitern und Patienten.

In der Analyse patientenbezogener Variablen konnte für zwei Parameter eine bedeutsame Abweichung der individuellen Klimabewertung von Patienten festgestellt werden. Damit war es möglich, in diesen Fällen die Nullhypothese zu widerlegen.

Zum einen hatte das Patientenalter einen signifikanten Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung des Therapeutischen Halts und des globalen Stationsklimas. Zum anderen fielen im Vergleich der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten unterschiedliche Bewertungen des Gesamtklimas und des Therapeutischen Halts auf. Dabei nahmen freiwillig anwesende Patienten ein wesentlich besseres soziales Milieu wahr als zwangsuntergebrachte Patienten. Damit einhergehend konnten Schalast und Sieß (2018) ähnliche Ergebnisse für das Sicherheitserleben auf Station und den Zusammenhalt von Patienten beschreiben, die einen relevanten Effekt der Rechtsgrundlage auf das subjektive Klimaempfinden bestärken. Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse zwischen der gruppenabhängigen Klimawahrnehmung und der Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten sind der dritten Hypothese zu entnehmen, auf die entsprechend verwiesen wird.

5.1 Methodenkritik

Zur Beurteilung der Wertigkeit und Aussagekraft der statistischen Auswertung sind einige Limitationen der vorliegenden Studie zu berücksichtigen. Diese werden im Folgenden vorgestellt und sollten bei Betrachtung der Ergebnisse stets bedacht werden.

Fallzahl und Befragungszeitraum

Aufgrund einer sich schwierig gestaltenden Patientenrekrutierung innerhalb des Befragungszeitraums von November – Dezember 2018 musste eine zusätzliche Untersuchungsphase (Februar – März 2019) eingeplant werden. Außerdem konnte die planmäßige Stichprobenanzahl von 100 Patienten pro Station nicht erreicht werden, sodass eine korrigierte Stichprobengröße von 50 Patienten pro Station festgelegt wurde.

Diese Rekrutierungsschwierigkeiten hatten im Wesentlichen zwei Ursachen. Zum einen zeigte sich eine hohe Ablehnungsquote der stationären Patienten mit 29,1 %

auf Station J1 und 32,7 % auf Station J2. Zum anderen limitierten die Ausschlusskriterien die Anzahl potenzieller Studienteilnehmer.

Methodisch betrachtet hatten diese Veränderungen weitreichende Folgen.

Zum einen konnte die geplante Studie im Querschnittsdesign, aufgrund der getrennten Erfassungszeiträume, nur eingeschränkt fortgeführt werden. Per definitionem handelt es sich bei einer Querschnittsstudie um eine empirische Datenerhebung einer Stichprobe zu einem festgelegten Zeitpunkt. Damit eine Betrachtung der Einzelstichproben als Gesamtkohorte weiterhin möglich war, musste ein nachteilbehafteter Kompromiss eingegangen werden. Zugunsten des Querschnittsdesigns musste der Erhebungszeitpunkt aller erfassten Daten aus statistischen Auswertungen ausgeschlossen werden und eine zeitliche Ungenauigkeit toleriert werden. In der Folge zeigte sich vor allem für die Beantwortung der Sekundärfragestellung ein Problem. Aufgrund der zeitlichen Ungenauigkeit von zwei Monaten war es unmöglich festzustellen, welche erhobenen Einflussfaktoren tatsächlich bei Beantwortung des EssenCES-Fragebogens vorlagen. Im Zuge dessen mussten auch Einflussfaktoren in die statistische Zusammenhangsanalyse eingeschlossen werden, die zum Zeitpunkt der Befragung gar nicht vertreten waren.

Die einzige Alternative wäre gewesen, das Studienvorhaben nachträglich zu ändern und die Daten im Längsschnitt zu betrachten. Dadurch wäre zwar ein Vergleich der Stichproben hinsichtlich der jahreszeitlichen Trennung (Winter vs. Frühling) möglich gewesen, aber der primäre Endpunkt nicht weiter untersucht worden.

Zum anderen sank die statistische Power untersuchter Testverfahren aufgrund der geringeren Patientenfallzahl erheblich. Gegenläufig dazu erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, einen Beta-Fehler zu begehen, deutlich. Damit geht einher, die Nullhypothese fälschlicherweise beizubehalten und statistisch signifikante Unterschiede oder Interaktionen zu übersehen. Betrachtet man hierzu die rekrutierte Teilnehmeranzahl von Mitarbeitern ($n = 36$) und Patienten ($n = 112$), sollte ein Fehler zweiter Art vor allem für mitarbeiterbezogene Auswertungen bedacht werden.

Ein- und Ausschlusskriterien der Patientenstichprobe

Die Teilnahme der Patienten an der Studie wurde von Ein- und Ausschlusskriterien bestimmt, die ebenfalls zu Limitationen statistischer Ergebnisse führten.

Als Einschlusskriterium mussten Patienten mindestens einen Tag auf Station gewesen sein, um eine Einschätzung zum stationären Klima abgeben zu können. Bereits hier sollte kritisch abgewogen werden, ob ein psychisch Schwerkranker in der

Lage ist, innerhalb von 24 Stunden einen umfassenden Eindruck der Station zu erlangen, um adäquate Aussagen darüber treffen zu können.

Weiter fällt auf, dass die drei Teilbereiche des EssenCES-Fragebogens primär durch patienten- und mitarbeiterzentrierte Fragen eingeschätzt werden. Infolgedessen stellt sich die Frage, ob zur Beurteilung des Therapeutischen Halts bereits Mitarbeiter aller Berufsgruppen kennengelernt wurden, ob zur Beurteilung des Zusammenhalts der Patienten ein Einblick in die Patientengemeinschaft gewährleistet wurde und ob zur Beurteilung des Sicherheitserlebens auf Station binnen 24 Stunden ein Überblick über Aggressionsereignisse auf Station geschaffen wurde. Tatsächlich wurde im Rahmen dieser Studie nur bei einem Patienten das Stationsklima anhand des EssenCES-Fragebogens bereits am ersten Tag nach der stationären Aufnahme erhoben. Damit stellt diese Limitation keine wesentliche Rolle in der Interpretation der Daten dar.

Im Hinblick auf die Ausschlusskriterien wurden, aufgrund sprachlicher Barrieren, psychischer Problematik und Fremdgefährdungsgefahr 36 Patienten von der Studie ausgeschlossen. Betrachtet man in diesem Kontext den Fremdgefährdungsaspekt, ist von einer falsch negativen Verzerrung gewaltfokussierter Einflussfaktoren, wie Aggressionsereignisse oder Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme, auszugehen.

Angesichts der Diskrepanz zwischen der Ereignisanzahl von Aggressionsvorfällen aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (19 Fälle) und der rekrutierten Stichprobe (13 Fälle) wird eine Ungenauigkeit innerhalb der stationsbezogenen Prozessvariablen (Anzahl und Schwere von Aggressionsereignissen, Anzahl und Dauer von Fixierungen) bestätigt. Damit einhergehend zeigte der Schweregrad besonderer Vorkommnisse in der Patientenstichprobe eine Häufung leichter (46,2 %) und mittelgradiger (46,2 %) Ereignisse, während sich in der Grundgesamtheit eine Häufung mittelgradiger (31,6 %) und schwerer (68,4 %) Ausprägungsformen ergab.

Ebenfalls stellte die freiwillige Aufnahme der rekrutierten Patienten mit einem Anteil von 83,6 % auf Station J1 und 96,5 % auf Station J2 die häufigste Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme dar, was im Vergleich zur Grundgesamtheit mit einer deutlichen Häufung der Unterbringung nach PsychKG (54 Fälle) und der Unterbringung nach BGB (acht Fälle) eine Patientenstichprobe mit einem niedrigen Aggressionspotenzial vermuten lässt.

Als weiteres Ausschlusskriterium wurden sprachliche Verständnisprobleme definiert, die eine Klimaeinschätzung unmöglich machten (Station J1: zehn Fälle, Station J2:

zwölf Fälle). Infolgedessen konnten 22 fremdsprachige Patienten nicht an der Studie teilnehmen, sodass eine falsch negative Verzerrung der Patientenherkunft wahrscheinlich ist. Betrachtet man in diesem Kontext nicht nur den geringen nicht-europäischen Anteil der Studienteilnehmer (vgl. Abbildung 26 und Abbildung 27), sondern auch den transkulturellen Schwerpunkt der Station J2, erscheint die Erklärung naheliegend. Dieses Ausschlusskriterium hätte womöglich durch eine Bereitstellung des EssenCES-Fragebogens in der entsprechenden Muttersprache zum Teil umgangen werden können. Unter Einbezug fremdsprachiger Patienten durch mehrsprachige Fragebögen könnte zukünftig ein Ausschlusskriterium umgangen werden und ebenfalls der kulturelle Einfluss berücksichtigt werden.

Datenerhebung potenzieller Einflussfaktoren

Die Datenerhebung potenzieller Einflussfaktoren konnte zum Teil nur unzureichend durchgeführt werden, was eine verzerrte Auswertung der Sekundärfragestellung nahelegt. Diese Problematik ist im Wesentlichen auf drei Hauptpunkte zurückzuführen.

1. Eine unzureichende Dokumentation zeigte sich vor allem im Bereich der stationsbezogenen Prozessvariablen, die im Folgenden veranschaulicht wird. Durch zwei unabhängige Dokumentationssysteme (SOAS-R und Fixierungsstatistik) wurden Daten zur Anzahl durchgeführter Fixierungen erhoben. Während im SOAS-R-Bogen keine Fixierung auf Station J1 und zwei Fixierungen auf Station J2 aufgezeichnet wurden, konnte durch die Fixierungsstatistik eine durchschnittliche Anzahl von $2,00 \pm 2,36$ Fixierungen auf Station J1 und eine durchschnittliche Anzahl von $1,33 \pm 1,53$ Fixierungen auf Station J2 festgestellt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse sind zwei Erklärungen denkbar. Einerseits sollte eine lückenhafte Dokumentation des SOAS-R-Bogens in Erwägung gezogen werden, die falsch negative Ergebnisse in statistischen Rechenoperationen zur Folge hätten. Damit sind stationsbezogene Prozessdaten möglicherweise nicht nur durch Ausschlusskriterien, sondern auch durch fehlerhafte Dokumentation verfälscht. Andererseits wäre es möglich, dass Patienten, die ein längeres agitiertes Verhalten aufzeigen, Aggressionsvorfälle herbeiführen, ohne jedoch freiheitsentziehende Interventionsmaßnahmen zu benötigen. Folglich wäre die Dokumentation auf den SOAS-R-Bogen beschränkt. Sollte sich jedoch im weiteren Verlauf zusätzlich eine Eskalation anbahnen, wären Zwangsmaßnahmen nötig, die durch die Fixierungsstatistik (ohne Korrektur des SOAS-R-Bogens) dokumentiert würden. Dies sollte als

wahrscheinlichere Erklärung für die quantitative Diskrepanz zwischen der Fixierungsstatistik und dem SOAS-R-Bogen in Betracht gezogen werden.

Ebenso zeigte das KIS einen unzureichenden patientenbezogenen Datensatz für die Patientenherkunft mit insgesamt 26 (23,2 %) Fällen sowie für die Weiterbehandlung mit insgesamt 29 (25,9 %) Fällen als *missing values*. Damit sind prozessbezogene und patientenbezogene Daten möglicherweise nicht nur durch Ausschlusskriterien, sondern auch durch fehlerhafte Aufzeichnungen verzerrt. Aufgrund dieser Häufung erscheint eine kritische Hinterfragung mehrerer Einflussfaktoren sinnvoll.

2. Eine unzureichende Fallzahl erreichten, neben der Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ($n = 13$), auch die Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und die Berufserfahrung von Mitarbeitern ($n = 27$). Während die möglichen Ursachen der geringen Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse bereits im vorherigen Absatz beschrieben wurden, ist die Datenerhebung für die mitarbeiterbezogenen Variablen der ursächliche Grund. Beide wurden in freiwilliger Form von Mitarbeitern während der anonymen Befragung angegeben. Damit konnte bereits hier, aufgrund der geringen Anzahl rekrutierter Mitarbeiter, von einer maximalen Angabe aller 36 Teilnehmer ausgegangen werden. Dies entsprach dem Antwortverhalten für die Stations- und Berufsgruppenzugehörigkeit. Dagegen wurde eine geringe Beteiligung (Station J2: sieben Teilnehmer) für die psychiatrische Berufserfahrung festgestellt. Eine spätere Nacherhebung war allerdings aufgrund der anonymen Durchführung nicht möglich. Folglich sollte die Gefahr des Beta-Fehlers in statistischen Auswertungen in Erwägung gezogen werden.

3. Nahezu alle potenziellen Einflussvariablen konnten ausschließlich für Mitarbeiter oder Patienten erhoben werden, sodass die spätere Zusammenhangsanalyse mit der jeweils anderen Stichprobengruppe nicht möglich war. Allein die Stationszugehörigkeit stellte eine Ausnahme dar, die für beide Stichprobengruppen erfasst und auf Interaktion überprüft werden konnte. Damit mussten für alle anderen Variablen alternative Vorgehensweisen zur Beantwortung der Sekundärfragestellung gefunden werden.

Zum einen erfolgte, aufgrund der geringen Fallzahl, eine rein deskriptive Statistik für die strukturell stationsbezogenen Variablen Berufsgruppenzugehörigkeit und psychiatrische Berufserfahrung der Mitarbeiter sowie für die stationsbezogenen Prozessvariablen Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse. Zum anderen wurde die Wirkung der patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von

Fixierungen und der Überbelegung auf Station auf die subjektive Klimawahrnehmung der Patienten überprüft.

Somit stellt sich die Frage, ob eine ausreichende Analyse der Sekundärfragestellung gewährleistet werden konnte. Daher sollte zukünftig nicht nur eine erneute Untersuchung beider Stichproben in Erwägung gezogen werden, sondern auch eine optimierte Datenerfassung potenzieller Einflussfaktoren überdacht werden. Damit wäre es möglich, weitere objektive Rahmenbedingungen in Zusammenhangsanalysen einzubeziehen, die womöglich signifikanten Einfluss auf die unterschiedliche Klimabewertung von Mitarbeitern und Patienten haben.

Alternativ hätte zum einen eine nachträgliche Zuordnung der patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von Fixierungen sowie der Überbelegung auf Station für die Mitarbeiterstichprobe anhand des Datums der anonymen Mitarbeiterbefragung erfolgen können. Allerdings wurde der Zeitpunkt der Klimaeinschätzung von Mitarbeitern nicht erfasst, sodass eine zeitliche Rekonstruktion nicht möglich war. Zum anderen hätten kumulierte Durchschnittswerte der jeweiligen Einflussvariablen pro Station gebildet und den Mitarbeitern nachträglich zugeordnet werden können. Jedoch wurde von einer kategorialen Einordnung pro Station abgesehen, da sich die Werte im Stationsvergleich unwesentlich voneinander unterschieden. Daneben sollte bedacht werden, dass zusammengefasste Mittelwerte keine wirklichkeitsgetreue Abbildung der Daten ermöglicht hätten, da ein Informationsverlust aufgrund fehlender Einzelwerte entstanden wäre. Dies hätte eine eingeschränkte Aussagekraft der statistischen Ergebnisse zur Folge gehabt.

Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES)

Der EssenCES-Fragebogen, der zur Erfassung des Stationsklimas eingesetzt wurde, hebt sich durch seine geringe Anzahl an Themenbereichen von anderen Messverfahren ab. Vergleicht man seine zentralen Themen mit denen anderer etablierter Messinstrumente, wie die WAS (Moos & Houts, 1968) bzw. der SBB (Brickenkamp et al., 2002, S. 1064 – 1066; Schalast & Redies, 2005, S. 46 – 47), der SEB (Geue et al., 2016, S. 503; Schauenburg & Sammet, 1999, S. 476 – 483) oder der Arbeitsbeschreibungsbogen (Neuberger & Allerbeck, 1978) wird deutlich, dass der EssenCES-Fragebogen als validierte Kurzversion relevante Themenkomplexe wählt, welche das stationäre Klima präzise und verständlich charakterisieren. Damit wird gewährleistet, dass möglichst viele Patienten eine Stationsbeurteilung durchführen können.

Befragung von Mitarbeitern und Patienten

Die Durchführung der Befragung von Mitarbeitern und Patienten unterschieden sich grundlegend voneinander.

Zum einen erfolgte die Klimaerfassung durch Mitarbeiter in anonymer Form, bei der auf freiwilliger Basis weitere strukturelle stationsbezogene Variablen erfasst wurden.

Zum anderen wurden Patienten persönlich um die Teilnahme an der Studie gebeten. Dabei könnten unzufriedene Patienten eher zur Ablehnung der Teilnahme tendiert haben, was die recht positiven Bewertungen der Teilbereiche Therapeutischer Halt und Zusammenhalt der Patienten erklären würden.

Außerdem hatten Patienten, trotz geringer Item-Anzahl, Schwierigkeiten, sich ausreichend lange zu konzentrieren, sodass einerseits der planmäßige Zeitrahmen von 5 – 10 Minuten deutlich überschritten wurde und andererseits eine gewissenhafte Beantwortung der Fragen kaum möglich erschien. Mögliche Ursache könnte die relative Häufung des mäßigen (Station J1: 21,8 %, Station J2: 29,8 %), deutlichen (Station J1: 47,3 %, Station J2: 36,8 %) und schweren (Station J1: 25,5 %, Station J2: 14,0 %) Ausprägungsgrads psychiatrischer Erkrankung gewesen sein.

Wie bereits zuvor angedeutet, stellen Patienten und Mitarbeiter den zentralen Schwerpunkt der Klimaeinschätzung durch den EssenCES-Fragebogen dar. Dabei fällt auf, dass das Subthema Therapeutischer Halt durch fünf mitarbeiterzentrierte Items beschrieben wird, während der Zusammenhalt von Patienten und teilweise das Sicherheitserleben auf Station durch patientenzentrierte Fragen vertreten werden. Angesichts der signifikant unterschiedlichen Einschätzungen der Teilbereiche sollte eine tendenziell bessere Bewertung der eigenen Gruppenzugehörigkeit (Mitarbeiter vs. Patienten) in Erwägung gezogen werden. Bestärkt wird diese Theorie durch Schalast und Redies (2005, S. 8), die bereits in der Entwicklung des Fragebogens ein solches Phänomen im Teilbereich Therapeutischer Halt beobachteten. Allerdings zeigte sich häufig in Einzelauswertungen eine große Spanne der erfassten Punktewerte, was eher gegen eine Bewertung im Sinne eines sozialen Kollektivgefühls spricht.

Eingeschränkte Interpretation erhobener Einflussvariablen

Betrachtet man die Vorgehensweise der Datengenerierung, fällt auf, dass der Gesamtkontext zur Erhebung des Stationsklimas vermutlich ein anderer gewesen ist als der zur Erfassung potenzieller Einflussvariablen. Während die subjektive Klimaeinschätzung unter gedanklichem Einschluss aller stationären Patienten erfolgte, wurden für die Patientencharakteristik und die weiterführende Analyse ausschließlich

Daten der rekrutierten Patientenstichprobe einbezogen. Damit blieben relevante Daten von ausgeschlossenen fremdaggressiven und schwer kranken Patienten unberücksichtigt, die möglicherweise einen prägenden Einfluss auf das Stationsklima hatten.

Aufgrund dessen wurden ausgewählte Einflussvariablen aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten aggregiert, um das vorliegende Stationsklima anhand der Grundgesamtheit charakterisieren zu können (vgl. Kapitel 4.1.1).

Während des gesamten Befragungszeitraums konnte auf beiden Stationen keine Überbelegung auf Station (MW = 26,98 Betten) festgestellt werden. Damit ergibt sich eine deutliche Diskrepanz im Vergleich zur rekrutierten Stichprobe, bei der eine Überbelegung in 82,1% der Fälle vorlag. Infolgedessen sollte das nahezu signifikante Ergebnis der rekrutierten Patientenstichprobe, ein tendenziell besseres Sicherheitsgefühl bei Kapazitätsüberschreitung als bei Normalbelegung auf Station zu haben, kritisch betrachtet werden.

Ebenfalls zeigten sich im Vergleich zur rekrutierten Patientenstichprobe weniger kooperative Patienten mit häufigerem Unterbringungsbeschluss nach PsychKG (54 Fälle) und BGB (acht Fälle). Zudem fiel die Grundgesamtheit durch eine höhere Anzahl von Aggressionseignissen mit insgesamt 19 Vorfällen auf, welche mit einer deutlichen Zunahme schwerer Ausprägungsformen (68,4 %) einherging. Wie bereits im Rahmen der Diskussion der Ein- und Ausschlusskriterien erläutert, ist aufgrund der Ausschlusskriterien von einer falsch negativen Verzerrung gewaltfokussierter Einflussvariablen (Anzahl und Schwere von Aggressionseignissen, Anzahl und Dauer von Fixierungen, Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme) auszugehen. Es erscheint naheliegend, dass insbesondere diejenigen Einflussvariablen verzerrt sein könnten, welche vor allem durch ausgeschlossene Patienten repräsentiert sind. Infolgedessen wird die Annahme bestärkt, dass bedeutsame Einflüsse unbeachtet blieben, sodass ein möglicherweise verzerrtes Abbild des sozialen Klimas geschaffen wurde. Damit ist die Interpretation aller im Zusammenhang mit den erhobenen Daten stehenden Analysen kritisch anzusehen und eine eingeschränkte Aussagekraft statistischer Ergebnisse zu erwarten. Um zukünftig eine ganzheitliche Betrachtung des Stationsklimas zu gewährleisten, sollte ein möglichst großer Einschluss aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten ermöglicht werden.

Im Rahmen der Datenerhebung aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten zeigten sich jedoch relevante statistische Einschränkungen, welche eine Limitation der deskriptiven und weiterführenden Statistik zur Folge hatten.

Der wesentliche Grund bestand darin, dass von den nicht befragten Patienten keine mündliche und schriftliche Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung patientenbezogener Einzeldaten zu erhalten war. Daher konnte die Datengenerierung ausschließlich auf Grundlage aggregierter Datensätze erfolgen, die aus dem Controlling zur Verfügung standen. Infolgedessen wurden diese Daten aus zusammengefassten Mittelwerten ohne Standardabweichungen sowie kumulierten Fallzahlen ohne relative Häufigkeiten gebildet.

Die Ermittlung der Gesamtanzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten war aufgrund der fehlenden patientenbezogenen Einzeldaten nicht möglich. Alternativ wurde eine mathematisch valide Berechnungsformel angewandt, mit der eine Abschätzung der Grundgesamtheit erfolgen konnte. Unter Einbezug der durchschnittlichen Bettenbelegung, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und des Befragungszeitraums ergab sich ein Schätzwert von 213 anwesenden stationären Patienten. Dabei handelt es sich allerdings um einen Näherungswert, der Abweichungen zur tatsächlichen Anzahl aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten aufweisen könnte. Hauptsächlich Grund einer möglichen Unstimmigkeit wäre eine mangelnde Datenqualität aufgrund fehlender Belegungsdauer bei einigen Patienten, Dokumentationslücken durch verspätete Aktualisierungen oder getrimmte Mittelwerte. Vergleicht man jedoch vor diesem Hintergrund den errechneten Schätzwert mit der Anzahl der handschriftlich notierten Grundgesamtheit (214 Patienten), fällt ein nahezu identisches Ergebnis mit einer Schätzer-Ungenauigkeit von einem Patienten auf. Dies legt nahe, dass mögliche Abweichungen als eher unwahrscheinlich anzusehen sind.

Die deskriptive Darstellung der Grundgesamtheit konnte aufgrund der fehlenden Angaben zur Standardabweichung und zur relativen Häufigkeit nur eingeschränkt durchgeführt werden. Damit geht ein Informationsverlust der quantitativen und qualitativen Merkmale einher, der vermutlich zu einer verzerrten Darstellung des Stationsklimas geführt hat. Daher sollte kritisch abgewogen werden, ob das soziale Milieu trotz der reduzierten Datensätze wirklichkeitsgetreu abgebildet werden konnte.

Daneben sollte bedacht werden, dass die Datenerhebung ausgewählter Einflussvariablen zum Ziel hatte, das Stationsklima auf Grundlage aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten zu charakterisieren. Für zwei Variablen war es jedoch nicht möglich, mit Hilfe der aggregierten Datensätze alle Teilaspekte dieser Variablen zu rekonstruieren, sodass es zur Limitation der deskriptiven Darstellung der Grundgesamtheit kam. Zum einen war ein Rückschluss auf Patienten ohne besondere Vorkommnisse nicht möglich, sodass keine Aussage über die Verteilungshäufigkeiten von Aggressionsvorfällen getroffen werden konnte. Zum anderen blieb die Anzahl freiwilliger Stationsaufnahmen in den aggregierten Datensätzen unberücksichtigt, sodass die vermutlich höhere Anzahl an Unterbringungsbeschlüssen in der Grundgesamtheit nicht ins Verhältnis zur freiwilligen Aufnahme von Patienten gesetzt werden konnte.

Im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung wurde zudem von einer Durchführung methodischer Rechenoperationen zum Vergleich der jeweiligen Stationen sowie der rekrutierten Patientenstichprobe und der Grundgesamtheit abgesehen. Zwar hätte durch statistische Testverfahren eine zusätzliche Aussage über signifikant höhere oder niedrigere Werte getroffen werden können, jedoch nur unter Einschränkung der statistischen Aussagekraft. Ursächlichen Grund hierfür stellen im Wesentlichen zusammengefasste Mittelwerte dar, die aufgrund fehlender Standardabweichungen einen Informationsverlust der unterschiedlichen Einzelwerte zur Folge hatten. Deshalb hätten sich möglicherweise in der alleinigen statistischen Analyse der Mittelwerte keine Signifikanzen ergeben, obwohl unter Einbezug der Einzelwerte und folglich der Standardabweichungen ein signifikanter Unterschied bestanden hätte. Damit blieb es bei einer reinen Deskription der Daten, ohne eine Aussage über relevante Abweichungen zwischen beiden Stationen sowie der Grundgesamtheit und der rekrutierten Patientenstichprobe treffen zu können. Um zukünftig eine statistisch fundierte Auswertung durchführen zu können, sollte daher eine ganzheitliche Betrachtung mit Integration aller Einzelwerte berücksichtigt werden.

Des Weiteren konnte keine erweiterte Analyse der Sekundärfragestellung mit Hilfe der Daten aller während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten durchgeführt werden. Unter Berücksichtigung der Grundgesamtheit wurden zwar ausgewählte Einflussvariablen erfasst, jedoch keine subjektive Beurteilung des Stationsklimas ermittelt. Damit hätte eine Interaktionsanalyse zwischen dem subjektiven Stationsklimaempfinden der rekrutierten Stichprobe und den potenziellen Einflussvariablen aller während des Befragungszeitraums

anwesenden stationären Patienten stattgefunden. In der Folge wären zwei unterschiedlich definierte Gruppen in Zusammenhang gebracht worden, die zu einer verzerrten Auswertung der Sekundärfragestellung geführt hätten. Der wesentliche Grund hierfür wäre der Ausschluss des subjektiven Stationsklimaempfindens von fremdaggressiven und schwer kranken Patienten gewesen, der möglicherweise das Abbild des sozialen Milieus bedeutsam verändert hätte. Um zukünftig statistischen Limitationen entgegenwirken zu können, sollten daher sowohl zur Erhebung des Stationsklimas als auch zur Erfassung potenzieller Einflussvariablen möglichst alle während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten eingeschlossen werden.

Statistische Auswertung

Zur Verminderung statistischer Fehleinschätzungen wurden im Nachhinein drei Modifikationen der methodischen Auswertung vorgenommen.

1. Angesichts der geringen Fallzahl der strukturell stationsbezogenen Variablen Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und psychiatrische Berufserfahrung ($n = 27$) der Mitarbeiter sowie der stationsbezogenen Prozessvariablen SOAS-R-Anzahl und -Schwere ($n = 13$) wurde, aufgrund des erhöhten Risikos eines Beta-Fehlers in statistischen Auswertungen, von einer Zusammenhangsanalyse abgesehen. In diesen Fällen erfolgte eine rein deskriptive Statistik der Daten. Dabei kam der Mann-Whitney-U-Test zur Anwendung, da weder eine ausreichende Stichprobengröße noch eine Normalverteilung der Variablen vorlag. Mit dieser Entscheidung fielen nicht nur die Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse, sondern auch alle mitarbeiterbezogenen Umgebungsbedingungen zur weiteren Überprüfung auf Interaktion weg. Infolgedessen war keinerlei Aussage über deren Einflusspotenzial auf die subjektive Klimawahrnehmung von Mitarbeitern und Patienten möglich, die eventuell langfristig zur Optimierung des Stationsklimas und der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit beigetragen hätten. Dennoch sollte, aufgrund der bereits in der Literaturdiskussion erwähnten besonderen Bedeutung therapeutischer und personeller Rahmenbedingungen (vgl. Kapitel 2) in Bezug auf das soziale Milieu, eine weitere Untersuchung auf Interaktion in Erwägung gezogen werden.

2. Um eine größere Gruppenzahl zu erlangen, wurden kategoriale Variablen sinnvoll zusammengefasst (vgl. Kapitel 3.6.6.2). Im Falle der erfassten Patientenherkunft erfolgte eine Unterteilung in eine deutsche und eine andere Gruppenzugehörigkeit. Während sich letztere aus asiatischer, amerikanischer und afrikanischer Herkunft zusammensetzte, wurde die deutsche Gruppenzugehörigkeit ausschließlich durch

die europäische Herkunft repräsentiert. Infolge der Annahme, die europäische und deutsche Kohorte entsprechen einander, könnte es zur falsch positiven Verzerrung der deutschen Patientengruppe gekommen sein.

3. Um zur Beantwortung der Sekundärfragestellung kein multiples Testverfahren mit Bonferroni-Korrektur des Signifikanzniveaus vornehmen zu müssen, wurde eine Varianzanalyse angewandt. Vorteil der multivariaten Testung ist, dass keine Adjustierung des α -Niveaus notwendig ist und somit die Wahrscheinlichkeit steigt, eine statistisch signifikante Aussage zu erhalten. Daneben stellt die Varianzanalyse, im Vergleich zum t-Test, ein robusteres Verfahren dar, bei dem statistische Berechnungen trotz Voraussetzungsverletzungen durchführbar sind (Field, 2018). Somit ist davon auszugehen, dass fehlende Anwendungsvoraussetzungen keinen maßgeblichen Einfluss auf die so erzielten Ergebnisse haben.

Studientyp

Wie in der Einleitung beschrieben, ist das Stationsklima von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren geprägt, wobei in dieser statistischen Studie der Schwerpunkt auf umweltpsychologische Umgebungsbedingungen gelegt wurde. Damit die diskutierte Fragestellung der Interaktionsrelevanz verschiedener Faktoren auf das Stationsklima in Gänze erklärbar wird und langfristig ein gutes soziales Klima mit hoher Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit geschaffen werden kann, bedarf es einer Reihe weiterer Untersuchungen mit multiperspektivischem Fokus.

Dabei ist zu bedenken, dass aufgrund des gewählten Studientyps zwar auf korrelative Zusammenhänge zwischen objektiven Rahmenbedingungen und Stationsklima verwiesen werden kann, jedoch eine kausale Erklärung nahezu unmöglich ist. Um letzteres zu erreichen, müsste eine prospektive interventionelle Studie durchgeführt werden, bei der potenzielle Einflussvariablen systematisch verändert würden. Da aber, aufgrund ethisch-moralischer Unzumutbarkeit, eine solche experimentelle Untersuchung kaum umzusetzen ist, verbleibt eine Analyse auf Basis von Beobachtungsstudien. Aufgrund dessen sollten Stationsklimaunterschiede (Primärfragestellung) und Zusammenhangsanalysen (Sekundärfragestellung) möglichst ohne kausale Schlussfolgerungen betrachtet werden.

5.2 Schlussfolgerung

Die Erfassung des Stationsklimas gewährt einen Einblick in das aktuelle Stationserleben von Mitarbeitern und Patienten. Dabei konnte speziell der gruppen-

spezifische Eindruck von Bereichen wie Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station untersucht werden.

Interessanterweise konnte, trotz objektiv identischen Stationsklimas, in allen drei Kategorien eine signifikant unterschiedliche Wahrnehmung beider Stichproben festgestellt werden. Während Mitarbeiter den Themenbereich Therapeutischer Halt signifikant besser wahrnahmen, schätzten Patienten den Zusammenhalt der Patienten und das Sicherheitserleben auf Station bedeutend besser ein. Infolgedessen liegt die Vermutung nahe, dass unabhängige Rahmenbedingungen maßgeblichen Einfluss auf das individuelle Erleben von Mitarbeitern und Patienten haben.

Daneben fällt auf, dass die mitarbeiterzentrierten Items des Subthemas Therapeutischer Halt signifikant besser von Mitarbeitern beurteilt wurden, während die patientenzentrierten Aussagen der anderen beiden Themenbereiche bedeutend besser von Patienten aufgefasst wurden. Dies könnte darin begründet sein, dass das Kollektivbewusstsein und die Eigenidentifikation maßgeblichen Einfluss auf die Eigenbewertung haben.

Darüber hinaus stellte das Sicherheitserleben auf Station den subjektiv am schwächsten wahrgenommenen Themenbereich dar. Mit einem mäßigen bis mittel-mäßigen Sicherheitsempfinden von Mitarbeitern und Patienten besteht vermutlich hier das größte Potenzial zukünftiger Verbesserungen.

Gleichzeitig fiel in diesem Themenbereich eine erhebliche Punktedifferenz zwischen geringer Mitarbeiter- und mäßiger Patientenbewertung auf, die vor allem Hinweise auf ein unbeständiges Sicherheitsgefühl von Mitarbeitern geben. Dies bestärkt nicht nur die Notwendigkeit, Veränderungen vorzunehmen, sondern auch den Sicherheitsaspekt psychiatrischer Stationen kritisch zu hinterfragen.

Im Vergleich dazu wurden sowohl der Therapeutische Halt als auch der Zusammenhalt der Patienten recht positiv bewertet.

Darauf aufbauend konnte ausschließlich für die Stationszugehörigkeit ein signifikanter Einfluss auf die unterschiedliche Klimateinschätzung von Mitarbeitern und Patienten überprüft und ausgeschlossen werden. Für alle anderen strukturellen, prozessbezogenen und patientenbezogenen Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen war dagegen eine Analyse auf Interaktion nicht möglich, sodass es zukünftig weiterer Untersuchungen bedarf.

Daher wurde zusätzlich das Einflusspotenzial aller patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von Fixierungen und der Überbelegung auf Station auf das

subjektive Klimaempfinden der rekrutierten Patienten überprüft. Ein wesentlicher Effekt konnte für das Patientenalter ermittelt werden, welches relevante Auswirkungen auf die individuelle Einschätzung des Therapeutischen Halts und des Gesamterlebens auf Station hatte. Daneben konnte für die Rechtsgrundlage bei stationärer Aufnahme ein bedeutender Unterschied festgestellt werden. Dabei ergab sich für das globale Stationsklima und den Therapeutischen Halt ein signifikantes Ergebnis, wobei Patienten mit freiwilliger Aufnahme das soziale Milieu wesentlich besser wahrnahmen als Patienten mit Unterbringungsbeschluss. In Abhängigkeit aller anderen Variablen variierte das subjektive Klimaerleben unwesentlich, sodass sich keine statistische Signifikanz ergab. Allerdings sollte bedacht werden, dass die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt sein könnte, da die potenziellen Einflussvariablen ausschließlich für die rekrutierte Patientenstichprobe erhoben und in die statistische Analyse einbezogen wurden. Damit wurden relevante Daten von fremdgefährdenden und schwer kranken Patienten ausgeschlossen, die möglicherweise relevanten Einfluss auf das Stationsklima gehabt hätten.

Aufgrund der geringen Fallzahl blieb es bei einer rein deskriptiven Statistik für die strukturell stationsbezogenen Variablen Berufsgruppenzugehörigkeit ($n = 36$) und psychiatrische Berufserfahrung ($n = 27$) der Mitarbeiter sowie die stationsbezogenen Prozessvariablen Anzahl und Schwere besonderer Vorkommnisse ($n = 13$). Damit sind keinerlei statistische Aussagen über ihr Einflusspotenzial auf das soziale Klima möglich, was eine nähere Betrachtung in Zukunft notwendig macht.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass der primäre Fokus der statistischen Studie auf der subjektiven Klimawahrnehmung von Mitarbeitern und Patienten lag und sekundär Einflussfaktoren herausgearbeitet wurden. Dagegen wurde keine Optimierung des Stationsklimas durch Modifikation dieser Variablen untersucht. Um darüber eine Aussage treffen zu können, bedarf es weiterer Untersuchungen.

6 Zusammenfassung

Akutpsychiatrische Stationen und ihre speziellen Umgebungsstrukturen stehen dauerhaft im ethisch-moralischen Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht sowie zwischen ordnungspolitischen Funktionen und patientenzentrierten Therapieformen. Eine besondere Bedeutung kommt den umgebenden Rahmenbedingungen, die ständigen Einfluss auf das Erleben und Verhalten von Individuen und interpersonellen Handlungen nehmen, im Hinblick auf das Stationsklima zu.

Vor diesem Kontext untersuchte die vorliegende Studie das subjektive Erleben des Stationsklimas von Mitarbeitern und Patienten sowie die Relevanz potenzieller Einflussfaktoren psychiatrischer Stationen. Kurzfristiges Ziel der Studie war es, relevante Faktoren auszumachen, die langfristig im Rahmen einer Modifikation zur Optimierung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen. Zu diesem Zweck wurde eine monozentrische Querschnittsstudie auf zwei akutpsychiatrischen Aufnahmestationen der Rheinessen-Fachklinik Alzey durchgeführt. Zur Erfassung der subjektiven Stationsklimawahrnehmung wurde der EssenCES-Fragebogen als etabliertes und validiertes Messverfahren eingesetzt. Dieser beschreibt das Stationsklima durch drei Subthemen: Therapeutischer Halt, Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station. Damit war es möglich, eine Vergleichbarkeit der individuellen Wahrnehmung von Mitarbeitern und Patienten zu schaffen. Zusätzlich wurden als potenzielle Einflussfaktoren ausgewählte strukturelle, prozessbezogene und patientenbezogene Umweltfaktoren erhoben. Insgesamt konnten im Befragungszeitraum von zwei Monaten (November 2018 – Dezember 2018, Februar 2019 – März 2019) 48 Mitarbeiter und 112 Patienten rekrutiert werden. Ausgeschlossen wurden 36 Patienten, die aufgrund sprachlicher Barrieren, psychischer Problematik oder Fremdgefährdungsgefahr nicht in der Lage waren, an der Befragung teilzunehmen. Zudem lehnten 66 Patienten eine Studienteilnahme ab. Der Stationsklimavergleich von Mitarbeitern und Patienten zeigte in allen Teilbereichen und der Globalbewertung des EssenCES-Fragebogens signifikante Unterschiede. Während Beschäftigte die mitarbeiterzentrierten Aussagen zum Subthema Therapeutischer Halt deutlich besser einschätzten, nahmen sie die patientenzentrierten Themenbereiche Zusammenhalt der Patienten und Sicherheitserleben auf Station als wesentlich geringer wahr. Insgesamt erreichten Therapeutischer Halt und Zusammenhalt der Patienten eine recht positive Bewertung. Den subjektiv am

schwächsten eingeschätzten Bereich stellte das Sicherheitserleben auf Station dar. Mit einem mäßigen bis mittelmäßigen Sicherheitsempfinden der Mitarbeiter und Patienten besteht vermutlich hier das größte Potenzial zukünftiger Verbesserungen. Gleichzeitig sollte das geringe Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter Anlass zur kritischen Hinterfragung der Sicherheitsfunktion psychiatrischer Stationen geben.

In der weiterführenden Analyse wurde der Einfluss aller patientenbezogenen Variablen, der Anzahl und Dauer von Fixierungen und der Überbelegung auf Station auf das subjektive Klimaempfinden der Patienten überprüft. Für das Patientenalter und die Rechtsgrundlage wurde ein signifikanter Effekt auf die individuelle Wahrnehmung des Therapeutischen Halts und des globales Stationsklimas von Patienten ermittelt. Dabei schätzten Patienten mit Behandlung auf freiwilliger Grundlage das soziale Milieu wesentlich besser ein als Patienten mit Unterbringungsbeschluss. Im Hinblick auf die Überbelegung auf Station ist erwähnenswert, dass sich wider Erwarten ein – allerdings statistisch nicht signifikantes – besseres Klimaerleben bei Kapazitätsüberschreitung im Vergleich zur Normalbelegung abzeichnete.

Um die Bedeutung der hier explorativ erhobenen Einflussfaktoren für das Stationsklima bewerten zu können, sind weitere interventionelle Studien erforderlich, in denen die Einflussfaktoren systematisch modifiziert werden und die Änderung des Stationsklimas in Verlaufsuntersuchungen erhoben wird. Trotz aller Limitationen können die Daten dieser Erhebung des Stationsklimas aus Patienten- und Mitarbeitersicht als Basisuntersuchung für weitere Erhebungen genutzt werden. Diese Untersuchung hat einige Machbarkeitsfragen aufgeworfen wie die Problematik der anonymisierten Erhebung der Mitarbeiterdaten und die fehlenden Daten der nicht einwilligungsfähigen Patienten. Für diese Themen sollte bei der Planung künftiger Untersuchungen soweit möglich Lösungen gefunden werden, z. B. durch Zustimmung der Mitarbeiter und des Personalrates zu einer pseudonymisierten Befragung, durch mehrsprachige Befragungsbögen und durch eine genauere Definition des Befragungszeitpunkts.

7 Literaturverzeichnis

- ABDERHALDEN, C., NEEDHAM, I., DASSEN, T., HALFENS, R., HAUG, H.-J. & FISCHER, J. E. 2008. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193, 44 – 50.
- ALEXANDER, J. 2006. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 543 – 553.
- ARMGART, C., SCHAUB, M., HOFFMANN, K., ILLES, F., EMONS, B., JENDREYSCHAK, J., SCHRAMM, A., RICHTER, S., LESSMANN, J. J., JUCKEL, G. & HAUSSLEITER, I. S. 2013. Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatr Prax*, 40, 278 – 284.
- ART. 1 ABS. 1 GG 1949a. (*Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*) [Internet], letzte Änderung 15.11.2019 [zitiert am 02.07.2020], URL: <https://www.bundestag.de/gg>.
- ART. 2 ABS. 1 – 2 GG 1949b. (*Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*) [Internet], letzte Änderung 15.11.2019 [zitiert am 02.07.2020], URL: <https://www.bundestag.de/gg>.
- BAK, J., ZOFFMANN, V., SESTOFT, D. M., ALMVIK, R. & BRANDT-CHRISTENSEN, M. 2014. Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspect Psychiatr Care*, 50, 155 – 166.
- BLAESI, S., GAIRING, S. K., WALTER, M., LANG, U. E. & HUBER, C. G. 2015. Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax*, 42, 76 – 81.
- BRICKENKAMP, R., BRÄHLER, E., HOLLING, H., LEUTNER, D. & PETERMANN, F. 2002. *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests 2*, Göttingen u. a., Hogrefe Verlag für Psychologie.
- BRILL, H. & PATTON, R. E. 1962. Clinical-statistical analysis of population changes in New York State mental hospitals since introduction of psychotropic drugs. *Am J Psychiatry*, 119, 20 – 35.
- BÜHRING, P. 2001. Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg stecken geblieben. *Deutsches Ärzteblatt*, 310, A301 – A307.
- BUNDESGERICHTSHOF 2012. *Beschluss des XII. Zivilsenats - XII ZB 99/12 -* [Internet], 20.06.2012 [zitiert am 04.07.2020], URL: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60970&pos=0&anz=1>.

- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 7/1124: UNTERRICHTUNG DURCH DIE BUNDESREGIERUNG DER 7. WAHLPERIODE 1973. *Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hier: Zwischenbericht der Sachverständigenkommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* [Internet], 19.10.1973 [zitiert am 12.07.2020], URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/011/0701124.pdf>.
- BUNDESTAGSDRUCKSACHE 7/4200: UNTERRICHTUNG DURCH DIE BUNDESREGIERUNG DER 7. WAHLPERIODE 1975. *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* – [Internet], 09.1975 [zitiert am 12.07.2020], URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/80a99fbacaed5e58ef5c0733bdf8af78f8017e3c/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf.
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2011a. *Beschluss des Zweiten Senats - 2 BvR 882/09, Rn. 1-83* - [Internet], 23.03.2011 [zitiert am 04.07.2020], URL: http://www.bverfg.de/e/rs20110323_2bvr088209.html, (Rn= Randnummer, BvR= Aktenzeichen einer Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht).
- BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2011b. *Beschluss des Zweiten Senats - 2 BvR 633/11 -, Rn. 1-47* [Internet], 20.10.2011 [zitiert am 04.07.2020], URL: http://www.bverfg.de/e/rs20111012_2bvr063311.html, (Rn= Randnummer, BvR= Aktenzeichen einer Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht).
- COHEN, J. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* [E-Book], New York, Lawrence Erlbaum Associates, URL: <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>.
- DARWIN, C. 1872. *The Origin of Species by Means of Natural Selection or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life* [E-Book], London, John Murray, URL: <http://darwin-online.org.uk/content/frameset?viewtype=text&itemID=F391&pageseq=18>.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE & PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V. (DGPPN) 2010. *S2-Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten Band 2* [E-Book], Heidelberg, Steinkopff Verlag, DOI: 10.1007/978-3-7985-1919-0
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE & PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V. (DGPPN) 2014. *Ethische Stellungnahme der DGPPN: Achtung der*

- Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. *Nervenarzt*, 85, 1419 – 1431.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE & PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V. (DGPPN) 2018. *S3-Leitlinie – „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“* [Internet], 10.09.2018 [zitiert am 01.07.2020], URL: <https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>.
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MENSCHENRECHTE 2012. *Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention* [Internet], 10.12.2012 [zitiert am 02.07.2020], URL: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf.
- DRUCKSACHE 10/5251: ANTWORT DER LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN DER 10. WAHLPERIODE 1990. *Maßregelvollzug* [Internet], 21.02.1990 [zitiert am 26.06.2020], URL: <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD10-5251.pdf;jsessionid=1FCFF74B23D53952E23552FA65358985>.
- DRUCKSACHE 12/3728: LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN DER 12. WAHLPERIODE 1999. *Gesetzesentwurf der Landesregierung Maßregelvollzugsgesetz-MRVG* [Internet], 03.03.1999 [zitiert am 26.06.2020]. URL: <https://www.landtag.nrw.de/Dokumentenservice/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMD12-3728.pdf;jsessionid=D53F7A1C6A02893567B3A866D470C3FD>.
- DRUSS, B. G., ROSENHECK, R. A. & STOLAR, M. 1999. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatric Services* 50, 1053 – 1058.
- EGGER, J. W. 2005. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell: Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 16, 3 – 12.
- EGGER, J. W. 2008. Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin* 19, 12 – 22.

- FENGLER, C. & FENGLER, T. 1984. *Alltag in der Anstalt: Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird: Eine ethnomethodologische Untersuchung*, Rehburg-Loccum, Psychiatrie-Verlag.
- FIELD, A. 2018. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*, Los Angeles u. a., SAGE.
- FLAMMER, E. & STEINERT, T. 2015. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. *Psychiatr Prax*, 42, 260 – 266.
- FLANNERY, R. B. J., LEVITRE, V., REGO, S. & WALKER, A. P. 2011. Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatr Q*, 82, 11 – 21.
- GEBHARD, R. P., SCHMIDT-MICHEL, P. O. & KUNZE, H. 2007. *Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung: Abschlussbericht zur Psych-PV Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit [Internet]*, 15.01.2007 [zitiert am 02.07.2020], URL: http://bag.lvw-hessen.de/files/430/Abschlussbericht_Psych-PV-Umfrage_2005.pdf.
- GEUE, K., STRAUß, B. & BRÄHLER, E. 2016. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, Göttingen, Hogrefe Verlag für Psychologie.
- GOFFMAN, E. 1993. *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- GREMBOWSKI, D., PASCHANE, D., DIEHR, P., KATON, W., MARTIN, D. & PATRICK, D. L. 2005. Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med*, 20, 271 – 277.
- GUY, W. 1976. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology Revised [E-Book]*, Rockville Maryland, U.S. Department of Health, Education and Welfare, URL: <https://ia800306.us.archive.org/35/items/ecdeuassessmentm1933guyw/ecdeuassessmentm1933guyw.pdf>.
- HAGLUND, K., VON KNORRING, L. & VON ESSEN, L. 2006. Psychiatric wards with locked doors--advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of clinical nursing*, 15, 387 – 394.

- HECHT, H. & DESNIZZA, W. 2012. *Psychologie als empirische Wissenschaft: Essentielle wissenschaftstheoretische und historische Grundlagen [E-Book]*, Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag, DOI: 10.1007/978-3-8274-2947-6.
- HEINZE, M. 2013. Forensische und allgemeine Psychiatrie auf getrennten Wegen: Ein Symptom für das Schwinden der Vollversorgungsverantwortung in der Psychiatrie. *Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie*, 4, 8 – 12.
- HELLHAMMER, D. & EHLERT, U. 1999. Lernpsychologie. In: HELMCHEN H, HENN F, LAUTER H & SARTORIUS N (eds.) *Psychiatrie der Gegenwart 1 [E-Book]*. 4. Aufl. ed. Heidelberg, Springer, DOI: 10.1007/978-3-642-60174-3_14.
- HEUMANN, K., BOCK, T. & LINCOLN, T. M. 2017. Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax*, 44, 85 – 92.
- HUBER, C. G., SCHNEEBERGER, A. R., KOWALINSKI, E., FRÖHLICH, D., VON FELTEN, S., WALTER, M., ZINKLER, M., BEINE, K., HEINZ, A., BORGWARDT, S. & LANG, U. E. 2016. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, 3, 842 – 849.
- ITTELSON, W. H., PROSHANSKY, H. M. & RIVLIN, L. G. 1970. A study of bedroom use on two psychiatric wards. *Hospital and Community Psychiatry* 21, 177 – 181.
- JAEGER, M., KETTELER, D., RABENSCHLAG, F. & THEODORIDOU, A. 2014. Informal coercion in acute inpatient setting--knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Res*, 220, 1007 – 1011.
- JUCKEL, G. & HAUSSLEITER, I. 2015. Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatr Prax*, 42, 133 – 139.
- JUNGFER, H. A., SCHNEEBERGER, A. R., BORGWARDT, S., WALTER, M., VOGEL, M., GAIRING, S. K., LANG, U. E. & HUBER, C. G. 2014. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res*, 54, 94 – 99.
- KETELSEN, R., SCHULZ, M. & DRIESSEN, M. 2011. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen*, 73, 105 – 111.

- KETELSEN, R. & WALTER, G. 2010. S2-Praxisleitlinie der DGPPN: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Pflege Heute*, 16, 101 – 107.
- KONTIO, R., JOFFE, G., PUTKONEN, H., KUOSMANEN, L., HANE, K., HOLI, M. & VALIMAKI, M. 2012. Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care*, 48, 16 – 24.
- KROLLNER, B. & KROLLNER, D. M. 2020. *ICD-10-GM > F00-F99 [Internet]*, 2020 [zitiert am 04.06.2020], URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>.
- KUNZE, H. 2007. Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. *Psychiatr Prax*, 34, 150 – 153.
- LANDESKRANKENHAUS RHEINHESSEN-FACHKLINIK ALZEY 2018a. *Patienteninformation: Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen*, Alzey, Rheinhausen-Fachklinik.
- LANDESKRANKENHAUS RHEINHESSEN-FACHKLINIK ALZEY 2018b. *Einwilligungserklärung: Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen*, Alzey, Rheinhausen-Facklinik.
- LANDESKRANKENHAUS RHEINHESSEN-FACHKLINIK ALZEY 2018c. *Mitarbeiterinformation: Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen*, Alzey, Rheinhausen-Fachklinik.
- LANG, U. E. & HUBER, A. 2010. Wie viel kostet eine offene Akutpsychiatrie? *Psychiatr Prax*, 37, 411 – 412.
- LÄNGLE, G., HENSEL, R., ARMBRUSTER, R. & SCHWÄRZLER, F. 2013. Das Normalitätsprinzip. *Psychiatr Prax*, 40, 229 – 231.
- LANZA, M. L., KAYNE, H. L., HICKS, C. & MILNER, J. 1994. Environmental characteristics related to patient assault. *Issues Mental Health Nursing*, 15, 319 – 335.
- LEYGRAF, N. 1987. Alkoholabhängige Straftäter: Zur Problematik der Unterbringung nach § 64 StGB. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 55, 231 – 237.
- LORANT, V., DEPUYDT, C., GILLAIN, B., GUILLET, A. & DUBOIS, V. 2007. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 360-365.

- MAHLER, L. 2014. Veränderungen der klinischen Praxis und der Stationsstrukturen *In: MAHLER L, JARCHOV-JÄDI I, MONTAG C & GALLINAT J (eds.) Das Weddinger Modell: Resilienz und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext.* 1. Aufl. ed. Köln, Psychiatrie Verlag.
- MARGRAF, J., CUIK, J. C., SUPPIGER, A. & SCHNEIDER, S. 2017. *DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen [E-Book]*, Heidelberg, Springer, URL: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/view/100/89/589-1>.
- MARGRAF, J. & MAIER, W. 2012. *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*, Berlin u. a., De Gruyter.
- MAYOR, S. 2016. Locking doors in mental health hospitals does not reduce suicide or absconding, shows study. *BMJ*, 354, i4198.
- MIDDELBOE, T., SCHJØDT, T., BYRSTING, K. & GJERRIS, A. 2001. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 212 – 219.
- MOOS, R. 1972. Size, staffing, and psychiatric ward treatment environments. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 414 – 418.
- MOOS, R. H. 1974. *Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach*, New York u. a., Wiley.
- MOOS, R. H. & HOUTS, P. S. 1968. Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of abnormal psychology*, 73, 595 – 604.
- MORRISON, E. F. 1990. Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 65 – 82.
- MÜLLER, M. J., OLSCHINSKI, C., JOCHIM, D. & FELDHORDT, M. 2017. Erfassung von Patientenübergriffen 2008-2015 in zwei psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse und Implikationen. *Psychiatr Prax*, 44, 258 – 265.
- MÜLLER, P. & JOSIPOVIC, T. 2003. Unfreiwillige Einweisungen nach Betreuungsrecht in acht Jahren verdreifacht. *Psychiatr Prax*, 30, 108 – 113.
- NEUBERGER, O. & ALLERBECK, M. 1978. *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB)*", Bern u. a., Huber.

- NIJMAN, H. L., PALMSTIERNA, T., ALMVIK, R. & STOLKER, J. J. 2005. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*, 111, 12 – 21.
- NIJMAN, H. L. I., MURIS, P., MERCKELBACH, H. L. G. I., PALMSTIERNA, T., WISTEDT, B., VOS, A. M., VAN RIXTEL, A. & ALLERTZ, W. 1999. The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197 – 209.
- NOORTHOORN, E. 2016. Kann auf Zwangsmedikation in der klinischen Praxis verzichtet werden? – Kontra. *Psychiatr Prax*, 43, 189 – 190.
- OLOFSSON, B. & JACOBSSON, L. A. 2018. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 357 – 366.
- OLOFSSON, B. & NORBERG, A. 2001. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of advanced nursing*, 33, 89 – 97.
- PALMSTIERNA, T. & WISTEDT, B. 1987. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*, 76, 657 – 663.
- PUTKONEN, A., KUIVALAINEN, S., LOUHERANTA, O., REPO-TIIHONEN, E., RYYNANEN, O. P., KAUTIAINEN, H. & TIIHONEN, J. 2013. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 64, 850 – 855.
- RABOCH, J., KALISOVÁ, L., NAWKA, A., KITZLEROVÁ, E., ONCHEV, G., KARASTERGIOU, A., MAGLIANO, L., DEMBINSKAS, A., KIEJNA, A., TORRES-GONZALES, F., KJELLIN, L., PRIEBE, S. & KALLERT, T. W. 2010. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv*, 61, 1012 – 1017.
- ROPER, J. M. & ANDERSON, N. L. 1991. The interactional dynamics of violence, part I: An acute psychiatric ward. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 209 – 215.
- RØSSBERG, J. I. & FRIIS, S. 2003. A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 374 – 380.
- ROTH, A. 1999. *Würdig einer liebevollen Pflege: die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert*, Zwiefalten, Verlag Psychiatrie und Geschichte.

- ROTHENHÄUSLER, H.-B. & TÄSCHNER, K.-L. 2012. *Kompendium Praktische Psychiatrie: und Psychotherapie [E-Book]*, Wien, Springer, DOI: 10.1007/978-3-7091-1237-3.
- SAß, H., WITTCHEN, H. U., ZAUDIG, M. & HOUBEN, I. 2003. *Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR*, Göttingen u. a., Hogrefe Verlag für Psychologie.
- SCHALAST, N. 1992. *Projektbericht: Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen – Zur Unterbringung und Behandlung alkoholabhängiger Straftäter [Projektbericht]*, Essen, Institut für Forensische Psychiatrie der Universitätsklinik GH, URL: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektbericht1992.pdf>.
- SCHALAST, N. 1995. *Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie: Eine arbeitspsychologische Studie [Dissertation]*, Braunschweig, Naturwissenschaftliche Fakultät der Technischen Universität Braunschweig, URL: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/arbeitsbelastungdissnsch1995.pdf>.
- SCHALAST, N. 2008. SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatr Prax*, 35, 175 – 181.
- SCHALAST, N. 2010a. *EssenCES© -D Essen Climate Evaluation Schema Deutsche Fassung 2010 [Internet]*, 2010 [zitiert am 27.05.2020], URL: https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essences_d_2010.pdf.
- SCHALAST, N. 2010b. *EssenCES© -D Essen Climate Evaluation Schema Deutsche Version 2010 Auswertungsschlüssel [Internet]*, 2010 [zitiert am 04.06.2020], URL: https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essences_d_auswertung.pdf.
- SCHALAST, N. 2014. Aggression, Gewalt und die Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 32, 179 – 188.
- SCHALAST, N. 2016. Conceptual Framework. In: SCHALAST N & TONKIN M (eds.) *The Essen Climate Evaluation Schema EssenCES: A Manual and More*. Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- SCHALAST, N. 2020. *The Essen Climate Evaluation Schema – EssenCES© [Internet]*, 2020 [zitiert am 27.05.2020], URL: <https://www.uni-due.de/rke-forensik/essenerstationsklimafragebogenessences.php>.

- SCHALAST, N. & REDIES, M. 2005. *SK-M: Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug [Projektbericht]*, Essen, Institut für Forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen, URL: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/skmentwicklungeinesfragebogenzurbeurteilungdesstationsklimasimmassregelvollzug.pdf>.
- SCHALAST, N. & SIEß, J. 2018. Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen. *Psychiatr Prax*, 45, 242 – 247.
- SCHANDA, H. & TAYLOR, P. 2001. Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 69, 443 – 452.
- SCHAUENBURG, H. & SAMMET, I. 1999. [SEB--an instrument for the assessment of therapeutic processes in inpatient psychotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 49, 476 – 483.
- SCHJØDT, T., MIDDELBOE, T., MORTENSEN, E. L. & GJERRIS, A. 2003. Ward atmosphere in acute psychiatric inpatient care: differences and similarities between patient and staff perceptions. *Nord J Psychiatry*, 57, 215 – 220.
- SCHNEEBERGER, A. R., KOWALINSKI, E., FRÖHLICH, D., SCHRÖDER, K., VON FELTEN, S., ZINKLER, M., BEINE, K. H., HEINZ, A., BORGWARDT, S., LANG, U. E., BUX, D. A. & HUBER, C. G. 2017. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res*, 95, 189 – 195.
- SCHÖTTLE, D. & GALLINAT, J. 2017. Behandlungsbereitschaft verbessern – Zwangsmaßnahmen möglichst vermeiden. *NeuroTransmitter*, 28, 33 – 36.
- SCHRÖGER, E. 2010. *Biologische Psychologie [E-Book]*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien GmbH, DOI: 10.1007/978-3-531-92581-3.
- SEIFERT, D., JAHN, K. & BOLTEN, S. 2001. Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 245 – 255.
- SOLLBERGER, D. & LANG, U. E. 2013. Psychiatrie mit offenen Türen: Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt*, 85, 312 – 318.
- STEINERT, T. 2008. *Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*, Bonn, Psychiatrie Verlag.

- STEINERT, T., BOHNET, U., FLAMMER, E., LUCHTENBERG, D. & EISELE, F. 2009. Effekte eines Kraft- und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei Demenzpatienten in der stationären gerontopsychiatrischen Versorgung. *Psychiatr Prax*, 36, 273 – 278.
- STEINERT, T. & KALLERT, T. W. 2006. Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax*, 33, 160 – 169.
- STEINERT, T., ZINKLER, M., ELSASSER-GAISSMAIER, H. P., STARRACH, A., HOPPSTOCK, S. & FLAMMER, E. 2015. Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatr Prax*, 42, 377 – 383.
- STEMMLER, G., HAGEMANN, D., AMELANG, M. & SPINATH, F. M. 2016. *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, Stuttgart, W. Kohlhammer.
- TUVESSON, H., WANN-HANSSON, C. & EKLUND, M. 2011. The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nurs*, 10, 12.
- VAN DE SANDE, R., NIJMAN, H. L., NOORTHOORN, E. O., WIERDSMA, A. I., HELLENDORRN, E., VAN DER STAAK, C. & MULDER, C. L. 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*, 199, 473 – 478.
- VOLLMANN, J. 2014. Zwangsbehandlung in der Psychiatrie: Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis. *Nervenarzt*, 85, 614 – 620.
- VON HIRSCHBERG, K.-R. & KÄHLER, B. 2009. *Gewalt und Aggression in der Pflege – ein Kurzüberblick – [E-Book]*, Hamburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW, URL: https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPR-Medientypen/Downloads/BGW08-00-113-Gewalt-und-Aggression-in-der-Pflege-Kurzueberblick_Download.pdf?blob=publicationFile.
- VOOS, D. 2017. „Geschlossen“ = „Schutz“? Keine höheren Selbstmordraten in offenen psychiatrischen Kliniken. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 67, 54.
- WARD, M. & COWMAN, S. 2007. Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 454 – 461.
- WENNINGER, G., AHRENDT, H.-J., ASANGER, R., ASCHERSLEBEN, G., AUHAGEN, A. E. & ET AL. 2000. *Lexikon der Psychologie [Internet]*, Juni 2000 [zitiert am 10.07.2020], URL: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/erlebnis/4332>.

- WYNN, R. 2004. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 124 – 144.
- YANG, C.-P. P., HARGREAVES, W. A. & BOSTROM, A. 2014. Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatr Serv*, 65, 251 – 254.
- ZINKLER, M. & KOUSSEMOU, J. M. 2014. Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht & Psychiatrie*, 32, 142 – 147.

8 Anhang

| | | |
|----|---|-----|
| A. | Patienteninformation zur Teilnahme an der Studie (Landeskrankenhaus Rheinhausen-Fachklinik Alzey, 2018c) | 136 |
| B. | Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie für Patienten (Landeskrankenhaus Rheinhausen-Fachklinik Alzey, 2018a) | 138 |
| C. | Mitarbeiterinformation zur Teilnahme an der Studie (Landeskrankenhaus Rheinhausen-Fachklinik Alzey, 2018b) | 140 |
| D. | Auswertung ausgewählter Einflussvariablen von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit und im Stationsvergleich | 142 |
| E. | Auswertung stationsbezogener Prozessvariablen von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich | 144 |
| F. | Auswertung patientenbezogener Variablen (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich..... | 146 |
| G. | Mitarbeitercharakteristika (n = 36) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich | 148 |
| H. | Auswertung der gruppenabhängigen Klimabewertung (n = 148) in Abhängigkeit der Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten | 149 |
| I. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten | 152 |
| J. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Anzahl der Fixierungen von Patienten | 154 |
| K. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Dauer der Fixierungen von Patienten | 155 |
| L. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientengeschlechts | 156 |

| | | |
|----|--|-----|
| M. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientenalters | 158 |
| N. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 86) in Abhängigkeit der Patientenherkunft..... | 159 |
| O. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten .. | 161 |
| P. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose nach ICD-10-GM der Patienten | 163 |
| Q. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer von Patienten | 166 |
| R. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Anzahl von Voraufenthalten von Patienten | 167 |
| S. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Weiterbehandlung von Patienten | 168 |
| T. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der CGI-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten .. | 170 |
| U. | Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der GAF-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten | 171 |

A. Patienteninformation zur Teilnahme an der Studie (Landeskrankenhaus Rheinhessen-Fachklinik Alzey, 2018c)



Dautenheimer Landstr. 66 • 55232 Alzey

PATIENTENINFORMATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie fragen, ob Sie Interesse haben, an der nachfolgend beschriebenen Studie teilzunehmen:

Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen

Evaluation der Einflussfaktoren auf Unterschiede in der Wahrnehmung des Stationsklimas zwischen Mitarbeitern und Patienten und der Zusammenhänge mit strukturellen Stationsbedingungen sowie Zwangsmaßnahmen

Kurztitel „Stationsklima auf psychiatrischen Aufnahmestationen“

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts werden Sie gebeten, einmalig einen Fragebogen mit 17 Fragen zu beantworten. Die Befragung ist freiwillig, Rückschlüsse auf Ihre Person sind bei der Auswertung nicht möglich (pseudonymisierte Auswertung).

Bei der Pseudonymisierung handelt es sich um das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Ziel der Studie ist es, das Stationsklima der Stationen J1 und J2 aus Sicht von Ihnen, den Patientinnen und Patienten, sowie aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erfassen. Für eine sinnvolle Auswertung werden Angaben aus Ihrer Krankenakte wie Diagnose, Krankheitsschwere, Dauer Ihres Aufenthaltes in der Klinik, Dauer Ihrer Erkrankung, Anzahl der Voraufenthalte, das Land Ihrer Herkunft sowie Angaben zur Weiterbehandlung erhoben. Zusätzlich werden verschiedene Parameter der Stationen wie Häufigkeit von kritischen Situationen / Übergriffen, Belegung der Station und Personalbesetzung aus den Routinedaten der Klinik zur Auswertung benutzt. So können Rückschlüsse darauf gezogen werden, welche Einflussfaktoren das Stationsklima beeinflussen. In der Folge werden Überlegungen zu Maßnahmen angestellt, um ein Stationsklima zu erhalten bzw. zu schaffen, das nachhaltig sowohl der Ihrer Genesung als Patienten als auch der Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter/innen und Patienten/innen dient.

Ablauf der Studie

Die Datenerhebung der Studie umfasst einen Zeitraum von einem Monat. In diesem Zeitraum werden Sie einmal gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens beträgt ca. 5 - 10 min.

Datenschutz

Es handelt sich um eine pseudonymisierte Studie, das heißt, eine Verbindung zwischen Ihren persönlichen Daten und dem Fragebogen ist nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand möglich. Die Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt nur in anonymisierter Form.

Versicherung

Vorsorglich werden Sie darauf hingewiesen, dass eine Versicherung für nicht schuldhaft



verursachte Schäden, die im Zusammenhang mit der Studie auftreten könnten, nicht abgeschlossen wurde. Ein Versicherungsschutz besteht damit nur, wenn dem Arzt oder einem anderen Mitarbeiter der Prüfstelle der Vorwurf eines schuldhaften Fehlverhaltens treffen würde. Zugunsten des Studienteilnehmers können dabei in bestimmten Fällen Beweiserleichterungen eintreten (Bürgerliches Gesetzbuch, § 630h: zur Beweislast bei Haftung für Aufklärungs- oder Behandlungsfehler). Wegeunfälle sind ebenfalls nicht versichert.

Widerruf

Ein Widerruf der Studienteilnahme ist Ihnen jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Nachteile möglich ist. Falls bereits anonymisierte Fragebögen vorliegen, können diese nicht mehr identifiziert und vernichtet werden.

Kontaktdaten bei Fragen

Studienleiterin:

Frau PD Dr. med. Brockhaus-Dumke
Chefärztin der Abteilungen 1 und 2
für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Tel.: 06731-50-1476
E-Mail: A.BROCKHAUS-DUMKE@rfk.landeskrankenhaus.de

Studiendurchführung:

Frau Nora Elspaß
E-Mail: nelspass@students.uni-mainz.de

B. Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie für Patienten (Landeskrankenhaus Rheinhessen-Fachklinik Alzey, 2018a)



Dautenheimer Landstr. 66 • 55232 Alzey

Einwilligungserklärung

Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen

Evaluation der Einflussfaktoren auf Unterschiede in der Wahrnehmung des Stationsklimas zwischen Mitarbeitern und Patienten und der Zusammenhänge mit strukturellen Stationsbedingungen sowie Zwangsmaßnahmen

Kurztitel „Stationsklima auf psychiatrischen Aufnahmestationen“

Kurze Beschreibung des Forschungsprojekts:

- Erfassung des Stationsklimas mit einem standardisierten Fragebogen für Patienten und Mitarbeiter aller Berufsgruppen unter Beachtung von Einflussfaktoren der J1 und J2
- Vergleich beider Stationen, sowie der beiden Befragungsgruppen (Patienten und Mitarbeiter)
- Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Einflussfaktoren und Stationsklima
- Die Ergebnisse sollen dazu dienen, ein Stationsklima zu schaffen, das nachhaltig die Genesung der Patienten, als auch die Gesundheit der Mitarbeiter fördert

Kontaktpersonen:

Studienleiterin: PD Dr.med. Anke Brockhaus- Dumke,
Chefärztin der Abteilungen 1 und 2 für Allgemeinpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik, Rheinhessen Fachklinik
Alzey
Tel.: 06731-50-1476,
E-Mail: a.brockhaus-dumke@rfk.landesskrankenhaus.de

Studiendurchführung: Nora Elspaß, nelspass@students.uni-mainz.de

DIE TEILNAHME AM PROJEKT BEINHÄLTET

Einmaliges Ausfüllen des Fragebogens EssenCES mit 17 Fragen zum Stationsklima (Dauer 5-10 Minuten)

FREIWILLIGE TEILNAHME

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Teilnehmende können sich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass ihnen dadurch Nachteile entstehen.

VERTRAULICHKEIT UND ANONYMITÄT

Die Vertraulichkeit aller im Rahmen dieses Projekts erhobenen Daten ist gewährleistet. Persönliche Informationen werden nicht an Personen außerhalb des Forschungsteams dieses Projekts weitergegeben. Ihre Informationen werden nur in anonymisierter Form veröffentlicht, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt.



WEITERE VERWENDUNG DER DATEN

Ihre Daten werden ausschließlich von Forschenden zu Forschungszwecken verwendet.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich erkläre mich bereit an der o. g. Studie freiwillig teilzunehmen. Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte die Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet, ich kann jederzeit neue Fragen stellen. Ich habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass meine studienbezogenen Gesundheitsdaten pseudonymisiert (d.h. ohne Angabe von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnliches) erhoben, auf Datenträgern gespeichert und vom Auftraggeber der Studie ausgewertet werden. Die Daten werden 3 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht.

Die Weitergabe an Dritte einschließlich Publikation erfolgt ausschließlich in anonymer Form, d.h. kann nicht meiner Person zugeordnet werden.

Für den Fall, dass ich die Studienteilnahme widerrufe, werden meine bereits erhobenen personenbeziehbaren Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt anonymisiert.

Ein Exemplar der Studieninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient /in bzw. Proband /in

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Teilnehmers eingeholt.

Ort, Datum

*Name des/r aufklärenden
Arztes / Ärztin
in Druckbuchstaben*

*Unterschrift des/r aufklärenden
Arztes/ Ärztin*

C. Mitarbeiterinformation zur Teilnahme an der Studie (Landeskrankenhaus Rheinhessen-Fachklinik Alzey, 2018b)



Dautenheimer Landstr. 66 • 55232 Alzey

MITARBEITERINFORMATION

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

wir möchten Sie fragen, ob Sie Interesse haben, an der nachfolgend beschriebenen Studie teilzunehmen:

Vergleich des Stationsklimas auf psychiatrischen Akutaufnahmestationen aus Sicht von Patienten und von Mitarbeitern aller Berufsgruppen

Evaluation der Einflussfaktoren auf Unterschiede in der Wahrnehmung des Stationsklimas zwischen Mitarbeitern und Patienten und der Zusammenhänge mit strukturellen Stationsbedingungen sowie Zwangsmaßnahmen

Kurztitel „Stationsklima auf psychiatrischen Aufnahmestationen“

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts werden Sie gebeten, einmalig einen Fragebogen mit 17 Fragen zu beantworten. Die Befragung ist freiwillig, Rückschlüsse auf Ihre Person sind bei der Auswertung nicht möglich (pseudonymisierte Auswertung).

Bei der Pseudonymisierung handelt es sich um das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Ziel der Studie ist es, das Stationsklima der Stationen J1 und J2 aus Sicht von Ihnen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Zusätzlich werden verschiedene Parameter der Stationen wie Häufigkeit von Übergriffen mittels SOAS-R, Belegung der Station, Personalbesetzung sowie Diagnose und Schweregrad der Erkrankung der Patienten aus den Routinedaten der Klinik in die Auswertung einbezogen, um Rückschlüsse auf mögliche Einflussfaktoren zu ziehen. Bei Korrelationen zwischen Stationsklima und Einflussfaktoren werden wir gemeinsam Überlegungen zu Maßnahmen anstellen, um ein Stationsklima zu erhalten bzw. zu schaffen, das nachhaltig sowohl der Genesung der Patienten als auch Ihrer Gesundheit und Sicherheit dient.

Ablauf der Studie

Die Datenerhebung der Studie umfasst einen Zeitraum von einem Monat. In diesem Zeitraum werden Sie einmal gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen des Fragebogens beträgt ca. 5 - 10 min.

Datenschutz

Es handelt sich um eine pseudonymisierte Studie, das heißt, eine Verbindung zwischen Proband und Fragebogen ist nicht oder nur mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand möglich. Die Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt nur in anonymisierter Form.

Versicherung

Vorsorglich werden Sie darauf hingewiesen, dass eine Versicherung für nicht schuldhaft verursachte Schäden, die im Zusammenhang mit der Studie auftreten könnten, nicht abgeschlossen wurde. Ein Versicherungsschutz besteht damit nur, wenn dem Arzt oder einem anderen Mitarbeiter der Prüfstelle der Vorwurf eines schuldhaften Fehlverhaltens treffen würde. Zugunsten des Studienteilnehmers können dabei in bestimmten Fällen



Beweiserleichterungen eintreten (Bürgerliches Gesetzbuch, § 630h: zur Beweislast bei Haftung für Aufklärungs- oder Behandlungsfehler). Wegeunfälle sind ebenfalls nicht versichert.

Widerruf

Ein Widerruf der Studienteilnahme ist Ihnen jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Nachteile möglich ist. Falls bereits anonymisierte Fragebögen vorliegen, können diese nicht mehr identifiziert und vernichtet werden.

Kontaktdaten bei Fragen

Studienleiterin:

Frau PD Dr. med. Brockhaus-Dumke
Chefärztin der Abteilungen 1 und 2
für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik

Tel.: 06731-50-1476

E-Mail: A.BROCKHAUS-DUMKE@rfk.landeskrankenhaus.de

Studiendurchführung:

Frau Nora Elspaß

E-Mail: nelspass@students.uni-mainz.de

D. Auswertung ausgewählter Einflussvariablen von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit und im Stationsvergleich

Tabelle 6: Auswertung ausgewählter Einflussvariablen von allen während des Befragungszeitraums anwesenden stationären Patienten (n = 214) als Grundgesamtheit und im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Patienten_Gesamt (n = 214) | Patienten Station J1 (n = 110) | Patienten Station J2 (n = 104) |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Überbelegung auf Station¹ (Bettenbelegung) | | | |
| MW | 26,98 | 27,05 | 26,92 |
| SOAS-R-Anzahl² | | | |
| n (%) | 19 (100,0) | 9 (100,0) | 10 (100,0) |
| MW | 15,58 | 14,56 | 16,60 |
| SOAS-R-Schwere³ | | | |
| Leicht, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Mittelgradig, n (%) | 6 (31,6) | 5 (55,6) | 1 (10,0) |
| Schwer, n (%) | 13 (68,4) | 4 (44,4) | 9 (90,0) |
| Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme⁴ | | | |
| Freiwillig, n | Unbekannt | Unbekannt | Unbekannt |
| Unterbringung nach PsychKG, n | 54 | 22 | 32 |
| Unterbringung nach BGB, n | 8 | 4 | 4 |
| Aufenthaltsdauer¹ (Tage) | | | |
| MW | 15,32 | 16,62 | 14,01 |

¹Die vorliegenden Datensätze wurden als kumulierte Mittelwerte ohne Standardabweichungen erhoben.

²Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden in der Erhebung nicht erfasst und von der Auswertung ausgeschlossen.

³Patienten ohne SOAS-R-Bogen wurden in der Erhebung nicht erfasst und von der Auswertung ausgeschlossen. Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

⁴Die Anzahl freiwilliger Stationsaufnahmen wurden in der Erhebung nicht erfasst und von der Auswertung ausgeschlossen. Damit ist keine Angabe der relativen Häufigkeiten möglich, da die Grundgesamtheit nicht feststeht.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised, **PsychKG:** Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch, **MW:** Mittelwert

E. Auswertung stationsbezogener Prozessvariablen von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich

Tabelle 7: Auswertung stationsbezogener Prozessvariablen von Patienten (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Patienten_Gesamt (n = 112) | Patienten Station J1 (n = 55) | Patienten Station J2 (n = 57) |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| SOAS-R-Anzahl | | | |
| n (%) | 13 (100,0) | 10 (100,0) | 3 (100,0) |
| MW ± SD | 1,08 ± 1,38 | 1,10 ± 1,60 | 1,00 ± 0,00 |
| Median | 1,00 | 0,50 | 1,00 |
| Spanne | 0 – 5 | 0 – 5 | 1 – 1 |
| Missing values ¹ , n | 99 | 45 | 54 |
| SOAS-R Provokation | | | |
| Kein nachvollziehbarer Anlass, n (%) | 13 (100,0) | 10 (100,0) | 3 (100,0) |
| Anderer Auslöser, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Missing values ¹ , n | 99 | 45 | 54 |
| SOAS-R Benutzte Mittel | | | |
| Verbale Aggression, n (%) | 10 (76,9) | 8 (80,0) | 2 (66,7) |
| Gewöhnliche Gegenstände, n (%) | 2 (15,4) | 2 (20,0) | 0 (0,0) |
| Körperteile, n (%) | 1 (7,7) | 0 (0,0) | 1 (33,3) |
| Gefährliche Gegenstände, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Missing values ¹ , n | 99 | 45 | 54 |
| SOAS-R Ziel der Aggression | | | |
| Nichts/niemand, n (%) | 5 (38,5) | 5 (50,0) | 0 (0,0) |
| Gegenstände, n (%) | 2 (15,4) | 1 (10,0) | 1 (33,3) |
| Andere Personen, n (%) | 6 (46,2) | 4 (40,0) | 2 (66,7) |
| Eigene Person, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Missing values ¹ , n | 99 | 45 | 54 |

| | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|
| SOAS-R Konsequenzen für Opfer | | | |
| Keine, n (%) | 6 (46,2) | 5 (50,0) | 1 (33,3) |
| Beschädigung von Gegenständen, n (%) | 2 (15,4) | 1 (10,0) | 1 (33,3) |
| Bedrohung, n (%) | 3 (23,1) | 3 (30,0) | 0 (0,0) |
| Körperverletzung, n (%) | 2 (15,4) | 1 (10,0) | 1 (33,3) |
| <i>Missing values¹, n</i> | 99 | 45 | 54 |
| SOAS-R Intervention zur Beendigung | | | |
| Keine, n (%) | 5 (38,5) | 5 (50,0) | 0 (0,0) |
| Gespräch, n (%) | 3 (23,1) | 2 (20,0) | 1 (33,3) |
| Medikation, n (%) | 3 (23,1) | 3 (30,0) | 0 (0,0) |
| Krafteinsatz, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Fixierung, n (%) | 2 (15,4) | 0 (0,0) | 2 (66,7) |
| <i>Missing values¹, n</i> | 99 | 45 | 54 |
| SOAS-R-Schwere² | | | |
| Leicht, n (%) | 6 (46,2) | 5 (50,0) | 1 (33,3) |
| Mittelgradig, n (%) | 6 (46,2) | 5 (50,0) | 1 (33,3) |
| Schwer, n (%) | 1 (7,7) | 0 (0,0) | 1 (33,3) |
| <i>Missing values¹, n</i> | 99 | 45 | 54 |
| Anzahl der Fixierungen | | | |
| MW ± SD | 1,85 ± 2,15 | 2,00 ± 2,36 | 1,33 ± 1,53 |
| Median | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Spanne | 0 – 7 | 0 – 7 | 0 – 3 |
| <i>Missing values¹, n</i> | 99 | 45 | 54 |
| Dauer der Fixierungen (Stunden) | | | |
| MW ± SD | 3,43 ± 5,80 | 1,73 ± 2,97 | 9,67 ± 10,02 |
| Median | 0,00 | 0,00 | 9,00 |
| Spanne | 0 – 20 | 0 – 8 | 0 – 20 |
| <i>Missing values¹, n</i> | 99 | 45 | 54 |

¹ Patienten ohne SOAS-R-Bogen und/oder Fixierung(en) wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

² Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.3.1 zu entnehmen.

SOAS-R: Staff Observation Aggression Scale-Revised, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

F. Auswertung patientenbezogener Variablen (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich

Tabelle 8: Auswertung patientenbezogener Variablen (n = 112) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Patienten_Gesamt (n = 112) | Patienten Station J1 (n = 55) | Patienten Station J2 (n = 57) |
|---|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Geschlecht | | | |
| Weiblich, n (%) | 63 (56,3) | 22 (58,2) | 31 (54,4) |
| Männlich, n (%) | 49 (43,8) | 23 (41,8) | 26 (45,6) |
| Alter (Jahre) | | | |
| MW ± SD | 39,94 ± 12,52 | 40,38 ± 13,99 | 39,51 ± 11,03 |
| Median | 39,00 | 42,00 | 39,00 |
| Spanne | 20 – 60 | 20 – 60 | 21 – 59 |
| Patientenherkunft | | | |
| Unbekannt, n (%) | 26 (23,2) | 11 (20,0) | 15 (26,3) |
| Europäisch, n (%) | 82 (73,2) | 43 (78,2) | 39 (68,4) |
| Afrikanisch, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Amerikanisch, n (%) | 2 (1,8) | 1 (1,8) | 1 (1,8) |
| Asiatisch, n (%) | 2 (1,8) | 0 (0,0) | 2 (3,5) |
| Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme | | | |
| Freiwillig, n (%) | 101 (90,2) | 46 (83,6) | 55 (96,5) |
| Unterbringung nach PsychKG, n (%) | 10 (8,9) | 8 (14,5) | 2 (3,5) |
| Unterbringung nach BGB, n (%) | 1 (0,9) | 1 (1,8) | 0 (0,0) |
| Hauptdiagnose nach ICD-10-GM¹ | | | |
| F0, n (%) | 3 (2,7) | 0 (0,0) | 3 (5,3) |
| F1, n (%) | 16 (14,3) | 8 (14,5) | 8 (14,0) |
| F2, n (%) | 42 (37,5) | 20 (36,4) | 22 (38,6) |
| F3, n (%) | 26 (23,2) | 14 (25,5) | 12 (21,1) |
| F4, n (%) | 9 (8,0) | 3 (5,5) | 6 (10,5) |
| F5, n (%) | 2 (1,8) | 2 (3,6) | 0 (0,0) |
| F6, n (%) | 14 (12,5) | 8 (14,5) | 6 (10,5) |
| F7, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| F8, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| F9, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |

| | | | |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Aufenthaltsdauer (Tage) | | | |
| MW ± SD | 31,41 ± 24,89 | 34,35 ± 26,72 | 28,58 ± 22,85 |
| Median | 25,00 | 31,00 | 22,00 |
| Spanne | 1 – 111 | 3 – 109 | 1 – 111 |
| Anzahl der Voraufenthalte | | | |
| MW ± SD | 11,15 ± 17,06 | 12,58 ± 18,82 | 9,77 ± 15,21 |
| Median | 4,00 | 5,00 | 4,00 |
| Spanne | 0 – 85 | 0 – 85 | 0 – 70 |
| Weiterbehandlung | | | |
| Sonstige: unbekannt, anderes KH, n (%) | 29 (25,9) | 12 (21,8) | 17 (29,8) |
| Niedergelassene Therapie, n (%) | 75 (67,9) | 40 (72,7) | 35 (61,4) |
| Psychiatrische Institutsambulanz, n (%) | 8 (7,1) | 3 (5,5) | 5 (8,8) |
| Home-Treatment, n (%) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| CGI_Gesamt am Aufnahmetag² | | | |
| MW ± SD | 4,63 ± 1,19 | 4,87 ± 1,00 | 4,40 ± 1,31 |
| Median | 5,00 | 5,00 | 5,00 |
| Spanne | 0 – 7 | 1 – 6 | 0 – 7 |
| GAF_Gesamt am Aufnahmetag³ | | | |
| MW ± SD | 47,66 ± 16,06 | 45,75 ± 15,86 | 49,51 ± 16,17 |
| Median | 50,00 | 41,00 | 50,00 |
| Spanne | 0 – 77 | 1 – 75 | 0 – 77 |

¹ Eine Übersichtstabelle der Hauptklassifikation nach ICD-10-GM ist in Tabelle 1 abgebildet.

² Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.4.2 zu entnehmen.

³ Ein Auswertungsschlüssel der jeweiligen Funktionsniveaus ist in Abbildung 5 einsehbar.

PsychKG: Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch, **ICD-10-GM:** Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, **KH:** Krankenhaus, **CGI_Gesamt:** Clinical Global Impression-Gesamtwert, **GAF_Gesamt:** Global Assessment of Functioning-Gesamtwert, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

G. Mitarbeitercharakteristika (n = 36) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich

Tabelle 9: Mitarbeitercharakteristika (n = 36) als Gesamtgruppe und im Stationsvergleich J1 und J2 der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Mitarbeiter Station J1 (n = 20) | Mitarbeiter Station J2 (n = 16) |
|---|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Berufsgruppen- zugehörigkeit | | | |
| Ärzte, Psychologen, Therapeuten, n (%) | 14 (38,9) | 8 (40,0) | 6 (37,5) |
| Pflegedienst, n (%) | 22 (61,1) | 12 (60,0) | 10 (62,5) |
| <i>Missing values, n</i> | 0 | 0 | 0 |
| Psychiatrische Berufserfahrung (Jahre) | | | |
| MW ± SD | 7,07 ± 9,02 | 8,80 ± 9,88 | 2,14 ± 2,27 |
| Median | 3,00 | 3,50 | 2,00 |
| Spanne | 0 – 35 | 0 – 35 | 0 – 5 |
| <i>Missing values¹, n</i> | 9 | 0 | 9 |

¹ Mitarbeiter ohne Angaben zur psychiatrischen Berufserfahrung wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

MW: Mittelwert, **SD:** Standardabweichung

H. Auswertung der gruppenabhängigen Klimabewertung (n = 148) in Abhängigkeit der Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten

Tabelle 10: Auswertung der gruppenabhängigen Klimabewertung (n = 148) in Abhängigkeit der Stationszugehörigkeit von Mitarbeitern und Patienten der Rheinessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Stationszugehörigkeit | Mitarbeiter_Gesamt (n = 36) | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|--|---|---|-------------------------------|
| TH_Gesamt | Station J1 | | |
| | MW ± SD | 14,15 ± 2,35 | 12,25 ± 4,67 |
| | Median | 14,50 | 12,00 |
| | Spanne | 10 – 18 | 4 – 20 |
| | Station J2 | | |
| | MW ± SD | 15,69 ± 3,54 | 12,91 ± 4,46 |
| | Median | 17,00 | 14,00 |
| | Spanne | 8 – 20 | 1 – 20 |
| | Gruppe¹ (Mitarbeiter vs. Patienten) | F[1,144] = 8,211; p = 0,005; η ² = 0,054 | |
| | Stationszugehörigkeit¹ (J1 vs. J2) | F[1,144] = 1,814; p = 0,280; η ² = 0,012 | |
| Interaktion¹ (Gruppe*Station) | F[1,144] = 0,291; p = 0,590; η ² = 0,002 | | |
| ZP_Gesamt | Station J1 | | |
| | MW ± SD | 8,65 ± 2,11 | 11,87 ± 4,51 |
| | Median | 8,50 | 12,00 |
| | Spanne | 5 – 13 | 0 – 20 |
| | Station J2 | | |
| | MW ± SD | 10,94 ± 3,09 | 13,46 ± 4,15 |
| | Median | 10,50 | 13,00 |
| | Spanne | 6 – 19 | 4 – 20 |

| | | | |
|--|--|--|---------------|
| | Gruppe¹ (Mitarbeiter vs. Patienten) | F[1,144] = 13,961; p = 0,000; $\eta^2 = 0,088$ | |
| | Stationszugehörigkeit¹ (J1 vs. J2) | F[1,144] = 6,346; p = 0,013; $\eta^2 = 0,042$ | |
| | Interaktion¹ (Gruppe*Station) | F[1,144] = 0,210; p = 0,647; $\eta^2 = 0,001$ | |
| SE_Gesamt | Station J1 | | |
| | MW ± SD | 5,35 ± 3,88 | 9,24 ± 5,05 |
| | Median | 5,00 | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 13 | 0 – 20 |
| | Station J2 | | |
| | MW ± SD | 4,13 ± 2,19 | 9,26 ± 4,72 |
| | Median | 4,00 | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 8 | 0 – 18 |
| | Gruppe¹ (Mitarbeiter vs. Patienten) | F[1,144] = 26,557; p = 0,000; $\eta^2 = 0,156$ | |
| | Stationszugehörigkeit¹ (J1 vs. J2) | F[1,144] = 0,468; p = 0,495; $\eta^2 = 0,003$ | |
| Interaktion¹ (Gruppe*Station) | F[1,144] = 0,511; p = 0,476; $\eta^2 = 0,004$ | | |
| Stationsklima_ Gesamt | Station J1 | | |
| | MW ± SD | 28,15 ± 5,47 | 33,36 ± 10,47 |
| | Median | 27,50 | 34,00 |
| | Spanne | 18 – 37 | 5 – 58 |
| | Station J2 | | |
| | MW ± SD | 30,75 ± 6,04 | 35,63 ± 8,66 |
| | Median | 31,50 | 35,00 |
| | Spanne | 18 – 44 | 11 – 54 |
| | Gruppe² (Mitarbeiter vs. Patienten) | F[1,144] = 8,361; p = 0,004; $\eta^2 = 0,055$ | |

| | | |
|--|---|---|
| | Stationszugehörigkeit² (J1 vs. J2) | F[1,144] = 1,869; p = 0,174; $\eta^2 = 0,013$ |
| | Interaktion² (Gruppe*Station) | F[1,144] = 0,017; p = 0,896; $\eta^2 = 0,000$ |

¹ MANOVA

² ANOVA

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **Station J1:** Mitarbeiter (n = 20), Patienten (n = 55), **Station J2:** Mitarbeiter (n = 16), Patienten (n = 57), **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **MANOVA:** Multivariate Analysis of Variance, **ANOVA:** Analysis of Variance

I. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten

Tabelle 11: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Überbelegung auf Station durch Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Überbelegung auf Station | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|------------------|-------------------------------|---|
| TH_Gesamt | Ja | |
| | MW ± SD | 12,59 ± 4,53 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | Nein | |
| | MW ± SD | 12,60 ± 4,77 |
| | Median | 13,50 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | ANOVA (Ja vs. Nein) | F[1,110] = 0,000; p = 0,991; η ² = 0,000 |
| ZP_Gesamt | Ja | |
| | MW ± SD | 12,87 ± 4,31 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Nein | |
| | MW ± SD | 11,80 ± 4,75 |
| | Median | 12,00 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | ANOVA (Ja vs. Nein) | F[1,110] = 0,976; p = 0,325; η ² = 0,009 |
| SE_Gesamt | Ja | |
| | MW ± SD | 9,66 ± 4,88 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Nein | |
| | MW ± SD | 7,35 ± 4,38 |
| | Median | 8,50 |
| | Spanne | 1 – 15 |

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| | ANOVA (Ja vs. Nein) | F[1,110] = 3,817; p = 0,053; $\eta^2 = 0,034$ |
| Stationsklima_ Gesamt | Ja | |
| | MW \pm SD | 39,68 \pm 11,47 |
| | Median | 40,50 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | Nein | |
| | MW \pm SD | 35,75 \pm 9,98 |
| | Median | 37,00 |
| | Spanne | 12 – 51 |
| | ANOVA (Ja vs. Nein) | F[1,110] = 2,019; p = 0,158; $\eta^2 = 0,018$ |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **Ja:** Patientenzahl > 29, **Nein:** Patientenzahl \leq 29, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

J. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Anzahl der Fixierungen von Patienten

Tabelle 12: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Anzahl der Fixierungen von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Anzahl der Fixierungen ¹ | Patienten_Gesamt (n = 13) |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,052; p = 0,820; η ² = 0,000 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,037; p = 0,847; η ² = 0,000 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,712; p = 0,400; η ² = 0,006 |
| Stationsklima_Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,302; p = 0,584; η ² = 0,003 |

¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

K. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Dauer der Fixierungen von Patienten

Tabelle 13: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 13) in Abhängigkeit der Dauer der Fixierungen von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Dauer der Fixierungen ¹ (Stunden) | Patienten_Gesamt (n = 13) |
|-----------------------------|---|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,046; p = 0,830; η ² = 0,000 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,067; p = 0,796; η ² = 0,001 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,035; p = 0,852; η ² = 0,000 |
| Stationsklima_Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,046; p = 0,830; η ² = 0,000 |

¹ Patienten ohne Fixierung(en) wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

L. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientengeschlechts

Tabelle 14: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientengeschlechts der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Geschlecht | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|------------------|---|---|
| TH_Gesamt | Weiblich | |
| | MW ± SD | 13,10 ± 4,65 |
| | Median | 14,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | Männlich | |
| | MW ± SD | 11,94 ± 4,39 |
| | Median | 12,00 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | ANOVA (Weiblich vs. Männlich) | F[1,110] = 1,791; p = 0,184; η ² = 0,016 |
| ZP_Gesamt | Weiblich | |
| | MW ± SD | 13,16 ± 4,45 |
| | Median | 14,00 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | Männlich | |
| | MW ± SD | 12,06 ± 4,27 |
| | Median | 12,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANOVA (Weiblich vs. Männlich) | F[1,110] = 1,736; p = 0,190; η ² = 0,016 |
| SE_Gesamt | Weiblich | |
| | MW ± SD | 9,00 ± 4,41 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 18 |
| | Männlich | |
| | MW ± SD | 9,57 ± 5,41 |
| | Median | 11,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |

| | | |
|--|---|---|
| | ANOVA (Weiblich vs. Männlich) | F[1,110] = 0,379; p = 0,539; $\eta^2 = 0,003$ |
| Stationsklima_ Gesamt | Weiblich | |
| | MW \pm SD | 39,94 \pm 9,78 |
| | Median | 41,00 |
| | Spanne | 14 – 60 |
| | Männlich | |
| | MW \pm SD | 37,76 \pm 12,95 |
| | Median | 38,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANOVA (Weiblich vs. Männlich) | F[1,110] = 1,032; p = 0,312; $\eta^2 = 0,009$ |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

M. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientenalters

Tabelle 15: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit des Patientenalters der Rheinhausen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Alter (Jahre) | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 9,685; p = 0,002; η ² = 0,081 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 2,789; p = 0,098; η ² = 0,025 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,119; p = 0,731; η ² = 0,001 |
| Stationsklima_ Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 5,205; p = 0,024; η ² = 0,045 |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

N. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 86) in Abhängigkeit der Patientenherkunft

Tabelle 16: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 86) in Abhängigkeit der Patientenherkunft der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Patientenherkunft ¹ | Patienten_Gesamt (n = 86) |
|------------------|--------------------------------------|---|
| TH_Gesamt | Deutsch | |
| | MW ± SD | 12,41 ± 4,66 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 13,07 ± 4,29 |
| | Median | 14,50 |
| | Spanne | 4 – 20 |
| | ANOVA (Deutsch vs. Andere) | F[1,110] = 0,448; p = 0,505; η ² = 0,004 |
| ZP_Gesamt | Deutsch | |
| | MW ± SD | 12,73 ± 4,49 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 12,53 ± 4,18 |
| | Median | 12,50 |
| | Spanne | 4 – 20 |
| | ANOVA (Deutsch vs. Andere) | F[1,110] = 0,045; p = 0,833; η ² = 0,000 |
| SE_Gesamt | Deutsch | |
| | MW ± SD | 9,52 ± 5,15 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 8,50 ± 3,94 |
| | Median | 8,50 |
| | Spanne | 1 – 15 |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| | ANOVA (Deutsch vs. Andere) | F[1,110] = 0,976; p = 0,325; $\eta^2 = 0,009$ |
| Stationsklima_ Gesamt | Deutsch | |
| | MW \pm SD | 39,16 \pm 11,57 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | Andere | |
| | MW \pm SD | 38,50 \pm 10,61 |
| | Median | 41,00 |
| | Spanne | 14 – 54 |
| | ANOVA (Deutsch vs. Andere) | F[1,110] = 0,074; p = 0,786; $\eta^2 = 0,001$ |

¹ Patienten mit unbekannter Herkunft wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **Deutsch:** europäische Herkunft, **Andere:** afrikanische + amerikanische + asiatische Herkunft, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

O. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten

Tabelle 17: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Rechtsgrundlage bei Stationsaufnahme | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|------------------|---|---|
| TH_Gesamt | Freiwillig | |
| | MW ± SD | 13,01 ± 4,43 |
| | Median | 14,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | Unterbringung | |
| | MW ± SD | 8,73 ± 3,93 |
| | Median | 9,00 |
| | Spanne | 4 – 16 |
| | ANOVA (Freiwillig vs. Unterbringung) | F[1,110] = 9,44; p = 0,003; η ² = 0,079 |
| ZP_Gesamt | Freiwillig | |
| | MW ± SD | 12,88 ± 4,16 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | Unterbringung | |
| | MW ± SD | 10,82 ± 6,03 |
| | Median | 12,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANOVA (Freiwillig vs. Unterbringung) | F[1,110] = 2,218; p = 0,139; η ² = 0,020 |
| SE_Gesamt | Freiwillig | |
| | MW ± SD | 9,32 ± 4,78 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Unterbringung | |
| | MW ± SD | 8,64 ± 5,80 |
| | Median | 11,00 |
| | Spanne | 0 – 17 |

| | | |
|--|---|---|
| | ANOVA (Freiwillig vs. Unterbringung) | F[1,110] = 0,193; p = 0,661; $\eta^2 = 0,002$ |
| Stationsklima_ Gesamt | Freiwillig | |
| | MW \pm SD | 39,78 \pm 10,66 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 12 – 66 |
| | Unterbringung | |
| | MW \pm SD | 31,64 \pm 14,49 |
| | Median | 37,00 |
| | Spanne | 5 – 50 |
| | ANOVA (Freiwillig vs. Unterbringung) | F[1,110] = 5,382; p = 0,022; $\eta^2 = 0,047$ |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **Unterbringung:** nach PsychKG + BGB, **PsychKG:** Psychisch-Kranken-Gesetz, **BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

P. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose nach ICD-10-GM der Patienten

Tabelle 18: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Hauptdiagnose nach ICD-10-GM der Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Hauptdiagnose nach ICD-10-GM ¹ | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|---|---|----------------------------|
| TH_Gesamt | F1 | |
| | MW ± SD | 13,94 ± 3,73 |
| | Median | 16,00 |
| | Spanne | 7 – 18 |
| | F2 | |
| | MW ± SD | 12,76 ± 4,88 |
| | Median | 14,50 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | F3 | |
| | MW ± SD | 12,73 ± 3,90 |
| | Median | 12,50 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | Sonstige | |
| | MW ± SD | 11,43 ± 4,97 |
| | Median | 11,50 |
| Spanne | 2 – 20 | |
| ANOVA (F1 vs. F2 vs. F3 vs. Sonstige) | F[3,108] = 1,106; p = 0,350; η ² = 0,030 | |
| ZP_Gesamt | F1 | |
| | MW ± SD | 13,13 ± 3,58 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 5 – 18 |
| | F2 | |
| | MW ± SD | 13,00 ± 4,24 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |

| | | |
|------------------|--|---|
| | F3 | |
| | MW ± SD | 12,08 ± 4,75 |
| | Median | 12,50 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | Sonstige | |
| | MW ± SD | 12,50 ± 4,81 |
| | Median | 12,50 |
| | Spanne | 4 – 20 |
| | ANOVA (F1 vs. F2 vs. F3 vs. Sonstige) | F[3,108] = 0,303; p = 0,823; η ² = 0,008 |
| SE_Gesamt | F1 | |
| | MW ± SD | 11,56 ± 3,85 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 3 – 17 |
| | F2 | |
| | MW ± SD | 9,05 ± 5,44 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 18 |
| | F3 | |
| | MW ± SD | 8,42 ± 4,71 |
| | Median | 8,50 |
| | Spanne | 1 – 17 |
| | Sonstige | |
| | MW ± SD | 9,00 ± 4,41 |
| | Median | 8,50 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANOVA (F1 vs. F2 vs. F3 vs. Sonstige) | F[3,108] = 1,529; p = 0,211; η ² = 0,041 |
| | Stationsklima_ Gesamt | F1 |
| MW ± SD | | 43,88 ± 10,20 |
| Median | | 48,00 |
| Spanne | | 23 – 56 |
| F2 | | |
| MW ± SD | | 39,29 ± 12,68 |
| Median | | 40,50 |
| Spanne | | 5 – 66 |

| | | |
|--|--|---|
| | F3 | |
| | MW ± SD | 37,73 ± 11,18 |
| | Median | 38,00 |
| | Spanne | 12 – 56 |
| | Sonstige | |
| | MW ± SD | 36,89 ± 9,19 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 14 – 54 |
| | ANOVA (F1 vs. F2 vs. F3 vs. Sonstige) | F[3,108] = 1,460; p = 0,230; η ² = 0,039 |

¹ Eine Übersichtstabelle der Hauptklassifikation nach ICD-10-GM ist in Tabelle 1 abgebildet.

ICD-10-GM: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, **TH_Gesamt:** Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **F1:** Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, **F2:** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, **F3:** Affektive Störungen, **Sonstige:** (F0 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8 + F9), **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

Q. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer von Patienten

Tabelle 19: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Aufenthaltsdauer (Tage) | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,052; p = 0,820; η ² = 0,000 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,035; p = 0,852; η ² = 0,000 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,367; p = 0,546; η ² = 0,003 |
| Stationsklima_ Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,416; p = 0,520; η ² = 0,004 |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

R. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Anzahl von Voraufenthalten von Patienten

Tabelle 20: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Anzahl von Voraufenthalten von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Anzahl der Voraufenthalte | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,113; p = 0,738; η ² = 0,001 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,383; p = 0,537; η ² = 0,003 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,890; p = 0,348; η ² = 0,008 |
| Stationsklima_ Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,095; p = 0,759; η ² = 0,001 |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

S. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Weiterbehandlung von Patienten

Tabelle 21: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der Weiterbehandlung von Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | Weiterbehandlung | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|------------------|--|--|
| TH_Gesamt | Niedergelassene Therapie | |
| | MW ± SD | 12,33 ± 4,77 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 13,11 ± 4,08 |
| | Median | 14,00 |
| | Spanne | 2 – 20 |
| | ANOVA (Niedergelassene Therapie vs. Andere) | F[1,110] = 0,716; p = 0,399; η ² = 0,006 |
| ZP_Gesamt | Niedergelassene Therapie | |
| | MW ± SD | 12,67 ± 4,47 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 12,70 ± 4,27 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 4 – 20 |
| | ANOVA (Niedergelassene Therapie vs. Andere) | F[1,110] = 0,002; p = 0,968; η ² = 0,000; |
| SE_Gesamt | Niedergelassene Therapie | |
| | MW ± SD | 8,79 ± 4,85 |
| | Median | 9,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | Andere | |
| | MW ± SD | 10,19 ± 4,81 |
| | Median | 11,00 |
| | Spanne | 0 – 18 |

| | | |
|--|--|---|
| | ANOVA (Niedergelassene Therapie vs. Andere) | F[1,110] = 2,084; p = 0,152; $\eta^2 = 0,019$ |
| Stationsklima_ Gesamt | Niedergelassene Therapie | |
| | MW \pm SD | 38,21 \pm 11,16 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 56 |
| | Andere | |
| | MW \pm SD | 40,54 \pm 11,50 |
| | Median | 41,00 |
| | Spanne | 12 – 66 |
| | ANOVA (Niedergelassene Therapie vs. Andere) | F[1,110] = 1,056; p = 0,306; $\eta^2 = 0,010$ |

TH_Gesamt: Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **Andere:** Psychiatrische Institutsambulanz + Home-Treatment + sonstige (unbekannt, anderes Krankenhaus), **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANOVA:** Analysis of Variance

T. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der CGI-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten

Tabelle 22: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der CGI-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | CGI_Gesamt am Aufnahmetag ¹ | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|----------------------------------|---|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,000; p = 0,984; η ² = 0,000 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,046; p = 0,830; η ² = 0,000 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 2,632; p = 0,108; η ² = 0,023 |
| Stationsklima_ Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,470; p = 0,495; η ² = 0,004 |

¹ Eine schematische Darstellung der deskriptiven Datenanalyse ist Kapitel 3.4.4.2 zu entnehmen.

CGI_Gesamt: Clinical Global Impression-Gesamtpunktzahl, **TH_Gesamt:** Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

U. Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der GAF-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten

Tabelle 23: Auswertung der patientenabhängigen Klimabewertung (n = 112) in Abhängigkeit der GAF-Gesamtpunktzahl am Aufnahmetag der Patienten der Rheinhessen-Fachklinik Alzey im Zeitraum November 2018 – Dezember 2018 sowie Februar 2019 – März 2019

| | GAF_Gesamt am Aufnahmetag¹ | Patienten_Gesamt (n = 112) |
|----------------------------------|--|---|
| TH_Gesamt | MW ± SD | 12,59 ± 4,55 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 1 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,209; p = 0,648; η ² = 0,002 |
| ZP_Gesamt | MW ± SD | 12,68 ± 4,39 |
| | Median | 13,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,550; p = 0,460; η ² = 0,005 |
| SE_Gesamt | MW ± SD | 9,25 ± 4,86 |
| | Median | 10,00 |
| | Spanne | 0 – 20 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 2,545; p = 0,113; η ² = 0,023 |
| Stationsklima_ Gesamt | MW ± SD | 38,98 ± 11,28 |
| | Median | 39,00 |
| | Spanne | 5 – 66 |
| | ANCOVA (Kovariate) | F[1,110] = 0,029; p = 0,866; η ² = 0,000 |

¹ Ein Auswertungsschlüssel der jeweiligen Funktionsniveaus ist in Abbildung 5 einsehbar.

GAF_Gesamt: Global Assessment of Functioning-Gesamtpunktzahl, **TH_Gesamt:** Therapeutischer Halt Gesamtbewertung, **ZP_Gesamt:** Zusammenhalt der Patienten Gesamtbewertung, **SE_Gesamt:** Sicherheitserleben auf Station Gesamtbewertung, **Stationsklima_Gesamt:** Stationsklima Gesamtbewertung, **MW:** Mittelwert, **SD:** Standardabweichung, **ANCOVA:** Analysis of Covariance

9 Danksagung

10 Tabellarischer Lebenslauf

