

## **Teilprojekt 4:**

# **Einfluss von Recovery-Orientierung auf das Ausmaß des Zwangs**

Untersuchung der Auswirkungen Recovery-orientierter Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen auf objektiv und subjektiv erlebten Zwang

## **1. Verantwortliche Leiterinnen und Leiter**

Fr. Dr. Lieselotte Mahler,  
Fr. PD Dr. Christiane Montag,  
Hr. Dr. Alexandre Wullschleger

## **2. Inhaltsverzeichnis**

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
5. Ablauf der Studie
  - 5.1. Studiendesign
  - 5.2. Befragung
  - 5.3. Studienpopulation
  - 5.4. Erfasste Outcome-Parameter
  - 5.5. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
  - 7.1. Quantitative Untersuchung
  - 7.2. Qualitative Untersuchung
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

## **3. Zusammenfassung**

Das Teilprojekt beschäftigt sich mit der Frage des Zusammenhangs zwischen dem Grad der Recovery-Orientierung akutenpsychiatrischer stationärer Behandlungsangebote und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde eine naturalistische Studie mit *mixed-methods* Ansatz durchgeführt.

Zunächst wurden alle Chefärztinnen und -ärzte von psychiatrischen Versorgungskliniken Deutschlands angeschrieben und um Teilnahme an einer Online-Befragung gebeten. Diese Befragung beinhaltete das Ausfüllen des Fragebogens Recovery-Oriented Services Evaluation (ROSE) sowie die Erfassung von Daten bzgl. der jeweiligen Kliniken und der dort durchgeführten Zwangsmaßnahmen. An diesem Teil der Befragung nahmen 28 Chefärztinnen und -ärzte teil. Die kontaktierten Chefärztinnen und -ärzte wurden auch gebeten, Mitarbeitenden der akutenpsychiatrischen Stationen ihrer

Klinik um Teilnahme an einer zweiten Online-Befragung zu benennen. Diese beinhaltete das Ausfüllen des ROSE, eines von unserem Forschungsteam entwickelten Fragebogens zur Erfassung Recovery-fördernder Stationsstrukturen (ERFSS) sowie der Staff Attitude to Coercion Scale (SACS). Es nahmen insgesamt 88 Mitarbeitende an der Befragung teil. Die erfassten Daten wurden mittels einer Korrelationsanalyse ausgewertet. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem ermittelten Grad der Recovery-Orientierung und der Anzahl und Dauer der durchgeführten Zwangsmaßnahmen festgestellt werden. Eine detaillierte Analyse des ERFSS zeigte dennoch, dass trotz eines insgesamt hohen Grad an Recovery-Orientierung in den teilnehmenden Kliniken viele Stationsstrukturen und -abläufe den Standards einer am Konzept der Recovery-orientierten Therapie nicht entsprechen. Es wurden zudem auf Basis der Ergebnisse der Befragung von Chefärztinnen und -ärzten sechs Kliniken ausgewählt, die sehr niedrige und sehr hohe ROSE-Scores aufwiesen. Diese wurden aufgesucht, und es fanden vor Ort jeweils zwei Fokusgruppen statt, eine mit Pat. und eine mit Mitarbeitenden. Die erfassten Daten wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die qualitative Analyse konnte nur bedingt die in der quantitativen Analyse festgestellten Unterschiede im Grad der Recovery-Orientierung bestätigen. Die ausgewerteten Daten weisen eher auf gemeinsame Problembereiche hin, die eine Relevanz für die Vermeidung von Zwang haben, wie z.B. das therapeutische Angebot auf einer geschützten Station. Weitere ausbaufähige Bereiche im stationären Rahmen wie z.B. die Zusammenarbeit mit Angehörigen, der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder die Beschäftigung von Peers wurden identifiziert. Über strukturelle Gegebenheiten hinaus wurde von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung während und nach einer Zwangsmaßnahme, betont. Dies weist darauf hin, dass die Gestaltung einer transparenten und respektvollen Beziehung die Priorität jeder Recovery-orientierten Einrichtung sein sollte, da diese Haltung dauerhaft die Behandlung von Patientinnen und Patienten und die Stationsstrukturen prägt.

#### **4. Ausgangslage**

Aktuell wird im Zuge der Implementierung des Weddinger Modells geprüft, inwiefern der Recovery-Ansatz und die dazugehörigen Haltungs- und Strukturänderungen die Möglichkeit für eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen schaffen können (Czernin et al, in Vorbereitung). Auch das NHS National Quality Board hat auf Kernprinzipien (Erhalt von Würde, Mitgefühl, Autonomie, „choice“) der Patienten-zentrierten Versorgung verwiesen und unterstützt die Stärkung der Patientenmeinungen (MIND, 2011). Das Recovery-Konzept zielt weniger auf die Erreichung des Funktionsniveaus, welches vor Krankheitsausbruch bestand, ab, sondern betont die Wiederherstellung von Selbstdetermination und die Entwicklung eines bedeutungsvollen Lebens (Andresen et al. 2010; Silverstein et al. 2008). In diesem Zusammenhang werden der Wiederaufbau von Selbstwert, positivem Identitätsgefühl und der Kontrolle über die Behandlung und das Leben verstanden (Slade et al. 2014). Xu et al. bestätigten in einer Studie mit 186 Patientinnen und Patienten, dass unabhängig von Alter, Geschlecht, initialen Symptom- und Recovery-Werten Langzeiteffekte auf Recovery durch erhöhten Stigma-Stress messbar sind (Xu et al. 2019). Der negative Einfluss von Zwangsunterbringungen scheint durch die emotionale und kognitive Wahrnehmung von Zwang determiniert. Signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl der bis dato erlebten Zwangsunterbringungen und Selbst-Stigma, Empowerment und Recovery konnten in dieser Arbeit nicht gefunden werden. Dem Einfluss des Grades der Recovery-Orientierung auf den von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen objektiv und subjektiv erlebten Zwang wurde bisher in der Versorgungsforschung wenig Beachtung zugemessen und soll im Rahmen dieses Teilprojektes unter Berücksichtigung der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang beleuchtet werden.

## **5. Ablauf der Studie**

### **5.1. Studiendesign**

Um eine möglichst flächendeckende Erhebung zu erreichen und um Selektionsbias zu vermeiden, darüber hinaus im Hinblick auf die vorhandenen Ressourcen und die Teilnahme mancher Berliner Kliniken an dem TP 7, wurde entschieden, ein modifiziertes Design für die Studie zu entwickeln. So wurde eine bundesweite Internet-basierte Erhebung der Recovery-Orientierung allgemeinpsychiatrischer Stationen geplant. Auf Basis dieser Befragung wurden Kliniken ausgewählt, in denen Gruppeninterviews mit Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden durchgeführt wurden.

### **5.2. Befragung**

Es wurden von der Studienleitung im Juli 2018 bundesweit alle Chefärztinnen und -ärzte psychiatrischer Versorgungsklinken per Email kontaktiert und bis Oktober 2018 zweimalig per Email an die Teilnahme erinnert. Diese wurden angehalten, eine Online-Befragung zur Erhebung von Grundinformationen über die Klinikorganisation und die Einzugsregion sowie über die in den jeweiligen Kliniken in den letzten 12 Monaten durchgeführten Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Des Weiteren war eine Online-Befragung von Mitarbeitenden der Stationen, auf denen Zwangsmaßnahmen stattfinden, zu ausgewählten Struktur- und Prozessmerkmalen vorgesehen. Es wurde angekündigt, dass qualitative Gruppeninterviews mit Patientinnen und Patienten auf 10 bundesweit ausgewählten Stationen geplant sind. Nach Komplettierung der Chefarztbefragung, sollten Mitarbeitende den Fragebogen Recovery-Oriented Services Evaluation (ROSE) und einen von unserem Forschungsteam entwickelten Fragebogen zur Erfassung Recovery-fördernder Stationsstrukturen (ERFSS) ausfüllen. Im Rahmen dieser Online-Befragung wurden auch Daten zur Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang mittels der Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) erhoben. Mitarbeitende wurden auch gebeten, eine Einschätzung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf den jeweiligen Stationen anzugeben. Vorgesehen war die Teilnahme von mindestens 5 Mitarbeitenden pro Station (berufgruppenübergreifend).

### **5.3. Studienpopulation**

Die Onlinebefragung wurde von 28 Chefärztinnen und -ärzten und 88 Mitarbeitenden vollständig ausgefüllt.

Anhand der Gesamt-Scores der ROSE erfolgte die Selektion der 6 aufzusuchenden Kliniken, die den höchsten bzw. geringsten Grad der Recovery Orientierung in der Online-Befragung der Chefärzteinnen und -ärzte erreichten.

Zwei der ausgewählten Kliniken konnten die Durchführungen der Mitarbeitenden- und Patienten-Fokusgruppeninterviews nicht ermöglichen, sodass je eine weitere Klinik kontaktiert wurde, deren ChefarztInbefragung einen ROSE-Score in den o. g. Punktbereichen ergab. Insgesamt wurden 3 Kliniken mit hohen Recovery-Scores (R+) und 3 mit niedrigen Scores (R-) aufgesucht. Die Fokusgruppeninterviews wurden mit Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden der von den Chefärztinnen und -ärzten ausgewählten Stationen nach eigens erstellten Leitfäden durchgeführt. Die Leitfragen der Interviews beziehen sich auf folgende Themenbereiche: Berücksichtigung eigener Wünsche/Bedürfnisse im Behandlungsverlauf, Gestaltung von Therapieplanungen, Erleben von Zwangsmaßnahmen und informellem Zwang, Beurteilung der sozialarbeiterischen Angebote, kultursensible Beratung.

Insgesamt nahmen 16 Patientinnen und Patienten und 28 Mitarbeitende teil. Die geforderte Mindestanzahl von 5 Teilnehmenden pro Interview wurde in Bezug auf die Patientengruppen nicht erreicht. Die Mitarbeitendenbefragungen konnten nicht als Audioaufzeichnung festgehalten werden und wurden während des Interviews verschriftlicht. Die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

#### **5.4. Erfasste Outcome-Parameter**

- Durchgeführte Zwangsmaßnahmen im letzten Jahr
- Anteil der untergebrachten Patientinnen und Patienten
- Informationen über die Klinik: Lage, Bettenanzahl, Flughafen/Bahnhof im Einzugsgebiet
- Grad der Recovery-Orientierung:
  - ROSE
  - ERFSS
- Haltung des Personals zu Zwang:
  - SACS

#### **5.5. Datenauswertung**

Quantitative Untersuchung: IBM PASW Statistics® 25.0. wurde verwendet um statistische Signifikanzen, die bei 2-seitigem  $p < 0.05$  angenommen wurde, zu untersuchen. Zur Testung der Normalverteilung fand aufgrund der geringen Fallzahl der Shapiro-Wilk-Test Anwendung. Die deskriptive Statistik wurde mittels Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten und Standard-Abweichungen abgebildet. Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Recovery-Instrumenten (ERFSS, ROSE), der Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Zwang (SACS) und den Parametern des quantitativen Zwangs (Anzahl und Dauer von Isolierungen/Fixierungen) wurden Spearman-Korrelationen durchgeführt, da die Anzahl/Dauer der Isolierung und die Anzahl der Fixierungen nicht normal verteilt waren.

Qualitative Untersuchung: Die qualitativen Daten wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2010). Die Kodierung der Textstellen und die Kategorienbildung wurde von zwei Mitglieder des Forschungsteams parallel unternommen. Die kodierten Textstellen und die gebildeten Kategorien wurden im zweiten Schritt gemeinsam besprochen und gemeinsam angepasst.

## **6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

Die Entscheidung, ein modifiziertes Design für das Teilprojekt anzuwenden, erforderte eine längere Vorbereitungszeit als initial geplant. Es ergaben sich zudem einige Schwierigkeiten in Bezug auf die erforderliche Genehmigung des Projekts durch die Datenschutzstelle und den Personalrat, die hohe Anforderungen an unser Team stellten. Dies führte ebenfalls zu Verzögerungen im Zeitplan. Das neue Design hatte zum Vorteil, eine bundesweite Erhebung zu ermöglichen. Dennoch mussten wir leider feststellen, dass die Akzeptanz der Studie durch die angeschriebene Chefärztinnen und -ärzte besonders gering war. Dass nur ca. 5% der kontaktierten Kliniken auf unsere Anfrage antworteten, obwohl das neue Design ein sehr vereinfachtes Prozedere beinhaltete, muss als eine besondere Limitierung der Studie betrachtet werden. Dies wirft auch die Frage, wie Kliniken dazu gewonnen werden können, an solchen Projekten teilzunehmen. Dass dieses Thema eine besondere Brisanz hat, kann sicherlich als eine Erklärung für diese sehr geringe Beteiligung genannt werden.

Eine andere Limitierung stellt auch die unbefriedigende Qualität der erfassten Daten über die Zwangsmaßnahmen dar. Oft konnten keine genauen Zahlen von den Chefärztinnen und -ärzten genannt werden, sodass nur Schätzungen zur Verfügung gestellt wurden. Dies zeigt auch wieder, wie wichtig die Erfassung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen und die Verbreitung dieser Zahlen zu wissenschaftlichen Zwecken sind. Dies ist ein besonders politisch relevantes Thema, das dringend Beachtung finden soll.

Trotz dieser Einschränkungen gestaltete sich dennoch die Zusammenarbeit mit den aufgesuchten Kliniken als sehr positiv. Die teilnehmenden Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten gaben uns sehr interessierte und durchaus positive Rückmeldungen. Die durchgeführten Interviews zeigten im Allgemeinen, wie sehr das Thema der Strukturierung und Orientierung der stationären Arbeit eine zentrale Bedeutung hat, insbesondere in Bezug auf Zwangsmaßnahmen.

Obwohl auf Grund dieser Limitierungen die initialen Ziele des Teilprojekts nicht im Ganzen erreicht werden konnten, konnten durch diese Studie einige interessante Aspekte der Recovery-Orientierung und des Umgangs mit Zwangsmaßnahmen im stationären Rahmen erfasst werden.

## **7. Ergebnisse**

### **7.1. Quantitative Untersuchung**

#### Befragung der Chefärztinnen und -ärzte (N=28):

50% der teilnehmenden Kliniken befinden in städtischer Umgebung (N=14) und 39,3% (N=11) der psychiatrischen Einrichtungen weisen keine Flughafen- oder Fernbahnhofsnähe auf. Es beteiligten sich Chefärztinnen und -ärzte aus 3 Universitätskliniken, 11 Fachkrankenhäusern und 14 psych. Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Der Mittelwert der Anzahl stationärer Betten betrug 134 (SD=77,3; N=28), während die Anzahl teilstationärer Betten bei 47,3 (SD=33,1; N=27) lag. Die Anzahl der Fixierungen in einem 12-monatigen Zeitraum wurde von den Chefärztinnen und -ärzten im Mittel mit 156,5 (SD=172,4; N=18), wohingegen bzgl. der Anzahl der Isolierungen lediglich N=6 verwertbare Angaben erreicht wurden (Mittelwert 135,8; SD=190,1). Zwangsmedikation nach BGB kamen in 3 Kliniken nicht, in 10 Kliniken mit bis zu 10 Fällen, in 7 Kliniken mit 10-100 Fällen und in 3 Kliniken mit über 100 Fällen vor. Zwangsmedikation nach PsychKG wurden in 5 Kliniken nicht durchgeführt. In 8 Kliniken wurden bis zu 10 Zwangsmedikationen (PsychKG), in 8 Kliniken 10-100 derartige Fälle und in 2 Kliniken über 100 Fälle angegeben.

Die folgende Tabelle stellt die deskriptive Statistik zu den ROSE-Subskalen dar:

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mittelwert</b>	<b>Std.- Abweichung</b>
<b>ROSE-Total-Score</b>	28	61,00	169,00	123,0714	23,90557
<b>ROSE_Treatment</b>	28	31,00	72,00	57,1786	9,19361
<b>ROSE-Support</b>	28	14,00	44,00	27,4286	7,33550
<b>ROSE-Admin</b>	28	2,00	41,00	19,2857	10,32744
<b>ROSE-Culture</b>	28	13,00	24,00	19,1786	2,98209
<b>Gültige Werte (Listenweise)</b>	28				

#### Befragung der Mitarbeitenden (N=88):

Zusammenfassung struktureller und Prozessmerkmale:

31,8 % der Mitarbeitenden (N=28) gaben an, dass die offene Tür dokumentiert wird. 15 von 88 Mitarbeitende waren der Ansicht, dass Zwangsmaßnahmen nicht standardmäßig dokumentiert werden und 20 Mitarbeitende bejahten das Fehlen der Dokumentation subtiler Zwangsmaßnahmen. Das Stattfinden einer Nachbesprechung von ZM wurde von 9 Mitarbeitende (N=88) negiert, wohingegen 5 Mitarbeitende eine Nachbesprechung lediglich im Team und 27 Mitarbeitende eine Nachbesprechung als gelegentlich in Anwesenheit des von ZM betroffenen Patientinnen und Patienten angaben. 18 Mitarbeitende votierten für das Angebot einer standardisierten und systematischen Nachbesprechung mit Patientinnen und Patienten.

Das Kontaktangebot zu aufsuchenden Teams in der Patientenversorgung wurde von 43 Mitarbeitenden (48,9%), das Vorhalten von STÄB von 33 Mitarbeitenden (37,5%) bejaht. Das Vorhandensein eines flexiblen ambulanten Weiterbehandlungsangebots bestätigten 71 Mitarbeitende (80,7%). Die Möglichkeit der Trialogteilnahme wurde von 41 Mitarbeitenden (46,6%) verneint. Die Verfügbarkeit der Gemeinschaftsräume wurde von 83 Mitarbeitenden als den ganzen Tag gewährleistet angegeben. Das Vorhandensein eines Außenbereichs, den alle Patientinnen und Patienten frei aufsuchen können, bejahten 25 Mitarbeitende, während 11 Mitarbeitende das Fehlen eines Außenbereichs bekundeten. Die Einhaltung von Besuchszeiten wurde von 39 Personalmitgliedern als in Ausnahmen flexibel und am Wochenende vollkommen. Die Arbeit mit einem Bezugspflegesystem wurde von 16 Mitarbeitenden verneint; nur 30 Mitarbeitende gaben an, dass Bezugspflege für alle Patientinnen und Patienten ermöglicht wird. Routinemäßige multiprofessionelle Gesprächsführung wurden von 45 Mitarbeitenden bejaht; jedoch wurde die Therapieplanung nur von 45 Mitarbeitenden als im Beisein der Patientin oder des Patienten angegeben. 58 Mitarbeitende bestätigten die ärztlich geleitete Führung der Oberarzt-Visitengesprächen und 48 Personalmitglieder bejahten das Einladen von Angehörigen zu den Visiten. 41 Mitarbeitende gaben die Möglichkeit der Behandlung ohne Psychopharmakotherapie für alle Patientinnen und Patienten und 43 Mitarbeitende eine durchgehend aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen bzgl. Psychopharmaka an. Das Anbieten von psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurde von 62 Mitarbeitenden und die Beschäftigung von Angehörigen-Peers auf den Stationen von 82 Mitarbeitenden negiert. Die Durchführung von Netzwerkgesprächen wurde von 30 Personalmitgliedern als gelegentlich-regelmäßig eingeschätzt. Eine aktive Unterstützung bei der Ausübung sinnerfüllter Tätigkeiten, auch außerhalb der Station wurde von 28 Mitarbeitenden bejaht.

Die folgende Tabelle veranschaulicht Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der ERFSS-Gesamt-Scores, ROSE-Gesamt-Scores und der Subskalen des SACS gemäß Husum et al. 2008 (Husum et al. 2008).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
SACS-Coercion as offending	88	10,00	26,00	18,1705	3,11548
SACS-Coercion as care	88	10,00	31,00	24,2955	3,91037
SACS-Coercion as treatment	88	3,00	12,00	5,7614	2,37319
Rose-Gesamtscore	88	76,00	233,00	144,1705	37,72533
ERFSS-Gesamtscore	88	39,00	93,00	64,4545	12,08391
Gültige Werte (Listenweise)	88				

Es betätigte sich in Bezug auf den Grad der Recovery-Orientierung, dass die Einschätzung der Mitarbeitenden sich mit der Bewertung der Chefärzte deckte, was lediglich für eine der sechs selektierten Kliniken nicht zutraf (ROSE-Total Mitarbeiter: 148 versus Rose-Total Chefärzte 96). Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass aus zwei der sechs für den qualitativen Studienteil ausgewählten Kliniken keine Mitarbeitendendaten vorlagen. Somit erreichte eine Klinik sowohl gemäß Mitarbeitende-, als auch Chefarztbefragung einen exzellenten Recovery-Grad. In einer weiteren Klinik ergab sich aus beiden Befragungen ein guter Recovery-Grad und in einer Klinik ein Grad der Recovery-Orientierung, der als wesentliche Veränderungen benötigend einzuschätzen ist. Der eigens erstellte ERFSS, der von den Mitarbeitenden auszufüllen war, korreliert signifikant mit dem ROSE-Gesamt-Score und allen Subskalen des ROSE; auch nach Kontrolle für die Bettenanzahl und Flughafen-/Bahnhofsnähe. Lediglich, wenn für Lage der Klinik (städtisch versus ländlich) kontrolliert wird, ergibt sich eine nicht sign. Korrelation zwischen ERFSS-Total und der Subskala ROSE-Organisationskultur. Die Anzahl und Dauer der Isolierungen und Fixierungen als quantitative Zwangsparameter sind nicht sign. mit den Recovery-Instrumenten (ERFSS, ROSE) korreliert, wobei anzumerken ist, dass bei der Anzahl der Isolierungen nur 6 verwertbare Angaben aus der Chefarztbefragung zur Verfügung standen. Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang und den quantitativen Zwangsparametern bestätigt werden. Die Anzahl der Fixierungen korreliert zwar signifikant mit der SACS-Subskala „Coercion as offending“; jedoch bleibt dieser Effekt nach Kontrolle der o. g. Parameter (Bettenanzahl, Lage der Klinik) nicht erhalten.

## 7.2. Qualitative Untersuchung

### a.) Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Gestaltung der Behandlung:

Die Interviews mit Mitarbeitenden zeigten, dass Kliniken mit einem niedrigen Grad an Recovery-Orientierung tendenziell weniger Möglichkeiten der Mitbestimmung des Therapieprogramms und der Berücksichtigung von Wünschen bieten:

- *Wünsche von Pat. sind schwierig. Es gibt Vorgaben, was wir haben. Die Therapieplanung ist im Team ohne Patienten. (R-)*
- *Therapieplan werde an Tag 1 nach Aufnahme erstellt, dabei würden Vorerfahrungen des Pat. mit Therapieprogramm berücksichtigt, BHK sei systemisch orientiert und das Team würde vor dem Pat. reflektieren (R+)*

Über diese Tendenz hinaus ist es aber zu bemerken, dass auch Kliniken mit einem niedrigen Recovery-Score durchaus Wert auf Flexibilität legen:

- *Es sind fest strukturierte Gruppenangebote vorhanden und Spaziergänge nach Patientenwunsch (Achtsamkeitsbasiert, Naturerleben, Fokus Straßenverkehrsteilnahme) und ein flexibles Ergotherapieangebot 1x/Woche. Es gibt Entscheidungsfreiheit bzgl. der Teilnahme. Man kann auch hingehen und gar nichts tun. (R-)*

Bestimmte Grenzen der Mitbestimmungsmöglichkeiten wurden in fast allen aufgesuchten Kliniken und unabhängig von dem Grad der Recovery-Orientierung genannt: Erstens sind Angebote für untergebrachte Patientinnen und Patienten ausbaufähig, insbesondere wenn die Therapieräume nicht direkt auf Station; zweitens gibt es wenig Spielraum in Bezug auf Patientinnen und Patienten, deren Symptomatik eine zuverlässige Gruppenteilnahme nicht ermöglicht.

Patientinnen und Patienten berichteten durchaus, dass Sie wenig Möglichkeiten der Mitbestimmung in der Gestaltung der Behandlung und des Therapieplans sehen, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung:

- *Man denkt, man kriegt seinen eigenen Therapieplan und dann vertraut man auch schon... über welche Sachen jetzt dazu gehören, um die Gesundheit zu fördern oder die Persönlichkeit zu stärken, keine Ahnung. Da verlasse ich mich z. B. auf den Plan. (R+)*
- *Da ist so eine feste Planung und denen muss jeder Patient also mitgehen, also mitmachen. Wie soll ich sagen, ich kann nicht viel sagen zu der Therapieplanung (R-)*

Pat. berichteten dennoch von einer gewissen Freiheit innerhalb der verschiedenen Therapien, z.B. bei der Ergotherapie:

- *Das ist ja hier, das war damals schon ganz voll mit der Therapie und in der Ergotherapie konnte man sich aussuchen, was man machen möchte. Vor allen Dingen was ganz wichtig ist, da kann man verschiedene Sachen ausprobieren, ob es einem liegt, ob man das machen möchte oder nicht. In den Ergotherapien oder Haustherapien hat man immer mit dem Therapeuten selber Kontakt, ja, das war schon okay. (R+)*

b.) Gesprächsangebot:

Mitarbeitende aller Kliniken beschrieben einen hohen Bedarf an Gespräche seitens der Patientinnen und Patienten, dem sie nicht immer gerecht werden können. Die Rolle des Pflegepersonals und anderer Berufsgruppen, wie z. B. der Seelsorge, wurde betont.

Mitarbeitende betonten auch, dass Personalressourcen vordergründig der limitierende Faktor hinsichtlich des Gesprächsangebot sind. Sowohl Personalmangel als auch die Bindung von Ressourcen durch engmaschige Betreuung und Kriseninterventionen bei schwerstkranken Patientinnen und Patienten wurde hierbei genannt. Darüber hinaus wurde auch betont, dass der Gesprächsbedarf von Patientinnen und Patienten, die besonders zurückhaltend sind, unter Umständen wenig berücksichtigt wird.

Fast alle Pat. erlebten das Gesprächsangebot als ungenügend:

- *Es geht, ist okay. Aber es ist auch auf eigenen Wunsch ja? (Patientin 1): Ich glaube, hier ist Personalmangel. (Patientin 2): Und sie sind sehr beschäftigt. (Patientin 1): Aber die schaffen nicht, alles schnell schnell. (R+)*
- *Nur wenn man von alleine die Ärzte anspricht... (R-)*
- *Das hätte ich auch gedacht, dass da mehr Gespräche stattfinden, gerade so zum Anfang, wo man ja ein bisschen verwirrt war. (R+)*

c.) Therapieangebot:

Patientinnen und Patienten bewerteten das vorhandene Therapieangebot in der Mehrheit als ungenügend. Sie äußerten auch einen großen Bedarf an Ablenkung und Beschäftigung:

- *Das war viel zu wenig Beschäftigung. Am Anfang war es gut und dann ist man nicht in der Lage was zu tun. Aber dann z. B. möchte ich diese Kurse Ergotherapie oder vielleicht ein bisschen mehr Bewegung z. B. Schwimmbad oder so was. Also es gibt verschiedene Patienten,*



*die verschiedene Sachen mögen und das dauert hier ein bisschen zu kurz an, wahrscheinlich zu wenig Angebote. Die Angebote sind da aber vielleicht wenn es besser wäre, dass man das öfter und länger machen kann. (R+)*

- *Also diese Gespräche müssten mindesten 1-2 Mal in der Woche sein, z. B. diese Psychoedukation und die anderen Sachen. Hier ist viel zu wenig angeboten. (R+)*
- *Und man nimmt auch sehr zu, weil man hatte den ganzen Tag nichts zu tun, also außer den Therapien, die stattfinden, aber sie füllen den Tag auch nicht ganz aus und dann isst man vermehrt. (R-)*

Patientinnen und Patienten begrüßten dennoch Gruppentherapien und Therapieansätze, die Alltagsfähigkeiten fördern:

- *Ich fand es gut, wenn man mit Skills arbeitet, also so Fähigkeiten, die man hat und dann die müssen mehr fördern von denen. (R-)*
- *ich dachte, ich würde keine Gruppentherapie, lieber einzeln, aber dann habe ich meine Meinung geändert und dann wollte ich viel lieber diese Gruppentherapie, sie haben mir viel mehr gebracht und ich habe es gesehen in den Patienten auch. Sogar die Psychologin, die das meistens geführt hat, für sie war das auch immer, also sie war reicher dadurch, in Erfahrung, im Umgang mit den Patienten usw. (R+)*

d.) Umgang mit Stations- und Ausgangsregeln:

In Kliniken mit einem niedrigen Grad an Recovery-Orientierung wurde deutlich, dass sowohl Stations- als auch Ausgangsregeln meistens wenig flexibel gehandhabt werden:

- *Ausgänge werden im Team am Donnerstag ohne Pat. eingeschätzt. (R-)*
- *Besuch ist nur im Aufenthaltsraum zugelassen. Bei älteren Pat. sind die Besuchszeiten lockerer, werden aber generell eingehalten. (R-)*
- *3x15 min zu Beginn, 2x2h, 2x30 min, feste Schemata aus Gewohnheit. (R-)*

Dahingegen wird in den Kliniken mit einem höheren Grad der Recovery-Orientierung Wert auf Flexibilität und Individualisierung gelegt:

- *Regeln können z. T. deeskalierend außer Kraft gesetzt werden. (R+)*
- *[Ausgangsregelung] wird immer neu verhandelt und hat eine rasche Dynamik, je nach Patientengruppen. Es wird nicht zu starr gehalten. (R+)*

Dennoch waren begleitete Ausgänge in allen der aufgesuchten Kliniken Teil der Alltagspraxis.

Patientinnen und Patienten berichteten, dass eingeschränkte Ausgänge eine Belastung darstellen. Die Festlegung der Regelung wurde in mehreren Kliniken als einen Abspracheprozess beschrieben. Dennoch äußerten Pat. in einer der R- Kliniken den Eindruck, dass Ausgänge „erarbeitet“ werden sollen:

- *Also es fängt an, also es wird geregelt, meistens wird es besprochen, also Ausgänge muss man sich schon erarbeiten, habe ich so mitbekommen. Man muss sich therapieren lassen.... (R-)*
- *Man muss zum Pflegepersonal halt aufmerksam entgegenreten. Also als ich die Küche abgeräumt habe, durfte ich raus, irgendsowas. (R-)*

e.) Visiten:

In allen der aufgesuchten Kliniken werden die Visiten multiprofessionell gestaltet, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung.

- *Teilnehmer sind der Oberarzt bzw. Chefarzt 1x/Woche, alle Therapeuten, Stationsarzt. (R-)*
- *Von 10.-11.30 Uhr (Kommentar SD: ggf. 13.30 Uhr) findet sie im Visitenraum statt. Es sind mind. 1 Pflegekraft, Oberarzt, 1-2 Stationsärzte, die alle 16 Pat. kennen sollten, anwesend. Sozialdienst, PIA. (R-)*
- *Zuerst werden die Suchtpatienten in den Raum gebeten. Anwesend sind ärztl. und psychologische Therapeuten, Chefarzt, Oberarzt, Sozialpädagoge, der auch eine Motivationsgruppe bei der Entgiftung anbietet, 1-2 Pflegekräfte. Die Pat. werden einzeln reingebeten. Wünsche und Ziele der Behandlung sowie Probleme werden besprochen, Perspektiven angeregt; Übergangseinrichtung, Seniorenheim, Reha. Der Tenor ist motivationale Unterstützung. (R+)*

In einer Klinik wurde die klassische Visite zugunsten von Behandlungskonferenzen abgeschafft. Es ist auch zu bemerken, dass unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung die Therapieplanung oft in Abwesenheit der Pat. erfolgt.

Patientinnen und Patienten beschrieben Visiten zum Teil auf Grund der hohen Teilnehmeranzahl als belastend:

- *Man ist ein bisschen überrascht, wie viele drin sitzen im Raum. Manchmal sind es nur 2, manchmal ist ein bisschen verwirrend mit verschiedenen Ärzten und Medikamenten. (R+)*
- *Also, die Visiten waren okay, obwohl ich mich damals ziemlich belagert fühlte, immer in der Akutsituation, weil da sind viele Menschen dabei und es ist schon immer voll. Dann hat man sowieso Hemmung, irgendwas zu sagen und dann sagt man lieber gar nichts oder stimmt irgendwas zu. Aber ich fühle mich da immer völlig überlagert, also da sind 7 Leute drin oder so, und wenn die von mir irgendwas erwarten, das ist erst mal ganz schön eng. (R+)*

In den R+ Kliniken wurden dennoch Visiten als unterstützend und hilfreich beschrieben:

- *Ich habe es nicht so richtig durchschauen können, aber die Behandlungskonferenzen, die waren eigentlich immer zum Großteil klärend, auch was die Perspektive angeht, die man dann hat. Jetzt habe ich mich nicht richtig ausgedrückt; es war schon immer zukunftsprägend, -weisend; also jedenfalls zukunftsgestaltend. (R+)*

Dahingegen wurden Visiten in einer der R- Kliniken eher als wenig partizipativ beschrieben:

- *Man wird beobachtet, dann setzen sie sich zusammen und beurteilen, wie es einem geht. Und das kommt in der Visite zum Tragen (R-)*

f.) Beziehung zum Personal:

Patientinnen und Patienten berichteten in der Mehrheit von einer vertrauensvollen Beziehung zum Personal. Das Gefühl, in die Therapie einbezogen zu werden, ernst genommen werden und Ehrlichkeit

seitens des Personals zu spüren, wurden dabei als wichtige Faktoren genannt. Einige Pat. äußerten zudem den Wunsch nach mehr Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Wünsche, und mehr Zuwendung vom Personal, gerade in der Akutphase oder beim ersten Aufenthalt.

g.) Umgang mit Zwang:

Alle befragten Mitarbeitende konnten genauen standardisierten Abläufe für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen beschreiben und betonten auch die Rolle deeskalativer Maßnahmen wie z. B. Ausgänge. Darüber hinaus wurde in vielen der aufgesuchten Kliniken besonderen Wert auf die Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen Patientinnen/Patienten und Team während der ZM gelegt:

- *Die Pat. werden bei Fix. nicht allein gelassen. Wir erhalten die Rückmeldung von Pat., dass ihnen die 1:1 gut tut. Manchmal wird es auch klar abgelehnt. (R-)*
- *Der Pat. kommt ins Intensivzimmer bei Fixierungen und wird kontinuierlich im deeskalierenden Gesprächskontakt gehalten. (R+)*

In einer Klinik wurden vor einiger Zeit 1:1 Betreuungskräfte eingestellt, die intensive Betreuungssituationen übernehmen und diesen kontinuierlichen Kontakt gewährleisten. Diese werden als sehr hilfreich in der Vermeidung von ZM gesehen. Der Stellenwert ethischer Fallvorstellungen und Supervisionen wurde dort auch in Bezug auf Zwang betont.

In zwei Kliniken mit einem hohen Recovery-Grad wurden spezifische Nachsorgeinterventionen für angegriffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genannt.

In einer der R+ Kliniken wurde erwähnt, dass die Statistik bzgl. der durchgeführten ZM in der Klinik regelmäßig mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besprochen werden.

h.) Nachbesprechung:

Nachbesprechungen wurden einerseits als wichtiges Werkzeug und Intervention genannt. Andererseits wurde in vielen Kliniken, selbst in denen mit einem hohen Grad der Recovery-Orientierung, beschrieben, dass diese zu selten stattfinden. Widerstände seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Patientinnen und Patienten sowie der zeitliche Aufwand wurden als Erklärungen dafür genannt.

Patientinnen und Patienten gaben oft in ähnlicher Weise an, keine NB erhalten zu haben. Die Wenigen, die eine hatten, beschrieben eher ein informelles Gespräch.

i.) Umgang mit Medikation:

Was den Umgang mit der Medikation angeht, wurde in den R+ Kliniken in den Mitarbeitenden-Interviews öfter den Fokus auf die Selbstwirksamkeit und die Mitbestimmungsmöglichkeiten gesetzt. In diesen Kliniken wurde auch das Absetzen der Medikation als mögliches Ziel genannt.

Patientinnen und Patienten äußerten zu diesem Thema gemischte Meinungen. Einerseits wurde in einer der R+ Kliniken von Patientinnen und Patienten berichtet, dass deren Erfahrung bzw. Meinung berücksichtigt wurde:

- *Also uns ist erklärt worden, wir haben sogar Material zum Lesen und zu unterscheiden, ob wir vielleicht andere Medizin nehmen wollen, also versuchen z. B. mit etwas anderes... also in den Visiten über Nebenwirkungen und aber wenn das nicht hilft, dann vielleicht denn das... ist ja*

*klar, keiner weiß sofort, was einem hilft. Also ich finde, dass sie sich Mühe geben und man gut aufgehoben ist und ich habe Vertrauen an die Ärztin, sie ist für mich ein total lieber Mensch und sie macht ihren Job. (R+)*

Andererseits wurde auch gesagt, dass Wünsche bzgl. der Medikation nur begrenzt eingebracht werden konnten:

- *Es wurde eigentlich gar nicht berücksichtigt, also sie sind ja alle hoch dosiert und dieses radikale Fixieren und dann gleich auf das Medikament setzen in der hohen Dosis; also habe ich auch nachts eingenässt. (R+)*
- *Meine Antwort steht im Raum. Ob die akzeptiert wird oder nicht, das ist ja meine Antwort. Aber Vorschläge kann man unterbreiten. Man hat ein geringes Mitspracherecht, was die Medikation angeht (R-)*

j.) Angehörigen:

Obwohl Mitarbeitende aller Kliniken angaben, mit Angehörigen regelmäßig Kontakt aufzunehmen, schien diese Kontaktaufnahme in den R- Kliniken sich eher auf Informationssammlung zu fokussieren, wobei in R+ spezielle Angebote für Angehörige wie z. B. Peer-Beratung oder Gruppen erwähnt wurden.

- *Selten werden Angehörige in die Visite genommen, da dies zu lange dauert. (R-)*
- *Sie sind uns sehr willkommen, auch um die Gesundheit einzuschätzen, Ziele abstecken. Ist eine Vollremission zu erwarten? Sie können Defizite in der Lebensführung aufzeigen, die Reintegration in den Alltag unterstützen (R-)*
- *der Dialog findet regelmäßig außerhalb des Krankenhauses statt. [...] Häufig haben wir Helferkonferenzen, zu denen aktiv eingeladen wird. (R+)*
- *Angehörigen-Gespräche werden individuell angeboten (R+)*
- *Unsere Ergotherapeutin hat auch eine Angehörigengruppe, die sie extern anbietet. (R+)*

Rooming-in wurde in 3 Kliniken angeboten, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung. Das Angebot wird laut Angaben der Mitarbeitende selten in Anspruch genommen.

Zu diesem Thema berichteten Pat. von sehr unterschiedlichen Erfahrungen im Umgang mit deren Angehörigen, die nicht zum Grad der Recovery-Orientierung eindeutig einzuordnen sind. Einige fühlten sich in dieser Hinsicht gut aufgehoben, wobei andere Pat. den Umgang als ungenügend bzw. bedrängend erlebten. Pat. merkten auch an, dass Angehörigen mehr Hilfe bzw. Unterstützung angeboten werden sollte.

k.) Peers:

Peers werden in allen R+ Kliniken eingestellt, im Gegenteil zu den R- Kliniken. In einer Klinik arbeitet auch eine Angehörigen-Peer.

l.) Kultursensible Aspekte der Behandlung:

Die Berücksichtigung von kulturellen Besonderheiten, wie z.B. Essenswünsche, wurde in fast allen Kliniken als begrenzt beschrieben. Das Fortbildungsangebot zu dem Thema wurde auch als ausbaufähig beschrieben.

m.) Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern:

Was der Umgang mit Fremdsprachen angeht, wurde analog zu kultursensiblen Aspekten die Einstellung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern als mangelhaft gesehen, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung.

- *Die Telefondolmetscher wurden nach 4 Wochen wieder gecancelt; vermutlich zu teuer. Es gibt aber viele Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen. (R-)*
- *Die Inanspruchnahme von Dolmetschern ist schwierig. Im Konsildienst in der Hochzeit der Asylsuchenden hat es mit den I-Pad vermittelten Dolmetschern nicht gut funktioniert. Hochqualifizierte Dolmetscher sind zu teuer. Wir können max. 25-30 Euro pro Stunde beanspruchen, weswegen wir die hochqualifizierten Dolmetscher nicht mehr anfragen und müssen auf Mitarbeiter mit Sprachkenntnissen zurückgreifen. (R+)*

## **8. Diskussion**

Die durchgeführte Studie konnte zum ersten Mal eine Übersicht über Aspekte von Recovery-Orientierung an deutschen psychiatrischen Versorgungskliniken liefern. Diese zeigte, wie unterschiedlich geprägt diese Orientierung in Kliniken ist. Es ist aber anzumerken, dass der durchschnittliche ROSE-Wert unter den teilnehmenden Kliniken durchaus sehr hoch ist. Ob es sich hier um ein Selektionsbias handelt, dadurch dass Kliniken, die freiwillig an der Studie teilnahmen, vermutlich eher Recovery-orientiert arbeiten, oder ob diese Zahl die breite Realität der stationären psychiatrischen Versorgung widerspiegelt, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Dennoch kann postuliert werden, dass Prinzipien der Recovery-Orientierung den Weg in die psychiatrische Klinik gefunden haben.

Die nähere Betrachtung verschiedener konkreter Recovery-Merkmale mittels des ERFSS, der gut mit dem ROSE korrelierte, wies dennoch auf bestimmte Bereiche hin, die im Sinne der Recovery-Orientierung von psychiatrischen Einrichtungen ausbaufähig sind, wie z. B. psychotherapeutische und multiprofessionelle Gesprächsangebote, der Einbezug der Pat. in die Therapieplanung und Entscheidungsfindung über anzuwendende Psychopharmaka oder der flexible Umgang mit Stationsregeln. Dies zeigt deutlich, dass die konkrete Umsetzung einer Recovery-Orientierung noch weiterer Schritte und Bemühungen bedarf, die sicherlich nur unter enger Einbeziehung aller Akteure des psychiatrischen Hilfesystems zu erreichen sind.

Die Diskrepanzen zwischen den Kliniken konnten nur bedingt im Rahmen der qualitativen Untersuchung bestätigt werden. Der Vergleich von Kliniken mit einem hohen und einem geringen Grad der Recovery-Orientierung zeigte zwar einige Unterschiede zwischen den Kliniken, insbesondere was den flexiblen Umgang mit Regeln, das Vorhalten spezieller Angebote für Angehörige, die Einbeziehung von Peers oder die Gestaltung von Visiten angeht. Dennoch wurde in dieser Analyse deutlich, wie sehr alle Kliniken auf ähnliche Grenzen stoßen, unabhängig vom Grad ihrer Recovery-Orientierung: So wurde mehrfach erwähnt, wie ungenügend das therapeutische Angebot zum Teil erlebt wird, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die untergebracht sind bzw. die Station nicht verlassen dürfen. Diese Patientengruppe wie auch Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden akuten Symptomen scheinen wenig Möglichkeiten einer sinnvollen Beschäftigung auf der Station zu haben. Patientinnen und Patienten wünschen sich darüber hinaus auch Therapien, die ihre Alltagskompetenzen fordern und sie auf die Zeit nach der Klinik vorbereiten. In ähnlicher Weise wurde auch erwähnt, wie unbefriedigend das Angebot an therapeutischen Gesprächen ist, vor allem bei bestimmten Patientengruppen, die sich entweder keine Gespräche aktiv einfordern können, oder auf Grund der Akuität ihrer Erkrankung nicht von Therapeutinnen und Therapeuten aufgesucht werden.

Was der Umgang mit Zwang und ZM angeht, konnten ebenfalls nur in begrenztem Umfang Unterschiede zwischen den Kliniken festgestellt werden. Erwähnenswert ist aber, dass Nachbesprechungen (NB) scheinbar nur selten durchgeführt werden. Dabei besteht eine Diskrepanz zwischen den quantitativen und qualitativen Daten, die auf eine eher seltene Umsetzung der NB aufweisen. Unsere Erfahrung mit der NB zeigt, diese Diskrepanz meistens an der Definition der NB liegt, wobei manche Mitarbeitende darunter eine teaminterne NB oder eine informelle NB unmittelbar nach der ZM verstehen, welche betroffene Pat. oft nicht als solche wahrnehmen bzw. an denen sie nicht beteiligt werden. Was die anderen Aspekte der Anwendung von Zwang betrifft, wurde der Wert eines engmaschigen Kontakts und Betreuung während ZM, z. B. durch den Einsatz von 1:1 Betreuung betont, was sich mit Aussagen von Pat. deckt. Ein offenerer Umgang mit Statistiken über angewandte ZM scheint auch ein Merkmal Recovery-orientierter Kliniken zu sein und zeugt von einer vorhandenen Bereitschaft, sich diesem Problem zu stellen.

Ein anderer verbesserungsbedürftige Bereich stellt der Umgang mit Patientinnen und Patienten, die eine Fremdsprache sprechen bzw. bestimmte kulturelle Merkmalen aufweisen, dar. Es musste leider festgestellt werden, dass der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern weiterhin sehr selten ist. Ebenso wurde mehrfach erwähnt, dass kulturelle Besonderheiten wie z. B. Essenswünsche, nur begrenzt Berücksichtigung finden und dass es kaum Fortbildung zum Thema kultursensible Behandlung gibt. Diese Situation stellt insbesondere in urbanen psychiatrischen Kliniken, die viele Pat. mit Migrationshintergrund behandeln, eine besondere Herausforderung und Mangel dar, insbesondere was deren aktive Beteiligung an der Gestaltung der Therapie und die Berücksichtigung von kulturspezifischen Wünschen und Präferenzen angeht.

Ferner wurde in den Fokusgruppen deutlich, wie viel Wert Patientinnen und Patienten auf eine vertrauens- und respektvolle therapeutische Beziehung legen. Das Gefühl, an Entscheidungen beteiligt zu werden, wurde dabei als ein wichtiger Faktor erwähnt. Die durchgeführten Interviews zeigen, wie hilfreich Patientinnen und Patienten Situationen wahrnehmen, in denen sie Zuwendung und Respekt spüren, z. B. während entsprechend gestalteten Visiten oder Therapieplanungen. Es muss also betont werden, wie unverzichtbar der Fokus auf die Qualität der Beziehung ist. Zur Gestaltung dieser scheint die (psychotherapeutische) Haltung des Personals bei ausreichender Personalbesetzung ein zentraler Faktor zu sein. Es ist allerdings zu vermuten, dass über strukturelle Faktoren hinaus die Haltung eine entscheidende Rolle in der Wirksamkeit stationärer Behandlungen und deren Wahrnehmung durch die Patientinnen und Patienten spielt. Umgekehrt kann postuliert werden, dass Haltung auch Strukturen prägt. Diese Ergebnisse sollen Stationen und Professionelle ermutigen, in der akutpsychiatrischen Arbeit weiterhin den Aufbau und die Qualität der therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt zu stellen, wobei psychotherapeutische Kenntnisse und Haltungen über die Berufsgruppen hinweg gefördert werden müssen.

Stärke dieser Studie sind ihr *mixed-methods* Design, das ermöglichte, einige Aspekte der Recovery-Orientierung sowohl quantitativ als auch qualitativ zu beleuchten. Dabei wurde klar, dass die Ergebnisse dieser beiden Studienansätze sich zum Teil deutlich unterscheiden. Dies soll ein Ansporn zur weiteren Einbeziehung qualitativer Forschungsansätze sein, insbesondere zur Untersuchung komplexer institutioneller Settings wie psychiatrischer Stationen. Die kombinierte Befragung von Pat. und Mitarbeitenden stellt auch eine Stärke der Studie dar, da diese sich ergänzenden Perspektiven eine umfassendere Betrachtung dieses Themas ermöglichen.

Was die Limitierungen der Studie angeht, war es leider auf Grund der teilweise sehr mangelhaften Angaben zu durchgeführten ZM sowie einer sehr geringen Teilnahme der angeschriebenen Kliniken nicht möglich, abschließende Aussagen zur Frage, inwiefern der Grad der Recovery-

Orientierung mit der Anzahl von ZM assoziiert ist, zu treffen. Die angewandte Rekrutierungsstrategie, obwohl sie theoretisch eine flächendeckende Erhebung ermöglicht hätte, konnte also nicht ausreichend die angeschriebenen Kliniken erreichen. Unsicherheiten in Bezug auf Online-Befragungen und die alleinige Kontaktaufnahme über Chefärztinnen und -ärzte spielten sicherlich dabei eine Rolle. Dennoch ist auch anzunehmen, dass das Thema auf Widerstände gestoßen ist, insbesondere was das Preisgeben von quantitativen Informationen über Zwangsmaßnahmen und spezifische stationäre Abläufe angeht.

Dies zeigt, wie unausweichlich eine verpflichtende, standardisierte und öffentlich zugängliche quantitative Dokumentation von ZM ist – nicht nur, um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema zu ermöglichen - sondern auch, um sinnvolle Motivationsstrukturen und einen offenen Diskurs herzustellen, damit das Ziel einer Beschränkung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen auf ein Mindestmaß in Zukunft wirklich Umsetzung finden kann.

## **9. Genderaspekte**

Genderaspekte wurden berücksichtigt, indem darauf geachtet wurde, dass Frauen und Männer unter der untersuchten qualitativen Stichprobe repräsentiert sind. Interessanterweise muss angemerkt werden, dass unter den Chefärztinnen und -ärzten, die sich an der Studie beteiligten, Frauen überrepräsentiert waren.

## **10. Veröffentlichungen und Vorträge**

- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem (A. Wullschlegler)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Wie können Gewalt und Aggressionen auf Stationen effektiv reduziert werden? Ein Überblick aus Forschung und Praxis (A. Wullschlegler)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Acute psychiatry: recovery orientated structures and attitudes reduce aggression and coercion (L. Mahler)

## **11. Empfehlungen**

- (1) In jeder Phase der Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, muss der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Gerade während und nach einer Zwangsmaßnahme soll eine intensive (während der ZM lückenlose) therapeutische Begleitung und nicht lediglich eine (Sicht-) Kontrolle oder Überwachung stattfinden. Diese kann nicht an externe Kräfte delegiert werden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Vertrauenspersonen soll intensiviert werden. Kontakte mit Angehörigen und Informationsvermittlung sollen immer dialogisch und für die betroffenen Patientinnen und Patienten transparent gestaltet werden. Dies wird von Patientinnen und Patienten gefordert und aktuell oft als Mangel erlebt. Dabei soll auch die eigene Belastung der Angehörigen berücksichtigt werden.

- (3) Es soll ein umfassendes, vielfältiges Therapieangebot für untergebrachte Patientinnen und Patienten bzw. Patientinnen und Patienten, die die Station nicht verlassen dürfen, vorhanden sein. Langweile und Unterforderung können zu vermehrter Aggression und Zwang führen. Dabei soll das therapeutische Milieu die Selbstregulationsmöglichkeiten und Ressourcen der Betroffenen unterstützen und diese auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereiten.
- (4) Die Teilnahme an Therapien soll flexibel und bedürfnisangepasst gestaltet werden. Die Erstellung des Therapieplans sowie die Festlegung der Behandlungsziele soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erfolgen.
- (5) Es sollen regelmäßige, verbindliche Einzelgespräche angeboten werden, unabhängig von der Akuität der Erkrankung.
- (6) Visiten sollen als multiprofessionelle, ergebnis-offene, reflektierende Prozesse gestaltet werden.
- (7) Patientinnen und Patienten sollen in die Entscheidungsfindung über medikamentöse Therapien konsequent einbezogen werden. Entscheidungen diesbzgl. sollen transparent kommuniziert werden.
- (8) Stationsregeln sollen flexibel gehandhabt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regeln soll regelmäßig hinterfragt werden. Ein zu starres Reglementarium führt zu Frustration und kann Aggression und darauffolgende Zwangsmaßnahmen potenzieren.
- (9) Interkulturelle Angebote und die Berücksichtigung individueller kultureller und religiöser Gewohnheiten sollen entwickelt werden. Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern soll gewährleistet werden.

## **12. Referenzen**

- Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., Mahler, L. (2019). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzeptes „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* (in Bearbeitung)
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry research*, 177(3), 309-317.
- MIND (The National Association for Mental Health). (2011). *Listening to experience: An independent inquiry into acute and crisis mental healthcare*. London, UK: MIND.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical psychology review*, 28(7), 1108-1124.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.



- Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Müller, M., Mayer, B., Rössler, W., Rüsch, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 458-465.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.