

# Das soziale und therapeutische Klima auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie und des Maßregelvollzugs unter Berücksichtigung der objektiven Rahmenbedingungen

Projektleiter: Dr. Norbert Schalast

## Ausführliches Exposé

### Stand der Forschung und Vorarbeiten

#### Beurteilung des Milieus psychiatrischer Stationen

In der Zeit der Psychiatriereform, als die damaligen großen und gemeindefernen psychiatrischen Anstalten Gegenstand einer kritischen öffentlichen Debatte waren und eine nachhaltige Reformierung des psychiatrischen Versorgungssystems einsetzte, war auch das soziale Klima psychiatrischer Stationen ein wichtiges Thema empirischer Forschungstätigkeit (Moos 1974, Groeneveld & Ellinghaus 1980, Engel et al. 1983). In späteren Jahrzehnten ist dieser Aspekt eines Behandlungssettings eher in den Hintergrund des wissenschaftlichen Interesses getreten. Spricht man jedoch mit Vertretern der Praxis, so messen diese eben dieser Qualität des Milieus, dem sozialen oder therapeutischen Klima einer Station, eine unverändert hohe Bedeutung bei.

In der internationalen Forschung zum sozialen Klima spielten viele Jahre die von Rudolf H. Moos publizierten Beurteilungsinstrumente eine dominierende Rolle, von denen die „Ward Atmosphere Scale“ (Moos & Houts 1968) das bekannteste ist. Die WAS liegt auch in einer deutschen Version, dem „Stationsbeurteilungsbogen“ (Engel et al. 1983), vor. Anknüpfend an die Theorie des sozialen Bedürfnisdrucks von Murray (1938) postulierte Moos (1974) zehn Bedürfnis- bzw. Klimaaspekte, die sich drei Grunddimensionen zuordnen lassen. Die WAS wurde als Instrument zur Einschätzung dieser Bedürfnis- bzw. Klimaaspekte entwickelt. Tabelle 1 nennt die erfassten Klimamerkmale in der Fassung der deutschen Version der WAS, des Stationsbeurteilungsbogens SBB (Engel et al. 1983). Jedes Merkmal wird mit zehn Fragebogen-Items eingeschätzt.

Tab. 1: Merkmale des Stationsbeurteilungsbogens SBB (Engel et al. 1983), der deutschen Version der Ward Atmosphere Scale WAS (Moos & Houts 1968)

Übergeordnete Dimension	Klimamerkmale
Soziale Beziehungen	Anteilnahme Unterstützung Spontaneität
Behandlungskonzept	Autonomie Praktische Orientierung Persönliche Problemorientiertheit Ärger und Aggression
Systemerhaltung bzw. -veränderung	Ordnung und Organisation

Die von Moos entwickelten Skalen haben die Diskussion um das soziale Klima in Einrichtungen stimuliert und konkretisiert. Sie wurden jedoch auch immer wieder kritisiert, vor allem unter methodischen Gesichtspunkten. Faktorenanalysen haben regelmäßig darauf hingewiesen, dass das Erleben des sozialen Umfeldes auf drei bis vier Dimensionen ausreichend abgebildet werden kann (Groeneveld & Ellinghaus 1980, Engel et al. 1983). Die Merkmalsstruktur der WAS konnte statistisch nie bestätigt werden. Ein praktisches Problem ist der mit 100 Items erhebliche Umfang der WAS. Vor allem akut beeinträchtigte psychiatrische Patienten können mit der Bearbeitung eines so ausführlichen Fragebogens überfordert sein (Middelboe & Schjødt 2001). Der Durchführungsaufwand erlaubt es praktisch nicht, das Verfahren zu einem regelmäßigen Screening der klimatischen Bedingungen auf einer Station einzusetzen.

Wegen des Umfangs der WAS, vor allem aber wegen ihrer unklaren Dimensionierung, haben etliche Autoren Kürzungen vorgeschlagen (u.a. Denny et al. 1984, Røssberg & Friis 2003, Pedersen & Karterud 2007, Sørli et al. 2010). Doch waren diese Vorschläge inkonsequent, als an der empirisch nicht verifizierbaren komplexen Dimensionierung des Verfahrens festgehalten wurde.

Trotz der Komplexität der WAS weist sie zudem einen inhaltlichen Mangel auf: Das Problem der Belastung von Stationen durch aggressive Spannungen und drohende Eskalationen wird nicht abgebildet. Zwar ist eine Unterskala der WAS mit „Anger & Aggression“ überschrieben. Doch geht es in dieser um die Möglichkeit, Ärger und Unzufriedenheit offen zu artikulieren. Das mag nicht unwichtig sein, ist jedoch eine andere Facette des Stationsklimas als die Belastung durch Aggression und Gewalt.

#### Die Entwicklung des Essener Stationsklimabogens (EssenCES)

Beginnend Mitte der 90er Jahre wurde am Institut für Forensische Psychiatrie Essen in einer Reihe von Untersuchungen ein kurzer Klimabogen entwickelt. Dabei wurde folgendes angestrebt:

- Der Fragebogen sollte kurz und leicht verständlich sein, so dass er auch von intellektuell schwächeren und wenig belastbaren Patienten gut bearbeitet werden kann.
- Er sollte eine klare, prägnante inhaltliche (faktorielle) Struktur aufweisen, die sich in unterschiedlichen Klinikbereichen und Teilstichproben (z.B. Patienten, Beschäftigte) bestätigen lässt.
- Er sollte Merkmale beschreiben, deren Bedeutung für die Praxis offensichtlich ist.

In drei Untersuchungen (Schalast 1995, 2000, Schalast et al. 2004) wurden insgesamt 43 Fragebogen-Items erprobt, die Aspekte wie das Wohnumfeld der Station, des Erfolgserlebens in der therapeutischen Arbeit, den Zusammenhalt der Patienten, den wahrgenommenen therapeutischen Rückhalt und vor allem auch das Erleben von Sicherheit (vs. Bedrohung durch Aggression und Gewalt) betrafen. Die Itemzusammenstellung erfolgte jeweils in Abstimmung mit Praxisvertretern bezogen auf die Fragestellung der jeweiligen Studie (Mitarbeiterbelastung, Patientenmotivation, Behandlungsverläufe). In jeder Stichprobe wurde versucht, Item-Cluster zu identifizieren, die gut separierbare und inhaltlich plausible Aspekte des Stationsmilieus beschreiben. In diesem schritt-

weisen Verfahren erwiesen sich die Klimaaspekte „Sicherheit“, „Therapeutischer Halt“ und „Zusammenhalt der Patienten“ als bedeutsame eigenständige Klimamerkmale.

### Begründung der Dimensionierung des Beurteilungsbogens

Die Dimensionen des Instrumentes wurden nicht aus einer differenzierten psychologischen Theorie des Stationsmilieus abgeleitet. Sie wurden vielmehr unter pragmatischen Gesichtspunkten und unter Verwendung gängiger statistischer Verfahren - Faktorenanalyse, Reliabilitätsanalyse - entwickelt (eingehende Darstellung in Schalast & Redies 2004). Die Begründung der Klimamerkmale drängt sich dabei unmittelbar auf.

1) Sicherheit gehört nach Maslow (1943) zu den basalen menschlichen Bedürfnissen. Stationäre psychiatrische Behandlungen können jedoch unter anderem erfolgen, wenn Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung für andere gefährlich sind. Dies gilt in besonderer Weise für die forensische Psychiatrie, wo Gefährlichkeit entscheidende Voraussetzung für die Unterbringung ist. Erfolgreiches therapeutisches Arbeiten kann man sich wiederum kaum vorstellen in einem Kontext, in dem die Menschen sich durch Aggression und Gewalt bedroht fühlen. Ein gewisses Gefühl von Sicherheit ist eine Grundvoraussetzung für ein therapeutisches Milieu.

2) Die Qualität des Miteinanders der Patienten signalisiert, ob auf der Station Ansätze einer therapeutischen Gemeinschaft etabliert sind. Für Gruppenpsychotherapie im engeren Sinne konnte gezeigt werden, dass der Faktor Gruppenzusammenhalt (Kohäsion) einen deutlichen Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg aufweist. Bei erfolgreicheren Behandlungsverläufen findet sich typischerweise eine Zunahme des Zusammenhalts im Laufe der Gruppenarbeit (Grabhorn et al. 2002). Die Bedeutung des Merkmals wurde auch für die Arbeit mit gewalttätigen Männern aufgezeigt (Beech et al. 1997, Taft et al. 2003). Bei Menschen mit bestimmten Erkrankungen und Störungen ist mit einem eher geringen Gruppenzusammenhalt zu rechnen. Möglicherweise haben auch besonders ungünstige objektive Rahmenbedingungen auf einer Station (ungünstige Räumlichkeiten, fehlende Aktivitäten u.a.) nachteilige Auswirkungen auf den Zusammenhalt der Patienten.

3) Die Arbeit in der Psychiatrie gilt als belastend, und eine Distanzierung vom Patienten wird beschrieben als ein verbreiteter Mechanismus, um Burnout zu vermeiden oder zu reduzieren (Cherniss 1980, Maslach 1982). Wer jedoch in die Patientenrolle gerät – und zwar in welchem Kontext auch immer -, wünscht sich interessierte, ernsthaft zugewandte Behandler. Die organisatorischen Rahmenbedingungen und personellen Ressourcen haben Bedeutung dafür, wie viel Zeit die Beschäftigten im direkten Patientenkontakt verbringen können (Spießl et al. 1999). In welchem Grade das Behandlungsteam einer Station sich aktiv um Patienten bemüht (bemühen kann) und ob dieses Bemühen die Patienten erreicht und von ihnen als Rückhalt erlebt wird, ist ein weiterer wichtiger Aspekt des therapeutischen Klimas.

### Maßregelvollzugsstudie

Mit Unterstützung der DFG (SCHA 773/3-1) wurde die abschließende Version des Stationsklimafragebogens auf Stationen des psychiatrischen Maßregelvollzugs erprobt und hinsichtlich der test-

statistischen Eigenarten überprüft. Die inhaltliche Struktur des Fragebogens wurde bestätigt und eine Reihe von Belegen für die inhaltliche Validität aufgezeigt. So zeigte der Fragebogen erwartungsgemäße und zum Teil hohe Korrelationen mit anderen Skalen (einschließlich der WAS). Außerdem waren die mittleren Einschätzungen der Stationen durch Patienten und Beschäftigte hoch signifikant korreliert (Schalast 2008).

### Kooperation

Nach Abschluss der DFG-geförderten Studie wurde der Klimafragebogen auf der Internetseite des Institutes für Forensische Psychiatrie – mitsamt Projektbericht und Auswertungsschlüssel – publiziert ([www.forensik-essen.de](http://www.forensik-essen.de)). Gemeinsam mit britischen Kollegen erfolgte eine Übersetzung des Verfahrens ins Englische und eine gemeinsame englische Publikation der Ergebnisse (Schalast et al. 2008). Inzwischen liegen die Ergebnisse einer umfassenden britischen Validierungsstudie vor (Tonkins et al. 2011). Das Verfahren wurde durch Fachkollegen in weiteren Ländern in deren Heimatsprache übersetzt. Auch existiert eine Version des Verfahrens für den Strafvollzug, wo die Merkmalsstruktur ebenfalls bestätigt und Validitätsbelege dargestellt werden konnten (Schalast & Groenewald 2009, Day et al. 2011, siehe [www.forensik-essen.de](http://www.forensik-essen.de)).

### Relevanz des Stationsklimakonzeptes für die Allgemeinpsychiatrie

Der Essener Stationsklimabogen hat einen forensischen Hintergrund. Es stellt sich daher die Frage, ob seine Erprobung auf Stationen der Allgemeinpsychiatrie sinnvoll und erfolgversprechend ist. Insbesondere könnte daran gezweifelt werden, dass das Klimamerkmal „Erlebte Sicherheit (vs. Bedrohung durch Aggression und Gewalt)“ für nicht-forensische Klinikbereiche von Bedeutung ist und zwischen Stationen zu differenzieren vermag.

Nicht ganz erwartungsgemäß hatte der Unterzeichner in einer früheren Studie (Schalast 1995) festgestellt, dass manche Stationen der Allgemeinpsychiatrie stärker durch problematische Vorkommnisse und aggressive Vorfälle belastet waren als viele Stationen der forensischen Psychiatrie. Die Beobachtung deckt sich allerdings mit Erkenntnissen zur Problematik aggressiven Verhaltens psychisch Kranker im stationären Bereich (Schanda & Taylor 2001). Kay et al. (1988) berichteten von einer Häufung von Vorfällen in den ersten Tagen des Aufenthaltes, wovon naturgemäß Stationen mit kurzer Verweildauer (AP) stärker betroffen sind. Steinert et al. (1991) beobachteten keinen wesentlichen Unterschied der Häufigkeit von Gewalttätigkeit bei forensisch und zivilrechtlich untergebrachten Patienten. Generell erleben Pflegekräfte weit häufiger Gewalt am Arbeitsplatz als Berufstätige in anderen Arbeitsfeldern (ICN 1999). In einer Studie von Erickson & Williams-Evans (2000), die Pflegekräfte von Krisen- bzw. Akutaufnahme Stationen befragten, berichteten 82 % von Übergriffen durch Patienten, die häufig nicht einmal intern dokumentiert wurden.

Dies spricht insgesamt dafür, dass sich auch allgemeinpsychiatrische Stationen hinsichtlich des „Sicherheitserlebens“ deutlich unterscheiden. Für die beiden anderen Klimamerkmale, „Therapeutischer Halt“ und „Zusammenhalt der Patienten“, ergeben sich kaum Zweifel, dass sie auch im Kontext der Allgemeinpsychiatrie wesentlich sind. Naheliegender ist die Annahme, dass der Zusammenhalt der Patienten auf Stationen gering ist, die bei kurzen Verweilzeiten hoch akut kranke Patienten behandeln (vgl. Kruse 2005).

### Die Vernachlässigung objektiver Bedingungen des Stationsklimas

Ein Mangel vieler Stationsklimastudien besteht darin, dass sie primär subjektive Merkmale korreliert haben. Als Beispiel sei eine aktuelle Studie von Bressington et al. (2011) angeführt, bei der auch der Essener Stationsklimabogen eingesetzt wurde. In der Untersuchung schätzten 44 Patientinnen einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung in England neben dem Stationsklima ihre Zufriedenheit mit der Behandlung (Forensic Satisfaction Scale, McInnes et al. 2010) und die Qualität der „Helping Alliance“ (Helping Alliance Scale, Priebe & Gruyters 1993) ein. In solchen Studien ergeben sich regelmäßig hohe Korrelationen. So betrug die Korrelation zwischen „Therapeutischer Halt“ und der Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung nicht weniger als  $r = .71$ .

Solche Zusammenhänge sind immer etwas trivial. Natürlich sind Patienten, die viel therapeutischen Halt erleben (können), zufriedener mit der Behandlung. In gleicher Weise beschreiben Patienten mit einer höheren subjektiven Behandlungsmotivation mehr Zufriedenheit mit den Stationsbedingungen und ein besseres Stationsklima. Solche Zusammenhänge dürfen nicht einseitig kausal interpretiert werden. Untersuchungen, in denen nur Daten einer einzigen Klinikabteilung oder weniger – hinsichtlich des sozialen Klimas ähnlicher – Stationen erhoben werden (z.B. Jansson & Eklund 2002, Beazley & Gudjonsson 2010, Denny et al. 1984), sind generell nicht geeignet, belastbare Erkenntnisse zu Auswirkungen von Klimabedingungen zu liefern. Sie stellen nur da, wie subjektive Unterschiede hinsichtlich des Erlebens eines Stationsmilieus mit anderen subjektiven Parametern zusammenhängen. Die intersubjektiven Unterschiede hinsichtlich solcher Wahrnehmungen desselben Milieus sind beträchtlich. Moos (1974, S. 65) schätzte, dass objektive Unterschiede zwischen Stationen nur etwa 20 bis 25 % der Varianz der Klimaeinschätzungen von Patienten und 25 bis 30 % derselben durch Mitarbeiter ausmachen.

Die häufige und etwas belanglose Darstellung von Korrelationen zwischen subjektiven Parametern könnte dazu beigetragen haben, dass das Stationsklima als Einflussfaktor des Behandlungserfolges in der Forschung an Bedeutung verloren hat und dass die Stationsklimaforschung insgesamt – trotz einer Fülle von Publikationen in früheren Jahren – eher wenig „harte“ Befunde geliefert hat.

### Objektive Rahmenbedingungen einer Station und Auswirkungen auf die Stationsatmosphäre

Hypothesen über Zusammenhänge zwischen objektiven / strukturellen Rahmenbedingungen und Klimamerkmale beziehen sich auf folgende Aspekte:

Schon Moos (1972) hat aufgezeigt, dass die Stationsgröße und die Mitarbeiterausstattung Bedeutung haben für das Stationsmilieu. Allerdings hat Moos seine Daten erhoben, als auch in den Vereinigten Staaten die Psychiatriereform noch in den Anfängen stand. Die objektiven Klinikbedingungen wiesen in dieser Zeit eine unglaubliche Bandbreite auf. Die Bettenzahl der größten in Moos' Studie einbezogenen Station betrug 124! Die kleinste Station, die 24 Betten aufwies, lag damit noch über der Durchschnittsgröße moderner psychiatrischer Stationen in Deutschland (19,5 nach Gebhardt et al. 2007).

Wie deutlich sich die Platzkapazität auf das soziale Milieu einer Station auswirken muss, soll das folgende Zahlenspiel verdeutlichen: Befinden sich auf einer Station nur 10 Patienten und sind mit diesen insgesamt 8 Beschäftigte befasst, so gibt es bereits 108 mögliche Zweierkonstellationen zwischen den Beteiligten. Bei 15 Patienten und 15 Beschäftigten ergeben sich 435 und bei 24 / 20

Beteiligten nicht weniger als 946 mögliche ‚Paarungen‘. Die Unübersichtlichkeit des sozialen Systems wächst exponentiell mit der faktischen Stationsgröße. Das „Soteria-Konzept“, ein alternativer Ansatz zur Behandlung akuter schizophrener Ersterkrankungen, sieht ausdrücklich eine Behandlung in kleinen therapeutischen Einheiten mit höchstens 10 Behandlungsplätzen vor. Hier sollen die Patienten in einem reizarmen und familiären Milieu bei der Verarbeitung und Überwindung der Psychose unterstützt werden (Ciompi et al. 1991). Es liegt nahe, dass auch unter den Bedingungen des modernen klinisch-psychiatrischen Versorgungssystems – innerhalb der Bandbreite moderner psychiatrischer Stationen – Zusammenhänge des Stationsklimas und der Stationsgröße zu erwarten sind.

Ein weiterer Einflussfaktor ist in der Patientenfluktuation zu vermuten. Von Seiten der Allgemeinpsychiatrie ist wiederholt beklagt worden, dass Kostenträger nur relativ kurze stationäre Behandlungszeiten bewilligen, die für eine hinreichende Stabilisierung, eine guten Entlassungsvorbereitung und Installation der Nachsorge häufig nicht ausreichen (Kruse 2005). Der erhöhte Entlassdruck führt unmittelbar zu einer höheren Wiederaufnahmefrequenz (vgl. Spießl et al. 2006), die wiederum eine Leistungsverdichtung für die Beschäftigten zur Folge hat (vgl. Gebhardt et al. 2007, S. 45). Es liegt nahe, dass dies Auswirkungen auf das Stationsmilieu hat. Zum Beispiel könnte, wie schon erwähnt, das Zusammenwachsen der Patientengruppe im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft erschwert werden und insofern ein geringerer „Zusammenhalt der Patienten“ erlebt werden. Auch Auswirkungen auf das „Sicherheitserleben“ und auf den wahrgenommenen „Therapeutischen Halt“ sind anzunehmen.

Erst recht muss dies gelten, wenn solche Entwicklungen mit einer unzureichenden personellen Ausstattung einher gehen. Über Jahre konnten in der Allgemeinpsychiatrie in Pflegesatzverhandlungen keine Veränderungsraten erreicht werden, die den stetigen Anstieg bei den Personalkosten ausgeglichen hätten, was mit einer Absenkung der Personalausstattung einher ging (Gebhardt et al. 2007, S. 8). Auch im Bereich des Maßregelvollzugs haben die Kostenträger auf personelle Einsparungen gedrängt. Die Förderung des Stationsklimas beansprucht jedoch personelle Kapazität. Ein günstiges Stationsklima ist zum Teil mittelbare Folge patienten- und stationsbezogener Leistungen der Beschäftigten (Schalast 2000, S. 153ff). Nach Gebhardt et al. (2007, S. 10) hatten Arbeitsverdichtung und Personalmängel ein durch Gereiztheit, Ungeduld und Spannung gekennzeichnetes Stationsmilieu zur Folge. Die Annahme liegt nahe, dass dies auch in der Einschätzung der mit dem Essener Stationsklimabogen erfassten Merkmale zum Ausdruck käme.

Des Weiteren sind Zusammenhänge zwischen der Ausprägung des Zwangscharakters des Behandlungssettings und dem Stationsklima anzunehmen. In der Allgemeinpsychiatrie dürfte der Anteil zwangseingewiesener Patienten hier eine Rolle spielen. In der Forensik ist es auf jeden Fall der Lockerungsgrad einer Station im Sinne des Anteils der Patienten, die diese unbeaufsichtigt verlassen dürfen. Es wurde schon dargestellt (Schalast & Redies 2005, Schalast 2008), dass Patienten auf Stationen mit einem höheren Lockerungsgrad mehr therapeutischen Halt beschreiben und dass gerade die Mitarbeiter auf solchen Stationen mehr Sicherheit erleben (weniger Bedrohung durch Aggression und Gewalt). Es ist von Interesse, zu betrachten, wie ein Merkmal wie der Lockerungsgrad bzw. der Anteil zwangseingewiesener Patienten mit anderen Bedingungen interagiert, welche Bedeutung zum Beispiel der Stationsgröße gerade dann zukommt, wenn viele

zwangseingewiesene Patienten behandelt werden bzw. der Lockerungsgrad der Stationen niedrig ist.

## **Arbeitsprogramm**

Auf wenigstens 50 Stationen der Allgemeinpsychiatrie und 50 Stationen des psychiatrischen Maßregelvollzugs wird mithilfe des Essener Stationsklimabogens (EssenCES) das therapeutische Klima beurteilt. Auf der Basis der auf den (>) 100 Stationen erhobenen Daten kann ein allgemeines Manual der deutschsprachigen Fassung des Klimabogens erstellt werden, welches Normen zur Einordnung von Ergebnissen der Anwendung des Beurteilungsbogens erhält, und zwar für die Arbeitsfelder Allgemeinpsychiatrie (AP) und Maßregelvollzug (MRV).

Als wichtiges Bedingungsgefüge des Stationsklimas werden auf allen beteiligten Stationen die wesentlichen objektiven Rahmenbedingungen erfasst, insbesondere Stationsgröße und mittlere Belegung in einem bestimmten Zeitraum, durchschnittliche Aufenthaltszeiten der Patienten respektive Patientenfluktuation, die Aufgabenstellung der Station (Behandlungsbereiche gemäß Psychiatrie-Personalverordnung), die personelle Ausstattung sowie der Anteil zwangseingewiesener Patienten (AP) bzw. der Lockerungsgrad der Station (MRV). Die feststellbaren Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und Stationsklima werden hypothesengeleitet geprüft und diskutiert.

### Stichprobe

Die Datenerhebung wird auf wenigstens 50 Stationen der Allgemeinpsychiatrie und 50 Stationen des psychiatrischen Maßregelvollzugs durchgeführt. Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nicht einbezogen. Die allgemeinpsychiatrischen Stationen sollen etwa zur Hälfte in traditionellen psychiatrischen Kliniken (Landeskrankenhäusern) rekrutiert werden. Bei den übrigen soll es sich um Stationen in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern handeln. Einbezogen werden nur Stationen mit einem regionalen Versorgungsauftrag.

Bei den Stationen des Maßregelvollzugs sollten solche des MRV gemäß § 63 StGB (mit den Schwerpunkten Psychosenbehandlung und Persönlichkeitsstörungen) und Stationen gemäß § 64 StGB (oft unterscheidbar nach den Behandlungsschwerpunkten Alkohol/Medikamente und illegale Drogen) zu etwa gleichen Teilen vertreten sein.

### Datenerhebung durch Koordinatoren auf jeder Station

Auf jeder Station wird eine Koordinatorin oder ein Koordinator für das Projekt benannt. Diese Person (oder ein anderes Mitglied des Stationsteams) füllt den Erhebungsbogen über objektive Stationsbedingungen aus und versucht, möglichst zehn Patienten/innen und zehn Angehörige des Behandlungsteams für die Bearbeitung des Klimabogens zu gewinnen. Es gibt keinen Grund, auf die Bearbeitung des Bogens durch alle beteiligten Personen zu drängen. Überhaupt sollen Patienten und Beschäftigte zur Mitarbeit gerade nicht gedrängt werden, sondern sie sollen freundlich zu einer Beurteilung Stationsbedingungen eingeladen werden. (Von Personen, die sich zur Mitwirkung gedrängt fühlen, sind weniger valide Beurteilungen zu erwarten.) Die teilnehmenden Patienten und Beschäftigten werden auf der Rückseite des Klimabogens um einige wenige Angaben zum persön-

lichen Hintergrund gebeten (die Außenstehenden keinerlei Rückschluss auf die betreffende Person ermöglichen). Der Erhebungsbogen soll der koordinierenden Person in einem geschlossenen Couvert übergeben werden. Diese leitet uns die Bögen zu.

### Registrierung problematischer Vorkommnisse

Ergänzend soll auf der Station über einen Zeitraum von vier Wochen eine einfache Strichliste „problematischer Vorkommnisse“ geführt werden. Zu diesen gehören zum Beispiel bedrohliche verbale Konfrontationen, Tätlichkeiten (gegen Personen oder Sachen), Alkohol- oder Drogenkonsum auf der Station, Suizidversuche, eine Krisenintervention mit Absonderung und/oder Fixierung eines Patienten oder das ungenehmigte Verlassen der Einrichtung bei nicht freiwilligen Patienten (Entweichung, „Ausbruch“). Wir orientieren uns mit unserem einfachen Erhebungsverfahren an der Einschätzung von Schanda & Taylor (2001), dass im Routinebetrieb die Aufwendigkeit eines Erfassungsinstrumentes wohl umgekehrt proportional zur Genauigkeit steht, mit der es bearbeitet wird.

### Erhebung der objektiven Stationsbedingungen:

Unsere Ansprechpartner in den Kliniken werden gebeten, auf dem entsprechenden Erhebungsbogen die die jeweilige Station betreffenden Angaben zu machen. Auch bei der Entwicklung dieses Bogens wurde versucht, den Arbeitsaufwand für die Bearbeiter gering zu halten. Der Erhebungsbogen wird in einer einheitlichen Fassung für die Allgemeinpsychiatrie und den Maßregelvollzug verwendet, was der Transparenz und der uneingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse für beide Klinikfelder zuträglich ist. Dabei sind Irritationen nicht ganz ausgeschlossen, wenn Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, die aus Sicht eines der beiden Arbeitsfelder unpassend oder befremdlich erscheinen. Darauf wird auf der Vorderseite des Bogens hingewiesen.

### Organisation des Vorgehens

Unsere Kontaktpersonen auf den beteiligten Stationen (die „Koordinatoren“) erhalten ein Paket mit Erhebungsbögen, welches folgende Einzelbögen umfasst:

- Bogen I „Stationsbedingungen“
- Bogen II zur Erfassung problematischer Vorkommnisse über einen Zeitraum von vier Wochen (Zählliste)
- 15 Klimafragebögen mit Umschlägen für Patienten
- 15 Klimafragebögen mit Umschlägen für Mitarbeiter/-innen

Die koordinierende Person hat bei der Durchführung der Erhebung auf der Station im Prinzip freie Hand. Es empfiehlt sich, Bogen I in Abstimmung mit der ärztlich-therapeutischen Abteilungsleitung auszufüllen. Die Erfassung problematischer Vorkommnisse über einen Zeitraum von vier Wochen kann durch die koordinierende Person erfolgen oder an andere Teammitglieder delegiert werden.



## Literaturverzeichnis

- Beazley P, Gudjonsson G (2010) Motivating inpatients to engage with treatment: The role of depression and ward atmosphere. *Nord J Psychiatry*, 65(2), 95-100.
- Beech A, Fordham AS (1997) Therapeutic Climate of Sexual Offender Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219-237.
- Bressington D, Stewart B, Beer D, MacInnes D (2011) Levels of service user satisfaction in secure settings – A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*. Online Publikation: [doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011)
- Cherniss C (1980) *Staff Burnout - Job Stress in the Human Services*. Beverly Hills, London: Sage.
- Ciampi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E (1991) Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt*, 62(7), 428-35.
- Day A, Casey Sh, Vess J, Huisy G (2011) *Assessing the social climate of prisons*. Criminology Research Council, Canberra, ACT. Link: [www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/02-0910.pdf](http://www.criminologyresearchcouncil.gov.au/reports/02-0910.pdf).
- Denny N, Costello RM, Cochran ML (1984) Factor-implied scales of ward atmosphere. *Evaluation & the Health Professions*, 7, 181-92.
- Engel RR, Knab B, von Doblhoff-Thun (1983) *Stationsbeurteilungsbogen*. Basel: Beltz.
- Erickson L, Williams-Evans S (2000) Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emergency Nursing*, 26, 210-15.
- Frick U, Krischker St, Cording C (undatiert) *Freiwillige Krankenhausvergleiche zur externen Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Endbericht zum Forschungsvorhaben. Download: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_publicationen/forschungsberichte/Freiwillige\\_Krankenhausvergleiche.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Freiwillige_Krankenhausvergleiche.pdf).
- Gebhardt RP, Schmidt-Michel PO, Kunze H (2007) *Evaluation der PsychPV - Abschlussbericht der PsychPV-Umfrage 2005*. Download von [www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de) (Publikationen).
- Grabhorn R, Kaufhold J, Burkhardt M, Kernhof K, Overbeck G, Gitzinger I (2002) Gruppenkohäsion und Abwehrverhalten im Verlauf stationärer Gruppentherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 52, 275-81.
- Groeneveld HB, Ellinghaus R (1980) *Zur Ökopsychologie der psychiatrischen Klinik*. Universität Kiel: Diplomarbeit.
- Howells K, Tonkin M, Milburn Ch, Lewis J, Draycot S, Cordwell J, Price M, Davies St, Schalast N (2009) The EssenCES measure of social climate: A preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), 308-320, DOI: 10.1002/cbm.745.
- Howells K, Tonkin M, Milburn Ch, Lewis J, Draycot S, Cordwell J, Price M, Davies St, Schalast N (2009) The EssenCES measure of social climate: A preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), 308-320, DOI: 10.1002/cbm.745.
- ICN (International Council of Nurses, 1999) *Guidelines for coping with violence in the workplace*. ICN, Geneva.

- Jansson JA, Eklund M (2002) How the inner world is reflected in relation to perceived ward atmosphere among patients with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 519-26.
- Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM (1988) Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis*, 176, 539-546.
- Kruse G (2005) Forensik, die Psychiatrie der Zukunft? *Sozialpsychiatrische Informationen*, 35(2), 31-4.
- MacInnes D, Beer D, Keeble P, Rees D, Reid L (2010) The Development of a Tool to Measure Service User Satisfaction with In-Patient Forensic Services: The Forensic Satisfaction Scale. *Journal of Mental Health*, 19(3), 272–281.
- Maslach C (1982) Understanding burnout – definitional issues in analysing a complex phenomenon. In: Paine WS: *Job Stress and Burnout*. London: Sage, 29-40.
- Maslow AH (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Middelboe T, Schjødt T et al. (2001) Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 212-219.
- Moos RH (1972) Size, staffing and psychiatric ward environments. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 414-418.
- Moos RH (1974) *Evaluating Treatment Environments*. New York: Wiley.
- Moos RH, Houts PS (1968) Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595-604.
- Murray H (1938) *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Pedersen G, Karterud S (2007) Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nord J Psychiatry*, 61, 271-78.
- Priebe S, Gruyters T (1993) The Role of the Helping Alliance in Psychiatric Community Care: A Prospective Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552–557.
- Rey ER (1985) Die Stationsatmosphäre, ein bereits anwendbares Konzept in der Klinischen Psychologie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 343-347.
- Røssberg JI, Friis S (2003) Do the Spontaneity and Anger and Aggression subscales of the Ward Atmosphere Scale form homogeneous dimensions? A cross-sectional study of 54 wards for psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 107, 118-23.
- Schalast N (1995) *Stress, Belastung und Beanspruchung im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie - Eine arbeitspsychologische Studie*. Dissertation: TU Braunschweig.
- Schalast N (2000) *Motivation im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB*. München: Wilhelm-Fink-Verlag.
- Schalast N (2000) Zur Frage der Behandlungsmotivation bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB. *Psychiatrische Praxis*, 27, 270-276.
- Schalast N (2008) SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35, 175-181, DOI 10.1055/s-2007-970960.
- Schalast N, Groenewald I (2009) Ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des sozialen Klimas im Strafvollzug. Erste Befunde auf Abteilungen des Regelvollzugs und der Sozialtherapie. In: Haller R, Jehle JM (Hg.) *Drogen – Sucht – Kriminalität*. Neue Kriminologische Schriftenreihe, Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, 329-352.

- Schalast N, Mushoff S, Demmerling R (2004) Alkoholabhängige Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB. Download:  
[www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektberichtpar64alkoholpatienten\\_2004.pdf](http://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/projektberichtpar64alkoholpatienten_2004.pdf).
- Schalast N, Redies M (2004) SK-M: Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. Essen: Institut für Forensische Psychiatrie Essen, 2004.  
 Download: [www.uni-essen.de/forensik/](http://www.uni-essen.de/forensik/) (weiter auf Mitarbeiter/Schalast/Publikationen).
- Schalast N, Redies M, Collins M, Stacey J, Howells K (2008) EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(1), 49-58. DOI: 10.1002/cbm.677.
- Schanda H, Taylor P (2001) Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschr Neurol Psychiat*, 69, 443-352.
- Sørliie T, Parniakov A, Rezvy G, Ponomarev O (2010) Psychometric evaluation of the Ward Atmosphere Scale in a Russian psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*, 64, 377–83.
- Spieß H, Binder H, Cording C, Klein HE, Hajak G (2006) Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. *Deutsches Ärzteblatt*, 103, A2549-52.
- Spieß H, Spieß A, Cording C (1999) Die "ideale" stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiat Prax*, 26, 3-8.
- Taft CT, Murphy CM, King DW, Musser PH, DeDeyn JM (2003) Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 812-20.
- Tonkin M, Howells K, Ferguson E, Clark A, Newberry M, Schalast N (2011) Lost in translation? Psychometric properties and construct validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) social climate questionnaire. *Psychological Assessment*. Online first publication, DOI: 10.1037/a0026267.

## Kontakt und weitere Informationen

Projektmitarbeiterin

Dr. Cornelia Weigelt      [Cornelia.Weigelt@uni-duisburg-essen.de](mailto:Cornelia.Weigelt@uni-duisburg-essen.de)      Tel. 0201 95970-36

Projektleiter

Dr. Norbert Schalast      [Norbert.Schalast@uni-duisburg-essen.de](mailto:Norbert.Schalast@uni-duisburg-essen.de)      Tel. 0201 95970-32

Postanschrift: Institut für Forensische Psychiatrie, PF 103043, 45030 Essen