

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

(Direktorin: Professorin Dr. phil. Gabriele Meyer)

# **Intensive Betreuungsmaßnahmen als komplexe Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

für das Fachgebiet

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von André Nienaber

geboren am 23.05.1973 in Werther (Kreis Gütersloh)

Betreuer: Professor Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachter:

Dr. phil. habil. Dirk Richter

Prof. (apl.) Dr. sc.hum. Hans Joachim Salize

21.08.2018

16.01.2019

## Referat

Intensive Betreuungsmaßnahmen kommen bei Menschen in akuten psychiatrischen Ausnahmesituationen im Rahmen stationärer psychiatrischer Behandlung zum Einsatz. Es handelt sich um eine komplexe Intervention, bei der mehrere Aspekte psychiatrischer Versorgung miteinander interagieren.

Im ersten Teil der Arbeit werden Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu intensiven Betreuungsmaßnahmen vorgestellt. Für die Darstellung der Bedeutung des Themas in der psychiatrischen Versorgung sind Sekundärdaten der Versorgung ausgewertet worden. Schließlich ist das Thema der intensiven Betreuung in den Kontext Vermeidung von Zwang und Gewalt gestellt und im Rahmen einer multizentrischen Untersuchung betrachtet worden.

Intensive Betreuungsmaßnahmen stellen komplexe Interventionen dar, da sie eine Vielzahl miteinander interagierender Komponenten vereinen. Die Anwendung der Maßnahmen in den teilnehmenden Kliniken der multizentrischen Untersuchung ist sehr unterschiedlich. Sowohl quantitative Aspekte der Personalausstattung als auch vorhandene Rahmenbedingungen haben offenbar einen Einfluss auf das Auftreten von konflikthaften Situationen und damit indirekt auch auf die Anwendung von intensiven Betreuungsmaßnahmen.

Eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema ist wünschenswert. Ergebnisse der Untersuchungen sind eingeflossen in die überarbeitete Version der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, die im Juli dieses Jahres veröffentlicht worden ist. Auch in der Schweiz sind die Ergebnisse in Überlegungen zur weiteren Bearbeitung der Thematik im Rahmen der Erstellung einer Richtlinie „Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung“ berücksichtigt worden.

Nienaber, André: Intensive Betreuungsmaßnahmen als komplexe Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 113 Seiten, 2018

## **Abstract**

The present work deals with intensive care measures in inpatient psychiatric care. Intensive care measures are used in acute psychiatric emergency situations in inpatient psychiatric treatment. It is a complex intervention in which multiple aspects of psychiatric care interact with each other.

Different methods have been used. In the first part, results of a systematic literature review on intensive care measures are presented. Secondary data has been evaluated to show the importance of the topic in psychiatric care. Finally, the issue of intensive care has been put into a wider context and considered in a multi-center study in five different clinics.

The results show that intensive care measures are complex interventions because they combine a large number of interacting components. The application of the measures in the participating clinics of the multicentre study is very different. Quantitative aspects of staffing and general conditions seem to have an influence on the occurrence of conflict and containment and thus indirectly on the application of intensive care measures.

The topic of intensive care measure needs to receive much more attention in the national psychiatric care practice of people in acute psychiatric crisis situations. Results of the investigations have contributed to the topic being taken into account in both the "Law on the Further Development of Care and Compensation for Psychiatric and Psychosomatic Benefits" (PsychVVG) and the "Flat-Rate Payment Scheme Psychiatry and Psychosomatics" (PEPP). In addition, the results have been incorporated in the revised version of the new Guideline of the Association of Scientific Medical Societies (AWMF) "Preventing Coercion: Prevention and Therapy of Adult Aggressive Behavior", which is expected to be published in the summer of this year. In Switzerland the results were taken into account when considering how to further work on the topic as part of the preparation of a guideline "Intensive care for adults in psychiatric treatment".

Nienaber, André: Intensive Betreuungsmaßnahmen als komplexe Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 113 Seiten, 2018

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung und Zielstellung</b> .....	<b>1</b>
<b>2. Diskussion</b> .....	<b>2</b>
2.1. Maßnahmen intensiver Begleitung und Betreuung .....	2
2.2. Intensivbetreuung als komplexe Intervention.....	2
2.3. Hintergrund .....	3
2.4. Methode .....	4
2.5. Ergebnisse .....	4
2.5.1. Übersetzung des Suicidal Patient Observation Chart .....	5
2.5.2. Deskriptive Analyse der Daten des VIPP-Datensatzes .....	5
2.5.3. Multicenter-Studie .....	6
2.6. Fazit und Ausblick.....	6
<b>3. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Thesen der Dissertation</b> .....	<b>16</b>
<b>5. Übersicht der Publikationen der Dissertation</b> .....	<b>18</b>
5.1. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung – Eine systematische Literaturübersicht .....	19
5.2. Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC) – ein Instrument für die Praxis.....	43
5.3. Häufigkeit und Kosten der 1:1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland - Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes .....	60
5.4. Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen - eine multizentrische Untersuchung .....	79
5.5. Frequency analysis and economic effects of constant one-to-one care in in-patient adult psychiatry in Germany – a descriptive secondary analysis.....	98
<b>6. Anhang</b> .....	<b>III</b>
6.1. Eidesstattliche Erklärung .....	III
6.2. Erklärungen über frühere Promotionsversuche .....	IV
6.3. Erklärung zum Beitrag aller Autoren an den Publikationen dieser Dissertation .....	V
6.4. Lebenslauf.....	VII
6.5. Danksagung .....	VIII

## Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
InEK	Institut für Entgeltentwicklung im Krankenhaus
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MRC	Medical Research Council
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen Prozeduren Schlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
S3-Leitlinie	Leitlinien mit allen Elementen systematischer Entwicklung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPOC	Suicidal Patient Observation Chart
VIPP	Versorgungsindikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik

# 1. Einleitung und Zielstellung

Das Ziel einer stationären psychiatrischen Behandlung ist es, Patientinnen und Patienten in einer akuten Krisensituation dabei zu unterstützen, dass akute Gefahrensituationen abgewendet werden und sie sich wieder stabilisieren. Nicht selten gehen diese akuten Krisensituationen einher mit extremen psychischen Ausnahmezuständen, in denen es zu Verwirrtheit, Angespanntheit, Aggression oder auch zu Selbst- und / oder Fremdgefährdung der Patientinnen und Patienten kommen kann. Eine Maßnahme, die in der (psychiatrischen) Versorgung von akut selbstgefährdeten Personen eine lange Tradition hat und bis in die Anfänge institutioneller psychiatrischer Versorgung zurückreicht, ist die direkte und unmittelbare Begleitung und Betreuung von psychisch erkrankten und vor allem suizidalen Personen. In der Literatur finden sich für diese Tätigkeit unterschiedliche Angaben wie Eins-zu-eins-Betreuung, Intensivbetreuung oder auch „Sitzwache“. In der vorliegenden Arbeit wird ein solches Handeln als intensive Betreuungsmaßnahme bzw. Intensivbetreuung beschrieben und stellt damit eine Intervention in der stationären Versorgung von psychisch erkrankten Personen dar. Es bedeutet, dass eine Person direkt und unmittelbar für die Begleitung und Betreuung eines Patienten zuständig ist. Das Ziel dieser Maßnahmen ist es, sowohl für die Patientinnen und Patienten Sicherheit herzustellen als auch für die Mitarbeitenden und die Institution. Darüber hinaus ist bei der Anwendung freiheitsentziehender Zwangsmaßnahmen wie Isolierung oder Fixierung eine direkte und unmittelbare Begleitung der Patienten in den jeweiligen auf Länderebene erlassenen Gesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG oder PsychKHG) empfohlen bzw. gesetzlich vorgeschrieben, so z. B. in NRW oder Baden-Württemberg. In seinem Urteil zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich rechtlichen Unterbringung vom 25.07.2018 (2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16) weist auch das Bundesverfassungsgericht auf die Erfordernis einer Eins-zu-eins-Betreuung bei fixierten Patienten hin.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich im Kern mit dem Thema der intensiven Betreuung in der stationären psychiatrischen Versorgung. Darüber hinaus wird das Thema in einen erweiterten Kontext gesetzt, indem eine Verbindung zu dem Thema Zwang und Gewalt bzw. Entstehung und Häufigkeit von konflikthafter Situationen in der akutpsychiatrischen Versorgung sowie der Anwendung von Maßnahmen zu deren Vermeidung oder Reduzierung gezogen wird. Hierfür werden vier unterschiedliche Teilbereiche im Rahmen der Beschäftigung mit der Intervention der intensiven Betreuung in der psychiatrischen Versorgung vorgestellt. Zunächst wird im Rahmen einer systematischen

Literaturrecherche versucht, den Gegenstand zu definieren und ein grundlegendes theoretisches Verständnis über und für die Intervention der intensiven Betreuung in der psychiatrischen Versorgung zu entwickeln. Im Anschluss daran erfolgt die Beschreibung der Übersetzung eines Instruments zur Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Suizidalität. Der dritte und der fünfte Teil beschreiben die Analyse von Versorgungsdaten, um daraus Aussagen sowohl zur Häufigkeit der Anwendung von intensiven Betreuungsmaßnahmen als auch zu ökonomischen Aspekten der Intervention ableiten zu können. Im vierten Bereich wird die Durchführung einer multizentrischen Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken beschrieben, in deren Fokus das Vorkommen von Konflikten und die Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen steht und bei der intensive Betreuungsmaßnahmen einen Teil der möglichen und von den Mitarbeitenden angewendeten Interventionen darstellen. Im Anschluss daran erfolgt die Diskussion der Ergebnisse der beschriebenen fünf Teilbereiche. Im abschließenden fünften Kapitel der Arbeit wird ein Fazit gezogen.

## **2. Diskussion**

### **2.1. Maßnahmen intensiver Begleitung und Betreuung**

Erste Beschreibungen intensiver Betreuungsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung und hier vor allem bei suizidalen Patientinnen und Patienten reichen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts zurück (Savage, 1884). In Deutschland finden sich Anmerkungen zu dem Thema z. B. in dem ersten Lehrbuch für psychiatrisch Pflegende (Scholz, 1916).

Allerdings findet sich bis heute in der Praxis weder eine einheitliche Bezeichnung noch ein einheitlicher Begriff für die Maßnahme. Gebräuchliche Bezeichnungen für die Maßnahme sind z. B. „Eins-zu-eins-Betreuung“, „Intensivbetreuung“, „intensive Überwachung“, „Sichtkontrolle“ oder auch „Sitzwache“. Darüber hinaus wird die Maßnahme in der Praxis sehr unterschiedlich ausgeführt. So lässt sich ein Spektrum abbilden von einer durchgehenden und zeitlich zusammenhängenden Betreuung bis hin zu bestimmten Zeitintervallen von z. B. 15 oder 30 Minuten, in denen eine Patientin oder ein Patient begleitet wird oder in dem nach ihr oder ihm gesehen wird.

### **2.2. Intensivbetreuung als komplexe Intervention**

Intensivbetreuung bezeichnet eine unmittelbare und direkte Begleitung und Betreuung einer psychisch erkrankten Person im Rahmen einer stationären Behandlung durch

eine professionelle Helferin bzw. einen professionellen Helfer aufgrund einer akuten psychiatrischen Ausnahmesituation. Eine solche Ausnahmesituation kann z. B. in dem Vorliegen von akuter Suizidalität, Desorientiertheit, Gefahr der Selbstverletzung oder auch der Gefahr der Gewalttätigkeit gegenüber Dritten bestehen. Die Betreuung kann zeitlich zusammenhängend oder aber auch in definierten zeitlichen Abständen erfolgen. Bei der Intervention der Intensivbetreuung handelt es sich um eine komplexe Intervention (Craig et al., 2013; Craig et al., 2008; Campbell et al., 2000).

Komplexe Interventionen bestehen aus mehreren miteinander interagierenden Komponenten (Craig et al., 2013; Craig et al., 2008; Campbell et al., 2000). Im Hinblick auf die Entwicklung und Evaluation dieser komplexen Interventionen bestehen aufgrund ihrer Beschaffenheit besondere Anforderungen. Campbell et al. (2000) zufolge werden für die Evaluation sowohl qualitative als auch quantitative Methoden benötigt. Die Leitlinie des Medical Research Council (MRC) „Developing and evaluating complex interventions“ beschreibt, dass ein gutes theoretisches Verständnis darüber erforderlich ist, wie die Intervention zu einer Veränderung beiträgt, um mögliche Schwächen zu identifizieren. Im Hinblick auf die Evaluation ist zu beachten, dass der erste Schritt im Zusammentragen der vorliegenden Evidenz besteht (Craig et al., 2013; Craig et al., 2008; Campbell et al., 2000). Als Schlüsselaufgabe wird die Entwicklung eines theoretischen Verständnisses angesehen.

### **2.3. Hintergrund**

Gemäß §135a SGB V sind Krankenhäuser „zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen“ verpflichtet. Dazu gehört auch, dass die Leistungen „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“. Intensive Betreuungsmaßnahmen werden in der stationären psychiatrischen Versorgung in vielen Kliniken angewendet, wie eine Befragung zu Zwangsmaßnahmen verschiedener Kliniken zeigt (Steinert, Schmid imd Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang, 2014). Hinweise für die Intervention finden sich z. B. in der S3-Leitlinie / Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression in der Form, dass suizidale Patienten „eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung“ (DGPPN, BÄK, KBV und AWMF, 2015) erhalten müssen. Auch die sich gerade im Überarbeitungsprozess befindlichen S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ fordert eine „intensivere Beobachtung und Begleitung“ (Gaebel und Falkai, 2010) bei Bestehen besonderer Risiken wie Suizidalität, Gefahr der Selbstverletzung oder Gefahr der Gewalttätigkeit ge-



genüber anderen.

Allerdings existiert weder eine einheitliche Bezeichnung der Intervention in der Praxis noch gibt es im Hinblick auf die Durchführung von intensiven Betreuungsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Versorgung entsprechende Literatur im deutschsprachigen Versorgungskontext. Obwohl es eine seit vielen Jahren in der Praxis angewendete Intervention darstellt, greifen aktuelle deutschsprachige Lehrbücher der psychiatrischen Pflege das Thema nur am Rande auf. Buchanan-Barker und Barker beschreiben die Durchführung der Intensivbetreuung als Erbsünde der psychiatrischen Pflege (Buchanan-Barker und Barker, 2005). Sie fordern eine veränderte Praxis und ein Umdenken in der Anwendung der Intervention. Erste wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit dem Thema beschäftigen reichen bis in die 1970er Jahre zurück und entstammen vor allem dem englischsprachigen Versorgungskontext (Briggs, 1974). Hinweise auf die Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen finden sich vor allem in Lehrbüchern aus dem englischsprachigen Versorgungskontext (Gournay, 2009; Jones und Eales, 2009; Munro und Baker, 2011; Whittington, Baskind und Paterson, 2006).

## **2.4. Methode**

Das Thema der intensiven Betreuungsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung ist in insgesamt vier Schritten bearbeitet worden. Im Folgenden werden die einzelnen methodischen Schritte der Bearbeitung des jeweiligen Teilbereichs vorgestellt.

## **2.5. Ergebnisse**

Um einen Einstieg in die Thematik zu bekommen und einen grundlegenden Überblick über die Bedeutung des Themas für den deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungskontext zu erlangen, ist im ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche durchgeführt worden. Dieses Vorgehen orientiert sich an den Empfehlungen zur Entwicklung und Evaluation von komplexen Interventionen und hat zum Ziel, ein gutes theoretisches Verständnis über die Intervention zu entwickeln (Craig et al., 2013; Craig et al., 2008). Die Literaturrecherche ist in den Datenbanken Medline, CINAHL, PsycINFO und der Cochrane Database of Systematic Reviews erfolgt. In Anlehnung an die Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence sind dabei die folgenden Suchbegriffe verwendet worden: special observation OR constant observation OR intermittend observation AND psychiat\*. Zusätzlich ist eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der Artikel und den Jahresübersichten der im deutschen Sprachraum erscheinenden Zeitschriften „Sozialpsychiatrische Informationen“ und „Psychoso-

ziale Umschau“ der Jahre 2005 bis 2012 erfolgt. Aufgrund dieser Vorgehensweise konnten insgesamt 384 Artikel gefunden werden. Eingeschlossen in die Literaturübersicht sind Artikel sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache, die sich auf das Setting eines psychiatrischen Akutkrankenhauses oder ein psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus beziehen. Berücksichtigt worden sind deskriptive Studien, die entweder einen qualitativen oder einen quantitativen Forschungsansatz hatten, Beobachtungsstudien sowie Arbeiten zur Entwicklung von Interventionen und Instrumenten im Zusammenhang mit intensiven Betreuungsmaßnahmen.

### **2.5.1. Übersetzung des Suicidal Patient Observation Chart**

Im Rahmen der Literaturrecherche ist auch der Artikel zur Entwicklung der Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) von Björkdahl, Nyberg, Runeson und Omerov (2011) gefunden worden. In dem Artikel beschreiben die Autoren die Entwicklung eines Instruments für die intensive Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Suizidalität. Das Ziel des SPOC ist es zum einen wichtige Aspekte in der intensiven Begleitung von suizidalen Personen aufzuzeigen und zum anderen die Kommunikation dieser intensiven Begleitung im multiprofessionellen Team zu verbessern. Da ein solches Instrument für den deutschsprachigen Versorgungskontext bisher nicht existiert, entstand die Überlegung, im Rahmen der Beschäftigung mit dem Thema der intensiven Betreuung eine wissenschaftliche Übersetzung des Instruments anzufertigen und es mittels einer Inhaltsvalidierung für den Gebrauch in der psychiatrischen Praxis zu testen.

### **2.5.2. Deskriptive Analyse der Daten des VIPP-Datensatzes**

Ein weiter Schritt in der Bearbeitung des Themas ist, Daten über die Häufigkeit der Anwendung der Intensiv- oder 1:1-Betreuung für Deutschland zu erfassen. Hierfür ist eine Anfrage an die Steuerungsgruppe Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP) gestellt worden. Das Projekt VIPP ist im Jahr 2011 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam mit der Bundesdirektorenkonferenz in Leben gerufen worden, um versorgungsrelevante Indikatoren für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung zu identifizieren (Godemann et al., 2013; Wolff-Menzler et al., 2014). Bei den im Rahmen des Projektes VIPP erhobenen Daten handelt es sich um Routedaten, die auf der Basis des §21 KHEntgG einmal im Jahr von den teilnehmenden Fachkrankenhäusern, Universitätskliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern aus der gesamten Bundesrepublik erhoben werden. Auf-

grund der vorliegenden Datenstruktur im VIPP-Projekt ist die Auswertung auf Fallebene erfolgt. Als Fall ist jeder stationäre Aufenthalt gewertet worden. Als Grundlage für die Auswertung hat die Leitlinie „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (Swart und Ihle, 2010; Swart et al., 2005) gedient.

### **2.5.3. Multicenter-Studie**

Im Sinne einer Erweiterung des Kontextes zur Bearbeitung des Themas ist im vierten Schritt eine multizentrische retrospektive Untersuchung in sechs Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung über einen Zeitraum von 90 Tagen durchgeführt worden. Ziel der Untersuchung ist die Erfassung von konflikthaftem Verhalten i. S. v. verbaler oder körperlicher Gewaltanwendung, Ablehnung einer verordneten Medikation, Selbstverletzung, Suizidversuchen oder Suizid, Konsum von Suchtmitteln oder unerlaubtes Entfernen von der Station sowie Eindämmungsmaßnahmen i. S. v. Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Eindämmung von Konflikten wie z. B. der Gabe von Bedarfsmedikation, Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen oder Anwendung von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Isolierung.

Als Instrument ist die von Bowers entwickelte Patient-Staff-Conflict-Checklist – Shift Report (PCC-SR) verwendet worden (Bowers, Brennan, Flood, Lipang, und Oladapo, 2006; Bowers und Crowder, 2012; Bowers, Simpson und Alexander, 2003; Bowers et al., 2008). Das Instrument besteht aus 30 Items zum konflikthaften Verhalten und neun Items zu Eindämmungsmaßnahmen. Für die einzelnen Items liegen Definitionen vor, die den Mitarbeitenden auf den teilnehmenden Stationen im Rahmen einer Schulung vorgestellt und in Form einer Liste zur Verfügung gestellt wurden. Für die Anwendung im deutschen Versorgungskontext sind die PCC-SR sowie die Definitionen übersetzt und für den deutschsprachigen Versorgungskontext angepasst worden. Die Datenerhebung ist auf den teilnehmenden Stationen mit dem elektronischen Programm UniPark erfolgt. Die Erfassung ist zum Ende der jeweiligen Dienstzeit mittels Eingabe in den PC durchgeführt worden. Ein Zugang ist im Vorfeld der Untersuchung durch die jeweiligen IT-Abteilungen ermöglicht worden.

## **2.6. Fazit und Ausblick**

Die vorliegende Dissertationsschrift untersucht Aspekte im Zusammenhang mit der akutstationären Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. Im Zentrum stehen dabei im Besonderen intensive Betreuungsmaßnahmen.

Die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen zu dem Thema zeigen, dass es

sich bei der intensiven Betreuung in der stationären psychiatrischen Versorgung um eine komplexe Intervention gemäß den Definitionen von Campbell et al. (2000), Craig et al. (2013; 2008) bzw. Craig und Petticrew (2013) handelt.

Die systematische Literaturübersicht zum Thema zeigt, dass intensive Betreuungen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten in akuten psychiatrischen Ausnahmesituationen eine Reihe von unterschiedlichen miteinander im Zusammenhang stehenden Komponenten enthalten. Zum einen sind verschiedene Berufsgruppen an der Initiierung, der Durchführung und der Beendigung der Intervention beteiligt, zum anderen gibt es eine Reihe miteinander in Verbindung stehender Faktoren im Rahmen der Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen. Beispielsweise kann eine intensive Betreuung von Patientinnen und Patienten als Eingriff in die Privatsphäre und damit als Zwangsmaßnahme erlebt werden, wenn keine Zustimmung von Seiten der Patientin bzw. des Patienten für die Durchführung der Maßnahme vorliegt. Damit werden ethische Aspekte im Zusammenhang mit der Intervention deutlich. Darüber hinaus können im Rahmen der intensiven Betreuung unterschiedliche andere und weiterführende Interventionen zum Einsatz kommen, z. B. Maßnahmen der Deeskalation, der Gesprächsführung, der Förderung von Hoffnung im Rahmen der Krankheitsbewältigung oder der Problemlösung, um nur einige zu nennen. Zehnder, Rabenschlag und Panfil (2015) zeigen in ihrer Konzeptanalyse, dass Maßnahmen der intensiven Betreuung in einem Spannungsverhältnis zwischen Kontrolle und Therapie sowie Sicherheit der Patienten und Absicherung der professionellen Helfer liegen.

Im Hinblick auf die Wirksamkeit der Intervention zeigen die Ergebnisse, dass in der Literatur vor allem deskriptive Untersuchungen zu der Intervention vorhanden sind. Randomisiert kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit der Intervention belegen könnten, fehlen vollständig. Zu diesem Ergebnis kommen auch die Autoren eines Review der Cochrane Collaboration (2006). Auch zwei Übersichtsarbeiten zu dem Thema aus dem Versorgungskontext des United Kingdom (UK) bestätigen diese Erkenntnis (Chu, 2016; Stewart, Bilgin und Bowers, 2010). Empfehlungen für die Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen finden sich z. B. in der Guideline des National Institute für Health and Care Excellence (NICE) (2015). Für Deutschland finden sich Empfehlungen zur Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen z. B. in einer Praxisempfehlung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) „LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie“ (Gather, Noeker und Juckel, 2017) oder in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Steinert und Hirsch, 2018). In beiden Quellen sind Ergebnisse der

Literaturrecherche und der intensiven Beschäftigung mit dem Thema eingeflossen. Darüber hinaus können die Ergebnisse der Untersuchung hilfreiche Ansatzpunkte für die Umsetzung der Intervention in der psychiatrischen Versorgungspraxis liefern.

Ein Hilfsmittel für die Dokumentation der Praxis der intensiven Betreuung bei Patientinnen und Patienten mit akuten suizidalen Krisen stellt die Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) dar. Der im Rahmen eines Delphi-Verfahrens und durch die Beteiligung von Experten in Schweden entwickelte Dokumentationsbogen soll sowohl die Kommunikation im multiprofessionellen Team unterstützen als auch als Hilfsmittel für die direkte Begleitung der Patientinnen und Patienten dienen. Durch den wissenschaftlichen Übersetzungs- und Adaptionprozess steht das Instrument für die psychiatrische Versorgung im deutschsprachigen Raum zur Verfügung. Im Hinblick auf die Anwendung des Instruments sollte weitere Forschung zur Validierung durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse des VIPP-Projektes zeigen zum ersten Mal, in welchem Umfang intensive Betreuungen in der Praxis der psychiatrischen Versorgung in Deutschland vorkommen und welche Bedeutung sie damit in der Praxis haben. Darüber hinaus bestätigen die Ergebnisse die Annahmen, dass die Intervention sehr personalintensiv ist und damit zu den teuersten Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung zählt. Auch werden ethische Aspekte der Intervention in der Form berührt, dass bei Bestehen einer intensiven Betreuungsmaßnahme ein Mitarbeitender gebunden ist und somit in Summe insgesamt weniger Personal für die Versorgung der anderen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Hierdurch werden Fragen der Allokation von Leistungen berührt. Der weiterführende Vergleich zeigt auf, dass sich die Dokumentationsqualität der Maßnahme über die Jahre verbessert, dass die Intervention aber nichts von ihrer Intensität eingebüßt hat. Vielmehr wird deutlich, dass gerade im Bereich der stationären Versorgung von gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten ein zunehmender Bedarf besteht.

Schließlich setzt die multizentrische Studie zur Inzidenz der Entstehung von Konflikten und zur Anwendung von Maßnahmen zu deren Vermeidung bzw. deren Reduzierung (Eindämmungsmaßnahmen) in der stationären psychiatrischen Versorgung das Thema der intensiven Betreuungsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Versorgung insgesamt in den Zusammenhang mit den für die Psychiatrie wichtigen Themen der Anwendung von Zwang und des Vorkommens von Gewalt. Intensive Betreuungsmaßnahmen kommen bei akuten psychiatrischen Ausnahmesituationen zur Anwendung und stellen neben anderen Interventionen eine Möglichkeit zur Verhinderung von Ei-

gen- oder Fremdgefährdung dar. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen den Zusammenhang auf zwischen personeller Besetzung und dem Auftreten von konflikthaf-ten Ereignissen, die mit einer Gefährdung der Sicherheit sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Mitarbeitenden und der Institution einhergehen. Den Ergebnissen zufolge stellen die Größe der Station und die Ausstattung mit Pflegenden offenbar statistisch signifikante Einflussfaktoren im Hinblick auf das Vorkommen von konflikthaf-ten Ereignissen in der stationären psychiatrischen Versorgung dar. Im Vergleich mit internationalen Daten lässt sich ein solcher Zusammenhang nicht belegen bzw. bleibt der Zusammenhang unklar (Staggs, 2016; Staggs, 2013). Es gibt sowohl Anzeichen für einen Zusammenhang der Personalbesetzung und der Anzahl von Zwang und Gewalt (Owen, Tarantello, Jones und Tennant, 1998; Hanrahan, Kumar & Aiken, 2010), als auch dagegen (Ng, Kumar, Ranclaud und Robinson, 2001; Way, Braff, Hafemeister und Banks, 1992). Dabei zeigen Untersuchungen, dass mehr Personal auch zu einer höheren Anzahl von Konflikten und Maßnahmen zur Vermeidung führen kann (Bowers und Crowder, 2012). Für den deutschen Versorgungskontext zeigt eine Untersuchung zum Personaleinsatz in der psychiatrischen Versorgung von Wolff et al. (2015), dass die Besetzung der Stationen im Durchschnitt 80% der Empfehlungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aus dem Jahr 1991 (Kunze, Kaltenbach und Kupfer, 2010) beträgt. Auch Löhr, Schulz und Kunze (Löhr, Schulz und Kunze, 2014) konnten zeigen, dass im Vergleich zu anderen Berufsgruppen vor allem im Bereich der Pflege in der Psychiatrie in den vergangenen Jahren kaum Verbesserungen der personellen Besetzung stattgefunden haben bzw. im Gegenteil, dass durch die Verkürzung der Verweildauern und die Zunahme der Fallzahl eine Leistungsverdichtung für die Pflegenden erfolgt ist. Diese Ergebnisse in Verbindung mit den o. g. Erkenntnissen sollten dringend zum Anlass genommen werden, Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Personalausstattung zu ergreifen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Thema der intensiven Betreuung in der stationären psychiatrischen Versorgung sowie die mit diesem Thema einhergehende Beschäftigung mit den Themen Zwang und Gewalt in der nationalen Praxis der Versorgung von Menschen in akuten psychiatrischen Krisensituationen oder Ausnahmezuständen dringend mehr Beachtung finden sollte. Nach wie vor fehlen belast- und vergleichbare Zahlen sowohl zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (i. S. e. deutschlandweiten Registers) oder auch zur Anwendung der sehr ressourcen- und personalbindenden Intensivbetreuung. Vor diesem Hintergrund erfolgte die Publikation der Ergebnisse in deutschsprachigen peer-reviewed Journals der psychiatrischen Versorgung. Darüber hinaus konnten die Ergebnisse der Untersuchungen u. a. dazu bei-

tragen, dass das Thema sowohl im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) als auch im „Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) eine Berücksichtigung gefunden hat. Sie sind z. B. eingeflossen in den LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung in der Psychiatrie (Gather, Noeker und Juckel, 2017) sowie die überarbeitete Version der S3-Leitlinie DGPPN unter der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (Steinert und Hirsch, 2018), die am 24.07.2018 veröffentlicht worden ist. Auch in der Schweiz sind die Ergebnisse in Überlegungen zur weiteren Bearbeitung der Thematik im Rahmen der Erstellung einer Richtlinie „Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung“ berücksichtigt worden (Lienhardt, Rabenschlag und Panfil, 2018).

Auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Eins-zu-eins-Betreuung im Hinblick auf die Versorgung von Patienten bei Bestehen der freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahme der Fixierung weist auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) in seinem Urteil vom 24.07.2018 zu den Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16) hin.

Mit der vorliegenden Dissertation ist vielleicht ein erster Anfang im Hinblick auf eine wissenschaftliche Bearbeitung des Themas gemacht. Allerdings besteht insgesamt im Hinblick auf das Thema weiterer Forschungsbedarf. Wichtig sind z. B. Erkenntnisse darüber, wie Patienten die Anwendung intensiver Betreuungsmaßnahmen erleben und welche Interventionen von Therapeuten und Pflegefachpersonen in den intensiven Betreuungssituationen zur Anwendung kommen und wie wirksam diese Interventionen im Hinblick auf die erwarteten Ergebnisse sind.

### 3. Literaturverzeichnis

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guilemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaption of Health Status Measures. Unter: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>. Abruf am 01.07.2018.
- Björkdahl, A., Nyberg, U., Runeson, B., & Omerov, P. (2011). The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18(6), 558-561. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01758.x
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(2), 165-172. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00931.x
- Bowers, L., & Crowder, M. (2012). Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards-a cross sectional time series poisson regression study. *Int J Nurs Stud*, 49(1), 15-20. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.005
- Bowers, L., Simpson, A., & Alexander, J. (2003). Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38(7), 402-408. doi:10.1007/s00127-003-0648-x
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., . . . Simpson, A. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *Br J Psychiatry*, 193(5), 395-401. doi:10.1192/bjp.bp.107.037721
- Briggs, P. F. (1974). Specializing in psychiatry: therapeutic or custodial? *Nurs Outlook*, 22(10), 632-635.
- Buchanan-Barker, P., & Barker, P. (2005). Observation: the original sin of mental Health nursing? *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(5), 541-549. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00876.x
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696.
- Chu, S. (2016). Special Observations in the Care of Psychiatric Inpatients: A Review of the Literature and Developments in Practice. *ARC Journal of Psychiatry*, 1(1), 21-31.



- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud*, *50*(5), 587-592.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, *337*, a1655.  
doi:10.1136/bmj.a1655
- Craig, P., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: reflections on the 2008 MRC guidance. *Int J Nurs Stud*, *50*(5), 585-587.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.009
- DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF. (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Unter:  
<http://www.depression.versorgungsleitlinien.de>. Abruf am 01.07.2018.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, *260*(12), 1743-1748.
- Gaebel, W., & Falkai, P. (Hrsg.). (2010). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten*. Würzburg: Steinkopff Verlag.
- Gather, J., Noeker, M. & Juckel, G. (Hrsg.) (2017). *LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Godemann, F., Falkai, P., Hauth, I., Salize, H. J., Pollmächer, T., & Wolff-Menzler, C. (2013). Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik : Begleitforschung - quo vadis? *Nervenarzt*, *84*(7), 864-868. doi:10.1007/s00115-013-3795-7
- Gournay, K. (2009). Assessment and management of risk: violence, suicide and self-harm. In R. Newell & K. Gournay (Eds.), *Mental Health Nursing - An evidence-based approach* (pp. 229-239). London: Elsevier.
- Hanrahan, N. P., Kumar, A., & Aiken, L. H. (2010). Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. *Psychiatric Services*, *61*(6), 569-574.
- Jones, J., & Eales, S. (2009). Practising safe and effective observation. In P. Callaghan, J. Playle, & L. Cooper (Eds.), *Mental Health Nursing Skills* (pp. 173-181). New York: Oxford University Press.

- Kunz, R., Khan, K. S., Kleijnen, J., & Antes, G. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen: Einführung in die Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen* (Vol. 2. vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Kunze, H., Kaltenbach, L., & Kupfer, K. (Eds.). (2010). *Psychiatrie-Personalverordnung* (Vol. 6., aktual. u. erw. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lienhardt, A., Rabenschlag, F., & Panfil, E. M. (2018). Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz—eine deskriptive Querschnittstudie. *Pflege (Advance Articles)*.
- Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., & Nienaber, A. (2013). Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC) - ein Instrument für die Praxis. *Pflege*, 26(6), 401-410. doi:10.1024/1012-5302/a000328
- Löhr, M., Schulz, M., & Kunze, H. (2014). Wegfall der Psych-PV - was dann? *Psych Pflege*, 20(3), 140-155. doi:10.1055/s-0034-1376276
- Martin, J. S., Vincenzi, C., & Spirig, R. (2007). Prinzipien und Methoden einer wissenschaftlich akkuraten Übersetzungspraxis von Instrumenten für Forschung und direkte Pflege. *Pflege*, 20(3), 157-163.
- Munro, S., & Baker, J. (2011). Helping people who have acute mental health problems. In S. Prymachuk (Ed.), *Mental Health Nursing - an evidence introduction* (pp. 219-252). London: Sage.
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD002084. doi:10.1002/14651858.CD002084.pub2
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2015). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. Retrieved from nice.org.uk/guidance/ng10
- Owen, C., Tarantello, C., Jones, M., & Tennant, C. (1998). Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric Services*, 49(11), 1452-1457.
- Savage, G. H. (1884). Constant Watching of Suicidal Cases. *Br J Psychiatry*, 30(129), 17-19.
- Scholz, L. (1916). *Leitfaden für Irrenpfleger* (Vol. 12. verbesserte Auflage). Halle: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Staggs, V. S. (2016). Deviations in monthly staffing and injurious assaults against staff and patients on psychiatric units. *Research in nursing & health*, 39(5), 347-352.
- Staggs, V. S. (2013). Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Research in nursing & health*, 36(1), 26-37.

- Steinert, T. (2018). S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens von Erwachsenen. In DGPPN (Hrsg.). Unter: <https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/02645b3598e9832a01b7ba617383aaa599011369/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANGVERSION%20FINAL%2020.7.2018.pdf>. Abruf am 25.07.2018.
- Steinert, T., Schmid, P., Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang, & Landesverband der Psychiatrieerfahrenen Baden-Württemberg (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland - Gegenwärtige Praxis (2012). *Nervenarzt*, 85(5), 621-629. doi:10.1007/s00115-013-3867-8
- Stewart, D., Bilgin, H., & Bowers, L. (2010). Special observation in psychiatric hospitals: a literature review. Unter: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevSpecObs.pdf>. Abruf am 01.07.2018.
- Swart, E., & Ihle, P. (2010). Methoden der Sekundärdatenanalyse. *Gesundheitswesen*, 72(6), 315. doi:10.1055/s-0030-1254166
- Swart, E., Ihle, P., Geyer, S., Grobe, T., Hofmann, W., German Society for Social, M., & Prevention. (2005). GPS - Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*, 67(6), 416-421. doi:10.1055/s-2005-858356
- Way, B. B., Braff, J. L., Hafemeister, T. L., & Banks, S. M. (1992). The relationship between patient-staff ratio and reported patient incidents. *Psychiatric Services*, 43(4), 361-365.
- Whittington, R., Baskind, E., & Paterson, B. (2006). Coercive Measures in the Management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in Mental Health Settings* (pp. 145-172). New York: Springer.
- Wolff, J., Berger, M., Normann, C., Godemann, F., Hauth, I., Klimke, A., & Löhr, M. (2015). Wohin führt die Konvergenz der Psychriebudgets? : Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen. *Nervenarzt*. doi:10.1007/s00115-015-4311-z
- Wolff-Menzler, C., Maier, B., Junne, F., Löhr, M., Grosse, C., Falkai, P., . . . Godemann, F. (2014). Versorgungsindikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP)--Ein Datenbank-Projekt. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 82(7), 394-400. doi:10.1055/s-0034-1366577

Zehnder, U., Rabenschlag, F., & Panfil, E. M. (2015). Zwischen Kontrolle und Therapie:  
Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären  
Akutpsychiatrie. *Psychiatr Prax*, 42(2), 68-75. doi:10.1055/s-0034-1387244

## **4. Thesen der Dissertation**

### **1. Intensive Betreuungsmaßnahmen stellen komplexe Interventionen dar.**

Intensive Betreuungsmaßnahmen sind Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung. Sie kommen bei Patientinnen und Patienten in extremen psychiatrischen Ausnahmesituationen zum Einsatz. Aufgrund der Vielzahl der miteinander in Verbindung stehenden Komponenten (z. B. Hierarchieebenen, Berufsgruppen) handelt es sich um komplexe Interventionen.

### **2. Das Thema der intensiven Betreuungsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland ist zu wenig im Blick der Forschung.**

In die Literaturrecherche konnten keine Arbeiten zu dem Thema aus dem deutschsprachigen Raum eingeschlossen werden. Auch wenn der Rechercheprozess schon etwas zurückliegt und es mittlerweile einzelne Arbeiten für den deutschsprachigen Raum gibt, ist das angesichts der Intensität der Maßnahme vergleichsweise wenig.

### **3. Intensive Betreuungsmaßnahmen kommen sind personalintensiv und eine der teuersten Interventionen in der stationären psychiatrischen Versorgung.**

Die Intervention ist immer mit dem Einsatz von Personal verbunden. Die Patientinnen und Patienten, um die es geht, sind aufgrund der Akuität ihrer Situation (akute Suizidalität, akute Gefahr der Gewalttätigkeit gegen sich oder andere) vergleichbar mit den Intensivpatienten in der Somatik.

### **4. Die Dokumentationsqualität in den Kliniken zu intensiven Betreuungsmaßnahmen verbessert sich.**

Die Zunahme der dokumentierten Intensivbetreuungsmaßnahmen lässt sich u. a. damit erklären, dass die Kostenträger die Maßnahmen nur dann vergüten, wenn die in den OPS formulierten Anforderungen an die Dokumentation (z. B. tägliche ärztliche / psychologische Befunderhebung) erfüllt sind.

### **5. Intensive Betreuungsmaßnahmen müssen im Kontext des Themas Umgang mit Zwang und Gewalt betrachtet werden.**

Intensive Betreuungsmaßnahmen kommen vor allem in extremen psychiatrischen Ausnahmesituationen zur Anwendung (z. B. akute Suizidalität, akute Gefahr der Gewalttätigkeit). Die Personen, die die Intervention erhalten sind nicht immer einwilligungsfähig und erleben die Maßnahme z. T. als Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit.

**6. Die quantitative Personalausstattung beeinflusst die Entstehung von Konflikten und deren Reduzierung bzw. Vermeidung.**

Obwohl vergleichbare Untersuchungen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, zeigen die Daten der in Deutschland durchgeführten multizentrischen Untersuchung einen Zusammenhang. Dies kann u. a. auf die im Vergleich zu anderen Ländern (z. B. Niederlande) geringere Personalausstattung in der stationären psychiatrischen Versorgung zurück zu führen sein.

**7. Neben der quantitativen Personalausstattung müssen auch die qualitativen Merkmale in den Blick genommen werden.**

Neben der reinen Anzahl der Personen sollten sowohl die Ausbildung als auch die sonstigen Kompetenzen (Grades und Skills) unbedingt bei zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden. Es ist zu erwarten, dass sich Grades und Skills ebenfalls auf die Anwendung der Intervention der intensiven Betreuungsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Versorgung auswirken (z. B. in Form geringerer Häufigkeit der Anwendung oder kürzerer Dauer der Intervention).

## 5. Übersicht der Publikationen der Dissertation

- 5.1. Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). **Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung.** *Psychiatrische Praxis*, 40(01), 14-20.
- 5.2. Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., & Nienaber, A. (2013). **Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC)—ein Instrument für die Praxis.** *Pflege*, 26(6), 401-410.
- 5.3. Nienaber, A., Schulz, M., Noelle, R., Wiegand, H. F., Wolff-Menzler, C., Häfner, S., Seemueller, F., Godemann, F. & Löhr, M. (2016). Häufigkeit und Kosten der 1: 1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland—Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes. *Psychiatrische Praxis*, 43(04), 205-212.
- 5.4. Nienaber, A., Heinz, A., Rapp, M. A., Bempohl, F., Schulz, M., Behrens, J., & Löhr, M. (2018). **Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen.** *Der Nervenarzt*, 89(7), 821-827.
- 5.5. Nienaber, A., Durrer, M., Schulz, M. Wolff-Menzler, C., Seemueller, F., Behrens, J. & Löhr, M.. **Frequency analysis and economic effects of constant one-to-one observation in in-patient adult psychiatry in Germany.** *BJPsych Bulletin* (under review).

## **5.1. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung – Eine systematische Literaturübersicht**

Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 40(01), 14-20.



## Zusammenfassung

**Anliegen:** Darstellung des Forschungsstandes zur Überwachung und Entwicklung von Implikationen für den deutschsprachigen Raum.

**Methode:** Systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken und zusätzliche Handsuche.

**Ergebnisse:** Einheitliche Konzepte zur Überwachung existieren nicht. Der Einsatz von Hilfskräften kann die Qualität beeinflussen und zur Häufung führen. Überwachung ist eine komplexe Tätigkeit und beinhaltet therapeutische und nicht therapeutische Anteile.

**Schlussfolgerungen:** Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Förderung von Hoffnung sollten im Vordergrund von Überwachung stehen. Das Feld scheint wenig beforscht.

## Abstract

**Objective:** To report the state of research about special observation and to develop implications for the German-speaking countries.

**Methods:** Systematic literature search.

**Results:** The literature consists mainly of descriptive studies. There are no standardized approaches. Use of assistants can have a negative impact on quality of the intervention and may result in an accumulation and change of measures. Nurses play a responsible role in special observation. There are different experiences and perceptions of patients and nurses. Special observation includes both therapeutic and non-therapeutic components.

**Conclusions:** The focus should be on therapeutic aspects of observation; particularly involvement and development of hope. Observation might restrict personal freedom and should be used as rarely as possible. Strengthening nurses in decision-making is associated with increased quality. More research is needed regarding the effectiveness, the frequency of utilization and opportunities for prevention. The importance of observation is in contrast to the lack of relevant data.

**Schlüsselwörter:** Überwachung, Literaturübersicht, Psychiatrie, stationär

**Keywords:** special observation, literature review, psychiatry, inpatient

## **Konsequenzen für die Praxis**

- Überwachung kann einen massiven Eingriff in die persönliche Freiheit des Patienten darstellen und sollte nur nach klaren Vorgaben zur Anwendung kommen.
- Das Ziel der Überwachung sollte der Aufbau einer therapeutischen Beziehung sein, mit einem Fokus auf Einbeziehung in den Behandlungsprozess und Hoffnungsförderung.
- Im Sinne der Patientenorientierung sollte eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Medizin und Pflege erfolgen.

## Einleitung

Die intensive Überwachung von Patienten in der psychiatrischen Akutversorgung ist eine Methode, um die betreffende Person vor sich selbst und/oder andere Patienten oder Mitarbeitende vor Übergriffen zu schützen. Während die Ansetzung dieser Maßnahme dem Verantwortungsbereich des ärztlichen Dienstes zugeordnet wird, liegt die Durchführungsverantwortung im Bereich der Pflege. Je nach Tätigkeitsfeld führen Pflegende regelmäßig Einzelbetreuungen, 1:1-Betreuungen, 15-minütige Sichtkontakte oder -kontrollen, engmaschige intensive Überwachungen/Beobachtungen oder „Sitzwachen“ durch. Erfolgt die Intervention ohne Einwilligung der Patienten, kann sie einen Eingriff in deren persönliche Freiheit darstellen. Darüber hinaus gehört sie zu den personell ressourcenintensiven und damit sehr teuren Maßnahmen stationärer psychiatrischer Behandlung [1, 2]. Da eine Durchführung der Maßnahme ohne Einwilligung des Patienten nur in schwierigsten Situationen, bspw. bei akuter Suizidalität oder im Rahmen einer Fixierung, zu rechtfertigen ist, stellt sich neben ethischen Fragen auch die Frage nach der Fachlichkeit, der es zur Durchführung einer intensiven Überwachung bedarf.

Eine einheitliche Regelung für die Durchführung der genannten Maßnahmen in der Praxis, z. B. in Form einer nationalen Leitlinie oder eines Expertenstandards, existiert nicht. Nicht selten wird für die intensive Überwachung der Begriff, der „Sitzwache“, genutzt und eine entsprechende Intervention als solche interpretiert. Der Begriff „Sitzwache“ wird aus Sicht der Autoren am ehesten mit dem Wunsch nach Absicherung und weniger mit dem Ziel einer Besserung oder eines Beziehungsaufbaus verbunden. Diese Sicherung von Patienten stellt, ebenso wie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, keine vorrangig therapeutische oder medizinische Intervention dar. Handelte es sich um eine therapeutische oder medizinische Intervention, müssten Wirksamkeitsnachweise eingefordert werden, z. B. im Hinblick auf das Potenzial zur Abwendung einer bestimmten Gefährdung [3]. In ihrer vorwiegend anzutreffenden Ausgestaltung zählt die Überwachung zu den Maßnahmen, die, vergleichbar mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, v. a. durch den psychosozialen Behandlungskontext bestimmt sind [4, 5]. In der Literatur wurde für diese Form der Interventionen bereits früh der Begriff „Dirty Work“ geprägt [6]. Gleichwohl handelt es sich um Maßnahmen, die Grundrechte von Menschen verletzen können und vor diesem Hintergrund einer besonderen Begründung sowie einer sach- und fachgerechten Durchführung bedürfen. Die Durchführung ohne Einwilligung des Patienten bewegt sich da-

bei in einem Spannungsfeld zwischen Sorge und Ordnung. Zwangskontexte implizieren grundsätzlich ethische Konflikte, weil die Entscheidung für oder gegen Zwang jeweils nicht mit einem einzelnen ethischen Prinzip begründet werden kann. Das Grundprinzip des Respekts vor der Patientenautonomie kann im Konflikt mit der Fürsorgepflicht und der Verpflichtung, Schaden vom Patienten abzuwenden (non-maleficence) [7], stehen. Der aus ethischer Sicht kontrovers diskutierte Einsatz von Kameras zur Beobachtung und Überwachung ist nicht Teil dieser Arbeit, da er, bspw. bei Patienten in NRW, die nach dem PsychKG [8] untergebracht sind, gesetzlich verboten ist.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen systematischen Überblick über die relevante Literatur zur Überwachung in der stationären psychiatrischen Akutversorgung von erwachsenen Menschen zu geben und daraus Implikationen für die Durchführung von Überwachung in Deutschland abzuleiten. Deshalb konzentriert sich die Übersichtsarbeit auf 2 Fragestellungen:

- Welche empirischen Erkenntnisse gibt es zur Anwendungsqualität und Wirksamkeit der Überwachung von Patienten in der stationären Akutpsychiatrie?
- Welche Empfehlungen für die Anwendung der Überwachung in Deutschland lassen sich daraus ableiten?

## **Methode**

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine systematische Literaturrecherche [9] in den Datenbanken Medline, CINAHL, PsycINFO und der Cochrane Database of Systematic Reviews durchgeführt. In Anlehnung an die Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence [10] wurden dabei folgende Suchbegriffe verwendet: special observation OR constant observation OR intermittent observation AND psychiat\*. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der Artikel und den Jahresübersichten der in den Datenbanken nicht gelisteten deutschsprachigen Zeitschriften „Sozialpsychiatrische Informationen“ und „Psychosoziale Umschau“ der Jahre 2005–2012. Auf diese Weise wurden 384 Artikel gefunden (368 aus elektronischen Datenbanken und 16 aus der Handsuche) und in die Vorauswahl aufgenommen. In die Literaturübersicht wurden Artikel eingeschlossen, die in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden und sich auf das Setting eines psychiatrischen Akutkrankenhauses oder einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus beziehen. Berücksichtigt wurden deskriptive Studien mit quali-

tativem oder quantitativem Forschungsansatz, Beobachtungsstudien sowie Arbeiten zur Entwicklung von Instrumenten und Interventionen im Zusammenhang mit intensiver Überwachung. Ausgeschlossen wurden Untersuchungen in forensischen Kliniken, Allgemeinkrankenhäusern, Justizvollzugsanstalten oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden Arbeiten, bei denen die Methode der Datenerhebung oder -auswertung nicht oder nur unzureichend beschrieben wurde. Nach Durchsicht der Titel und Abstracts wurden 291 Artikel ausgeschlossen. Dabei handelte es sich um 29 Duplikate sowie um 262 Artikel, deren Setting nicht den oben genannten Kriterien entsprach. 93 Volltexte wurden schließlich anhand der dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien detailliert bewertet. Danach wurden 60 Volltexte ausgeschlossen, weil die Untersuchung nicht in einem den Einschlusskriterien entsprechenden Setting stattgefunden hatte (n = 16), weil es sich nur um Expertenmeinungen handelte (n = 6), weil die Artikel nicht in englischer oder deutscher Sprache verfügbar waren (n = 3), weil Überwachung nicht im Fokus der Arbeiten stand oder keine Untersuchung dazu durchgeführt wurde (n = 31) sowie weil es sich um Übersichtsarbeiten handelte (n = 4). Insgesamt konnten somit 33 Artikel in die vorliegende Literaturübersicht eingeschlossen werden. Der Publikationszeitraum dieser Arbeiten erstreckt sich von 1977 bis Januar 2012. Vor 1977 wurden keine relevanten Untersuchungen gefunden. In der Onlineversion des vorliegenden Reviews wird eine tabellarische Übersicht über das Design und die wesentlichen Ergebnisse der 33 eingeschlossenen Artikel gegeben (Tab. 1).

## **Ergebnisse**

Zu den 33 eingeschlossenen Artikeln zählen 9 deskriptive Studien mit einem qualitativen Forschungsansatz, 22 deskriptive Studien mit einem quantitativen Forschungsansatz, eine Delphi-Studie sowie eine systematische Übersichtsarbeit. Die Bewertung der Qualität der Studien erfolgte in Anlehnung an die Hierarchie der Evidenz [11] sowie die von Kunz et al. [9] beschriebenen Evidenzstufen<sup>1</sup>. Wie Muralidharan und Fenton [12] bereits in ihrem Cochrane Review zum Thema Sicherheitsstrategien für Menschen mit psychischen Erkrankungen geschrieben haben, liegen keine nicht-pharmakologischen, der Evidenzstufe 1 zuzuordnen- den, randomisierten kontrollierten klinischen Studien (RCT) vor. In Anlehnung an Kunz et al. [9] entspricht eine der eingeschlossenen Studie [13] der Evidenzstufe 2, die anderen eingeschlossenen Studien sind den Evidenzstufen 3 und 4 zuzuordnen. Beobachtungs- und hermeneutisch-interpretative Studien sind ebenfalls zur Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde lie-

genden Fragen geeignet. In Anlehnung an Behrens und Langer [11] sind sie für die Klärung der Angemessenheit sowie für pflegerische Entscheidungen im Arbeitsbündnis nicht weniger wichtig als die nachgewiesene Wirksamkeit. Die Begriffe „Überwachung“ und „intensive Überwachung“ werden als Übersetzung der englischen Begriffe „observation“ und „special observation“ verwendet. Sie schließen sowohl die in Deutschland gebräuchlichen Begriffe der „Sitzwache“, der „1:1 Begleitung“ bzw. „Intensivbetreuung“ als auch bspw. 15-minütige oder anders getaktete Sichtkontakte und -kontrollen mit ein [14]. In der Literatur findet sich kein Artikel, der Überwachung im deutschen Versorgungssystem untersucht. Die gefundenen Studien wurden in Großbritannien, den USA, Kanada, Australien und Schweden durchgeführt. Zu Beginn der Ergebnisdarstellung soll daher zunächst das Forschungsfeld betrachtet werden, da solche Vergleiche hilfreich für die Umgestaltung der bestehenden Systeme sein können [15].

Der überwiegende Teil der gefundenen Untersuchungen (n = 20) wurde in Großbritannien durchgeführt. Das Forschungsfeld bei den meisten dieser Arbeiten sind psychiatrische Akutstationen („acute mental health wards“ [16] sowie „acute psychiatric wards“ [17]) und psychiatrische Intensivstationen („psychiatric intensive care units“, PICU [5]). Bowers et al. beschreiben den Auftrag der psychiatrischen Akutstationen als Versorgung von erwachsenen Menschen mit akuten psychischen Erkrankungen [7, 30]. Die Aufnahme erfolgt aus der Gemeinde, Langzeitbehandlung und Unterbringung wird von diesen Stationen nicht angeboten. Auf den PICU steht in der Regel eine kleinere Anzahl von Betten zur Verfügung und die Sicherheit steht deutlich stärker im Vordergrund als die Behandlung [18]. Bowers et al. [19] berichten von im Mittel 21 Betten pro Station, mit einer Spannweite von 11–30. An anderer Stelle wird ein Mittelwert von 22 Betten pro Station [17] angeführt. Auch Dodds und Bowles [20] beschreiben eine psychiatrische Akutstation mit insgesamt 21 Betten. Das Alter der behandelten Patienten liegt zwischen 18 und 65 Jahren [21]. Die Aufenthaltsdauer beträgt im Mittel 27 Tage bei einer Auslastung von über 100 % [20]. In der personellen Ausstattung finden sich ebenfalls Unterschiede im Vergleich zur Situation in Deutschland. So gibt es in Großbritannien ein breiteres Spektrum an Qualifikationsgraden in der Pflege [1]. Fletcher beschreibt registrierte Pfleger, eingeschriebene Pfleger, Studierende im Bereich der Pflege und pflegerische Hilfskräfte [22]. Dieser Skill- und Grademix wirkt sich auch auf die Besetzung der Stationen aus. Bowers und Crowder [17] ermittelten ein Verhältnis von 0,91 – 1,01 Pflegenden pro Bett. Bei den qualifizierten Pflegenden waren es im Mittel 0,61 pro Bett [19]. Weitere Informationen zu Unterschieden der psychiatrischen Versorgungssysteme in Deutschland und England sowie zu abweichenden rechtlichen Rahmenbedingungen, bspw. für Kranken-

hausunterbringungen gegen den Willen der Betroffenen oder für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, gibt die Arbeit von Becker [23]. Bei der Analyse der in der vorliegenden Übersicht berücksichtigten 33 Publikationen wurden 4 Themenfelder zu Fragen der intensiven Überwachung identifiziert: 1) organisatorische und politische Aspekte, 2) Prädiktoren und Wirkmechanismen von Überwachungen, 3) Situationsbeschreibungen, 4) Interventionen im Rahmen von Überwachungen. Im Folgenden werden die zu diesen Themenfeldern gefundenen Ergebnisse zusammengefasst.

### **Organisatorische und politische Aspekte**

In den Artikeln finden sich unterschiedliche Definitionen und Durchführungsbeschreibungen für Überwachung. Jones et al. [24] unterscheiden 3 Level. Level 1 beinhaltet die „constant observation“, bei der sich der Patient in direkter Reichweite (Armlänge) befindet und ununterbrochen im Blick der überwachenden Person ist. Level 2 ist die „close observation“, bei der sich die zu überwachende Person im ständigen Sichtkontakt aufhalten muss. Level 3 stellt mit der „timed observation“ eine individuell auf den Patienten abgestimmte Überwachung in definierten zeitlichen Intervallen dar. Übergeordnet wird die „general observation“ beschrieben, die bspw. bei neu aufgenommenen Patienten zum Einsatz kommt. Der personelle Aufwand für Überwachungen der Level 1 – 3 liegt über dem Aufwand für generelle Überwachungen. Auch in einer Studie über die Richtlinien des National Health Service für die Durchführung von Überwachung [25] werden unterschiedliche Bezeichnungen für die verschiedenen Überwachungsstufen benutzt. Neben einer normalen Form, auch als „general“, „level 1“ oder „low“ beschrieben, werden 2 weitere Formen unterschieden. Zum einen die intermittierende und zum anderen die konstante Überwachung, die sich in 2 weitere Formen unterteilen lässt: Überwachung in Sichtweite und in Armlänge. Innerhalb der intermittierenden Form der Überwachung werden Patienten in definierten Zeitintervallen aufgesucht. Unter Überwachung in Sichtweite ist die kontinuierliche visuelle Überwachung des Patienten zu fassen. Hierbei kann eine räumliche Distanz vorhanden sein. Überwachung in Armlänge meint die direkte und unmittelbare Überwachung, bei der keine räumliche Distanz vorhanden ist. Der Begriff der „formal observation“ [26] stellt einen weiteren Versuch dar, einen Überbegriff für Formen der Überwachung im Bereich des United Kingdom zu implementieren. Er beschreibt routinemäßige und durchgängige Überwachungen, Kontaktintervalle von 15 oder 30 Minuten sowie eine engmaschige oder kontinuierliche Überwachung [26]. Ähnliche Überwachungsstufen mit anderen Bezeichnungen, z. B. „one-to-one continuous observation“ oder „observation every five to ten minutes“ beschreiben auch Green und Grindel

[27] für die USA. Über schriftliche Richtlinien für die Durchführung von Überwachungen verfügt in England ein Großteil der Gesundheitsdienstleister. Die Dokumentation der Durchführung von Überwachungen erfolgt lückenhaft, was zur Folge hat, dass keine reliablen Aussagen über die Anwendung von Überwachungen getroffen werden können. Gleiches gilt für die Auslösung von Überwachungsmaßnahmen. Sowohl Ärzte als auch qualifizierte Pflegende können Überwachung eigenverantwortlich auslösen. Im Gegensatz dazu wird in 63 % der Richtlinien für die Aufhebung der Überwachung eine gemeinsame Entscheidung von Arzt und Pflege verlangt, vermutlich weil die Aufhebung einer solchen Maßnahme ein höheres Risiko für den Patienten mit sich bringt. Eine systematische Risikoeinschätzung als Grundlage für die Entscheidung zur Überwachung anhand validierter Assessmentinstrumente erfolgt nur in wenigen Fällen [25]. In der Regel führen Pflegende der Station die Überwachung aus. Konsens besteht darüber, dass qualifizierte Pflegende sämtliche Formen der Überwachung durchführen können. Ob Hilfspersonal bei der Ausführung von Überwachungen eingesetzt werden soll, wird kontrovers diskutiert [25]. Die Begründung der Durchführung von Überwachungen gegenüber dem Patienten wird in den meisten Richtlinien angeführt. Nur in einem Fall liegt ein schriftliches Dokument zur Weitergabe an den Patienten mit einer Erklärung der Maßnahme vor. Zu ähnlich uneinheitlichen Ergebnissen kommen auch Horsfall und Cleary [28] in ihrer Diskursanalyse einer Überwachungsrichtlinie und identifizieren sowohl einige Unschärfen im Hinblick auf Verantwortlichkeiten als auch Lücken zwischen den gesundheitspolitischen Vorgaben und der Umsetzung in der Praxis.

### **Prädiktoren und Wirkmechanismen**

Bowers et al. [19] kommen in ihrer City-128-Studie zu dem Schluss, dass intermittierende Überwachung ein effektiver Weg sein kann, um Selbstverletzungen zu reduzieren. Die intermittierende Überwachung steht signifikant mit dem Rückgang von Selbstverletzungen im Zusammenhang (OR 0,82;  $p < 0,001$ ). Gleiches gilt für die Anwesenheit von qualifiziertem Personal (OR 0,94;  $p < 0,01$ ) und die Planung von Aktivitäten mit den Patienten (OR 0,53;  $p < 0,001$ ). Ihrer Argumentation zufolge kann durch die intermittierende Überwachung die Präsenz der Pflegenden auf der gesamten Station sichergestellt werden und auf diese Weise Möglichkeiten für die Patienten eröffnen, Interventionen nachzufragen oder einzufordern, z. B. beim Auftreten von Angst oder Niedergeschlagenheit. Demgegenüber geht die Präsenz von weniger qualifiziertem Personal oder Auszubildenden mit einer höheren Anzahl von Selbstverletzungen einher (OR 1,05;  $p < 0,01$ ) [19]. Sowohl die konstante als auch die intermittierende



Überwachung zeigen in ihrer Anwendung einen Zusammenhang mit einer höheren Anzahl von weniger qualifiziertem Personal (IRR 1,018;  $p = 0,000$  sowie IRR 1,419;  $p = 0,000$ ) [5, 16]. Eine hohe Anzahl von Aufnahmen auf einer Station wirkt sich eher ungünstig auf die Häufigkeit von Selbstverletzungen aus (IRR 1,050;  $p = 0,000$  sowie IRR 1,077;  $p = 0,000$ ).

Stewart und Bowers [16] zufolge ist die intermittierende Überwachung die gebräuchlichste Form der Überwachung. Sie wird

v. a. in komplexeren und schwer zu überwachenden Stationen angewendet. Die Autoren vermuten zudem einen Einfluss vorhandener bzw. nicht vorhandener Ressourcen. Ein weiterer Zusammenhang besteht in der Anwendung von konstanter Überwachung und einer geringeren Anzahl von Sichtfenstern in den Türen der Einzelzimmer. Auch werden Überwachungen oft von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt. Stewart, Bowers und Warburton [5] beobachteten darüber hinaus Unterschiede in der Häufigkeit und der Art von Überwachungen zwischen einzelnen Stationen im gleichen Krankenhaus.

Shugar und Rehaluk [13] identifizierten 11 Indikatoren für Überwachungen. Die 4 meistgenannten Gründe waren eine potenzielle oder aktuelle Selbstverletzungsgefahr, eine Überstimulation durch die Umgebung, potenzielle oder aktuelle Gewalttätigkeit sowie akute Verwirrtheit. Als signifikante Prädiktoren für die Anwendung von Überwachungen identifizierten die Autoren Selbstverletzungen sowie Sachbeschädigungen in der Vergangenheit, Gewalttätigkeit gegen andere, Unfreiwilligkeit der stationären Aufnahme, Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Schicht und weibliches Geschlecht. Nach Phillips et al. [29] korreliert die Anwendung von Überwachung auch mit der Diagnose. Weiterhin besteht ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Alter sowie zwischen Diagnose und Geschlecht. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass überwachte Patienten eher weiblich sind und an einer Schizophrenie oder Depression erkrankt sind. Auch Tardiff [30] identifizierte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose Depression und der Häufigkeit von Überwachungsmaßnahmen. Zudem ist nach Langenbach et al. [31] der rechtliche Status des Patienten ein starker Indikator für Überwachung. So beschreiben die Autoren einen signifikanten Unterschied in der Anwendung von Überwachung zwischen freiwilligen und untergebrachten Patienten. Ein weiterer signifikanter Zusammenhang besteht in der Anwesenheit von besser qualifiziertem Personal und einer geringeren Anwendung der umfassendsten Überwachungsform (Grade 3). Bei den meisten Überwachungen kommen zusätzliche Maßnahmen wie eine unterstützende Bedarfsmedikation, die Erhöhung der oralen Medikation oder Maßnahmen zur Deeskalation zur Anwendung [13, 30, 32]. Nach Stewart, Bowers und Ross [32] wird bei 21 % der Überwachungen zu-

sätzlich eine Bedarfsmedikation gegeben und bei 9 % eine Deeskalationsmaßnahme durchgeführt. Insgesamt wird bei 73 % der Überwachungen eine weitere Form der Sicherung eingesetzt.

Shugar und Rehaluk zufolge findet mehr als die Hälfte der Überwachungen während den Abendstunden statt, wenn eine geringere Anzahl von Pflegenden anwesend ist. Dauert die Überwachung länger als 72 Stunden, wird sie von den Autoren als problematisch und ineffizient beschrieben: „je länger es andauert, desto mehr entwickelt es sich von Intensivpflege durch einen registrierten und qualifizierten Pflegenden hin zu einer Aufsichts- pflege durch einen (unqualifizierten) Wächter“ [13].

### **Praxis der Überwachungssituationen**

Die formelle Anordnung der Überwachung erfolgt in allen Fällen [33] bzw. in der überwiegenden Zahl der Fälle [31] durch einen Arzt. Die Pflegenden tragen jedoch durch ihre Informationen entscheidend zu dieser Verordnung bei und sind in einigen Fällen auch an der Entscheidung beteiligt. Die Umsetzung der Überwachung folgt nicht immer den gültigen Richtlinien [31, 33]. In einigen Fällen wird der Umsetzungsmodus von den Pflegenden eigenständig abgewandelt [34]. Die formelle Beendigung der Überwachung erfolgt wieder ärztlich, auch hier in der Regel auf Anregung der Pflegenden. Eine Besonderheit besteht an Wochenenden, wenn nicht die Stationsärzte, sondern stationsfremde Ärzte anwesend sind. Dann werden Überwachungen nur selten beendet, was zur Folge hat, dass die Patienten länger in ihrer persönlichen Freiheit eingeschränkt werden, als dies notwendig wäre [34 – 36].

Pflegende beschreiben, dass sie sich nicht genügend in die Entscheidung über eine Überwachung einbezogen fühlen und nur wenig Einfluss nehmen können, da der Entscheidungsprozess zu sehr ärztlich dominiert wird. Ausnahmen finden sich lediglich in den Aussagen von sehr erfahrenen Pflegenden, die sich sehr wohl in den Entscheidungsprozess einbezogen fühlen [37]. Aus Sicht der Pflegenden werden Überwachungen auch öfter als notwendig und demzufolge ohne rechtfertigende Grundlage angeordnet, was auch mit Umsetzungsschwierigkeiten aufgrund begrenzter Ressourcen verbunden ist [35]. Nach Hodgson et al. [38] sollten Pflegende an dem Entscheidungsprozess beteiligt sein und Ärzte und Pflegende am besten gemeinsam die Entscheidung für die Anordnung und die Beendigung einer Überwachung treffen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Langenbach et al. [31]. Als Dilemma wird beschrieben, auf der einen Seite in Reichweite des Patienten zu sein und auf der anderen Seite die Privatsphäre zu respektieren [36]. Cleary et al. stellen die Frage, ob es aus Sicht der Pflegenden begründbar ist, die individuelle Situation der Patienten in der

Überwachung, z. B. den Wunsch nach Privatsphäre, höher zu gewichten als dies nach den geltenden Richtlinien möglich ist, wenn die Sicherheit dadurch nicht gefährdet wird. Wenn die Antwort auf diese Frage „ja“ lautet, ist nach Cleary et al. eine Überwachung des betreffenden Patienten wahrscheinlich nicht mehr in dem Maße erforderlich [36]. Ein weiteres Problem besteht im Hinblick auf die eigene Sicherheit der Überwachenden, die Patienten in Reichweite begleiten. Nach Langenbach et al. [31] kann diese Überwachung als zu starke Einschränkung der persönlichen Freiheit erlebt werden und so aggressive Impulse bei der überwachten Person auslösen [32].

### **Interventionsebene**

Mit der Rolle der Pflegenden bei der Überwachung haben sich mehrere Autoren beschäftigt [22, 37, 39, 40]. Vrale und Steen [39] beschreiben 2 Phasen der Überwachung. In Phase 1 liegt der Schwerpunkt auf der Einschätzung und in Phase 2 auf der Durchführung der Überwachung. In beiden Phasen existiert eine Übergangsphase. Ein wesentliches Element der Überwachung stellt dabei die Kommunikation sowie die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung dar. Dabei heben die Autoren 4 Aspekte hervor: die Bekundung von Interesse und Sorge, ein Kontaktangebot, Einbezug wichtiger Personen und die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht.

Reid und Long [37] beschreiben, dass die Pflegenden sich der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung bewusst sind und es als notwendig ansehen, suizidale Patienten darin zu unterstützen, das der Krise zugrunde liegende Problem zu identifizieren und eine positive Sichtweise einzunehmen. Gleichzeitig wird die Rolle der Pflegenden in der Überwachung potenziell oder aktuell suizidaler Patienten aber auch als große Herausforderung beschrieben. Mackay et al. [41] unterscheiden die Kategorien Durchführung, Rolle und Fähigkeiten. Die beiden letztgenannten Kategorien werden noch mal in 6 Subkategorien unterteilt, welche die Komplexität und die Anforderungen deutlich machen: Eingreifen, die Sicherheit der Patienten und anderer gewährleisten, Prävention, Deeskalation und Aggressionsmanagement, Einschätzung, Kommunikation und Therapie. Besondere Bedeutung schreiben auch sie der Gestaltung einer therapeutischen Beziehung zu, in der Vertrauen und die Beziehung wesentlich zur Verhinderung von Aggression beitragen [41]. Salzmann-Erikson und Eriksson [40] unterscheiden 2 unterschiedliche Ansätze der Durchführung von Überwachungen, einen offenkundigen und einen verborgenen Ansatz, der von den Pflegenden angewendet wird. In einer Delphi-Studie haben Björkdahl et al. [42] die Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) entwickelt. Das Instrument listet 28 Themen auf, die für die Überwachung suizidaler Patienten relevant sind und gibt eine Hilfestellung für die Bezie-

gestaltung in diesem Kontext. Kettles und Paterson [43] nutzten für ihre Untersuchung das Observation Prescription Sheet. In dem 1-Seiten-Instrument werden Gründe für die Anordnung einer Überwachung sowie Faktoren, die deren Reduzierung oder Beendigung beeinflussen, aufgeführt. Leider liegen sowohl für die SPOC als auch den Bogen von Kettles und Paterson keine psychometrischen Daten zur Validität und Reliabilität vor. Mit persönlichen Erfahrungen der Patienten beschäftigen sich mehrere Untersuchungen [10, 12 – 15]. Cardell und Pitula [44] fragten 20 Patienten, die 2 Wochen zuvor wegen Suizidalität überwacht worden waren, nach ihren Erfahrungen. Die Befragten nannten sowohl therapeutische als auch nichttherapeutische Aspekte. Als wichtig für die Bildung einer therapeutischen Beziehung war den Befragten, dass sie als Individuen respektiert wurden. Eigentlich selbstverständliche Umgangsformen wie Begrüßung, Einbezug, Empathie, Respekt und Interesse an ihrem Wohlbefinden wurden von den Teilnehmenden benannt. Als weitere, therapeutisch relevante Kategorien wurden Zuversicht, Anerkennung, Ablenkung, emotionale Unterstützung und Schutz identifiziert. Als untherapeutisch wurde im Gegensatz dazu das Fehlen von Empathie bezeichnet, das entweder als nicht hilfreich oder sogar als schädlich bewertet wurde, da es die Hoffnungslosigkeit der Patienten förderte. Weitere als untherapeutisch identifizierte Faktoren waren fehlende Anerkennung und Information, fehlende Privatsphäre, der Verlust von persönlichem Raum und Freiheit sowie das Gefühl, eingesperrt zu sein. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer 1996 publizierten Untersuchung der Autoren [45]. Auch hier berichten die Teilnehmenden davon, dass die Überwachung nützlich war, da sie ihnen Sicherheit bot und ein Gefühl von Hoffnung förderte, wenn sie sich von den Pflegenden wertgeschätzt und verstanden fühlten. Die Untersuchung von Jones et al. [24] bestätigt diese Ergebnisse. Die Erfahrungen von Patienten mit Überwachung werden wesentlich von den Merkmalen und dem Verhalten der Ausführenden, in der Regel Pflegende, beeinflusst. Die Teilnehmenden bevorzugten für die Überwachung Pflegende, die sie bereits kannten und die mit ihnen redeten.

## **Diskussion**

Im Zentrum der Betrachtung steht der Schutz von Patienten in krankheitsbedingten akuten Krisensituationen, die durch Suizidalität, Angespanntheit oder Überforderung bei der Verarbeitung von Umgebungsreizen geprägt sind. Die Überwachung solcher Patienten im Rahmen der stationären Versorgung ist eine anspruchsvolle und komplexe aktive Tätigkeit bei der es v. a. darum geht, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Deshalb sollte der Begriff „Sitzwache“ in der Versor-

gungspraxis keine weitere Verwendung finden. Impliziert er doch zum einen eine minderwertige Tätigkeit und betont zum anderen den Überwachungs- und Aufsichtsaspekt und nicht den so wichtigen Aspekt der Beziehungsgestaltung [24, 44, 45]. Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass eine Intervention, die eine professionelle Beziehungsgestaltung als Marker impliziert, nicht durch unqualifizierte Personen durchgeführt werden sollte. Überwachung ist sehr ressourcenintensiv und mit einer unsicheren Evidenz für die Wirksamkeit der Maßnahme verknüpft [1, 27, 46]. Die Untersuchungen zeigen, dass die Anwesenheit von besser qualifiziertem und erfahrenerm Personal auf den Stationen zu einer Reduzierung von Überwachungssituationen führen kann [16, 19]. Darüber hinaus können Patienten vom Einbezug der Pflegenden in die Entscheidung über die Einleitung oder Beendigung einer Überwachung profitieren. Deshalb sollte die Entscheidung für oder gegen eine Überwachung im Sinne einer patientenorientierten Behandlung von Medizinern und Pflegepersonal in gemeinsamer Verantwortung getroffen werden. Allerdings darf dies nicht dazu führen, dass die Maßnahmen länger als notwendig andauern, z. B. aufgrund einer unterschiedlichen Besetzung am Wochenende oder der Nichtanwesenheit des Stationsarztes. Hier kann eine schriftliche Formulierung von Kriterien, die zur Reduzierung oder Aufhebung der Überwachung führen können, wie sie von Kettles und Paterson [43] beschrieben ist, eine Möglichkeit für eine veränderte Praxis darstellen. Lang dauernde und von den Patienten als freiheitseinschränkend erlebte Überwachungsmaßnahmen können durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Medizin und Pflege möglicherweise vermieden werden. Ebenfalls plausibel erscheint die Empfehlung, bei Überwachungen von mehr als 48 bzw. 72 Stunden [13, 47] alternative Überwachungsstrategien einzusetzen oder mindestens täglich deren weitere Notwendigkeit zu überprüfen [48]. Für diese Empfehlung sprechen sowohl klinische als auch ökonomische Gründe. So kann einerseits eine derart lang dauernde Überwachung von den betroffenen Patienten und den Durchführenden als starke Belastung erlebt werden und andererseits stehen dann weniger Ressourcen für die anderen Patienten zur Verfügung. Zudem lässt sich aus der vorliegenden Literatur ableiten, dass die Durchführung einer Überwachung in der Verantwortung einer Pflegefachperson liegen sollte, da die Überwachung in der Regel mit anderen Maßnahmen wie der Gabe von Bedarfsmedikation oder der Anwendung von Deeskalationsstrategien einhergeht [32]. Das Ziel einer Überwachung durch Pflegende sollte v. a. im Einbezug der Patienten, der Rückübertragung von Verantwortung für sich selbst und der Förderung von Hoffnung und Zuversicht liegen [49]. Pflegende tragen deshalb eine große Verantwortung in der Einsetzung, Ausgestaltung und Beendigung von Überwachung. Ihre Rolle ließe sich auch als ausgleichend und Brücken bauend [50] beschreiben. Die durch weniger Überwa-

chungsmaßnahmen gewonnene Zeit kann auch mehr Möglichkeiten für die Beziehungsgestaltung und therapeutische Aktivitäten bieten [16]. Die Tatsache, dass die Beziehungskontinuität in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielt, spricht gegen den Einsatz von Aushilfen bei Überwachungsmaßnahmen. Weiterhin ist zu diskutieren, inwieweit Pflegende Überwachungsmaßnahmen selbstständig auslösen und absetzen sollten. Die Verantwortungsübernahme der für die Person verantwortlichen Pflegenden in der Einschätzung der Gefährdungssituation ist ein implizierter Bestandteil der Professionalisierung. Jedoch scheint hier ein interdisziplinärer Ansatz folgerichtig. Ethisch und fachlich muss die Frage gestellt werden, ob eine einzelne Berufsgruppe mit der Entscheidung über die Einschränkung von Persönlichkeitsrechten alleingelassen werden darf. Nach der vorliegenden Literatur [25, 31, 33, 38, 51] scheint ein multifokaler Blickwinkel, gestützt durch standardisierte Assessmentinstrumente, zu den besten klinischen Entscheidungen zu führen. Bei einer konsequenten partizipativen Entscheidungsfindung führen ärztliche Vertretungssituationen voraussichtlich nicht zu unnötig langen Überwachungsmaßnahmen. Dies gilt z. B. für Situationen an Wochenenden oder in der Nacht, in denen Dienstärzte häufig zurückhaltend in ihren Entscheidungen sind [33]. In Anlehnung an Reid und Long [37] tragen Pflegende auch selbst dazu bei, das Konzept einer nicht therapeutischen und unfürsorglichen passiven Überwachung in der Praxis fortzuschreiben, indem einige ihre Aufgabe in der Form wahrnehmen, dass sie in der Tür zum Patientenzimmer sitzen und eine Zeitung oder ein Buch lesen. Die Überwachung von Patienten stellt eine komplexe und aktive Intervention dar. Sollte sie ausschließlich den bewachenden Aspekt verfolgen und damit ein beziehungs- und interventionsfreier Raum entstehen, besteht die Möglichkeit, dass daraus kein Nutzen und evtl. sogar ein Schaden resultiert [24, 39, 41, 44, 45]. Da die Überwachung in vielen Fällen mit weiteren Interventionen kombiniert wird [32], stellt sich die Frage der Interaktionseffekte. Inwieweit die Überwachung auch als Einzelintervention wirksam ist [13], muss im Rahmen weiterer Forschung geklärt werden. Ebenso sollte in Forschungsprojekten eine belastbare Datenbasis im Hinblick auf versorgungsrelevante Aspekte der intensiven Überwachung in Deutschland geschaffen werden, da die Überwachung im deutschen Sprachraum bislang unzureichend untersucht wurde. Mit der Stärkung der pflegerischen Verantwortung geht die Verpflichtung einher, über die Differenzierung von Qualifikationsprofilen Verantwortlichkeiten innerhalb der Berufsgruppe festzulegen und fachliche Standards zu gewährleisten (im Organisationskonzept des Primary Nursing z. B. in Person der Primary Nurse). Fachliche Anforderungen an diese Tätigkeiten sollten berufsgruppenübergreifend in Form einer Leitlinie von den zuständigen Fachgesellschaften, wie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP) entwickelt werden. Limitationen der vorliegenden Übersichtsarbeit ergeben sich aus den heterogenen Studiendesigns der eingeschlossenen Studien, die in Anlehnung an Meerpohl et al. [52] als Evidenz niedriger Qualität einzuschätzen sind. Aufgrund des kulturellen Kontextes, in dem die Untersuchungen stattgefunden haben, lassen sich die Ergebnisse zudem nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen. Dennoch können aus den vorliegenden Ergebnissen auch für die Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland Schlussfolgerungen gezogen werden. So sollte die Entscheidung über die Anordnung oder Aufhebung einer Überwachung sowie über deren Frequenz und Intensität durch Ärzte und Pflegende gemeinsam getroffen werden. Dies impliziert einen Paradigmenwechsel im Verantwortungsverständnis von Ärzten und Pflegenden. Klinikinterne Regelungen sollten durch national vereinbarte Regeln ersetzt werden. Eine professionelle Beziehungsgestaltung und der Einsatz hoffnungsfördernder Elemente in der kommunikativ besonders komplexen Situation der Überwachung sind entscheidende Faktoren, um diese Intervention zur Stärkung der Betroffenen nutzbar zu machen. In Anlehnung an Muralidharan und Fenton [12] kann festgestellt werden, dass es für die Überwachung keine wissenschaftliche Evidenz gibt und ihre Anwendung ohne Einwilligung des Patienten aus ethischen Gründen nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen sollte, da auch Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen werden können. Gleichzeitig besteht die Verpflichtung, die Wirksamkeit dieser stark Ressourcen bindenden Intervention, welche die Persönlichkeitsrechte und die Intimsphäre der Patienten einschränken kann, zeitnah zu überprüfen.



Tab. 1 Übersicht über das Design und die wesentlichen Ergebnisse der 33 Studien, welche in die systematische Übersichtsarbeit „Special Observation“ eingeschlossen wurden.

Nr	Autor/Jahr	Ziel	Methode	Stichprobe	Land	Ergebnisse
1	Aidroos 1986	Umsetzung von CO in der Praxis	Teilnehmende Beobachtung und Interviews	Pflegende (n=26) über 4 Monate, 284 Überwachungen	CAN	23% der CO wie angeordnet, Pflegende entscheiden über den Modus eigenständig, unabhängig von AO
2	Ashaye, Ikkos u. Rigby 1997	Sichtweise von Patienten und Pflegenden	Interviews (Fragebögen)	Patienten (n=13), Primary Nurses, 6 Monate	UK	positive und negative Erfahrungen, Veränderungsvorschläge (u.a. Reduzierung der Länge, max. 48 Std.), Informationsblatt über CO
3	Björkdahl et al. 2011	Entwicklung Instrument für Überwachung	Delphi-Studie		SWE	Instrument SPOC
4	Bowers, Gournay u. Duffy 2000	Klärung, wie Überwachung durchgeführt wird	Fragebogen	NHS Trusts (n=27)	UK	88% schriftliche Empfehlungen, 37% nutzen systematische Risikoerfassung, unterschiedliche Terminologie, 50% durch Fachpflegende initiiert, 50% gemeinsame Entscheidung (Arzt u. Pflege), 63% Beendigung durch gemeinsame Entscheidung (Beendigung evtl. höheres Risiko als Initiierung), Durchführung i. d. R. durch Stationsteam, sonst Überstunden oder Aushilfskräfte (29% Personalagenturen), qualifizierte Pflegende führen alle Formen der SO aus
5	Bowers et al. 2008	Zusammenhang SO und SV	multivariate Querschnittstudie, versch. Instrumente	psychiatrische Stationen (n=128)	UK	Anwesenheit von qualifiziertem Personal und Angebot von Aktivität standen in Verbindung mit niedrigeren Selbstverletzungsrate
6	Cardell u. Pitula 1999	Patientenerfahrungen zu CO	Interviews	Patienten (n=20)	USA	CO nicht nur schützende Intervention, auch therapeutischer Nutzen, weiterer Nutzen: schlafunterstützende Maßnahmen, Medikation, Zeitvertreib/Beschäftigung/Ablenkung
7	Cleary et al. 1999	Rolle der Pflegenden bei SO	halbstrukturierte Interviews	Pflegende (n=10)	AUS	9 Kategorien: Sicherheit, therapeutische Beziehung, Unterstützung von Patienten und Angehörigen, Folgen von SO für Pflege, Kontinuität, peer support, Indikatoren für Suizid, Verantwortlichkeiten und Rechte, Hierarchie
8	Dodds u. Bowles 2001	Praxisentwicklung	Evaluation	Station (n=1) in einem psych. KH	UK	Pflegende waren in der Lage, Entscheidungen hinsichtlich SO zu treffen, verschiedene Messindikatoren, Refokussierung auf Pflege, nicht auf Kontrolle
9	Duffy 1995	Wie setzen Pflegende SO bei suizidalen Patienten um?	Grounded theory halbstrukturierte Interviews	Pflegende (n=10)	UK	9 Kategorien: MA und Patienten bezogen: Auslösung von SO, Anpassung von SO, Beendigung von SO, Kommunikation, Vorbeugung vor SV, Bezug, Einschätzung, Anpassung Verhalten, Zeit
10	Fletcher 1999	Vergleich Sichtweise Pflegende/Patienten	halbstrukturierte Interviews	Pflegende (n=12) Patienten (n=6)	UK	Pflegende: Kontrolle und Therapie, Patienten: positive und negative Reaktionen
11	Flood, Bowers u. Parkin 2008	Kosten unterschiedlicher Sicherungsmaßnahmen	Interviews	Stationen (n=15) (City 128 Studie)	UK	Identifikation von Kosten für Sicherungsmaßnahmen in England (zusammengefasst ca. 90,1 Millionen Pfund), Hälfte der gesamten Ressourcen der Pflege wird für Konfliktmanagement und Herstellung von Sicherheit verwendet



12	Green u. Grindel 1996	Anwendung von Überwachung bei suizidalen Patienten	Fragebögen	105 Krankenhäuser	USA	unterschiedliche Formen von Überwachung, Vorteile: Sicherheit, Förderung, therapeutischer Umgebung, weniger Einschränkung; Nachteile: Personalaufwand, Kosten, mehr Einschränkung; 65,7% = Dauer <2 Tage, Kosten
13	Hodgson et al. 1993	Sichtweise und Kenntnisse von MA (Pfleger/Medizin)	Fragebögen	MA (n=152) (6 Akutstationen), Rücklauf 65%	UK	Einschätzung des Risikos, Wer entscheidet?, große Variation in der Definition und Anwendung
14	Horsfall u. Cleary 2000	Untersuchung der Richtlinie zu SO	Diskursanalyse		AUS	5 Kategorien: prof. Verantwortlichkeiten, Suizidalität, Patientenkontext, überwachbares Verhalten, Checkliste
15	Jones et al. 2000	Erleben von SO	Interviews	Patienten (n=25)	UK	Erfahrung von Überwachung stark abhängig von den Charakteristika und Verhalten des Überwachenden (Pfleger), Patienten fühlen sich sicherer, beruhigter, versorgter und weniger bedrängt und frustriert, wenn Überwachung durch bekannte Pfleger durchgeführt wird, Pfleger, die mit mir sprechen im Vergleich zu unbekanntem Pfleger
16	Kettles u. Paterson 2007	Einführung von FO mit mehr Autonomie von Pfleger	Beobachtungsstudie, 1-Seiten-Instrument	Überwachungen (n=57), Akutstation	UK	Pfleger entscheiden über Verordnung und Reduzierung von Beobachtungsrhythmen, weniger Patienten mit intensiver Beobachtung, Beobachtungszeiten kürzer, Dokumentationssystem ist praktikabel
17	Langenbach et al. 1999	Vergleich Patientenvariablen und Aufnahmesituationen	prospektive Fallbeschreibung	Aufnahmen an 28 Tagen	UK	Kenntnisse unterschiedlich, nicht in allen Fällen den Angaben gefolgt, nicht zwangsläufig mehr Sicherheit, Kombination Pfleger/Arzt = nützlich, Aufnahme wenn weniger Personal anwesend, Effektivität?
18	Mackay, Paterson u. Cassells 2005	SO bei gewalttätigen oder aggressiven Patienten	Interviews	Pfleger (n=6)	UK	Verfahren; Rolle, Fähigkeiten, Intervenieren, Sicherheit gewährleisten, Prävention, Deeskalation, Aggressionsmanagement, Einschätzung, Kommunikation, Therapie (Therapeutic Agent)
19	Moore et al. 1995	Identifikation kritischer Verhaltensweisen	deskriptive Untersuchung, Fragebogen	Krankenhäuser (psych. u. allg.) (n=26)	USA	Identifikation 5 kritischer Verhaltensweisen, die am häufigsten zur Anwendung von CO führen, Nutzung von Protokollen und Richtlinien für die Durchführung von CO in psych. Kliniken
20	Muralidharan u. Fenton 2006	Vergleich von Maßnahmen zur Sicherung von Menschen in psychischen Krisen	Cochrane systematische Übersichtsarbeit	relevante RCTs, nichtpharmakologische Interventionen	UK	keine Studien mit dem Fokus auf nichtpharmakologischen Interventionen zur Beherrschung von Gewalt oder Selbstverletzung
21	Neilson u. Brennan 2001	Vergleich, Sicht der Pfleger	Dokumentenanalyse und Interviews	Pfleger (n=34)	UK	Pfleger fühlen sich zu wenig in Entscheidungsprozess einbezogen
22	Phillips et al. 1977	Identifikation von Patienten die CO bekommen, Gründe, Evaluation	retrospektive Untersuchung, Fragebogen	Patienten (n=200), Pfleger	CAN	Einfluss von Diagnose auf CO, Interaktion von Diagnose und Alter und Diagnose und Geschlecht. 75% der befragten Pfleger finden Situation unbefriedigend
23	Pitula u. Cardell 1996	Erfahrungen von Patienten mit CO	Interviews	Patienten (n=14)	USA	Sicherheit, Hoffnung, deswegen hilfreich, wichtig: interpersoneller Aspekt, Einbezug in unterstützende Aktivitäten (Hoffnung, Selbstwert und Integration)
24	Reid u. Long 1993	Rolle, Skills, Vorbereitung, Ansehen	Fragebogen	Pfleger (n=50)	UK	Einstellung zur Pflege von suizidalen Patienten

25	Salzmann-Erikson u. Eriksson, 2011	Anwendung von SO	Ethnografie, Teilnehmende, Beobachtung, Interviews im Feld	3 PICU	SWE	zwei sich widersprechende Ansätze, versteckter Beobachter – offenkundiger Beobachter, positive und negative Effekte
26	Shugar u. Rehaluk 1990	Identifikation klinischer Faktoren für CO	Fall-Kontroll-Studie	102 Pat. CO, 102 Pat. Kontr.	CAN	Identifikation klinisch relevanter Faktoren für CO, CO > 72 Std. problematisch und ineffektiv = Auswertung und Veränderung
27	Stewart u. Bowers 2012	Zusammenhang SO und versch. Variablen	Querschnittstudie, versch. Instrumente	136 Akutstationen, 67 Krankenhäuser	UK	intermittierende SO war häufigste Methode, Anzahl der Aufnahmen war signifikanter Einflussfaktor, Verbindung zu höherer Anzahl nichtqualifizierter Personen (ohne Pflegeausbildung)
28	Stewart, Bowers u. Ross 2011	Erfassung von Ereignissen vor und nach CSO, Patientenmerkmale	retrospektive Querschnittstudie, Patient-staff Conflict checklist (PCC)	522 Patienten von 84 Stationen (Akut und PICU)	UK	in 73% der Fälle zusätzliche Intervention zur SO, SO nicht isoliert von anderen Interventionen zu betrachten, Vielzahl von Interventionen vor und nach SO, Unterschiede in der Umsetzung von SO
29	Stewart, Bowers u. Warburton 2009	Zusammenhang SO und SV	Längsschnittanalyse, 3 Datenquellen	3 KH, 16 Stat.	UK	Anwendung von SO unterschiedlich in den KH, Zusammenhang zwischen SO und Stundenanzahl Hilfspersonal/Leiharbeitskräfte
30	Tardiff 1981	Anwendung versch. Sicherungsmaßnahmen (Medikation, Isolierung, Fixierung, CO)	Längsschnittanalyse	Patienten (n=5580)	USA	Beschreibung von Patientenvariablen für die Anwendung von Maßnahmen, unterschiedliche Anwendung der Maßnahmen in Abhängigkeit von Diagnose, z. B. Depression oft 1:1-Überwachung ohne weitere Maßnahmen, Schizophrenie oft Notfallmedikation
31	Vrale u. Steen 2005	Beschreibung, wie Experten CO bei suizid. Pat. unternehmen	Qual. Inhaltsanalyse, Focusgroups	Pflegende (n=5) von Akutstationen	NOR	4 unterschiedliche Phasen von CO, 4 unterschiedliche Aufgaben in den Phasen, Kontinuum von Kontrolle zu Aufbau einer therapeutischen Beziehung
32	Whitehead u. Mason 2006	Vergleich Anwendung SO in unterschiedl. Psych. Settings	zweizügige Einschätzung	Pflegende (n=60; n=30)	UK	Unterschiede in den verschiedenen Settings im Hinblick auf Übergriffe, Bedrohung und Selbstverletzung, stärkerer Zusammenhang von Bedrohung, Selbstverletzung und Beschimpfung und der Anwendung von SO
33	Whittington et al. 2009	Einstellung und Zustimmung zu verschiedenen Zwangsmaßnahmen	Querschnittanalyse, Fragebogen	Pflegende (n=1226), Patienten (n=1361)	UK	unterschiedliche Einstellung zur Anwendung der Maßnahmen abhängig von persönlichen Erfahrungen, Alter, Geschlecht

UK = 20; USA = 5; CAN = 3; AUS = 2; SWE = 2; NOR = 1

## Literatur

- 1 *Flood C, Bowers L, Parkin D.* Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ* 2008; 26: 325 – 330
- 2 *Harding AD.* Observation assistants: sitter effectiveness and industry measures. *Nurs Econ* 2010; 28: 330 – 336
- 3 *Schmidt H.* Anreize für Eigenverantwortung: Begriffsbestimmung und Evidenzlage. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2012; 106: 185 – 194
- 4 *Vrijlandt AJ.* Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In: *Kebbel J, Pörksen N, Hrsg. Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie.* Köln: Rheinland Verlag; 1997: 49 – 57
- 5 *Stewart D, Bowers L, Warburton F.* Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 523 – 530
- 6 *Emerson RE, Pollner M.* Dirty Work Designations: their features and Consequences in a Psychiatric Setting. *Social Problems* 1976; 23: 243 – 254
- 7 *Steinert T.* Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und -behandlung schizophrener Patienten. *Psychiat Prax* 2007; 34 (Suppl. 02): 186 – 190
- 8 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). vom 17. Dez. 1999. In: *GV. NRW. S.662*, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Nov. 2011. In: *GV. NRW. S.587*
- 9 *Kunz R, Khan KS, Kleijnen J et al.* Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen: Einführung in Instrumente der evidenzbasierten Medizin für Ärzte, klinische Forscher und Experten im Gesundheitswesen. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber; 2009
- 10 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence – The short-term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments. 2006: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg025fullguideline.pdf> [Stand:15.06.2012]
- 11 *Behrens J, Langer G.* Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. überarb. Aufl. Bern: Huber; 2010
- 12 *Muralidharan S, Fenton M.* Containment strategies for people with

- serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2006: CD002084
- 13 *Shugar G, Rehaluk R.* Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 48 – 55
- 14 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. 2010: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-022\\_S2\\_Therapeutische\\_Massnahmen\\_bei\\_aggressivem\\_Verhalten\\_in\\_der\\_Psychiatrie\\_und\\_Psychotherapie\\_lang\\_08-2009\\_08-2014.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf) [Stand:15.06.2012]
- 15 *Gerber A, Plamper E, Lungen M et al.* Methodische Grundlagen von Gesundheitssystemvergleichen. In: Lauterbach K, Stock S, Brunner H, Hrsg. Gesundheitsökonomie. Bern: Verlag Hans Huber; 2006: 197 – 205
- 16 *Stewart D, Bowers L.* Under the gaze of staff: special observation as surveillance. *Perspect Psychiatr Care* 2012; 48: 2 – 9
- 17 *Bowers L, Crowder M.* Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards-a cross sectional time series poisson regression study. *Int J Nurs Stud* 2012; 49: 15 – 20
- 18 *Musisi SM, Wasylenki DA, Rapp MS.* A psychiatric intensive care unit in a psychiatric hospital. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 200 – 204
- 19 *Bowers L, Whittington R, Nolan P et al.* Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 395 – 401
- 20 *Dodds P, Bowles N.* Dismantling formal observation and refocusing nursing activity in acute inpatient psychiatry: a case study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 183 – 188
- 21 *Bowers L, Dack C, Gul N et al.* Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud* 2011; 48: 1459 – 1465
- 22 *Fletcher RF.* The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 9 – 14
- 23 *Becker T.* Gemeindepsychiatrie: Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme; 1998
- 24 *Jones J, Ward M, Wellman N et al.* Psychiatric inpatients' experience of nursing observation. A United Kingdom perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2000; 38: 10 – 20

- 25 Bowers L, Gournay K, Duffy D. Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *J Adv Nurs* 2000; 32: 437 – 444
- 26 Bowles N, Dodds P, Hackney D et al. Formal observations and engagement: a discussion paper. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 255 – 260
- 27 Green JS, Grindel CG. Supervision of suicidal patients in adult inpatient psychiatric units in general hospitals. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 859 – 863
- 28 Horsfall J, Cleary M. Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1291 – 1297
- 29 Phillips M, Peacocke J, Hermanstynne L et al. Continuous observation- Part 1. Who needs it? *Can Psychiatr Assoc J* 1977; 22: 25 – 28
- 30 Tardiff K. Emergency control measures for psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 614 – 618
- 31 Langenbach M, Junaid O, Hodgson-Nwaefulu CM et al. Observation levels in acute psychiatric admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 28 – 33
- 32 Stewart D, Bowers L, Ross J. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1340 – 1348
- 33 Duffy D. Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *J Adv Nurs* 1995; 21: 944 – 950
- 34 Aidroos N. Nurses' response to doctors' orders for close observation. *Can J Psychiatry* 1986; 31: 831 – 833
- 35 Neilson P, Brennan W. The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 147 – 155
- 36 Cleary M, Jordan R, Horsfall J et al. Suicidal patients and special observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 461 – 467
- 37 Reid W, Long A. The role of the nurse providing therapeutic care for the suicidal patient. *J Adv Nurs* 1993; 18: 1369 – 1376

- 38 *Hodgson CM, Kennedy J, Ruiz P et al. Who is watching them? A study of the interpretation of the observation policy in a mental health unit Psychiatr Bull 1993; 17: 478 – 479*
- 39 *Vrale GB, Steen E. The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005; 12: 513 – 518*
- 40 *Salzmann-Erikson M, Eriksson H. Latent or manifest observers: two dichotomous approaches of surveillance in mental health nursing. Nurs Res Pract 2011; 2011: 254041; Epub 2011 Jun 13*
- 41 *Mackay I, Paterson B, Cassells C. Constant or special observations of in-patients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005; 12: 464 – 471*
- 42 *Bjorkdahl A, Nyberg U, Runeson B et al. The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2011; 18: 558 – 561*
- 43 *Kettles AM, Paterson K. Flexible observation: guidelines versus reality. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007; 14: 373 – 381*
- 44 *Cardell R, Pitula CR. Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. Psychiatr Serv 1999; 50: 1066 – 1070*
- 45 *Pitula CR, Cardell R. Suicidal inpatients' experience of constant observation. Psychiatr Serv 1996; 47: 649 – 651*
- 46 *Moore P, Berman K, Knight M et al. Constant observation: implications for nursing practice. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1995; 33: 46 – 50*
- 47 *Ashaye A, Ikkos G, Rigby E. Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. Psychiatr Bull 1997; 21: 145 – 147*
- 48 *Goldberg RJ. Use of constant observation with potentially suicidal patients in general hospitals. Hosp Community Psychiatry 1987; 38: 303 – 305*
- 49 *Cutcliffe JR, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. J Psychiatr Ment Health Nurs 2002; 9: 611 – 621*

- 50 *Buchanan-Barker P, Barker P. Observation: the original sin of mental health nursing? J Psychiatr Ment Health Nurs 2005; 12: 541 – 549*
- 51 *Kettles AM, Moir E, Woods P et al. Is there a relationship between risk assessment and observation level? J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11: 156 – 164*
- 52 *Meerpohl JJ, Langer G, Perleth M et al. GRADE-Leitlinien: 4. Bewertung der Qualität der Evidenz – Studienlimitationen (Risiko für Bias). Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2012; 106: 457 – 469*

## **5.2. Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC) – ein Instrument für die Praxis**

Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., & Nienaber, A. (2013). Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC) – ein Instrument für die Praxis. *Pflege*, 26(6), 401-410.



## **Zusammenfassung**

Die Pflege suizidaler Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Einrichtungen ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe. Eine direkte und unmittelbare fürsorgliche und therapeutische Begleitung, auch als Intensivbetreuung beschrieben, wird auch in den Leitlinien empfohlen (DGPPN, 2012), und kann als eine häufig genutzte Intervention in der Pflege von akut suizidalen Patientinnen und Patienten angesehen werden. Intensivbetreuungen beinhalten ein breites Spektrum an Möglichkeiten, eine Beziehung zwischen dem intensiv Betreuenden und der Patientin bzw. dem Patienten herzustellen. Die Originalversion des SPOC wurde in Schweden entwickelt, mit dem Ziel, die Qualität der systematischen Dokumentation während einer Intensivbetreuung von suizidalen Patientinnen und Patienten zu verbessern. Sie ist ein Instrument zur systematischen Erfassung von beobachtbaren Verhaltensweisen und wahrgenommenen Stimmungen im Zusammenhang mit akuter Suizidalität, indem sie den Blick auf mögliche und die Suizidalität beeinflussende Stimmungszustände, z. B. «unruhig, ängstlich» und andere Einflussfaktoren wie z. B. «plötzliche Veränderung der Stimmungslage (Affektlabilität)» lenkt. Diese Form der Dokumentation soll im weiteren Prozess die Kommunikation über die Intensivbetreuung und wahrgenommene Stimmungen oder Aktivitäten sowohl im interprofessionellen Team als auch direkt mit der Patientin bzw. dem Patienten selbst unterstützen und verbessern, z. B. wer was zu welcher Zeit dokumentiert hat. Das SPOC umfasst 28 Items und 24 Betreuungsperioden. Das Ziel dieses Beitrags ist es, den wissenschaftlichen Übersetzungsprozess der englischen Version des SPOC in die deutsche Sprache darzulegen. Der wissenschaftliche Übersetzungsprozess beinhaltet zwei Vorwärts- und zwei Rückwärtsübersetzungen. Im abschließenden fünften Schritt wurde die Pre-Version durch 52 Pflegenden inhaltvalidiert. Dadurch konnten differierende Interpretationen durch sprachkulturelle Anpassungen reduziert werden. Mit der deutschen SPOC-Version liegt das Instrument nun auch für die deutschsprachige psychiatrische Pflegepraxis vor.

## **Abstract**

Nursing of suicidal in-patients is a complex and responsible task. A direct and immediate intensive caring and therapeutic supervision, also known as special observation is still recommended in guidelines (DGPPN, 2012) and maybe one of the most used interventions in the caring of suicidal patients in inpatient settings. It involves many kinds to develop the relationship between the observer and the patient. The original SPOC was developed in Sweden with the aim to increase the quality of a systemati-

cally documentation during the supervision of suicidal patients. It is an instrument to ensure systematic documentation of observational behavior or noticeable mood during acute suicidal crisis, for example feelings like “worried, anxious” or other possible influencing factors like “sudden mood variation”. By this means the SPOC can ensure the process of systematic documentation of special observation and increase its quality, i. e. who documented what at what time. Furthermore SPOC can facilitate a better communication of the observation process to the multidisciplinary team and to the patient as well. The SPOC includes the 28 items and covers 24 separate observation periods. The aim of this paper is to constitute the translation process from the English to the German SPOC version. The translation process followed a five step model. In the first step the English version was translated from two German native speakers. In the second step, the first two translation results were discussed by the Expertgroup (authors) and a new version was developed. In the third step the first german version was translated back (two English native Speakers) into English. The fourth step was taken, to review the results by the expertgroups (authors) and set up the so called “pre-version”. The last step includes the proof of content validity by 52 nurses. The proof was able to identify a few misunderstandings and helped to enhance the tool in its final version. With the translation, the German-speaking nursing practice in psychiatry has a tool that can be used by psychiatric nurses regarding their complex interventions to be undertaken in this special group of patients.

**Schlüsselwörter:** Übersetzung, Psychiatrische Pflege, Intensivbetreuung, Suizidalität, Dokumentation

**Keywords:** translation, psychiatric / mental health nursing, constant observation, suicidal, documentation

## Einleitung

Die S3-Leitlinie «Unipolare Depression» empfiehlt bei Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements der therapeutischen Bindung» (DGPPN, 2012, S. 44). Lewitzka (2012) zufolge schildern auch die Betroffenen selbst, dass es eine Unterstützung für sie war, in dieser Situation begleitet zu werden. Für die Praxis in der stationären Behandlung bedeutet dies die Gewährleistung einer hohen pflegerischen und therapeutischen Betreuungsdichte im Sinne einer Intensivbetreuung. In der internationalen Literatur findet sich hierfür neben anderen auch der Begriff «special observation» (Stewart et al., 2009, S. 523; Cleary et al., 1999, S. 461). In Anlehnung an Cutcliffe und Barker (2002) wird der Begriff «special observation» im Folgenden als «Intensivbetreuung» bzw. «intensive Betreuung» übersetzt (Nienaber et al., 2013), da die Tätigkeit über eine «spezielle Beobachtung», so die wortgetreue Übersetzung des englischen Begriffs, deutlich hinausgeht und mit dem Ziel verbunden ist, eine unterstützende therapeutische Beziehung zu dem Patienten aufzubauen (McGregor Kettles & Byrt, 2007; Vrale & Steen, 2005). In Anlehnung an Dawe (2009) ist es eben nicht ausreichend, die Patientin bzw. den Patienten nur zu beobachten. Auch die S2-Praxisleitlinie in der Psychiatrie und Psychotherapie «Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten» der DGPPN (2010, S. 30) beschreibt die Maßnahme als «intensivere Beobachtung und Begleitung». Im Rahmen der stationären psychiatrischen Versorgung kommen diese intensiven Betreuungen aufgrund bestehender akuter Suizidalität oder einer unmittelbaren Gefahr der Selbstschädigung immer wieder vor und können ein effektives Mittel sein, um Selbstverletzungen oder Suizidalität zu verhindern (Bowers & Park, 2001; Bowers et al., 2008; Stewart & Bowers, 2012). In der Regel sind es Pflegende, die diese verantwortungsvolle Aufgabe in der Praxis übernehmen (DGPPN, 2010). In Anlehnung an Janofsky (2009; Björkdahl et al., 2011) besteht allerdings ein Risiko, dass für die Übernahme und Ausführung der Intensivbetreuung wichtige Informationen nicht dokumentiert oder weitergegeben werden. «Das Fehlen einer strukturierten Kommunikation zwischen dem Intensivbetreuenden und dem multidisziplinären Team» (Björkdahl et al., 2011, S. 559) wird dabei als «kritisches Ereignis» angesehen. Vor diesem Hintergrund wurde am schwedischen Karolinska Institut in der Abteilung für Psychiatrieforschung im Rahmen eines interdisziplinären Projekts mittels einer Delphi-Studie die Suicidal Patient Observation Chart SPOC1 als Instrument für eine systematische Erfassung wichtiger Beobachtungsvariablen während einer Intensivbetreuung bei Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität entwickelt. Das SPOC – Suicidal Patient Observation Chart (Abbil-

dung 1) ist als Instrument zur systematischen Dokumentation bei der Intensivbetreuung von Patientinnen und Patienten mit bestehender akuter Suizidalität entwickelt worden. Grundlage für das SPOC ist eine Literaturübersicht, die von den Entwicklern, die sowohl aus dem Bereich der Pflege als auch der Medizin stammen, im Januar 2008 in der Datenbank PubMed durchgeführt wurde. Anhand der auf diese Weise identifizierten Literatur konnten insgesamt 44 englischsprachige Artikel gefunden werden, die bis zum Jahr 2007 veröffentlicht wurden. Aus den eingeschlossenen Artikeln wurden 28 von außen beobachtbare Beschreibungen bzw. Variablen zu den Themen Suizidalität bzw. Suizidrisiko, Assessment, stationäre Versorgung und Pflege herausgearbeitet. Diese anhand der Literaturübersicht identifizierten 28 Beschreibungen wurden schließlich im Rahmen einer Delphi-Befragung einer Expertengruppe vorgelegt. «Die Delphi-Methode ist eine spezielle Form der schriftlichen Befragung [...]. Es handelt sich hierbei um eine hochstrukturierte Gruppenkommunikation, deren Ziel es ist, aus den Einzelbeiträgen der an der Kommunikation beteiligten Personen Lösungen für komplexe Probleme [...] zu erarbeiten.» (Bortz & Döring, 2006, S. 261) Aufgabe der Experten war es, die Wichtigkeit der einzelnen identifizierten Punkte im Hinblick auf Würdigkeit und Dokumentation während der Intensivbetreuung zu gewichten. Die Expertengruppe setzte sich aus insgesamt 41 Personen aus Griechenland, Norwegen, Slowenien, Schweden, der Schweiz, England und den USA zusammen. Sieben dieser Experten waren Nutzer mit eigenen Erfahrungen von Intensivbetreuungen aufgrund von Suizidalität im stationären Setting, eine Person war Angehöriger, 21 Personen kamen aus dem Bereich der stationären Versorgung mit Erfahrungen in der Behandlung von suizidalen Patientinnen und Patienten (Pflege, Medizin und Psychologie) und zwölf Personen waren Wissenschaftler auf dem Gebiet der Suizidforschung. Nach Abschluss der Delphi-Befragung wurden schließlich in einem Konsensverfahren 28 für die Situation der intensiven Betreuung von suizidalen Patientinnen und Patienten beobachtungs- und betreuungsrelevante Beschreibungen identifiziert und in das SPOC aufgenommen. Neben der Funktion der systematischen Dokumentation von Intensivbetreuungen bei suizidalen Patientinnen und Patienten soll das SPOC auch den Aufbau der Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten im individuellen Behandlungsprozess unterstützen. So kann es z. B. hilfreich sein, mit der Patientin bzw. dem Patienten über wahrgenommene Stimmungen oder beobachtetes Verhalten während der Intensivbetreuung ins Gespräch zu kommen. SPOC ist tabellarisch aufgebaut. Sie wird mit Datum und Identifikationskennzeichen – Name und Geburtsdatum oder Patientenidentifikationsnummer – beschriftet. In der ersten Spalte wird der Name des Intensivbetreuenden, in der zweiten Spalte (Start) die Uhrzeit des Beginns und in der dritten Spalte die Uhrzeit der Beendigung (Stop) der Intensivbe-

betreuung eingetragen. In den nächsten Feldern folgen Items, die die Pflegeperson wahrnimmt oder die von der Patientin oder dem Patienten konkret geäußert werden. Die Items werden mit einem «X» markiert, wenn sie innerhalb der intensiven Betreuung durch die Pflegeperson wahrgenommen oder beobachtet werden. In den letzten zwei Spalten gibt es Freitextmöglichkeiten zur Erhebung individueller Besonderheiten. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das bisher in schwedischer und englischer Sprache vorliegende Instrument SPOC auch in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen, und das SPOC somit für die Praxis der stationären Versorgung von Menschen mit akuter Suizidalität auch in Deutschland zugänglich zu machen. Aus Sicht der Autoren kann das SPOC zu einer Verbesserung der systematischen Dokumentation der intensiven Betreuung von akut suizidalen Patientinnen und Patienten in der stationären Versorgung beitragen. Darüber hinaus können die im SPOC angeführten Beobachtungsvariablen, Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen auch in der direkten Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten genutzt werden. Auf diese Weise kann das SPOC den für die Begleitung von Patientinnen und Patienten in akuten suizidalen Krisen so wichtigen und entscheidenden Aufbau einer therapeutischen Beziehung (Pitula & Cardell, 1996; Cardell & Pitula, 1999) zusätzlich unterstützen. Innerhalb des intensiven Betreuungsrahmens hilft SPOC zur Explizierung der Prozesse. Der Übersetzungsprozess erfolgte mit freundlicher Genehmigung durch die Entwickler und Autoren der schwedischen Originalversion des SPOC. Eine E-Mail-Anfrage und detaillierte Vorstellung des Übersetzungsvorhabens durch die Autoren bei der erstgenannten Autorin des im Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing veröffentlichten Artikels «The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study», Frau Anna Björkdahl von der Abteilung für Psychiatrie des Karolinska Instituts, ist dieser Genehmigung vorausgegangen. Dabei war den Entwicklern des SPOC wichtig, dass das Vorgehen den von Martin, Vincenzi und Spirig (2007) beschriebenen Kriterien für eine wissenschaftliche Übersetzung von Messinstrumenten oder Fragebögen entspricht. Dies war die Voraussetzung für die Erlaubnis zur Übersetzung des SPOC. Im Verlauf des gesamten Übersetzungsprozesses fand im Weiteren ein stetiger Austausch zu den einzelnen Teilschritten des Übersetzungsprozesses mit Frau Björkdahl per E-Mail statt.

Die Autoren orientierten sich am 5-Stufen-Modell nach Beaton et al. (2007). Die Übersetzung des englischsprachigen Instruments in die deutsche Sprache erfolgte in vier Schritten (Abbildung 2). Im Anschluss an den vierten Schritt der Übersetzung des Instruments wurde eine Inhaltsvalidierung durchgeführt.

### **1. Schritt**

Die englische Version des SPOC wurde zwei deutschen Muttersprachlern unabhängig voneinander zur Übersetzung in die Zielsprache Deutsch vorgelegt (T1 und T2). Einer der beiden Übersetzer (T1) ist Mitautor dieses Artikels, verfügt über langjährige Erfahrung im Bereich der stationären Akutversorgung und ist als Pflegedienstleitung in einer psychiatrischen Klinik tätig. Die zweite Übersetzerin (T2) ist als Psychologin in der Forschungsabteilung einer psychiatrischen Klinik beschäftigt und kannte das SPOC bzw. den Hintergrund für die Entwicklung und das mit ihr verfolgte Ziel nicht. Zusätzlich zu den Vorgaben in der Literatur wurde von einer weiteren Person, Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer Station in einer psychiatrischen Klinik, deren Muttersprache schwedisch ist, eine Übersetzung der schwedischen Originalversion des SPOC in die deutsche Sprache vorgenommen. Diese Version diente als Vergleichsversion im Hinblick auf mögliche sprachliche Besonderheiten zwischen der Originalversion und den zwei Übersetzungen in englischer und deutscher Sprache.

### **2. Schritt**

Nach der Vorwärtsübersetzung des SPOC mit den Ergebnissen T1 und T2, erfolgte eine Diskussion der Übersetzungsergebnisse im Autorenteam. Hierbei haben die Autoren jede der 28 Variablen mit den unterschiedlichen Übersetzungen (z. T. drei oder vier unterschiedliche Übersetzungen) gesichtet und in einem Konsensusprozess Unstimmigkeiten per E-Mail diskutiert. Hierfür wurden sowohl die englischen Begriffe, die deutschen Übersetzungsvorschläge und zum Vergleich die Übersetzung aus dem Schwedischen herangezogen. Ein maßgebliches Kriterium für die Entscheidung für einen Begriff stellte dabei die Verständlichkeit aus Sicht der Autoren auch aufgrund eigener Erfahrungen dar. Alle an dieser Arbeit beteiligten Autoren verfügen über unterschiedliche Bildungsabschlüsse und sowohl über mehrjährige Erfahrung in den verschiedenen psychiatrischen Versorgungsbereichen in unterschiedlichen Funktionen als auch über Erfahrungen als Dozent in den Bereichen Aus-, Fort- und Weiterbildung von der Krankenpflegeschule bis hin zur Hochschule. Abschließend für diesen zweiten Schritt wurden beide Übersetzungsergebnisse (T1 und T2) synthetisiert, mit dem Ergebnis T12.

### **3. Schritt**

Die Synthese der Vorwärtsübersetzung (T12) wurde im dritten Schritt von zwei Übersetzern, deren Muttersprache die englische Sprache ist (native speaker) und die SPOC und deren Entwicklungshintergrund nicht kannten, unabhängig voneinander

vom Deutschen wieder ins Englische zurückübersetzt. Die Übersetzung erfolgte per E-Mail. Die Ergebnisse dieses Schrittes sind BT1 und BT2. Bei einer Person handelt es sich um einen im Bereich der Ausbildung (Krankenpflege, Altenpflege) tätigen Gesundheits- und Krankenpfleger mit universitärer Weiterbildung, der zum Zeitpunkt der Übersetzung noch Student im Masterstudiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaften war. Er stammt gebürtig aus den USA, ist aber seit mehreren Jahren in Deutschland tätig. Die zweite Person, eine Engländerin, ist als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Bereich der ambulanten Versorgung in einer psychiatrischen Klinik tätig. Sowohl Person 1 als auch Person 2 kommunizieren in ihren Herkunftsfamilien regelmäßig in ihrer jeweiligen Muttersprache. Von den Autoren wurde an dieser Stelle, wiederum zusätzlich zu den Vorgaben, eine weitere dritte Rückübersetzung vorgenommen bzw. eingeholt. Eine dritte Person, ebenfalls muttersprachlich Engländer und wie die anderen beiden Personen mit dem Hintergrund einer pflegerischen Ausbildung und im stationären Setting tätig, hat diese zusätzliche dritte Rückübersetzung vorgenommen.

#### **4. Schritt**

In einem gemeinsamen Treffen konsolidierten die Autoren alle durch die einzelnen Schritte erhaltenen Versionen der Übersetzung (T1, T2, T12, BT1, BT2) einschließlich der Originalversion. Als Vergleichsversion wurden zusätzlich die dritte Rückübersetzung und die deutsche Übersetzung der schwedischen Originalversion hinzugezogen. Die einzelnen Variablen wurden von den Autoren auf der Grundlage ihrer jeweiligen eigenen Erfahrungen und der vorliegenden Übersetzungen mit der Maßgabe der Gleichwertigkeit bzw. Bedeutungsäquivalenz zwischen Quell- und Zielversion diskutiert. Bei der Diskussion und Entscheidung orientierten sich die Autoren an den von Guillemin et al. (1993) beschriebenen vier Dimensionen: 1. semantische Äquivalenz, 2. idiomatische Äquivalenz, 3. erfahrungsgemäße Äquivalenz und 4. konzeptionelle Äquivalenz.

Die semantische Äquivalenz meint die Gleichwertigkeit der Wortbedeutungen, die idiomatische Äquivalenz verlangt die Einsetzung gleichwertiger Beschreibungen oder die Verwendung eines gleichwertigen Ersatzes für Beschreibungen, die erfahrungsgemäße Äquivalenz beschreibt die Anpassung an den kulturellen Kontext und die konzeptionelle Äquivalenz beschreibt die Validität der Übersetzung mit Blick auf die Zielgruppe. Die Übersetzung der schwedischen Originalversion diente in diesem Prozess vor allem bei vorhandenen Unstimmigkeiten als Vergleichs- und Orientierungsobjekt. Nach Diskussion unter der Berücksichtigung der unterschiedlichen

Äquivalenzdimensionen und Synthese der Übersetzungsergebnisse legten die Autoren dieser Arbeit schließlich die Übersetzungen für die 28 Variablen und damit die präfinale deutsche Version des SPOC fest.

### **5. Schritt**

Im fünften Schritt erfolgte die Inhaltsvalidierung. Dieser abschließende Schritt des Übersetzungsprozesses beinhaltete die Pretestung des Instruments SPOC im Hinblick auf die Verständlichkeit der gewählten Übersetzungen und die mögliche Implementierung in der Praxis. Moosbrugger und Kevela (2008, S. 15) zufolge, versteht man unter Inhaltsvalidität «inwieweit ein Test oder ein Testitem das zu messende Merkmal repräsentativ erfasst». Dabei wird bei der Inhaltsvalidität von einem Repräsentationsschluss ausgegangen (Moosbrugger & Kelava, 2008). Eine numerisch messbare Kenngröße für die Inhaltsvalidität wird selten erhoben. In Anlehnung an Michel und Conrad (1982) erfolgt die Bestimmung der Inhaltsvalidität in der Regel aufgrund von logischen und fachlichen Überlegungen. In der Beurteilung der Inhaltsvalidität spielt die Expertenmeinung eine gewichtige Rolle (Moosbrugger & Kelava, 2008).

Für diese Inhaltsvalidierung der deutschen Version des SPOC wurde die präfinale Version des deutschen SPOC genutzt und insgesamt 52 Pflegenden vorgelegt. Diese Pflegenden verfügen über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und sind in unterschiedlichen Versorgungsbereichen tätig. Die Tätigkeitsfelder der Pflegenden umfassen sowohl das stationäre und ambulante Setting der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen (SGB V), den SBG XII-Bereich, die forensische Psychiatrie als auch den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Ziel war es, auf diese Weise ein möglichst breites Spektrum an Rückmeldungen zum Instrument zu erhalten.

Im Rahmen der Prüfung der inhaltlichen Validität wurden die Pflegenden gebeten, die einzelnen SPOC-Items auf ihre Verständlichkeit hin zu überprüfen. Sie sollten schriftlich festhalten, ob das Item für sie inhaltlich verständlich ist. Wurde ein Item als nicht klar verständlich gewertet, sollten die teilnehmenden Pflegenden ihre eigenen Gedanken zu dem jeweiligen Item festhalten. Die Ergebnisse wurden von den Teilnehmenden notiert und mit einem der Autoren diskutiert. Im Anschluss daran wurden die Rückmeldungen der Teilnehmenden am Pretest durch die Autoren gesichtet, in eine Tabelle übertragen, analysiert und diskutiert. Alle Rückmeldungen wurden einer quantitativen (vgl. Abbildung 3) und qualitativen Analyse unterzogen. Nicht alle Rückmeldungen der 52 Pflegenden bezogen sich auf die Inhaltsvalidität. Oftmals wurde angeregt, kombinierte Items zu trennen (z. B. Suizidpläne oder -vorbereitung). Diese Vor-



schläge hätten einen Eingriff in die Struktur des Instruments bedeutet und wurden aus diesem Grund nicht berücksichtigt. Die qualitative Bewertung der Rückmeldungen sowie die Interpretation und Konsensfindung der Autoren waren ergänzend zur quantitativen Rückmeldung wichtig (Michel & Conrad, 1982). Aus diesem Konsensusverfahren wurden die Änderungen in die Finalversion der deutschen Version des SPOC (Abbildung 1) integriert.

Insgesamt wurden acht Items sprachlich modifiziert. Im Folgenden soll der beschriebene Prozess der Validierung anhand von zwei Beispielen verdeutlicht werden. Das erste Beispiel bezieht sich auf die Variable «Psychischer Schmerz». Zu diesem Item des SPOC gab es von den Pflegenden eine Reihe von unterschiedlichen Rückmeldungen aufgrund einer aus Sicht der Teilnehmenden mangelnden Verständlichkeit des Begriffs. Scheinbar findet der Begriff «Psychischer Schmerz» in der Praxis wenig bis keine Anwendung und führt demzufolge bei den Pflegenden zu Unverständnis. Durch die Rückmeldungen der Teilnehmenden zu diesem Punkt haben die Autoren im Konsensusverfahren, im Sinne der kulturellen Anpassung des Instruments, ergänzend und mit dem Ziel einer besseren Verständlichkeit des Items «Psychischer Schmerz» den Begriff «Leidensdruck» hinzugefügt. Das zweite Beispiel ist der Punkt «Abschluss von praktischen oder persönlichen Angelegenheiten». Auch bei diesem Item meldeten die Pflegenden zurück, dass ihnen nicht verständlich ist, was mit diesem Punkt ausgedrückt bzw. erfasst werden soll. Im Konsensusprozess einigten sich die Autoren schließlich auf die Umformulierung des Punktes in «Erledigung von praktischen und/oder persönlichen Angelegenheiten». Eine kulturelle Anpassung des Instruments an den deutschen Sprach- und Kulturraum war auch in diesem Punkt erforderlich. Aus Sicht der Autoren verdeutlichen die beiden angeführten Beispiele die Notwendigkeit dieser abschließenden Stufe der Validierung im Übersetzungsprozess. «Denn erst durch solch systematische Verfahren und die anschließende konsequente Validierung entstehen gültige und zuverlässige Instrumente, dank denen Pflegende Daten gewinnen, welche die unterschiedlichen Bedürfnisse bezüglich Gesundheit und Krankheit verschiedener kultureller Gruppen reflektieren» (Martin et al., 2007, S. 163).

## **Fazit**

Mit der deutschen Version des SPOC liegt nun ein systematisches Dokumentationsinstrument für die stationäre Intensivbetreuung von Menschen in suizidalen Krisen vor. Mit diesem Hilfsmittel besteht die Möglichkeit, Beobachtungen und Wahrnehmungen in den Punkten Verhalten, Antrieb, Stimmungslage und Äußerungen des Patienten systematisch zu erfassen. Die Informationen können einerseits zu einer besseren Interventionsplanung in der Pflege und andererseits zum multidisziplinären

Austausch und zur Behandlungsplanung beitragen und genutzt werden. Limitationen des Instruments sind, wie von Björkdahl et al. (2011) beschrieben, sicher darin zu sehen, dass die Identifizierung der einzelnen Items auf der subjektiven Meinung von für die Delphi-Befragung ausgewählten Teilnehmenden stammen. Weiterhin ist kritisch anzumerken, dass auf eine Definition der einzelnen im SPOC genannten Items von den Entwicklern ebenso verzichtet wird wie auf eine Beschreibung zur Anwendung des SPOC. Der Einsatz sollte deshalb umsichtig erfolgen (Björkdahl et al., 2011). Für die deutsche Version des SPOC wurde durch die Übersetzer eine Kurzanleitung entwickelt. Die über das SPOC dokumentierte Stimmungslage, der Antrieb und damit wahrgenommene Problemlagen und Ressourcen können gleichzeitig als Mediator für Kommunikation und Beziehungsaufbau dienen.

Intensivbetreuungen gehören zu den personalintensivsten und damit teuersten Interventionen in der stationären Psychiatrie (Flood et al., 2008; Harding, 2010). Darüber hinaus können sie, wenn sie ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden, einen erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit des Einzelnen darstellen. So betonen Nienaber et al. (2013, S. 14) in ihrer systematischen Literaturübersicht zum Thema der intensiven Überwachung in der stationären psychiatrischen Akutversorgung, dass «[...] eine Durchführung der Maßnahme ohne Einwilligung des Patienten nur in schwierigsten Situationen, bspw. bei akuter Suizidalität oder im Rahmen einer Fixierung, zu rechtfertigen ist» und sich neben ethischen Fragen auch die Frage nach der Fachlichkeit, der es zur Durchführung einer Intensivbetreuung bedarf, stellt. Zurzeit liegen keine psychometrischen Testergebnisse für die englische, schwedische oder deutsche Version des SPOC vor. Für zukünftige Forschungsvorhaben im Kontext des SPOC wäre die Prüfung der Interraterreliabilität ein erster wichtiger Schritt zur weiteren wissenschaftlichen Absicherung des Instruments. In Anlehnung an Björkdahl et al. (2011), gehen die Autoren dieser Arbeit davon aus, dass die deutsche Version des SPOC, auch wenn Angaben zur Reliabilität und Konstruktvalidität des Instrumentes noch nicht vorliegen, genau diese fachlichen Aspekte der intensiven Betreuung in den Vordergrund rückt. Das SPOC kann damit als Grundlage für eine gemeinsame Diskussion und Evaluation der Intensivbetreuung dienen, und den Einbezug der Patientin bzw. des Patienten in ihre bzw. seine Pflege und Behandlung unterstützen. Obwohl es für die Intensivbetreuung keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz im Hinblick auf ihre Wirksamkeit gibt, gehört sie doch zu den in der Praxis gebräuchlichen Maßnahmen, um Menschen vor Selbst- und Fremdgefährdung zu schützen (Nienaber et al., 2013). Vor diesem Hintergrund scheint es umso wichtiger zu sein, die wahrgenommenen Beobachtungen und Wahrnehmungen

innerhalb der Intensivbetreuung transparent darzustellen.

## Literatur

- Beaton, D. E.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the Cross-Cultural Adaption of Health Status Measures. <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf> [23.10.2012].
- Björkdahl, A.; Nyberg, U.; Runeson, B.; Omérov, P. (2011). The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (6), 558 – 561.
- Bortz, J.; Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler*; 4., überarb. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin-Verlag.
- Bowers, L.; Park, A. (2001). Special observation in the care of psychiatric in patients: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 22 (8), 769 – 786.
- Bowers, L.; Whittington, R.; Nolan, P.; Parkin, D.; Curtis, S.; Bhui, K. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute inpatient care: City-128 study. *The British Journal of Psychiatry*, 193 (5), 395 – 401.
- Cardell, R.; Pitula, C. R. (1999). Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1066 – 1070.
- Cleary, M.; Jordan, R.; Horsfall, J.; Mazoudier, P.; Delaney, J. (1999). Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 6 (6), 461 – 467.
- Cutcliffe, J. R.; Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for “engagement and inspiring hope” or “observations”. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 9 (5), 611 – 621.
- Dawe, S. (2009). Safe, Supportive Observation and Engagement of Service users at Risk: Policy and Guidance. [http://www.nelft.nhs.uk/\\_documentbank/Safe\\_Supportive\\_observation\\_and\\_engagement\\_Policy\\_CG013\\_Dec\\_2011.pdf](http://www.nelft.nhs.uk/_documentbank/Safe_Supportive_observation_and_engagement_Policy_CG013_Dec_2011.pdf) [23.10.2012].
- DGPPN. (2010). S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten. Heidelberg: Steinkopff Verlag.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, et al. (2012). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl05l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2012-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl05l_S3_Unipolare_Depression_2012-01.pdf) [23.10.2012]
- Flood, C.; Bowers, L.; Parkin, D. (2008). Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*, 26, 325 – 330.

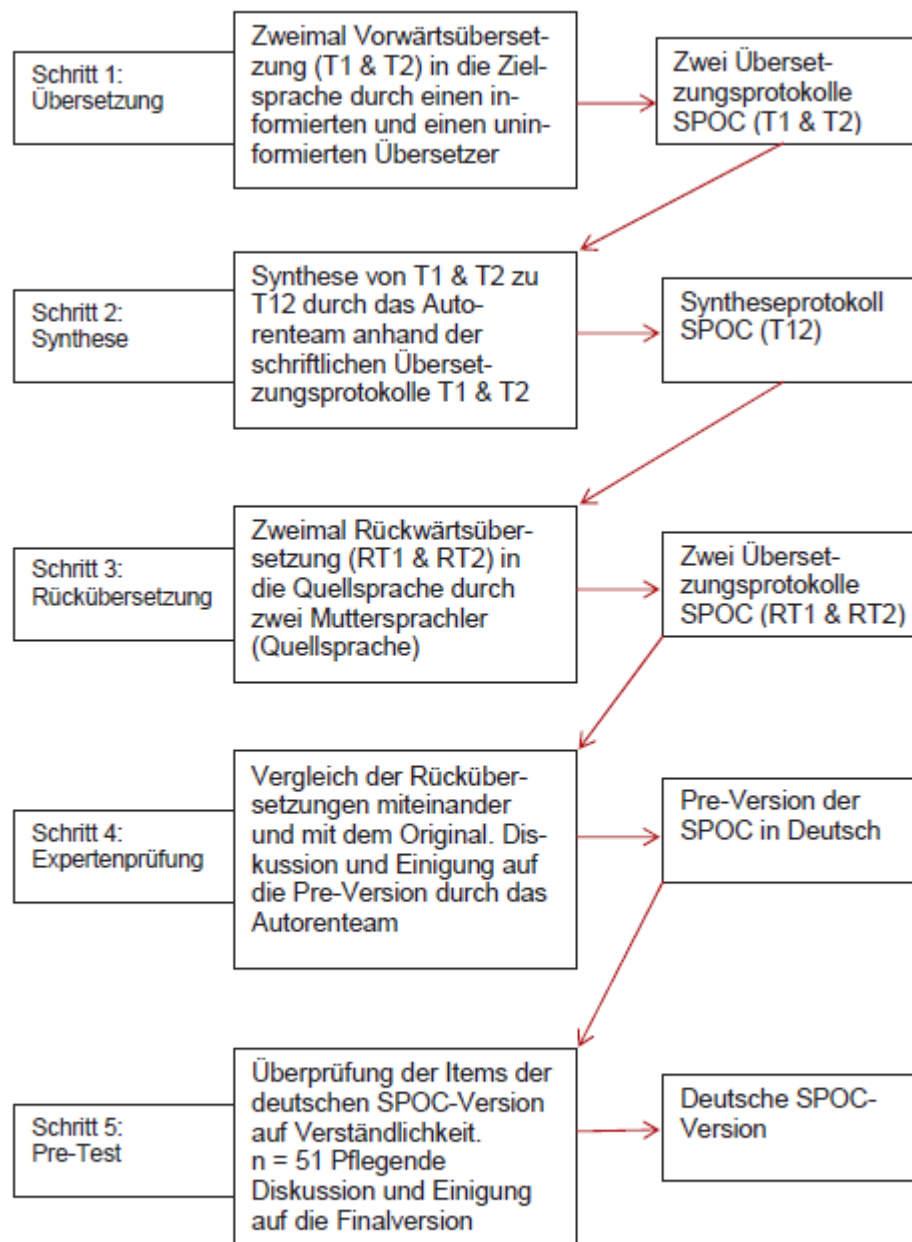
- Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (12), 1417 – 1432.
- Harding, AD. (2010). Observation assistants: sitter effectiveness and industry measures. *Nursing Economics*, 28, 330 – 336.
- Janofsky, J. S. (2009). Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37 (1), 15 – 24.
- Lewitzka, U. (2012). Hochakut suizidgefährdete Patienten – Eine besondere Herausforderung. *Psychotherapie im Dialog*, 13 (2), 8 – 14.
- Martin, J. S.; Vincenzi, C.; Spirig, R. (2007). Principles and methods of good practice for the translation process for instruments of nursing research and nursing practice. *Pflege*, 20 (3), 157 – 163.
- McGregor Kettles, A.; Byrt, R. (2007). Observation with engagement in acute areas. In: Kettles, A.; Woods, P.; Byrt, R.; Addo, M.; Coffey, M. Doyle, M. (Eds.), *Forensic Mental Health Nursing: Forensic Aspects of Acute Care*. London: Quay Books Division, 249 – 263.
- Michel, L.; Conrad, W. (1982). Testtheoretische Grundlagen psychometrischer Tests. In: Michel, K.-J.; Groffmann, L. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Moosbrugger, H.; Kelava, A. (2008). Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test. In: Kelava, A.; Moosbrugger H. (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Nienaber, A.; Schulz, M.; Hemkendreis, B.; Lohr, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung – eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 40 (1), 14 – 20.
- Pitula, C. R.; Cardell, R. (1996). Suicidal inpatients' experience of constant observation. *Psychiatric Services*, 47 (6), 649 – 651.
- Stewart, D.; Bowers, L; (2012). Under the gaze of staff: special observation as surveillance. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48 (1), 2 – 9.
- Stewart, D.; Bowers, L.; Warburton, F. (2009). Constant special observation and self-harm on acute psychiatric wards: a longitudinal analysis. *General Hospital Psychiatry*, 31 (6), 523 – 530.
- Vrale, G. B.; Steen, E. (2005). The dynamics between structure and flexibility in constant observation of psychiatric inpatients with suicidal ideation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12 (5), 513 – 518

SPOC –  
Suicidal Patient Observation Chart

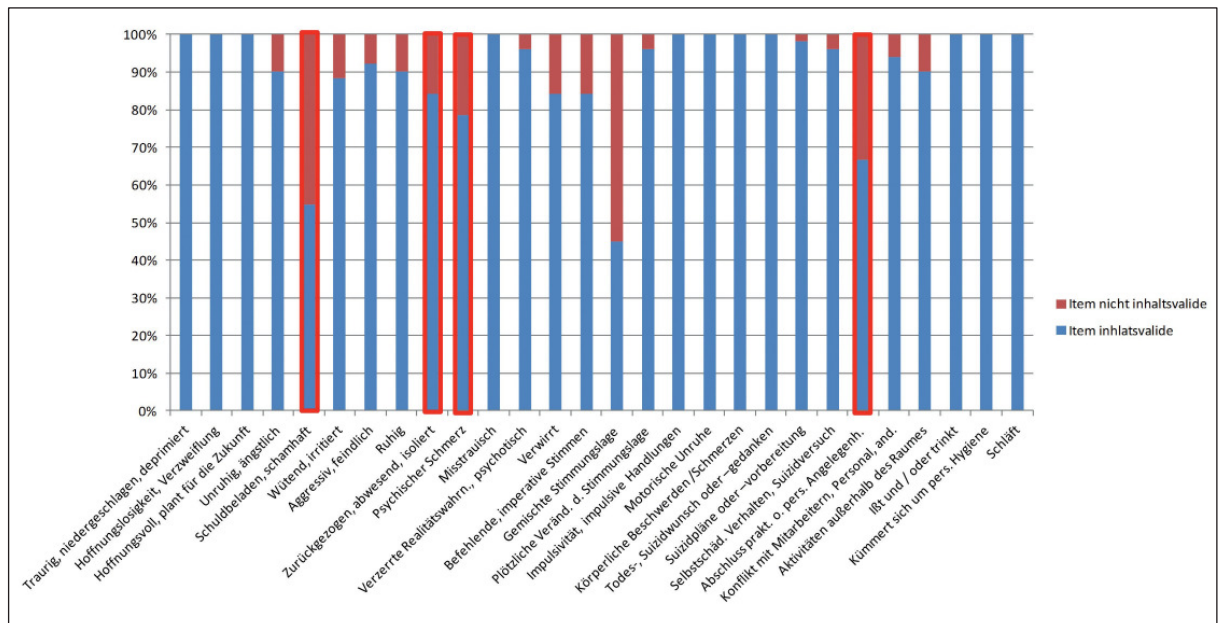
Datum: _____ Überwachung												
Name: _____ Start: _____ Stopp: _____												
Trage ein X in das Feld ein, das dem entspricht, was der Patient ausdrückt oder was beobachtet wird												
												Traurig, niedergeschlagen, deprimiert
												Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung
												Hoffnungsvoll, plant für die Zukunft
												Unruhig, ängstlich
												Schuldgefühle, schamhaft
												Wütend, irritiert
												Aggressiv, feindlich
												Ruhig
												Zurückgezogen, gedanklich abwesend, Psychischer Schmerz/Leidensdruck
												Misstrauisch
												Verzerrte Realitätswahrnehmung, Verwirrt
												Befehlende, imperative Stimmen
												Sowohl gehobene als auch gedrückte
												Plötzliche Veränd. d. Stimmungsla- Impulsivität, impulsive Handlungen
												Motorische Unruhe
												Körperliche Beschwerden/Schmerzen
												Todes-, Suizidwunsch oder -gedanken
												Suizidpläne oder -vorbereitung
												Selbstverletzendes Verhalten,
												Erledigt prakt. u./o. pers.
												Konflikt mit Mitarbeitern, Personal, and.
												Aktivitäten (außerhalb des Zimmers)
												Isst und / oder trinkt
												Kümmert sich um pers. Hygiene
												Schläft

Notiz: SPOC sollte ergänzend bei der Herstellung einer Beziehung zum Patienten und zum Pflege- und Behandlungsplan verwendet werden. Version 2012.1 [www.psykiatriforskning.se](http://www.psykiatriforskning.se) (→ vårdprogram → SPOC blanketter → SPOC form in german)

Abbildung 1: Suicidal Patient Observation Chart (deutsche Version).



**Abbildung 2:** Modellhafte Darstellung der SPOC-Übersetzung (deutsche Version) in Anlehnung an das Stufenmodell der IQOLA (Beaton et al., 2002; Martin, Vincenzi & Spirig, 2007).



**Abbildung 3:** Inhaltsvalidierung durch 52 Pflegendе der deutschen Pre-Version der SPOC – quantitative Auswertung der Rückmeldungen. Bei den markierten Säulen wurde eine Anpassung der Items vorgenommen.



### **5.3. Häufigkeit und Kosten der 1:1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland - Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes**

Nienaber, A., Schulz, M., Noelle, R., Wiegand, H. F., Wolff-Menzler, C., Häfner, S., Seemueller, F., Godemann, F. & Löhr, M. (2016). Häufigkeit und Kosten der 1: 1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland – Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes. *Psychiatrische Praxis*, 43(04), 205-212.

## **Zusammenfassung**

**Ziel der Studie:** Ziel ist es, Verteilungshäufigkeiten und Kosten der 1:1-Betreuung darzustellen.

**Methode:** Datengrundlage ist der VIPP-Datensatz. Gegenstand der Analyse ist der OPS-Kode 9-640.0 (1:1-Betreuung). Die Auswertung erfolgte auf Fallebene.

**Ergebnisse:** Es liegen Daten von 47 Kliniken vor. 2011 fand bei 3,8% der Fälle eine 1:1-Betreuung statt. Bei vergleichbarer Diagnoseverteilung fand 2012 bei 4,8% der Fälle eine 1:1-Betreuung statt. In Kliniken mit unter 100 Betten wird die 1:1-Betreuung seltener angewandt.

**Schlussfolgerung:** Der Anteil der 1:1-Betreuungen stieg somit von 2011 zu 2012. Unklar bleibt, inwieweit dieser Anstieg auf eine veränderte Form der Behandlung oder auf ein verändertes Dokumentationsverhalten zurückzuführen ist. Die 1:1-Betreuung ist mit erheblichen personellen Kosten verbunden

## **Abstract**

**Objective:** 1:1 care is applied for patients requiring close psychiatric monitoring and care like patients with acute suicidality. The article describes the frequency of 1:1 care across different diagnoses and age groups in German psychiatric hospitals.

**Methods:** The analysis was based on the VIPP Project from the years 2011 and 2012. A total of 47 hospitals with more than 120,000 cases were included. Object of the analysis was the OPS code 9-640.0 1:1 care. The evaluation was performed on case level.

**Results:** Data of 47 hospitals were included. Of the 121,454 cases evaluated in 2011 3.8% documented a 1:1 care within the meaning of OPS 9-640.0 additional code. Of the 66245 male cases a 1:1 care was documented in 3.5% and the 55207 female cases was 4.1%. Compared to 2011, the proportion of 1:1 care in 2012 rose to 4.8%.

**Conclusion:** The results show that 1:1 care is frequently applied in German psychiatric hospitals. The Data of the VIPP project have proven to be a useful tool to gain information on the frequency of cost-intensive interventions in German psychiatric hospi-

tals. Further analyses should create the possibility of evaluation at the level of the individual codes.

**Schlüsselwörter:** 1:1-Betreuung, Zusatzkode, VIPP-Projekt, PEPP, Inzidenz

**Keywords:** 1:1 care, VIPP, PEPP, OPS-code, incidence

### **Konsequenzen für Klinik und Praxis**

- Die 1:1-Betreuung kommt in allen psychiatrischen Diagnosegruppen unterschiedlich häufig zur Anwendung und ist mit einem hohen Ressourcenverbrauch verbunden.
- Von 2011 auf 2012 ist ein Anstieg in der Dokumentation des Kodes für 1:1-Betreuungen zu verzeichnen, wobei auch durch das PEPP-System gesetzte Fehlanreize zur Kodierung als eine mögliche Ursache nicht auszuschließen sind.
- Zukünftige Analysen sollten eine Auswertung sowohl auf der Fall- als auch auf der Patientenebene ermöglichen, um Aussagen zur wiederholten Anwendung von 1:1-Betreuungen pro Fall vornehmen zu können.

## Einleitung

In der stationären psychiatrischen Behandlung von Menschen in seelischen Krisen können zeitweise aufgrund von akutem selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten intensive Betreuungsmaßnahmen notwendig sein (1, 2). Bei solchen intensiven Betreuungsmaßnahmen ist eine Person direkt und unmittelbar für die Begleitung eines Menschen in einer akuten Krise, z.B. aufgrund von Suizidalität, zuständig. Ziel einer solchen Intervention ist es, eine sichere Umgebung für den Klienten zu schaffen, Hoffnung und Vertrauen bei dem Betroffenen aufzubauen und eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen. Entsprechende Interventionen werden in der Regel von der Berufsgruppe der Pflege durchgeführt (3). Im Rahmen der Entwicklung des neuen pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sind die Kliniken verpflichtet, ihre Leistungen zu dokumentieren und zu übermitteln (KHG §17d). Für intensive Betreuungen wurde im Operationen-Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) der Kode 9-640.0 „Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen -1:1-Betreuung“ definiert (4). In der Praxis werden unterschiedliche Begriffe mit der 1:1-Betreuung in Verbindung gebracht, z.B. kontinuierliche Überwachung, Intensivbetreuung, Beobachtung, zeitlich definierte Frequenzen von Sichtkontakten und -kontrollen und der Begriff der Sitzwache, der vor allem im Zusammenhang steht mit der Anwendung freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen, wie der Isolierung oder Fixierung (5). Als Ergebnis einer Online-Befragung in Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag konnten Steinert et al. (5) zeigen, dass die kontinuierliche Überwachung in den Kliniken inzwischen scheinbar zum Regelfall geworden ist, wenn es um die Anwendung dieser Maßnahmen geht. Nienaber et al. (3) weisen darauf hin, dass eine einheitliche konsensfähige fachliche Definition in Deutschland bisher fehlt. Auch Steinert et al. (5) konnten zeigen, dass sehr unterschiedliche Modalitäten, z.B. für die „Überwachung bei Fixierungen“, in Deutschland bestehen. Die 1:1-Betreuung wird meist von Ärzten verordnet und von Pflegenden durchgeführt. International wird u.a. die Bezeichnung „Special Observation“ genutzt. Allerdings beinhaltet diese Intervention deutlich mehr als die Tätigkeit des Überwachens.

Shugar und Rehaluk (6) konnten in ihrer Untersuchung 11 Prädiktoren identifizieren, die zu einer 1:1-Betreuung führen können. Zu den Häufigsten zählen die aktuelle Selbstverletzungsgefahr, eine Überstimulation durch das Umfeld, aktuelle und potenzielle Gewalttätigkeit und akute Verwirrtheit. Weiter wurden von den Autoren Selbstverletzungen oder Sachbeschädigung in der Vergangenheit, fremdaggressives Verhalten,

Zwangseinweisung, niedriger Sozialstatus und weibliches Geschlecht genannt. Eine hinreichende Evidenz zur Wirksamkeit von 1:1-Betreuungen gibt es nicht (7). Dies ist erstaunlich, da die 1:1-Betreuung eine der ressourcenintensivsten und damit teuersten Interventionen darstellt, die es in der stationären psychiatrischen Versorgung gibt (8). Im deutschen Sprachraum gibt es weder Interventionsstudien noch versorgungswissenschaftliche Erkenntnisse zur 1:1-Betreuung. Einzelne Hinweise zur Durchführung von 1:1-Betreuungen finden sich in der Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ und in der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“. Eine Handlungsempfehlung für die 1:1-Betreuung unter dem Titel „Praxisempfehlung Intensivbetreuung“ wurde von der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege entwickelt (9).

Seit Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird die 1:1-Betreuung in Deutschland flächendeckend erfasst (10, 11). Hierfür wurde der Kode 9-640.0 „Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen - 1:1 Betreuung“ entwickelt. Der Kode ist ein sogenannter Zusatzkode. Interventionen erhalten dann einen Zusatzcode, wenn sie mit einem besonderen Aufwand verbunden sind. Dieser Kode muss zusätzlich zu den Regelkodes (z.B. Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) bei entsprechender Leistung angegeben werden. Der Kode ist folgendermaßen definiert:

„1:1-Betreuung bedeutet, dass eine Person einen einzelnen Patienten zusammenhängend ggf. zusätzlich zu angewandten Verfahren betreut. Bei Einzelbetreuung durch mehr als eine Person (2 oder mehr) sind die zusammenhängenden Zeiten aller betreuenden Personen zu einer Gesamtsumme zu addieren und entsprechend mit einem Kode unter 9-640.0 zu kodieren. Die für diese Betreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder anderer Zusatzkodes (9-641) angerechnet werden. Der Kode muss für jeden Tag, an dem ein entsprechender Aufwand entstanden ist, ausgelöst werden.“ (OPS 2012). Um den Kode auslösen zu können sind 2 definierte Mindestmerkmale zu erfüllen. Diese sind:

- „Multiprofessionelle Behandlung von Patienten, deren wesentliche Merkmale die akute Fremd- oder Selbstgefährdung infolge einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sind und
- Tägliche ärztliche Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen“ (OPS 2012).

Die Anwendung des jeweiligen Kodes 9.640-00 bis -03 richtet sich nach der Dauer der 1:1-Betreuung. So ist der OPS-Kode mit der Endziffer -00 mit einer Dauer der Intervention von mindestens 2 bis 6 Stunden am Tag definiert, der Kode -01 mit mehr als 6-12

Stunden pro Tag, der Kode -02 mit mehr als 12 -18 Stunden pro Tag und der Kode -03 mit mehr als 18-24 Stunden pro Tag. Laut OPS-Katalog gibt es 2 unterschiedliche Settings, in denen die erhöhte Betreuung zu kodieren ist. Einerseits ist dies die 1:1-Betreuung und andererseits die sogenannte Betreuung in der Kleinstgruppe bis max. 3 Personen (OPS-Kode 9.640.10-13). Mit diesem Kode soll der Personalaufwand, der mit dem erhöhten Betreuungsaufwand verbunden ist, dargestellt und erfasst werden. Neben den therapeutischen Aspekten einer 1:1-Betreuung spielt die ökonomische Perspektive im Kontext der neuen Entgeltentwicklung eine entscheidende Rolle. Das Pauschalisierte Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird durch das Institut für Entgeltentwicklung im Krankenhaus (InEK) kalkuliert. Das InEK nutzt zur Kalkulation unter anderem spezielle Items, die seit 2010 im OPS-Katalog für die Psychiatrie vorhanden sind und verpflichtend kodiert werden müssen. Für den hier untersuchten Kode 9-640 gilt: Wenn die Zeitdauer einer 1:1-Betreuung verschiedene Schwellenwerte überschreitet, führt dies zu einer höheren Bewertung des tagesbezogenen Relativgewichts (sog. Day-Mix-Index). Ziel der vorliegenden Analyse ist es, die Prävalenz des OPS-Kodes „1:1-Betreuung“ in den Jahren 2011 und 2012 im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht und der jeweils zugrunde liegenden F-Diagnosegruppe darzustellen. Auf Basis dieser Daten soll zudem geschätzt werden, welche finanziellen Ressourcen für die 1:1-Betreuung nach der Definition des OPS-Katalogs aufgewendet werden.

## **Methoden**

Im Jahr 2011 hat die DGPPN gemeinsam mit der Bundesdirektorenkonferenz ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, um versorgungsrelevante Indikatoren für die Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP) zu identifizieren (10). Ziel des Projekts VIPP ist es, mit Routinedaten psychiatrischer und psychosomatischer Abteilungen und Krankenhäuser einen Datenpool aufzubauen, mit dem Analysen zur Beantwortung von Versorgungsfragen durchgeführt werden können. In den Datensatz werden auf der Basis des §21 KHEntgG einmal im Jahr Daten von Fachkliniken, Universitätskliniken und Abteilungspsychiatrien aus der gesamten Bundesrepublik eingespeist. Die Daten sind sowohl im Bezug auf die Patienten als auch im Bezug auf die teilnehmende Klinik/Abteilung anonymisiert. Datenannahme und Datenaggregation werden durch die GSG-Consulting durchgeführt. Auf diese Weise wird eine größtmögliche Datensicherheit gewährleistet. Neben den Daten senden die teilnehmenden Kliniken einen Fragebogen zu ihren Strukturdaten. Bei den genutzten Daten handelt es sich um Sekundärdaten, die nicht zur Beantwortung der Fragestellung erhoben wurden,

sondern primär der PEPP-Kalkulation durch das InEK dienen.

Wir orientierten uns bei der Auswertung der Daten an der Leitlinie „Gute Praxis Sekundärdatenanalyse“ (12, 13). Die Auswertung erfolgte auf Fallebene. Als Fall wurde jeder stationäre Aufenthalt gewertet. Da viele Patienten häufiger pro Jahr stationär aufgenommen werden, ergab sich eine höhere Fall- als Patientenzahl. In die Analyse eingeschlossen wurden nur die Fälle der Jahre 2011 und 2012 aus dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie. Kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Kliniken und Abteilungen wurden nicht berücksichtigt. Bei Angaben zur 1:1-Betreuung in der jeweiligen Diagnosegruppe von weniger als 4 Kliniken wurden diese ebenfalls nicht berücksichtigt bzw. als nicht auswertbar (n.a.) in der Tabelle markiert. Dieses Vorgehen ist eine Vereinbarung mit der VIPP-Steuerungsgruppe zur Gewährleistung der Anonymität der teilnehmenden Kliniken. Mögliche Differenzen in den summierten Werten sind auf diese Vorgehensweise und auf fehlende Angaben zum Geschlecht zurück zu führen.

Bei der Auswertung blieben die „Überlieger“ unberücksichtigt. Als Überlieger bezeichnet man Patienten, die über den Jahreswechsel hinaus stationär behandelt werden. Im Rahmen der Auswertung wird ein Patient dann nur bis zum Jahresende in der Analyse berücksichtigt. Alter, Geschlecht und der OPS-Kode 9-640.0 sind Bestandteil des §21 KHEntgG-Datensatzes. Der OPS-Kode 9-640-0 gliedert sich je nach Dauer der 1:1-Betreuung in folgende Sub-Kodes auf: 9.640 -00 (2-6 Std./Tag), 9.640-01 (6-12 Std./Tag), 9.640-02 (12 -18 Std./Tag und 9.640-03 (18-24 Std./Tag). Der Zusatzkode „Betreuung in der Kleinstgruppe“ (9-640.10-12) wurde in die Analyse nicht einbezogen, da er erst seit 2012 zur Verfügung steht. Die Analyse des gepoolten Datenmaterials ermöglicht 2 unterschiedliche Zählweisen (Abb.1). Bei der kumulativen Betrachtung werden im Sinne einer „Entweder/oder-Logik“ alle Fälle berücksichtigt, die einen der möglichen Codes erhalten haben. Bei der isolierten Betrachtung wird auf der Ebene des einzelnen Kodes überprüft, wie viele Fälle mindestens einmal diesen Kode zugewiesen bekamen. So kann beispielsweise bei einem Fall, der im Verlauf unterschiedliche Codes bekommen hat (z.B. 9-640.00-03), bis zu 4-mal gezählt werden. Diese Zählweise lässt keine Aussage darüber zu, wie häufig die einzelnen Codes pro Fall ausgelöst wurden. Die statistische Auswertung wurde mittels QlikView und Excel 2007 durchgeführt. Für die deskriptive Auswertung wurden Häufigkeit (N) bzw. Prozentsatz, Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) berechnet.

## Ergebnisse

In die Auswertung konnten 47 Kliniken aus dem gesamten Buntionen handelt es sich um 31 psychiatrische Fachkrankenhäuser und 11 Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, darunter 6 Universitätskliniken (Tab. 1). Die Trägerschaft der Kliniken ist in 18 Fällen freigemeinnützig, in 18 Fällen öffentlich-rechtlich und in 5 Fällen privat. Bei 6 Kliniken kann aufgrund fehlender Daten die Trägerschaft nicht bestimmt werden. 28 Kliniken haben einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag. 31 Kliniken der Stichprobe sind im Krankenhausbedarfsplan aufgeführt. 13 Kliniken sind Kalkulationshäuser im Rahmen des Entgeltentwicklungssystems. 13 Kliniken haben weniger als 100 vollstationäre Behandlungsplätze, 13 Kliniken haben 100-200 und 16 mehr als 200 vollstationäre Behandlungsplätze. Für 5 Kliniken liegen keine Angaben zur Anzahl der Behandlungsplätze vor (Tab.1) Für die Jahre 2011 und 2012 konnten Daten von 89.306 bzw. 121.818 Fälle. Eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe inklusive der Verteilung der ICD-10 Diagnosen und der Darstellung der Verweildauer findet sich in Tab.2. 2011 haben 3,8% (n = 4.615) der Fälle irgendeinen der 4 untersuchten OPS-Kodes erhalten (Abb.1). Bei den 66.245 der einbezogenen männlichen Fällen kam es in 3,5% der Fälle (n= 2.318) und bei den 55.207 weiblichen Fällen in 4,1 % (n =2.263) zu einer 1:1-Betreuung. Differenzen zwischen der Gesamtfallzahl und den männlichen bzw. weiblichen Fällen sind sowohl in 2011 als auch 2012 auf fehlende Angaben des Geschlechts zurückzuführen. 2012 wurde bei 4,8 % (n=5.847) der Fälle eine 1:1-Betreuung durchgeführt. Bei den 66.756 einbezogenen männlichen Fällen kam es in 4,7% der Fälle (n= 2.318) und bei den 55.059 weiblichen Fällen in 5,0% (n =2.752) zu einer 1:1-Betreuung. Ein Vergleich der Kliniken nach ihrer Größe ergibt, dass bei Kliniken mit weniger als 100 Betten in 2,6% der Fälle eine 1:1-Betreuung zur Anwendung kommt. Bei Kliniken mit 100-200 Betten liegt dieser Wert bei 5,9% und bei Kliniken mit mehr als 200 Betten bei 5,0%. Allerdings lässt dieses Ergebnis keine Rückschlüsse auf den Krankenhaustyp (Fachkrankenhäuser oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) zu. Hinsichtlich der Verteilung der 1:1-Betreuung auf die F-Diagnosegruppen lässt sich feststellen, dass diese Betreuung 2011 und 2012 in allen F-Diagnosegruppen zu finden ist. Die häufigsten Dokumentationen der 1:1-Betreuung finden sich in den Diagnosegruppen F1, F2 und F6 (O Tab.3). Im Hinblick auf Geschlechterunterschiede zeigt sich, dass der Anteil an 1:1-betreuten Männern in der Diagnosegruppe F1 größer ist, während der Anteil der 1:1-betreuten Frauen in der Diagnosegruppe F6 größer ist. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass in der untersuchten Stichprobe mehr Männer eine F1-Diagnose hatten, während mehr Frauen eine FG-Diagnose hatten. Die häufigste Diagnose der Fälle mit 1:1-Betreuung ist bei den



>64-jährigen Patienten die FO-Diagnose. Daneben findet der Kode vor allem Anwendung bei Patienten ohne psychiatrische Diagnose in der Diagnosegruppe G30, Alzheimer-Krankheit (in der Tabelle als „keine F-Diagnose“ dargestellt). Den Auswertungen des Statistischen Bundesamtes folgend, kostet eine Vollkraft im Pflegedienst in der Psychiatrie pro Jahr 51 109€ (Bruttopersonalkosten) (14). Damit kostet die Arbeitsstunde einer Pflegeperson bei angenommenen 252 Arbeitstagen im Jahr 26,34 €. Bei den folgenden Berechnungen wurde in Anlehnung an die Vorgehensweise des InEK bezüglich der vorgegebenen Dauer jeweils der Median zugrunde gelegt (Beispiel : OPS- Kode 9-640.01: 6-12 Stunden: Rechengrundlage= 9 Stunden) (15). Für den Zusatzkode 9-640.00:2 -6 Std. wurde den Ausführungen des InEK folgend nicht mit dem Median, sondern mit einem Wert von 3 Stunden gerechnet (15). In die Berechnung fließt nicht ein, ob pro Fall mehrere 1:1-Betreuungssituationen kodiert wurden. Daher handelt es sich hier um eine äußerst konservative Kostenberechnung. Die Bruttopersonalkosten der 1:1-Betreuung über alle Diagnosegruppen können für das Jahr 2011 mit einem Gesamtwert von 1,5 Mio. € für die Stichprobe angegeben werden. Für das Jahr 2012 liegen sie bei 2,2 Mio. €. Dies entspricht einer Steigerung von 45%. Diese Kostensteigerung steht mit der Zunahme der 1:1-Betreuung von 3,8% im Jahr 2011 auf 4,8% im Jahr 2012 im Zusammenhang. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der konservativen Kostenschätzung lediglich um die Kosten der untersuchten Stichprobe aus 47 Einrichtungen handelt. Bei einer Berechnung der Kosten für alle 451 Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien in Deutschland (16) würde sich der Betrag deutlich erhöhen. Geht man im Weiteren davon aus, dass der praktischen Erfahrung der Autoren zufolge in vielen Fällen die 1:1-Betreuung pro Fall nicht nur einmalig, sondern wiederholt eingesetzt wird, so schätzten die Autoren ein mindestens 5-fach so hohes Aufkommen der Intervention. Damit würden im Jahr Kosten von ca 105 Mio. € für die 1:1-Betreuung in deutschen Erwachsenenpsychiatrien entstehen.

## **Diskussion**

Nach Wissen der Autoren wird zum ersten Mal in Deutschland empirisches Zahlenmaterial zur Häufigkeit der 1:1-Betreuung und der damit entstehenden Kosten dargestellt. So kann ein erster quantitativer Überblick über den Umfang dieser Maßnahmen und die dafür notwendigen Ressourcen gegeben werden. In den zurückliegenden Jahren wurden die Personalstellen im Pflegedienst in der Psychiatrie deutlich reduziert. Zugleich nahmen die Fallzahlen sukzessive zu. Entsprechend kam es zu einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in der Pflege (17). Speziell vor diesem Hintergrund ist eine Betrachtung der personal- und kostenintensiven 1:1-Betreuung in den psychiatrischen

Kliniken von Bedeutung. Bei der 1:1-Betreuung ist die Pflegeperson über die Dauer des Zeitraums der Intervention gebunden und steht nicht für andere Tätigkeiten zur Verfügung. Aiken et al. (18) konnten in einer Studie für 9 europäische Länder aufzeigen, dass eine Zunahme der Belastung der Pflegenden mit einer Abnahme der Qualität der Pflege verbunden ist. Einschränkend muss gesagt werden, dass die Studie von Aiken et al. im Bereich der Chirurgie durchgeführt wurde und daher auf den Bereich der Psychiatrie nur eingeschränkt übertragbar ist. Dennoch sind ähnliche Phänomene in der Psychiatrie zu vermuten. Nach Kenntnis der Autoren gibt es keinen belastbaren wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit der 1:1-Betreuung als Therapieintervention (7). Zudem wird die 1:1-Betreuung von Patienten häufig als Zwangsmaßnahme empfunden. Gerade vor dem Hintergrund der relativen Häufigkeit ihrer Anwendung, der steigenden Tendenz und der starken personellen Ressourcenbindung sollte daher überprüft werden, inwieweit die Intervention auch von Nutzen ist. Allerdings ist die Durchführung solcher Untersuchungen mit erheblichen ethischen und methodischen Problemen verbunden. Neben ihrer Rolle in der Therapie hat die 1:1-Betreuung auch eine wesentliche Funktion in der Sicherung von Patienten und von Pflegepersonal. Eine solche komplexe Intervention sollte daher auch einer entsprechenden Qualitätskontrolle unterworfen sein. Studienergebnisse zeigen, dass ein höherer Qualifikationsgrad im Pflegedienst dazu führt, dass die Maßnahme seltener zum Einsatz kommt und kürzer andauert (19, 20). Die vorliegende Untersuchung deutet auch darauf hin, dass die 1:1-Betreuung seltener in kleineren Häusern zur Anwendung kommt. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die Art des Hauses Auswirkungen auf die Frequenz der Durchführung von 1:1-Betreuungen hat. Daher sollten mögliche klinikspezifische Einflussfaktoren auf die Frequenz von 1:1-Betreuungen künftig genauer untersucht werden, um diese entsprechend kontrollieren zu können. Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Entgeltsystems und den damit verbundenen Anreizimplikationen von zentraler Bedeutung. Da es sich bei den Daten des VIPP-Projektes um aggregierte Daten handelt und eine Auswertung des OPS-Zusatzkodes der 1:1-Betreuung ausschließlich auf der Fallebene möglich ist, ist bei der Interpretation der Daten zu beachten, dass die Auslösung eines Kodes (z.B.9-640.02) lediglich einen Rückschluss darauf zulässt, ob ein Fall wenigstens einmal die Kriterien zur Auslösung erfüllt hat. Die Frage, wie häufig der spezielle Code insgesamt zur Anwendung kam, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht beantworten. Deshalb ist auch eine Schätzung der mit der Intervention verbundenen Kosten nur sehr eingeschränkt möglich. Des Weiteren muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass die Zunahme der Dokumentation des Kodes im Jahr 2012 im Vergleich zu 2011 auch darauf zurückzuführen sein kann, dass es für die Kliniken Bedeutung haben könnte, wenn eine

höhere Anzahl von 1:1-Betreuungen dokumentiert wird, da dies in der Konsequenz mit einem höheren Erlös verbunden ist. Somit werden durch den Zusatzcode 1:1-Betreuung möglicherweise auch Fehlanreize für eine übermäßige Kodierung gesetzt. Für den OPS-Katalog 2015 ist vorgesehen, dass der Zusatzcode ab einer Dauer von mehr als 6 Stunden in Form so genannter ergänzender Tagesentgelte (ET) in die Berechnung einfließt und nicht wie bisher ab Erreichung einer bestimmten zeitlichen Dauer in eine Prä-PEPP umgerechnet wird. Neben den bereits erwähnten Limitationen ist auch die Qualität der Daten kritisch zu hinterfragen. Seit 2010 sammeln die psychiatrischen Krankenhäuser Daten für das VIPP-Projekt. Speziell zu Beginn gab es deutliche Probleme, die geforderte Dokumentationsqualität zu erbringen. Dies zeigte sich zum Beispiel an der Anzahl der Patienten, die am ersten Tag weniger als 2 Psych-OPS aufwiesen, obwohl der OPS-Katalog fordert, dass bei Aufnahme eines Patienten pro Fall mehr als ein Psych-OPS generiert werden muss. Wurde dieser Fehler 2010 noch bei 60 % der Fälle gemessen, lag der Wert 2012 nur noch bei 5% (21). Hier ist deutlich erkennbar, dass die Krankenhäuser zügig und mit vermutlich hohem Aufwand die Dokumentationsgüte verbessern. Gleichwohl ist zu fordern, dass weitere Anstrengungen zu einer guten Kodierqualität unternommen werden. Da es sich bei den genutzten Daten um Sekundärdaten handelt, die zur Übermittlung und Weiterverarbeitung an das InEK gesendet werden, ist ein „reporting bias“ im Sinne einer Manipulation der Daten im Hinblick auf die Forschungsfrage nicht anzunehmen (22). jedoch muss berücksichtigt werden, dass diese Form von Sekundärdaten durch bestimmte Strategien der Kliniken (z.B. zukünftig vermutete Abrechnungsstrategien) beeinflusst werden könnten (23).

## **Ausblick**

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass 1:1-Betreuungen in allen psychiatrischen Diagnosegruppen vorkommen. Eine erste grobe Schätzung deutet auf einen hohen ökonomischen Aufwand dieser Maßnahmen hin. Vor dem Hintergrund der ökonomischen, wissenschaftlichen und ethischen Dimension sollten zukünftig Aussagen zur Verteilung des Codes der 1:1-Betreuung sowohl auf Fall- als auch auf Patientenebene möglich sein, damit auch wiederholte 1:1-Betreuungen pro Fall gezählt werden können und eine Summierung der 1:1-Betreuungszeiten zulassen. Da Nachteile in der Versorgung nicht ausgeschlossen sind, wenn zunehmende 1:1-Betreuungen immer mehr personelle Ressourcen bei gleichbleibender Personaldecke an immer weniger Patienten binden, sollte die Indikation für 1:1-Betreuungen möglichst streng gestellt werden. Als Entscheidungsgrundlage kann nur die klinische Akuität dienen. In keinem Fall soll-

ten „defensiv“ medizinische Ansätze (24) aus Gründen der juristischen Absicherung oder gar Erlösstrategien als Entscheidungsgrundlage dienen (25, 26). Für das Jahr 2013 hat der hier untersuchte OPS-Kode eine Veränderung erfahren (27). So greift der Kode nur noch, wenn die Intervention durch Mitarbeiter erbracht wird „die eine Ausbildung in der jeweiligen, spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechend vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen“ (27). In weiteren Studien sollte daher geprüft werden, ob sich durch diese Spezifizierung des Ko- des Veränderungen im Hinblick auf die Häufigkeit der 1:1-Betreuungen ergeben. Darüber hinaus sollten die durch die 1:1-Betreuung verursachten Kosten in künftigen Analysen den damit verbundenen Erlösen gegenübergestellt werden. Überdies sind weitere Studien dazu notwendig, in welchen Situationen die 1:1-Betreuung zur Anwendung kommt, in welcher Qualität sie durchgeführt wird und nach welchen Regeln sie wieder beendet wird.

## Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Steinkopff Verlag; 2010
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Im Internet: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005LS3\\_UnipolareDepression..2012-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005LS3_UnipolareDepression..2012-01.pdf) (Stand: 5.3.2014)
3. Nienaber A, Schulz M, Hemkendreis B et al. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Psychiat Prax 2013; 40: 14-20
4. DIMDI. OPSVersion 2012. Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2012/block-9-60...9-64.htm> (Stand: 5.3.2014)
5. Nienaber A, Hemkendreis B, Löhr M et al. Leserbrief zum Beitrag Psychiatrie mit offenen Türen. Nervenarzt 2013; 10.1055/s-0029-124558010.1007/s00115-013-3859-8
6. Shugar G, Rehaluk R. Continuous observation for psychiatric inpatient:
7. a critical evaluation. Compr Psychiatry 1990; 31:48 -55
8. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2006: CD002084
9. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. Nurs Econ 2008; 26:325-330
10. Hemkendreis B, Löhr M, Schulz M et al. Praxisempfehlung Intensivbetreuung. Psych Pflege 2013; 19: 93-96
11. Godemann F, Falkai P, Hauth I. et al. Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. Nervenarzt 2013; 84:864-868
12. Klimke A, Bader R, Berton R et al. Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik : Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems. Nervenarzt 2014; 85:88-95
13. Swart E, Ihle P. Methoden der Sekundärdatenanalyse. Gesundheitswesen 2010; 72:315
14. Swart E, Ihle P, Geyer S et al. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Gesundheitswesen 2005; 67:416 -421

15. Statistisches Bundesamt. Gesundheit - Kostennachweis der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2013
16. InEK. Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2014. Im Internet: [http://flwww.g-drg.de/cms/Archiv/DRG\\_5system\\_jahr\\_2014J\)atenjahr\\_2012#sm7](http://flwww.g-drg.de/cms/Archiv/DRG_5system_jahr_2014J)atenjahr_2012#sm7) (Stand:28.09.2014)
17. Gesundheitsministerkonferenz. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012. Im Internet: [http://flwww.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/Psychiatrie/Psychiatrie\\_GMK7\\_blob•publicationFile.pdf](http://flwww.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/Psychiatrie/Psychiatrie_GMK7_blob•publicationFile.pdf) (Stand : 17.12.2014)
18. Löhr M, Schulz M, Kunze H. Wegfall der Psych-PV: Mögliche Auswirkungen auf den Pflegedienst psychiatrischer Krankenhäuser. Psych Pflege (im Druck)
19. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries :a retrospective observational study. Lancet 2014; 383: 1824-1830
20. Stewart D, Bowers L. Under the gaze of staff: special observation as surveillance. Perspect Psychiatr Care 2012; 48:2-9
21. Bowers L, Whittington R. No/an P et al. Relationship between service
22. ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care:Gty-128 study. Br J Psychiatry 2008; 193:395 -401
23. Wolff-Menzler C. Versorgungsindikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP-Projekt). Fortschr Neurol Psychiatr (submitted)
24. Dreyer-Tümmel A, Schulz D, Behrens]. Möglichkeiten und Grenzen der Erforschung von Zusammenhängen zwischen Krankheit und Erwerbsverlauf mit Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Bremen:Sfb; 1996: 186
25. Glaeske G, Augustin M, Abholz H et al. Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. Gesundheitswesen 2009; 71: 685 -693
26. McQuade S. The medical malpractice crisis -reflectionson the alleged causes and proposed eures: discussion paper. J R Soc Med 1991: 84: 408 -411
27. Passmore K., Leung WC. Defensive practice among psychiatrists :a questionnaire survey. Postgrad Med J 2002; 78:671-673
28. Murphy E, Kapur N, Webb R et al. Risk assessment following self-harm : comparison of mental health nurses and psychiatrists. J Adv Nurs 2011:67: 127 - 139

29. DIMDI. OPS Version 2013. Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/block-9-60...9-64.htm> (Stand :5.32014)

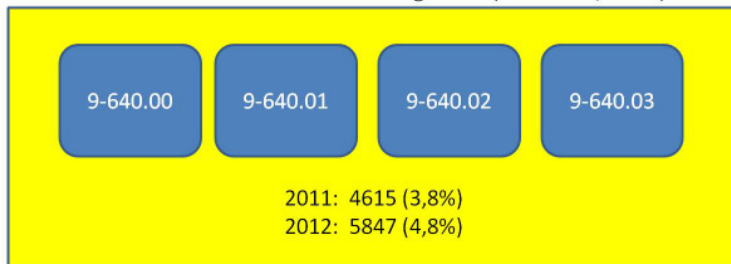
**Tabelle Nr. 1: Beschreibung der teilnehmenden Krankenhäuser des VIPP-Projektes\***

		2012	2011
<b>Krankenhaustyp</b>	Fachkrankenhaus	31	31
	Abteilungspsychiatrie am Allgemeinkrankenhaus	11	11
<b>Trägerschaft</b>	Freigemeinnützig	18	18
	Öffentlich	18	18
	Privat	5	5
	Sonstiges	1	1
<b>Hochschulen / Universitäten</b>		6	6
<b>Kalkulationskrankenhaus</b>	Ja	13	13
	Nein	29	29
<b>Bettengröße vollstationär</b>	< 100 Betten	13	13
	100 – 200 Betten	13	12
	> 200 Betten	16	17

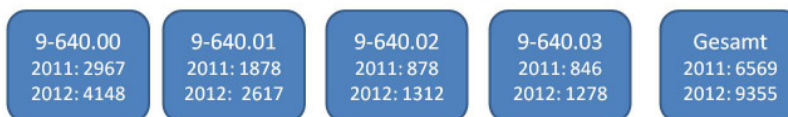
\* Es lagen Auskünfte zur Struktur von 42 der 47 Kliniken oder Abteilungen vor.

Unterschiedliche Zählweisen des Zusatzkodes 1:1 Betreuung im VIPP\* Datensatz

Zählweise 1: Kumulative Betrachtungsweise (Entweder / Oder)



Zählweise 2: Isolierte Betrachtungsweise (nur ein Kode wird analysiert)



**Abbildung 1: Unterschiedliche Zählweise des Zusatzkodes für 1:1 Betreuung**



Jahr	*ICD-10 Haupt-Diagnose-gruppe	Patientenzahl (%)	Fallzahl (%)	**Anteil Frauen auf Fallebene (%)	Anteil Männer auf Fallebene (%)	Verweildauer in Tage auf Fallebene MW (SD)
2011	Gesamt	89306	121454	55207 (45,5%)	66245 (54,5%)	23.09 (27.0)
	F0	8739 (9,79%)	10093 (8,31%)	5483 (54,3%)	4609 (45,7%)	22,95 (19,1)
	F1	27952 (31,30%)	39325 (32,38%)	9849 (25%)	29476 (75%)	11,77 (11,3)
	F2	13201 (14,78%)	19112	8717 (45,6%)	10395 (54,4%)	33,62 (40,5)
	F3	25004 (28,00%)	(15,74 %)	18479 (60.5%)	12065 (39,5%)	34,08 (29,6)
	F4	9929 (11,12%)	30544 (25,15%)	5979 (54.5%)	4993 (45,5%)	18,19 (21,6)
	F5	425 (0,48%)	10973 (9,03%)	305 (70%)	131 (30%)	16,97 (30,1)
	F6	3502 (3,92%)	436 (0,36%)	3323 (70%)	1421 (39%)	21,43 (25,6)
	F7	870 (0,97%)	4744 (3,91%)	527 (44,4%)	661 (55,6%)	18,56 (20,07)
	F8	71 (0,08%)	1188 (0,98%)	10 (11,4%)	78 (88,6%)	28,84 (38,2)
	F9	163 (0,18%)	88 (0,07%)	67 (35%)	125 (65%)	24,2 (23,8)
	F 99	6 (0,01%)	192 (0,16%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)	14 (9,9)
	keine F-Diagnose	4303 (4,82%)	7 (0,01%)	2464 (51,9%)	2283 (48,1%)	18,76 (17,4)
			4747 (3,91%)			

Tabelle 2: Diagnoseverteilung 2011 und 2012

Jahr	ICD-10 Haupt-Diagnosegruppe	Patientenzahl (%)	Fallzahl (%)	* Anteil Frauen auf Fallebene (%)	Anteil Männer auf Fallebene (%)	Verweildauer in Tagen auf Fallebene MW (SD)
2012	Gesamt	90248	121818	55059 (45,2%)	66756 (54,8%)	23,2 (26,3)
	F0	9452 (10,47%)	10930 (8,97%)	5927 (54,2%)	5003 (45,8%)	22,79 (20,2)
	F1	28240 (31,29%)	39915 (32,77%)	10030 (25,1%)	29885 (74,9%)	11,84 (11,6)
	F2	12855 (14,24%)	18351 (15,06%)	8311 (45,3%)	10039 (54,7%)	33,09 (34,9)
	F3	25075 (27,78%)	30164 (24,76%)	18194 (60,3%)	11969 (39,7%)	35,5 (30,8)
	F4	10016 (11,10%)	11246 (9,23%)	5992 (53,3%)	5253 (46,7%)	17,57 (22,1%)
	F5	313 (0,35%)	283 (81,6%)	283 (81,6%)	64 (19,4%)	23,73 (33,0)
	F6	3398 (3,77%)	3353 (70,8%)	3353 (70,8%)	1382 (29,2%)	22,13 (27,1)
	F7	783 (0,87%)	347 (0,28%)	402 (39%)	629 (61%)	17,78 (19,7)
	F8	71 (0,08%)	4735 (3,89%)	14 (19,7%)	68 (80,3%)	24,7 (27,5)
	F9	202 (0,22%)	1031 (0,85%)	78 (33,3%)	156 (66,7%)	26,59 (27,7)
	*** F99	-	82 (0,07%)	-	-	-
	keine F-Diagnose	4365 (4,84%)	234 (0,19%)	2454 (51,8%)	2286 (48,2%)	18,57 (17,9)
			-			
			4740 (3,86%)			

Tabelle 2: Diagnoseverteilung 2011 und 2012

Tabelle 3

OPS-Code	Diagnose-Gruppe	2011 (Angaben in %)					2012 (Angaben in %)				
		18-64 Jahre	18-64 Jahre	>64 Jahre	>64 Jahre	gesamt*	18-64 Jahre	18-64 Jahre	>64 Jahre	>64 Jahre	gesamt*
		w	m	w	m		w	m	w	m	
9-640.00	F0	7,6	10,5	42,5	39,3	100	7,9	9,8	44,9	37,2	100
	F1	24,2	66,7	1,8	7,9	100	23,1	69,0	2,5	5,4	100
	F2	39,8	47,9	9,4	2,7	100	40,6	49,0	7,6	2,8	100
	F3	39,0	26,7	22,4	10,8	100	38,6	30,1	19,9	11,0	100
	F4	49,2	34,5	7,3	9,0	100	42,9	41,8	6,9	7,4	100
	F5	n.n.	n.a.	n.a.	n.a.	100	85,7	0,0	n.a.	n.a.	100
	F6	87,6	9,8	n.a.	n.a.	100	83,5	16,1	n.a.	n.a.	100
	F7	45,7	45,7	n.a.	n.a.	100	46,1	51,3	n.a.	n.a.	100
	F8	0,0	100,0	0,0	0,0	100	25,0	75,0	0,0	0,0	100
	F9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	100	30,0	50,0	n.a.	n.a.	100
kF	4,2	9,9	46,8	39,2	100	8,4	5,1	47,3	39,2	100	
9-640.01	F0	6,3	11,4	37,3	45,0	100	8,8	9,7	38,3	43,2	100
	F1	23,9	67,4	1,3	7,3	100	18,1	74,6	2,7	4,6	100
	F2	39,3	53,4	4,7	2,5	100	39,3	54,9	3,7	2,1	100
	F3	51,6	30,0	9,7	8,7	100	53,0	31,5	8,4	7,1	100
	F4	50,0	42,9	4,0	3,2	100	47,3	43,2	4,7	4,7	100
	F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0	85,7	0,0	n.a.	n.a.	100
	F6	87,8	12,2	n.a.	n.a.	100	83,8	15,6	n.a.	n.a.	100
	F7	40,0	58,2	n.a.	n.a.	100	49,3	49,3	n.a.	n.a.	100
	F8	n.a.	n.a.	0,0	0,0	n.a.	28,6	71,4	0,0	0,0	100
	F9	n.a.	n.a.	0,0	0,0	n.a.	22,2	55,6	n.a.	n.a.	100
kF	7,3	13,7	36,3	42,7	100	15,4	6,2	26,9	51,5	100	
9-640.02	F0	8,4	15,4	33,6	42,5	100	7,6	13,5	36,4	42,5	100
	F1	12,2	77,0	0,0	10,8	100	15,5	71,6	6,0	6,9	100
	F2	37,0	56,1	6,1	0,8	100	38,6	57,5	2,2	1,7	100
	F3	62,7	28,9	4,9	3,5	100	58,0	27,5	10,4	4,1	100
	F4	56,3	35,4	n.a.	n.a.	100	46,9	38,8	4,1	10,2	100
	F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	100
	F6	86,8	13,2	0,0	0,0	100	88,2	11,8	0,0	0,0	100
	F7	36,4	63,6	0,0	0,0	100	44,2	53,5	n.a.	n.a.	100
	F8	n.a.	n.a.	0,0	0,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0,0	n.a.
	F9	n.a.	n.a.	0,0	0,0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0,0	n.a.
kF	13,5	8,1	37,8	40,5	100	20,3	6,3	20,3	53,2	100	
9-640.03	F0	6,7	15,7	29,8	47,8	100	6,0	12,8	38,2	43,0	100
	F1	14,0	76,7	1,2	8,1	100	11,7	74,8	4,5	9,0	100
	F2	41,6	58,4	4,1	1,2	100	36,3	60,5	1,8	1,5	100
	F3	60,4	29,2	5,8	4,5	100	54,7	32,1	9,9	3,3	100
	F4	60,5	34,9	n.a.	n.a.	100	43,2	47,7	n.a.	n.a.	100
	F5	0,0	0,0	0,0	0,0	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	F6	88,6	11,4	0,0	0,0	100	83,8	16,2	0,0	0,0	100
	F7	32,3	67,7	0,0	0,0	100	47,5	47,5	n.a.	n.a.	100
	F8	0,0	0,0	0,0	0,0	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	F9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
kF	20,0	10,0	40,0	30,0	100	16,1	6,5	25,8	51,6	100	
Summe											

\* = Missings bedingt durch unbestimmtes Geschlecht bzw. Anzahl der Einrichtungen <4 und damit nicht auswertbar  
n.a. = nicht auswertbar

Tabelle 3: Verteilungshäufigkeit OPS-Zusatzcode 1:1 Betreuung

#### **5.4. Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen - eine multizentrische Untersuchung**

Nienaber, A., Heinz, A., Rapp, M. A., BERPohl, F., Schulz, M., Behrens, J., & Löhr, M. (2018). Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Der Nervenarzt*, *89*(7), 821-827

## **Zusammenfassung**

Psychiatrische Stationen sind ein wichtiges Element in der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Leider kommt es in diesem Rahmen immer wieder auch zu Aggression, Gewalt (Konflikte) sowie zur Anwendung von Zwang (Eindämmung). Als entscheidender Faktor für den sachgemäßen Umgang mit diesen Situationen wird sowohl die Quantität als auch die Qualität der Mitarbeitenden angesehen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung mit der Versorgungssituation auf akutpsychiatrischen Stationen. Die Hypothese lautet, dass sowohl die Größe der akutpsychiatrischen Station als auch die Anzahl der Pflegenden einen Einfluss auf das Vorkommen von konflikthaften Situationen haben. Hierfür sind Daten in 6 Kliniken auf insgesamt 12 psychiatrischen Stationen erfasst worden. Als Erfassungsinstrument diente die Patient-Staff-Conflict- Checklist -Shift Report (PCC-SR). Insgesamt konnten 2026 Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschicht) erfasst und ausgewertet werden. Die personelle Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal variierte erheblich. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Stationsgröße als auch die Anzahl der Pflegepersonen auf akutpsychiatrischen Stationen einen signifikanten Einfluss auf das Vorkommen von Konflikten haben. In den Ergebnissen zeigt sich weiterhin, dass sich die Inzidenz des konflikthaften Verhaltens von Patienten sowohl im Hinblick auf die untersuchten Stationen der beteiligten Krankenhäuser als auch im Hinblick auf die betrachteten Dienstzeittypen unterscheiden. Darüber hinaus zeigt sich, dass das Ausmaß der Schließung einer Akutstation und die Größe einer Station einen negativen Einfluss auf die Inzidenz von Konflikten im stationär akutpsychiatrischen Kontext haben. Das Auftreten konflikthaften Verhaltens kann zur Fremd- oder Selbstgefährdung und zu einer Vielzahl deeskalierender und eindämmender Maßnahmen führen. Hierfür sind entsprechende personelle Ressourcen erforderlich.

## **Abstract**

Acute psychiatric wards are an important element in the mental health care of people with risk for acute harm or self harm. Unfortunately, aggression, violence (conflict) and the use of coercion (containment) are still part of psychiatric care. The decisive factor for the proper handling of these situations is the quantity as well as the quality of the employees. Therefore the present study deals with the care situation at acute psychiatric wards. The hypothesis is that both the number of beds on the acute psychiatric ward and the number of caregivers have an impact on the occurrence of conflict and containment. For this purpose data has been collected in 6 clinics on a total of 12 psy-

chiatric acute wards. The Patient Staff Conflict Checklist - Shift Report (PCC-SR) was used as the data entry tool. A total of 2026 shifts (early, late and night shifts) were recorded and evaluated. The staffing of the stations with nursing staff varied considerably. The results show that both the size of the ward and also the number of caregivers at acute psychiatric wards have a significant impact on the occurrence of conflicts. The results also show that the incidence of conflicting behavior of patients differs both in terms of the wards of the hospitals involved and in the type of service considered. In addition, it can be seen that the extent of closure of an acute ward (i. e. the closed ward or entrance door) and the size of a ward (i. e. the number of beds) have a negative impact on the incidence of inpatient acute psychiatric contexts. The occurrence of conflicting behavior can lead to alien or self-endangerment and to a variety of de-escalating and containment measures. This requires appropriate human resources.

**Schlüsselwörter:** Stationäre Versorgung, Fremdgefährdung, Zwang, Stationsgröße, Personelle Ressourcen

**Keywords:** Coercion; Danger to others; Inpatient psychiatric care; Personnel resources; Ward size

## **Einleitung**

Psychiatrische Stationen spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und einer unfreiwilligen Unterbringung aufgrund akuter Eigen- oder Fremdgefährdung; sie dienen der Akut- und Krisenversorgung; der Herstellung von Sicherheit und der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung [1]. Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK) und höchstrichterliche Urteile des Bundesverfassungsgerichts und Bundesgerichtshofs setzen dabei jeglicher Zwanganwendung enge Grenzen und legen fest, dass immer zuerst Versuche der Deeskalation, Kommunikation mit den Betroffenen, die Suche nach alternativen Lösungen und eine detaillierte Abwägung zwischen den positiven und negativen Auswirkungen einzelner Maßnahmen stattfinden muss [2-4]. Im Umgang mit konflikthaftem Verhalten in Form von Selbstverletzung oder Aggression und Gewalt gegen andere werden verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung der Konflikte angewendet, wie beispielsweise deeskalierende Gespräche, 1:1 Betreuung oder die Gabe von Bedarfsmedikation, die alle zeit- und personalintensiv sind [5,6]. Nicht nur für die betroffenen Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden und Mitarbeiter einer Klinik stellt das Auftreten von Konflikten und die Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen eine große Herausforderung dar, die mit den Patienten und ggf. auf deren Wunsch auch mit ihren Angehörigen und Freunden nachbesprochen werden sollte [6]. Als ein entscheidender Faktor für den sachgemäßen Umgang mit den beschriebenen Situationen wird sowohl die Quantität als auch die Qualität der Mitarbeitenden angesehen. Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung mit der Versorgungssituation auf akutpsychiatrischen Stationen. Die der Arbeit zu Grunde liegende Hypothese lautet, dass die Größe der akutpsychiatrischen Station und die Zahl des dort arbeitenden Pflegepersonals einen Einfluss auf das Vorkommen von Konflikten haben. Dazu wurden auf unterschiedlichen Akutstationen in Allgemein- und Landeskrankenhäusern prospektiv die Zahl der Mitarbeitenden und die Zahl und Art der konflikthaften Ereignisse sowie die angewendeten therapeutischen Maßnahmen erfasst.

## **Methoden**

### ***Teilnehmende Zentren***

Eine multizentrische prospektive Untersuchung wurde in sechs Einrichtungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung (Universitätskliniken, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern für Psychiatrie) über einen

Zeitraum von insgesamt 90 Tagen durchgeführt. Für die Teilnahme wurden verschiedene Kliniken (Universitätsklinik, Psychiatrische Klinik oder Psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus) mit dem Auftrag der Pflichtversorgung angefragt, zu denen durch die Autoren (A.N., A.H. und M.L.) ein Kontakt im Hinblick auf das Thema bestand. Die Aufnahme in die Untersuchung erfolgte bei positiver Rückmeldung. Erfassung erfolgte auf allen beteiligten Stationen in den teilnehmenden Kliniken im Zeitraum zwischen dem 1. Februar und dem 31. August 2015.

### ***Messinstrument***

In allen sechs Kliniken wurde auf insgesamt zwölf psychiatrischen Stationen (zwei bzw. drei pro Klinik) das konflikthafte Verhalten von Patienten und die Maßnahmen zur Eindämmung dieses Verhaltens mit dem Instrument „Patient-Staff-Conflict-Checklist – Shift Report (PCC-SR)“ [u. a. 6,7,8-10] erfasst. Laut diesem Instrument zählen zum konflikthafte Verhalten Selbstverletzung und Suizidversuche, der Konsum von illegalen oder legalen Drogen, unerlaubtes Entfernen von der Station (Abgängigkeit), verbale oder körperliche Gewalt gegen Personen und/oder Gegenstände sowie die Ablehnung einer verordneten Medikation. Als Eindämmungsmaßnahmen erfasst dieses Instrument freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung, die Gabe von Bedarfsmedikation oder die Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen wie z. B. der 1:1 Betreuung [7].

Im einzelnen besteht die PCC-SR besteht aus 30 Items zum konflikthafte Verhalten und neun Items zu Eindämmungsmaßnahmen [7]. Für die Items liegen Definitionen vor, die den Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen vorgestellt und in Form einer Liste zur Verfügung gestellt wurden. Darüber hinaus wurden Angaben zur jeweiligen Schichtbesetzung erhoben. Zusätzlich werden Angaben zu Neuzugängen während der Schicht und zur Schließung bzw. Öffnung der Station erfragt. Für die Anwendung im deutschen Versorgungskontext wurden die PCC-SR sowie die Definitionen der Items von zwei der Autoren (M. L., A. N.) in die deutsche Sprache übersetzt und für den deutschsprachigen Versorgungskontext angepasst. Zur Prüfung wurde die Übersetzung mit einer den Autoren vorliegenden früheren und unveröffentlichten Übersetzung der PCC-SR von Tilman Steinert und Kollegen, verglichen. Für die vorliegende Untersuchung in eine elektronische Form mit dem Programm UniPark<sup>®</sup> übertragen. Zusätzlich wurden zwei Fragen ergänzt, eine zur subjektiven Einschätzung des zeitlichen Umfangs für die Anwendung von Deeskalationsmaßnahmen in der Schicht und eine zur Zufriedenheit mit der für Deeskalation aufgewendeten Zeit in der Schicht. Die Erfassung erfolgte zum Ende der jeweiligen Dienstzeit (als „Art der Schicht“ erfasst) durch



eine in der jeweiligen Schicht tätige Pflegeperson mittels Eingabe in den PC. Der Zugang zu den der jeweiligen Station zugeordneten Fragebögen wurde durch die IT-Abteilungen der beteiligten Klinik ermöglicht.

Ein Test zur Interrater-Reliabilität der PCC-SR durch zwei voneinander unabhängige Beurteiler für sechs fiktive Schichtberichte ergab gute bis sehr gute Werte für die Items zur Erfassung von Konfliktereignissen (Cohens Kappa = .75 bis 1.0;  $p < .02$  bis  $.01$ ) und zur Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen (Cohens Kappa = .60 bis 1.0;  $p < .031$  bis  $.014$ ). Für die Erfassung des Ortes des konflikthaften Ereignisses (z. B. im Patientenzimmer, im Aufenthaltsraum, vor der geschlossenen Stationstür etc.) ergaben sich befriedigende Werte (Cohens Kappa = 0.4,  $p < .05$ ).

### ***Statistische Analyse***

Die Nullhypothese ( $H_0$ ) lautete, dass die Größe der Stationen sowie die Anzahl der Pflegepersonen auf einer akutpsychiatrischen Station keinen Einfluss auf das Vorkommen von Konflikten haben.

Nach Prüfung auf Normalverteilung wurden ANOVAs mit Post-Hoc-Tests zur Beschreibung von Unterschieden zwischen den Stationen und Maßnahmen durchgeführt. Zur Erfassung des Zusammenhanges der Stationsgröße und der Personalausstattung mit dem Auftreten von Konflikten wurde eine multiple Regression gerechnet. Alle statistischen Tests wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23 durchgeführt. Die statistische Auswertung wurde mit einem in der Evaluation von Versorgungsinterventionen statistisch sehr erfahrenen Wissenschaftler (M. R.) durchgeführt.

## **Ergebnisse**

### ***Beschreibung der Stichprobe***

An der Untersuchung haben sich sechs Kliniken (A – F) mit je zwei bzw. drei Stationen (A1 – F1) mit dem Auftrag der akutpsychiatrischen Versorgung beteiligt. Die Stationsgrößen lagen dabei zwischen 17 und 27 Betten (Tab. 1).

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 2026 auswertbare Schichten (Früh-, Spät- und Nachtschichten) auf den 12 Stationen dokumentiert, das entspricht einer Dokumentationsquote (Rücklaufquote) von insgesamt 62,5%. Die Dokumentation der Schichten der einzelnen Stationen war dabei heterogen, über alle Schichtformen ergab sich eine Spannweite von 23% bis 97%. Um den Einfluss der verschiedenen Variablen

spezifisch darzustellen, wurde eine hierarchische lineare Regression gerechnet.

### **Konflikthafte Verhalten**

Im Hinblick auf die Dokumentation von konflikthafter Situationen, beschrieben als verbale Angriffe, körperliche Gewalt gegen Gegenstände und körperliche Gewalt gegen Personen, waren die verbalen Angriffe mit einer Inzidenz und einem Mittelwert von 1,8 Vorkommnissen pro Schicht über alle Stationen und Schichten (SD= 2,3; Spannweite= 0-10) am häufigsten. In 5,9% wurden mehr als zehn Ereignisse dokumentiert. Körperliche Angriffe gegen Gegenstände (MW= 0,4; SD= 1,2; Spannweite= 0-10) sowie körperliche Angriffe gegen Personen (MW= 0,2; SD= 0,6; Spannweite= 0-6) kamen im Vergleich dazu in den Schichten weniger häufig vor. Bei den körperlichen Angriffen gegen Gegenstände wurden in 0,9% und bei den körperlichen Aggressionen gegen Personen in 0,3% der dokumentierten Schichten mehr als zehn Ereignisse pro Schicht erfasst.

### **Neuaufnahmen, Eindämmungsmaßnahmen sowie offenes und geschlossenes Setting**

Die Anzahl der neu aufgenommenen Patienten pro Schicht (Neuzugänge) zeigte in der einfaktoriellen ANOVA einen statistisch signifikanten Unterschied im Vergleich der Schichten ( $F(2, 2023) = 40.48, p < .001$ ) sowie der beteiligten Stationen ( $F(11, 2014) = 9.35, p < .001$ ) untereinander. Der Mehrfachvergleich der einzelnen Stationen untereinander zeigte im Post-Hoc-Test mit Anwendung der Scheffé-Prozedur keine signifikanten Unterschiede.

Mit einem Anteil von insgesamt 82% zeigt sich, dass die Stationen in den teilnehmenden Kliniken die überwiegende Zeit geschlossen gewesen sind, d. h. dass während der Dauer der gesamten Schicht die Stationstür verschlossen ist. In 10% der im gesamten Untersuchungszeitraum dokumentierten Schichten war die jeweilige Station gar nicht geschlossen, in 3% der Schichten weniger als eine Stunde pro Schicht geschlossen, in 2% dauerte die Schließung 1 bis 3 Std. und in 3% mehr als 3 Std. an. Im Hinblick auf die angewendeten Eindämmungsmaßnahmen zeigt sich, dass die Gabe von Bedarfsmedikation (MW= 1,4; SD= 1,7; Spannweite= 0-10) von den insgesamt abgefragten neun Interventionen am häufigsten vorkam. Die anderen erfragten Maßnahmen zur Eindämmung inklusive deeskalierender Gespräche mit Thematisierung von Patientenwünschen sowie möglicher Sanktionen, einer Auszeit (Time out), Isolierung oder Fixierung, einer i.m. Medikation sowie Maßnahmen der Intensivbetreuung in unterschiedli-

chen Intensitäten wurden dagegen in einem vergleichsweise geringeren Umfang angewendet (Tab. 2).

Ein Vergleich der angewendeten Eindämmungsmaßnahmen pro Schicht zeigte anhand einer einfaktoriellen ANOVA keine signifikanten Unterschiede ( $F(2, 2002) = 2.87, p = .006$ ). Auch der Post-Hoc-Test unter Anwendung der Scheffé-Prozedur zeigte keine signifikanten Unterschiede in der Betrachtung aller Eindämmungsmaßnahmen im Hinblick auf die drei betrachteten Schichten. Allerdings zeigte sich ein signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Stationen ( $F(11, 1993) = 24,25, p < .001$ ). Die Mehrfachvergleiche zeigten in den Post-Hoc-Tests unter Anwendung der Scheffé-Prozedur signifikante Unterschiede in der Betrachtung aller Eindämmungsmaßnahmen zwischen den Stationen (zu damit korrelierenden Variablen siehe unten).

### ***Zusammenhang von Personalbesetzung und Stationsgrößen mit dem Auftreten konflikthafter Verhaltens***

Die Besetzung der Stationen mit Pflegepersonal variierte erheblich. Im Hinblick auf die Gesamtanzahl der Mitarbeitenden (inkl. u. a. Auszubildende und nicht dreijährig ausgebildete Mitarbeitende) über alle Schichten hinweg lagen die Mittelwerte für die einzelnen Stationen zwischen 2,0 (SD= 0,9, Spannweite= 1-4) auf der Station C3 und 3,4 (SD= 1,2, Spannweite= 2-7) auf der Station A2. Über alle Stationen hinweg lag die Gesamtanzahl der Mitarbeitenden bei 2,8 (SD= 1,0, Spannweite= 1-11). Die Anzahl der Mitarbeitenden als abhängige Variable (MW) unterschied sich signifikant zwischen den Stationen im Hinblick auf die Anzahl der stationären Behandlungsplätze (einfaktorielle Varianzanalyse:  $F(11, 2014) = 19.34, p < .001$ ). Auch der Post-Hoc-Test unter Anwendung der Scheffé-Prozedur zeigte signifikante Unterschiede ( $p < .005$ ) zwischen den Stationen A2 und A3, C2 und C3 sowie C3 und D1. Konflikthafteres Verhalten trat mit unterschiedlicher Häufigkeit in den Früh-, Spät- und Nachtschichten auf ( $F(2, 2006) = 12.57, p = .000$ ), wobei das Auftreten in Nachtschichten (MW= 6.47, SD= 12.12) gegenüber Früh- (MW= 9.30, SD= 8.92, Post-Hoc-Test = Scheffé-Prozedur,  $p < .001$ ) und Spätschichten (MW= 8.61, SD= 10.74) (Post-Hoc-Test = Scheffé-Prozedur,  $p = .001$ ) seltener war. Auch die Personalausstattung war in diesen Schichten unterschiedlich ( $F(2, 2023) = 311.32, p < .001$ ), mit signifikant weniger Personal in Nachtschichten (MW= 2.05, SD= .53, Post-Hoc-Test = Scheffé-Prozedur  $p < .001$ ) gegenüber Früh- (MW= 3.2, SD= 1.14, Post-Hoc-Test = Scheffé-Prozedur,  $p < .001$ ) und Spätschichten (MW= 3.04, SD= .96, Post-Hoc-Test = Scheffé-Prozedur  $p < .001$ ).

Für die Darstellung des Einflusses der unterschiedlichen Variablen wurde eine schritt-

weise hierarchische lineare Regression für zwei Modelle erstellt: Modell 1 untersucht den Einfluss der Variablen, „Krankenhaus“, „Gesamtanzahl der Mitarbeitenden“ und „Anzahl der Behandlungsplätze“. Modell 2 exploriert zudem den Zusammenhang der o. g. Variablen und zusätzlich der Variablen „Neuzugang in der Schicht“ und „Grad der Geschlossenheit der Station“ auf die Variable „Konflikte gesamt“. (Tab. 3 und Tab. 4)

Den Ergebnissen zufolge erklären die Variablen „Station“, „Krankenhaus“, „Gesamtanzahl der Mitarbeitenden“ und „Anzahl der Behandlungsplätze“ 7% der Varianz aller konflikthafter Ereignisse (Variable „Konflikte gesamt“):  $F(4, 2009)=37,01$ ,  $p<.001$ . Größere Stationen ( $\beta = .157$ ,  $p<.001$ ) und weniger Personal ( $\beta = .133$ ,  $p<.001$ ) pro Schicht waren dabei signifikant mit mehr konflikthafter Verhalten pro Schicht korreliert. Der Einschluss der Variablen „Neuzugang in der Schicht“ und „Grad der Geschlossenheit“ erhöhte die erklärte Varianz der variable „Konflikte gesamt“ geringfügig aber statistisch signifikant auf 9% der Variable „Konflikte gesamt“ ( $F(6, 2007)=31,52$ ,  $p<.001$ ). In diesem Modell zeigten sich die eingeschlossenen Variablen Krankenhaus ( $\beta = .360$ ,  $p<.001$ ), Station ( $\beta = -.455$ ,  $p<.001$ ), Mitarbeiteranzahl ( $\beta = .139$ ,  $p<.001$ ), Stationsgröße ( $\beta = .072$ ,  $p = .021$ ) und Grad der Geschlossenheit der Station ( $\beta = .145$ ,  $p<.001$ ) im Hinblick auf die Variable „Konflikte gesamt“ als statistisch signifikant. Die Variable „Neuzugang pro Schicht“ ( $\beta = -.032$ ,  $p = .136$ ) zeigte keine Signifikanz (Tab. 4).

## **Diskussion**

Die Ergebnisse unserer Untersuchung zeigen, dass sowohl die Stationsgröße als auch die Anzahl der Pflegepersonen auf akutpsychiatrischen Stationen einen signifikanten Einfluss auf das Vorkommen von Konflikten haben. Dabei steht eine hohe Anzahl von stationären Behandlungsplätzen im Zusammenhang mit einer Zunahme von Konfliktereignissen. Die Anzahl der Mitarbeitenden steht in einem gegenläufigen Verhältnis zu der Anzahl der Konfliktereignisse. Dies ist die erste Studie im deutschsprachigen Raum, die auf die Bedeutung der Stationsgrößen und der Personalausstattung für das Auftreten konflikthafter Ereignisse verweist.

Dabei muss allerdings beachtet werden, dass in unserer Studie im Vergleich zu den publizierten Voruntersuchungen die Zahl der pro Schicht arbeitenden Pflegepersonen niedrig ist. Die Gesamtanzahl des Pflegepersonals in der Untersuchung Bowers und Crowder [9] beträgt über alle Schichten 4,91 Personen (Früh: 5,58, Spät: 5,35 und Nacht: 3,84) im Vergleich zu 2,77 Personen (Früh: 3,2, Spät: 3,0 und Nacht: 2,1) in unserer Studie. Demgegenüber liegt die Anzahl vollstationärer Behandlungsplätze in

der Untersuchung im Bowers und Crowder [6] im Mittel zwischen 20,69 und 22,21 und damit im Bereich der von uns gemessenen Stationsgrößen von 21,21 Behandlungsplätzen. Die Zahl der Mitarbeitenden pro stationärem Behandlungsplatz (Nurse-to-bed-ratio) betrug in unserer Studie über alle teilnehmenden Stationen und alle erfassten Schichten durchschnittlich 0,14 bei Bowers und Crowder [9] 0,9. Anders als bei Bowers und Crowder [9], war in unserer Studie eine niedrigere Personalausstattung mit mehr konflikthafter Vorfällen verbunden, was im deutschen Kontext dafür spricht, dass bessere Stationsbesetzungen konfliktreduzierend bzw. deeskalierend wirken.

Diese Ergebnisse sind auch vor dem Hintergrund interessant, dass sich Patienten im Hinblick auf die mögliche Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gesprächsbezogene Interventionen, erhöhte Personalschlüssel, räumliche Rückzugsmöglichkeiten für Patienten und 1:1 Betreuung wünschen [11]. Für die Durchführung der genannten Maßnahmen ist das Vorhandensein entsprechender personeller und räumlicher Ressourcen unabdingbar.

In den Ergebnissen zeigt sich weiterhin, dass sich die Inzidenz des konflikthafter Verhaltens von Patienten sowohl im Hinblick auf die untersuchten Stationen der beteiligten Krankenhäuser als auch im Hinblick auf die betrachteten Dienstzeittypen des Früh-, Spät- sowie des Nachtdienstes unterscheiden. Dabei traten nachts weniger konflikthafter Verhaltensweisen auf, allerdings war die Zahl der Pflegepersonen nachts auch deutlich niedriger, so dass es pro Therapieperson nicht zu signifikanten Unterschieden in der Zahl belastender konflikthafter Ereignisse kam. Darüber hinaus ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass Patienten im Regelfall nachts schlafen und damit insgesamt weniger Konflikte auftreten. Untersuchungen zum Vorkommen von Aggression und Gewalt sowie zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen zeigen, dass diese Vorkommnisse und Maßnahmen zu einem nicht unerheblichen Teil durch die Tageszeit und damit durch die davon abhängigen Therapieangebote und die jeweils in der Klinik bzw. auf der Station vorherrschende Kultur sowie durch die üblichen Ruhe- und Schlafzeiten beeinflusst werden können [12-15].

Auch die Stationsgröße, d. h. die Anzahl der zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze, stand in einem Zusammenhang mit der Anzahl von konflikthafter Patientenverhalten. Eine Untersuchung von Ng, Kumar und Mitarbeitenden [16] aus Neuseeland verweist ebenfalls auf einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Belegung einer Station und dem Vorkommen von Gewalt. Anhand ihrer Ergebnisse stellten die Autoren besonders den Stress in einer Aufnahmesituation als wesentlichen Trigger für aggressives Verhalten dar. Größere Stationen bzw. mehr Patienten auf Station sind demnach mit mehr Konflikten verbunden, unserer klinischen Erfahrung nach auch deshalb, weil es eher zu Konflikten zwischen mehreren erregten oder gereizten Patienten kommen

kann. Vor dem Hintergrund, dass Patienten in auf akutpsychiatrischen Stationen sich in psychischen Ausnahmezuständen befinden muss berücksichtigt werden, dass sie eine enorme Anpassungsleistung an das psychiatrische Setting bringen müssen. Wir müssen davon ausgehen, dass Stationen mit vielen Patienten in akuten psychischen Krisen, einige Patienten überfordert und dies zu konflikthafter Situationen führen kann. Im Hinblick auf die geschlossene Stationstür lässt sich anhand der explorativen Ergebnisse ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl von konflikthafter Situationen und dem Grad der Geschlossenheit darstellen. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass eine hohe Frequenz der Geschlossenheit einer Station mit einer hohen Anzahl von konflikthafter Ereignissen einhergehen kann. Ein kausaler Schluss ist durch diese Untersuchung aber nicht zu rechtfertigen. Auf offene Stationen könnten einfach deshalb weniger Gewaltereignisse zu finden sein, weil sie andere (weniger schwer erkrankte) Patienten als geschlossene Akutstationen versorgen. In den in dieser Untersuchung eingeschlossenen Stationen mit offener Türpolitik und der Versorgung sozial angespannter Innenstadtbezirke ist das aber nicht der Fall, da es für die Regionalversorgung gewollt nur solche in der Regel offenen Stationen gibt. Da es sich in unserer Studie sämtlich um Akutstationen von Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung handelte, bestätigt dieses Ergebnis frühere Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass Bemühungen um die Öffnung von Akutstationen dazu beitragen können, dass weniger Konflikte auf den Stationen entstehen und ein eher deeskalierendes Stationsklima entstehen kann [17-21].

## **Limitationen**

Eine Limitation unserer Studie ist die Rücklaufquote in Höhe von 62,5%. Sie ist vergleichbar mit der anderer Untersuchungen, die ebenfalls die PCC-SR als Erfassungsinstrument genutzt haben. So weist eine Untersuchung von Bowers & Crowder [9] einen Rücklauf von 67%, eine andere Untersuchung einen Rücklauf von 56% aus [6]. Limitierend wirkt sich weiter aus, dass die Berechnung eines Nurse-to-bed-Verhältnisses sehr unterschiedlich erfolgen kann [22]. Darüber hinaus ist auch die Erfassung des konflikthafter Verhaltens der Patienten immer eine subjektive Einschätzung der jeweiligen Pflegeperson ist und damit bei den vorliegenden Ergebnissen ein Reporting Bias bestehen könnte. Trotz aller Versuche einer gemeinsamen Schulung und der Vermittlung und Diskussion der Kriterien des Untersuchungsinstruments in unserer Studie liegt es letztlich im Ermessen der jeweiligen Pflegeperson, ob sie das Verhalten eines Patienten als konflikthafter und am Ende der Schicht als dokumentationswürdig bewertet. Demgegenüber liegen für die einzelnen Items des in der Untersu-

chung angewendeten Untersuchungsinstruments PCC-SR zufriedenstellende bis sehr gute Werte der Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität) vor [7]. In weiteren Untersuchungen sollten die Auswertungen der Subskalen der PCC-SR berücksichtigt werden um das spezifische Konfliktverhalten im Regressionsmodell zu berücksichtigen. Darüber hinaus gilt, dass die zwölf Stationen, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, zwar alle der Akutversorgung von Patientinnen und Patienten aus einem Versorgungsbezirk dienen, dass diese Stationen sich aber von anderen Stationen mit ähnlichem oder gleichem Auftrag unterscheiden können, was bei der Übertragbarkeit der Ergebnisse bedacht werden muss [9]

## **Fazit**

Eine niedrige Anzahl der Pflegenden ist den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zufolge mit einem erhöhten Auftreten konflikthafter Ereignisse auf psychiatrischen Akutstationen verbunden. Darüber hinaus zeigt sich, auch bei Berücksichtigung der bestehenden Limitationen, dass das Ausmaß der Schließung einer Akutstation und die Größe einer Station zu einer Erhöhung der Anzahl und damit der Inzidenz von Konflikten im stationär akutpsychiatrischen Kontext führen. Das Auftreten konflikthafter Verhaltens kann zur Fremd- oder Selbstgefährdung und zu einer Vielzahl deeskalierender und eindämmender Maßnahmen führen, die menschenrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben entsprechend [2-4] immer deeskalierend durchzuführen sind, was wiederum entsprechende personelle Ressourcen erfordert. Damit kann sich aus mangelnder Ausstattung mit therapeutischem Personal, insbesondere des Pflegepersonals, ein sich selbst steigernder Kreislauf aus erhöhten Konflikten und mangelnder Deeskalation ergeben, der die geltenden rechtlichen Vorgaben verfehlt und zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten, aber auch des Pflegepersonals geht. Im Vergleich zu der Untersuchung von Bowers und Crowder [9] zeigt sich in unserer Studie eine durchschnittlich geringere Personalausstattung bei vergleichbaren Stationsgrößen. Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) regelt zwar als nach wie vor gültiges Instrument die Personalbemessung in allen Krankenhäusern, ist allerdings schon mehr als 25 Jahre alt und erfuhr im Laufe dieser Zeit keine Anpassungen an sich verändernde Rahmenbedingungen. Darüber hinaus haben die Deckelung der Krankenhausbudgets und bis vor kurzem weitgehend fehlende externe Kontrollen der Personalausstattung zu einer Absenkung der Personalausstattung geführt [23]. Dementsprechend ist für die künftige Personalbemessung zu berücksichtigen, dass unsere Studie in einem generell unterfinanzierten System stattgefunden hat, was die erklärte Varianz der Interaktionen zwischen Personalzahlen pro Stationsgröße und dem Auftreten konflikthafter Verhal-

ten reduzieren kann. Die künftige Personalbemessung auf Akutstationen sollte die menschenrechtlichen Vorgaben der Kommunikation und Deeskalation ebenso in Betracht ziehen wie die hier vorgelegten Hinweise auf den Einfluss der Personalbesetzung auf die Häufigkeit des Auftretens von Konflikten auf psychiatrischen Akutstationen. Um das Verständnis für die Thematik zu erweitern, sollten zukünftig unbedingt auch qualitative Ausstattungsmerkmale (z. B. Bildung, Empathiefähigkeit) mit einbezogen werden.



## Literatur

1. Bowers L. Gründe für eine Aufnahme und ihre Bedeutung für das Wesen der stationären akutpsychiatrischen Pflege. *Psych Pflege* 2007; 13: 149-153
2. Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Hrsg. Die UN-Behindertenrechtskonvention Aufl. Berlin: BMAS; 2010
3. Müller S, Walter H, Kunze H et al. Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit : Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt* 2012; 83: 1142-1149
4. Müller S, Walter H, Kunze H et al. Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit : Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis - Vorschläge zur Verbesserung. *Der Nervenarzt* 2012; 83: 1150-1155
5. Bowers L, Simpson A, Alexander J. Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2003; 38: 402-408
6. Bowers L, Brennan G, Flood C et al. Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2006; 13: 165-172
7. Bowers L. TAWS Paper 03 - The validity of the Patient-Staff Conflict Checklist - Shift Report (PCC-SR) evaluated. In: King's College London; 2008
8. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric services* 2009; 60: 231-239
9. Bowers L, Crowder M. Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards-a cross sectional time series poisson regression study. *International journal of nursing studies* 2012; 49: 15-20
10. Bowers L, Whittington R, Nolan P et al. Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2008; 193: 395-401
11. Mielau J, Altunbay J, Heinz A et al. Psychiatrische Zwangsmassnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis* 2016, DOI: 10.1055/s-0042-105861

12. Kalisova L, Raboch J, Nawka A et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2014; 49: 1619-1629
13. Raboch J, Kalisova L, Nawka A et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric services* 2010; 61: 1012-1017
14. Schalast N, Siess J. Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen. *Psychiatrische Praxis* 2017, DOI: 10.1055/s-0043-100010
15. van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2013; 202: 142-149
16. Ng B, Kumar S, Ranclaud M et al. Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric services* 2001; 52: 521-525
17. Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis* 2016, DOI: 10.1055/s-0042-105181
18. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 842-849
19. Lang UE, Walter M, Borgwardt S et al. Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine "offene Türpolitik". *Psychiatrische Praxis* 2016; 43: 299-301
20. Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Der Nervenarzt* 2014; 85: 312-318
21. Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 2: Therapeutische Herausforderungen. *Der Nervenarzt* 2014; 85: 319-325
22. Spetz J, Donaldson N, Aydin C et al. How many nurses per patient? Measurements of nurse staffing in health services research. *Health Serv Res* 2008; 43: 1674-1692
23. Wolff J, Berger M, Normann C et al. Wohin führt die Konvergenz der Psychriatriebudgets? : Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und tatsächlichen Personalressourcen. *Der Nervenarzt* 2015, DOI: 10.1007/s00115-015-4311-z

Tabelle 1: Beschreibung der Stichprobe

Beschreibung der Stichprobe												
Kliniken	Klinik A			Klinik B		Klinik C			Klinik D		Klinik E	Klinik F
Kodierung der Stat.	Station A1	Station A2	Station A3	Station B1	Station B2	Station C1	Station C2	Station C3	Station D1	Station D2	Station E1	Station F1
Anzahl der Betten	28	27	27	17	16	20	22	20	19	18	22	20
Auslastung (%)	96,84	99,20	99,86	108	104	94,27	94,15	93,6	93,8	111,44	93	113
Verweildauer (Tage)	20,12	20,41	18,66	23,8	20,0	29,46	12,26	38,16	11,76	8,3	21,8	30,4
Aufnahmen (Fälle)	501	488	526	289	313	256	585	172	610	929	362	274
Diagnosespektrum	F20- F29, F30 F39	F20- F29, F30- F39	F20- F29, F30- F39	F30- F39	F20- F29	F20- F29	F10- F19	F30- F39	F20- F29	F10- F19	F20- F29	F20- F29

Alle Angaben der Tabelle beziehen sich auf den Zeitraum 01.01.2014 - 31.12.2014

Tabelle 2: Gewählte Maßnahmen zur Eindämmung von Konflikten

Gewählte Maßnahmen zur Eindämmung von Konflikten				
Rangnummer	Maßnahme	Mittelwert <sup>1</sup> (SD)	Spannweite <sup>2</sup>	Anteil der Maßnahme <sup>3</sup> > 10 in %
1	Bedarfmedikation	1,4 (1,7)	0-10	0,5
2	Androhung von Sanktionen	0,4 (1)	0-10	0,5
3	Intensivbetreuung (≥ 2 Std.)	0,4 (0,7)	0-10	0,3
4	Intensivbetreuung (intermittierend)	0,4 (0,9)	0-10	0,2
5	Isolierung	0,2 (0,4)	0-4	0,2
6	Time out	0,1 (0,5)	0-8	0,1
7	Fixierung	0,1 (0,4)	0-4	0,1
8	Intensivbetreuung (< 2 Std.)	0,1 (0,4)	0-7	0,2
9	i.m. Medikation	0 (0,2)	0-2	0,1

<sup>1</sup>Anzahl der genutzten Eindämmungsmaßnahme pro Schicht (2026 auswertbare Schichten: Früh-, Spät- und Nachtschicht).

<sup>2</sup>Bezieht sich auf den Range der genutzten Eindämmungsmaßnahmen über alle 2026 ausgewerteten Schichten.

<sup>3</sup>Bezieht sich auf den prozentualen Anteil (>10) der genutzten Eindämmungsmaßnahmen, bezogen auf alle 2026 ausgewerteten Schichten.

Tabelle 3: Korrelation zwischen Konflikten und institutionsbezogenen Faktoren

Korrelation <sup>1</sup> zwischen Konflikten und institutionsbezogenen Faktoren							
	Konflikte (gesamt)	Krankenhaus	Station	Mitarbeiter (gesamt)	Anzahl der Betten	Station offen oder geschlossen	Neuzugänge in Schicht
Konflikte (gesamt)	1,00						
Krankenhaus	-,113**	1,000					
Station	-,141**	,975**	1,000				
Mitarbeiter (gesamt)	,173**	-,067*	-,093**	1,000			
Anzahl der Betten	,209**	-,584**	-,624**	,178**	1,000		
Station offen oder geschlossen	,151**	,153**	,144**	-,014	,252**	1,000	-,006
Neuzugänge in Schicht	-,053**	-,019	-,021	-,148**	-,033	-,006	1,000
<sup>1</sup> Korrelation nach Pearson *p< ,01, **p< ,0001							

Tabelle 4: Multiple Regression und Modellzusammenfassung von Konflikten (abhängige Variable)

Multiple Regression und Modellzusammenfassung von Konflikten (abhängige Variable)		
	Stand.-Beta	p
Modell 1		
(R <sup>2</sup> =,067, F(4, 2009)=37,01, p<,001)		
Krankenhaus	,355	,000
Station	-,377	,000
Mitarbeiter Gesamt	,133	,000
Anzahl der Betten	,157	,000
Modell 2		
(R <sup>2</sup> = ,086, F(6, 2007)=31,52, p<.001)		
Krankenhaus	,360	,000
Station	-,455	,000
Mitarbeiter Gesamt	,139	,000
Anzahl der Betten	,072	,021
Station offen/geschlossen	,145	,000
Neuzugang in Schicht	-,032	,136

**5.5. Frequency analysis and economic effects of constant one-to-one care in in-patient adult psychiatry in Germany – a descriptive secondary analysis**

Nienaber, A., Durrer, M., Schulz, M., Wolff-Menzler, C., Seemueller, F., Behrens, J. & Löhr, M. Frequency analysis and economic effects of constant one-to-one-care in in-patient adult psychiatry in Germany – a descriptive secondary analysis. BJPsych Bulletin (under review).

## **Abstract**

Patients who exhibit an acute risk either to themselves or to others are provided with constant one-to-one care. It is one of the most personnel-intensive and expensive interventions in in-patient psychiatric care. The aim of this descriptive secondary analysis is to show the prevalence and mean of the number of occurrences of one-to-one care per case in 2013. The duration of one-to-one care is examined and the associated personnel costs are calculated.

In total more than 180,000 cases were included in the analysis. In 7.4% cases there was one occurrence of intervention and on average 2.5 occurrences per case. The gross personnel costs in Germany give an average sum of approximately €60 million, ranging from €48.5 million to €79 million.

The prevalence of constant one-to-one care is not in the centre of research. Therefore monitoring of the occurrence is a necessary basis for improving the quality of the intervention.

**Keywords:** in-patient care, prevalence, Constant observation



## **Contribution of the paper**

What is already known about this topic?

- In inpatient psychiatric care one-to-one nursing care is a often used form for patients in acute crisis where there is a risk for harming themselves or others
- It is one of the most personnel-intensive and therefore expensive interventions in inpatient psychiatric care
- In Germany there are only few papers which address the topic of one-to-one care and there and there is little knowledge about the related costs

What this paper adds?

- An increase in the number of documented occurrences of one-to-one care in German has been recorded in recent years.
- The gross personnel costs of one-to-one care, extrapolated for 451 specialist hospitals in Germany, give an average sum of approximately €60 million, ranging from €48.5 million to €79 million.
- Because of the nature of the intervention and the associated costs it has to be used with caution

## **Introduction:**

In in-patient psychiatry patients who exhibit an acute risk of suicide or self harm or to others are provided with a form of extra care and attention in Germany so called “constant one-to-one care” (1, 2), where the patient is constantly kept within sight or reach all the time. The intervention has a long history in the care of psychiatric patients (3) and there is also an ongoing discussion about the benefit of it for the patient (4, 5). The aim of such intensive care measures must be to regain trust, to rebuilt hope, and to form a therapeutic relationship with the patient (6, 7). An universal definition has not yet been provided for the German-speaking countries (8). As pointed out there are various terms such as constant care, constant observation, “formal observation” (9), “one-to-one continuous observation” (10) or “specialing” (11) which have been established. Common to all these different terms is the fact that one person is directly and immediately responsible for accompanying the affected person (12-14).

Constant one-to-one care is one of the most personnel-intensive and therefore expensive interventions in in-patient psychiatric care (15, 16) but data on the prevalence of this intervention in mental health services is sparse (16). In a sample from 2011 and 2012, the total gross personnel costs for one-to-one care for a year came to €2.2 million (17). Extrapolated to all 451 psychiatric institutions in Germany, (18) it is assumed that personnel costs for one-to-one care may come to €105 million. Apart from the high costs connected with the intervention, there is insufficient evidence on the effectiveness of one-to-one care with the current level of research (19).

## **Method:**

The data is processed and analysed based on the STandardized Reporting Of Secondary data Analyses (STROSA) checklist with 29 items (20). This is an adaptation of the STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE) checklist specifically for secondary data analyses.

In 2011, the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN) in collaboration with the association of senior doctors of clinics for psychiatry (BDK) founded the Health Service Research project for indicators in psychiatry and psychosomatics (VIPP) (21). Three other project sponsors have recently been added: The Federal Association of head physicians of departments of psychiatry and psychotherapy at general hospitals (ACKPA), the German professional association for psychiatric nursing (DFPP) and the Federal Association of head physicians for child and ado-

lescent psychiatry, psychosomatics and psychotherapy (BAG KJP).

The project is owned by the German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics (DGPPN) and financed by the named project sponsors. Research questions are passed on to a committee of named persons which is designated by the project sponsors. They check the feasibility and decide whether it can be carried out as a project in the name of the VIPP working group. Before the publication can be submitted to a journal, there is a described and defined way, in which the committee of the project sponsors checks whether the approved question was processed as agreed.

The database is stored once a year based on article 21 of the Hospital Remuneration Act (§21 KHEntgG) by the participating clinics, university clinics and departments of psychiatrist at general hospitals. They also provide other structural data via a questionnaire. All data on institutions and patients is treated anonymously. Professional data management is funded by the various project sponsors and taken on by a professional external service provider, the GSG Consulting Group. The data is what is referred to as secondary data (22), which is used to answer the underlying questions.

Each case is assessed individually. Each inpatient stay is assessed as a single case. Many patients are treated as in-patients several times a year, which means that the number of cases is higher than the number of patients. In this study, all cases in adult psychiatry for 2013 have been included. Children and adolescent psychiatric patients as well as those in psychosomatic clinics and departments have been excluded. Selections for the code of one-to-one care for fewer than 4 clinics cannot be evaluated using the database. In the following tables, these occurrences are marked “not assessable” (n.a.). In this way, the anonymity of participating clinics has been maintained.

Patients who are still being treated after the end of the year are treated as completed cases and incorporated into the data analysis. The data of the article 21 Hospital Remuneration Act (KHEntgG) includes the code, 9-640.0. This code comprises four subcodes that represent the varying durations of the one-to-one care: 9.640-00 (2-6 hours/day), 9.640-01 (6-12 hours/day), 9.640-02 (12-18 hours/day) and 9.640-03 (18-24 hours/day). The additional code, “Care in a small group” (9-640.10-12), is not part of the analysis.

For statistical analysis of the data the software QlikView<sup>®</sup> and MS-Excel 2010<sup>®</sup> were used. The sample and the setting have been detailed using descriptive statistics. All participating clinics have access to the prepared, aggregated data and corresponding standard filters via the QlikView<sup>®</sup> portal. The data for this work was generated via this portal.

## Results

A total of 72 clinics from Germany were included in the analysis. The various participating clinics are shown in tab. 1. There is no information on the structure of 29 of the clinics.

In 2013, 133,361 patients and 188,147 cases were included in the analysis (tab. 2). 54.7% were men (n = 102,906) and 45.3% women (n = 85,239). Over the entire year, there were 13,908 cases (7.4%) where at least one occurrence of one-to-one care was carried out and documented. In total, 35,404 documented occurrences of one-to-one care were carried out (OPS code 9-640.00 - .03). On average, this comes to 2.5 codes (one-to-one care) per case. Differences between the total number of cases and the male and female cases are explained by missing gender data.

One-to-one care was carried out for all ICD-10 F diagnoses groups (tab. 2). There were more men receiving one-to-one care than women. The most frequently recorded cases of one-to-one care in the age group 18 to 64 are in the diagnosis groups F2 (Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders), F5 (Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and physical factors) and F6 (Disorders of adult personality and behavior). For the group with an age of 64 and older, this was F0 (Mental disorders due to known physiological conditions), with a total of 2,077 cases.

The longer the duration of the one-to-one care, the lower the number of cases who received interventions. For 5,046 (36.3%) of cases, one-to-one care lasted longer than three days (Tab. 2).

The costs for full-time members of nursing staff in psychiatry according to the German federal statistics office came to €51,764 in 2013 (gross personnel costs) (23). This comes to an hourly rate of €36.7 for an assumed 252 working days per year. For all other codes, the median is used (for example: code 9-640.03: 18-24 hours: basis for calculation = 9 hours).

Gross personnel costs for one-to-one care in all diagnosis groups in this sample can be assumed to have an arithmetic mean of €9,552,510.53 (tab. 3) for 2013. Extrapolated for 451 specialist hospitals (18) in Germany, total costs can be assumed to range from €48.5 million to €79 million, with an average of approximately €60 million.

## **Discussion:**

This examination of secondary data from the VIPP project shows, by way of the sample, that the number of occurrences of constant one-to-one care in adult psychiatry in Germany in relation to the number of cases in ICD-10 F diagnosis groups in an inpatient acute psychiatric setting is more than two hours.

Based on the extended data situation, it can be seen that one-to-one care comes on average to 2.5 times per case. Based on the sample, personnel costs for one-to-one care in Germany in 2013 can be assumed to be on average around €60 million.

A total of 13,908 cases (7.4%) of one-to-one care were recorded in the German psychiatric clinics participating in the VIPP project. Compared with previous years (2011 = 3.8%, 2012 = 4.8%) (17), an increase in the number of occurrences of one-to-one care, with a consequent increase in personnel requirements to carry out this intervention, was documented. This is concerning, since in recent years, the number of nursing staff in the hospitals decreased or only stayed the same. This means that the burden on the nursing staff has risen in a considerably way (24). So this raises the question of the quality of care in psychiatric facilities. Lewin et al. (25) concluded that the social and emotional climate on the wards has made a considerable contribution to the patient's motivation to be treated and to their healing, and has been enhanced thanks to this. In the somatic setting, Aiken et al. (26) showed a reduction in quality due to the increase in the patient/nurse staff ratio.

In nearly a third of all cases, one-to-one care was carried out for more than 3 days (heterogeneous duration of one-to-one care) during the course of the treatment. Based on the available data, it cannot be shown whether the one-to-one care was introduced continuously on each day, or whether contact was intensified in phases on an ad hoc basis. It seems reasonable that one-to-one care is at least in part carried out continuously over several days. Shugar und Rehaluk (27) state that after 72 hours of continuous one-to-one care, the intervention becomes questionable whether it actually achieves the stated benefit, tending to become inefficient. Combined with an (excessively) long period of the intervention, the monitoring and controlling nature of the one-to-one care combined with ensuring the carers' safety, can predominate. The therapeutic benefit, i.e. the building up of trust, the raising of hope and the forming of a therapeutic relationship, as well as the safety of the patient, may be slightly pushed into the background (28).

In addition to the duration of the one-to-one care, the data shows that the longer the

intervention the greater the number of cases that include one-to-one care tends to be. Neither influencing factors nor causes can be ascertained from the study design used with regard to development. Furthermore, the data does not allow additional statistical processes to be used in a purely descriptive way.

The causes for the increased number of occurrences of one-to-one care documented in the sample cannot be concluded from the current data. Based on the assumption that the coding quality through the use of the payment system has improved since it was introduced, it is likely that there has been no increase, but, rather, that interventions have been better documented. No explanation has been given, as to whether the supposed increase is connected with the change to legislation regarding compulsory treatment that was introduced in Germany in 2012. From a socio-demographic point of view, it is noticeable that since 2011, the documented cases of the code one-to-one care for those over 64 years of age with an F0 diagnosis have been constantly rising. This is remarkable because the expectation was, that the intervention has its peak within the F2 diagnosis. The result may be explained by the ageing of society and the accompanying increase in the need for care. According to the German federal office for statistics (29) the percentage of the population in the 60-80 age group has been increasing annually since 1993 and the percentage of those under 60 has been in constant decline. In connection with that the number of people with F0 diagnosis in psychiatric as well as in somatic care has risen and one-to-one-care is seen as an intervention to make people feel safe and prevent violence and aggression. The more astonishing it is that there is no evidence on special observation and older persons with dementia (Dewing, 2013).

The data set used for the work therefore contains some limitations. The data is generated for accounting purposes and can therefore contain a reporting bias. Another limitation is the unequal distribution of the participating clinics between federal states. So, given that legislation differs from one federal state to another, especially with regard to psychiatric commitment and the "monitoring regulations" pertaining thereto for measures that restrict freedoms, such as putting in place restraints, there may be some distortions. It is therefore not possible to draw any conclusions about the quality of documentation. In addition to the described limitations with regard to the quality of the data, it is not possible to draw conclusions on the form and execution of the one-to-one care in adult inpatient psychiatry or its quality. Since this is the first time that such a study has been carried out, it was not possible to validate the data (different one-to-one codes for diagnoses).

In conclusion it can be stated that the number of documented codes of one-to-one care in inpatient psychiatry in Germany in the sample increases annually. There could be two explanations for this. On the one hand it may be that the quality of the documentation has increased so that one-to-one care is recorded more frequently. And on the other hand it may be that the number of one-to-one care situations has increased. Both reasons confirm that one-to-one care is an important intervention in inpatient psychiatric care for which there is still too little evidence. The results point out a wide variation of the use of the intervention in the different types of clinics and there is still an imbalance between the importance of the intervention in in-patient practice and the importance in research. The personnel costs for more frequent recourse to this type of intervention are increasing dramatically. For the nursing practice, this means the unsettling reality of an increasing workload without an increase in personnel. Since this study is using secondary data on one-to-one care, the important questions have not been addressed. Using the available evaluation methods, no pertinent conclusions can be drawn about differences in the use of one-to-one care between individual clinics or about the factors responsible for this difference. Nor is it possible to draw conclusions on the quality of one-to-one care.

At the current time, we only have a description and the ability to form a heuristic hypothesis. The data does not allow conclusions to be drawn on possible under-care, over-care or inappropriate care in the case of one-to-one care. Despite these limitations, we must nonetheless acknowledge that, thanks to the VIPP database project, we have been able to gain an insight into the important matter of the occurrence of one-to-one care in psychiatric facilities. There is an urgent need for research efforts to examine the manifestations, effects and side-effects of one-to-one care.

Table 1: Description of the participating hospitals (n = 72).

Hospitals				72
Type of hospital	Specialist hospital			31
	Specialist department in a general hospital			12
	including university clinics			6
	unknown			29
Obligatory care				29
Association	Yes			26
	No			16
	unknown			30
Hospital used for calculation purposes	Yes			14
	No			28
	unknown			30
Number of beds with full in-patient service		1-100	1-100	12
		101-200	101-200	12
		>200	>200	15
		unknown		



Table 2: Frequency of constant one-to-one care (OPS code) according to duration, age, ICD-F diagnosis groups and gender

OPS code	Diagnosis group	18-64 years.												>64												Total cases: n		
		n (%)		Number of cases of one-to-one care / one-to-one cases		m hours / one-to-one case		Number of codes		Number of days of one-to-one care		# cases > 3 days of one-to-one care		n (%)		Number of one-to-one care / one-to-one case		m hours / one-to-one case		Number of codes		Number of days of one-to-one care		# cases > 3 days of one-to-one care				
		Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men	Women	Men		Women	Men
9-640.00 (2-6 hours)	F0	77	159	2.26	3.08	41.14	77.55	174	490	1.24	1.126	26	57	487	520	2.38	2.43	32.96	41.43	1,161	1,264	1.34	1.46	166	203	1243		
	F1	216	769	1.32	1.35	11.53	14.52	285	1039	1.21	1.55	16	66	34	53	1.62	1.72	25.09	34.94	55	91	1.13	1.42	n.a.	n.a.	1,072		
	F2	674	885	2.65	2.06	50.56	52.88	1,788	1,826	1.96	1.116	209	280	112	43	2.65	3.14	23.6	55.26	297	135	1.35	1.100	47	27	1,714		
	F3	404	273	2.18	1.52	39.49	24.23	880	414	1.121	1.31	115	52	171	93	2.74	2.48	22.16	33.81	468	231	1.25	1.42	0	n.a.	941		
	F4	150	114	1.67	1.69	32.49	40.06	251	193	1.54	1.82	23	17	7	21	1.14	1.57	9.29	56.86	8	33	1.2	1.50	n.a.	n.a.	292		
	F5	11	0	4	0	44.91	0	44	0	1.19	0	0	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	0	11	
	F6	323	69	2.58	1.35	98.45	54.91	832	93	1.391	1.52	122	15	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	392	
	F7	32	42	4.09	2.24	69.81	138.81	131	94	1.76	1.92	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	74	
	F8	n.a.	10	n.a.	2	n.a.	56.6	n.a.	20	n.a.	1.19	n.a.	n.a.	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	F9	n.a.	15	n.a.	1.67	n.a.	29.87	n.a.	25	n.a.	1.17	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
kF	14	15	5.57	1.53	60.43	74.33	78	23	1.24	1.42	n.a.	n.a.	116	120	2.63	2.78	25.67	63.55	305	333	1.20	1.66	34	47	265			
total	1,901 (31.5)	2,351 (39)					4,463 (34.2)	4,217 (32.3)			511	487	927 (15.4)	850 (14.1)					2,294 (17.6)	2,087 (16)			247	277	6029			
9-640.01 (6-12 hours)	F0	55	122	2.45	2.6	67.96	109.16	135	317	1.24	1.126	23	52	259	357	2.6	2.47	64.03	78.74	674	882	1.57	1.65	135	196	793		
	F1	127	490	1.29	1.4	20.14	30.89	164	685	1.21	1.55	15	77	14	25	1.43	2.88	32.36	75.36	20	72	1.6	1.42	n.a.	0	656		
	F2	485	683	2.38	2.22	80.67	91.81	1,155	1,516	1.67	1.116	220	318	57	31	2.04	3.52	65.53	68.19	116	109	1.35	1.100	30	10	1,256		
	F3	270	195	2.17	1.61	71	40.46	586	313	1.121	1.27	122	62	67	51	2.03	1.9	46.4	74.49	136	97	1.25	1.33	30	20	583		
	F4	88	83	2.16	1.94	69.5	62.86	190	161	1.54	1.82	30	19	7	11	1	2.55	14.43	111.36	7	28	1.3	1.50	n.a.	n.a.	189		
	F5	8	0	1.75	0	61.25	0	14	0	2.11	0	0	0	8	0	1.75	0	61.25	0	14	0	2.11	0	0	0	16		
	F6	282	41	2.76	2.2	139.26	104.29	778	90	1.391	1.52	141	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	323	
	F7	25	41	3.72	2.98	127	164.05	93	122	1.76	1.92	n.a.	n.a.	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	0	66	
	F8	n.a.	7	n.a.	2.57	n.a.	318.29	n.a.	18	n.a.	1.72	n.a.	n.a.	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
	F9	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
kF	55	88	2.51	3.24	61.69	120.91	138	285	1.24	1.66	27	51	44	73	2.18	3.45	57.36	123.9	96	252	1.20	1.66	18	47	260			
total	1,395 (33.6)	1,750 (42.2)					3,253 (35.1)	3,507 (37.9)			578	579	456 (11)	548 (13.2)					1,063 (11.5)	1,440 (15.5)			213	273	4149			
9-640.02 (12-18 hours)	F0	25	60	2.56	2.38	103.32	183.07	64	143	1.24	1.126	15	40	90	155	2.01	2.26	119.34	130.4	181	350	1.57	1.65	58	117	330		
	F1	32	158	1.34	1.61	46.47	66.09	43	255	1.10	1.55	n.a.	54	7	13	1.14	2.62	54.29	148.54	8	34	1.5	1.42	0	0	210		
	F2	266	367	2.1	2.1	130.55	147.87	559	770	1.67	1.116	169	222	21	11	2.71	2.91	108.67	155.18	57	32	1.28	2.100	n.a.	0	665		

	<b>F3</b>	131	79	1.91	1.82	125.22	89.03	250	144	1.121	1.31	86	42	26	17	2.31	2.88	82.46	166.24	60	49	1.25	1.33	n.a.	n.a.	253
	<b>F4</b>	35	30	2.09	2.97	147.71	144.1	73	89	1.54	1.82	20	13	n.a.	5	n.a.	4.4	n.a.	238	n.a.	22	n.a.	1.50	n.a.	n.a.	70
	<b>F5</b>	4	0	2	0	57.75	0	8	0	2.11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	<b>F6</b>	282	41	2.76	2.2	139.26	104.29	778	90	1.391	1.52	141	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	323
	<b>F7</b>	25	41	3.72	2.98	127	164.05	93	122	1.76	1.92	n.a.	n.a.	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	66
	<b>F8</b>	n.a.	7	n.a.	2.57	n.a.	318.29	n.a.	18	n.a.	1.72	n.a.	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	<b>F9</b>	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>kF</b>	55	88	2.51	3.24	61.69	120.91	138	285	1.24	1.66	n.a.	n.a.	15	46	2.2	3.8	129.27	192.72	33	175	1.20	2.66	0	n.a.	204
	<b>total</b>	855	871					2,006	1,916			431	386	159	247					339	662			58	117	2,132
		(40.1)	(40.9)					(40.7)	(38.9)					(7.5)	(11.6)					(6.9)	(13.4)					
<b>OPS code</b>	<b>F0</b>	23	45	2.74	7.78	123.35	263.64	63	350	1.24	1.126	16	36	88	121	5.18	5.34	167.86	183.35	456	646	1.57	1.65	66	96	277
<b>9-640.03 (18-24 hours)</b>	<b>F1</b>	23	125	2.43	2.52	75.35	91.54	56	315	1.19	1.36	n.a.	10	8	11	3.25	5.55	96.25	207	26	61	1.13	1.42	0	0	167
	<b>F2</b>	192	345	4.96	5	176.77	167.68	953	1,725	1.67	1.116	143	233	19	9	5.26	4.44	169.53	232.44	100	40	1.28	2.100	n.a.	n.a.	565
	<b>F3</b>	146	73	4.19	3.38	143.46	111.12	612	247	1.121	1.31	103	41	22	24	4.64	4	138.09	144.75	102	96	1.23	1.33	16	n.a.	265
	<b>F4</b>	37	25	4.38	4.6	154.27	156.52	162	115	1.54	1.82	22	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	62
	<b>F5</b>	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	0
	<b>F6</b>	140	20	8.59	6	283.32	209.1	1,202	120	1.391	1.52	107	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160
	<b>F7</b>	15	25	5.27	7.64	207.87	262.4	79	191	2.76	2.92	n.a.	n.a.	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	40
	<b>F8</b>	n.a.	5	n.a.	17	n.a.	467.6	n.a.	85	n.a.	6.72	n.a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	<b>F9</b>	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0
	<b>kF</b>	4	5	2.75	8.6	101.25	286.8	11	43	5.13	2.42	n.a.	n.a.	16	32	6.44	6.19	203.44	256.88	103	198	1.43	2.66	0	n.a.	57
	<b>total</b>	580	668					3,138	3,191			391	320	153	197					787	1,041			82	96	1,598
		(36.3)	(41.8)					(38.5)	(39.1)					(9.6)	(12.3)					(9.6)	(12.8)					
	<b>Sum</b>	4731	5,640					12,860	12,831			1,911	1,772	1,695	1,842					4,483	5,230			600	763	13,908
		(34)	(40.6)					(36.3)	(36.2)					(12.2)	(13.2)					(12.7)	(14.8)					

Table 3: Gross personnel costs for one-to-one care in euros

	Min	m	Max
Men 18-64 years	2,934,490.2	3,737,065.5	4,764,828.6
Women 18-64 years	2,910,300	3,702,061.8	4,732,147.8
Men >64 years	1,054,543.2	1,097,154.53	1,780,943.4
Women >64 years	842,678.7	1,016,228.7	1,375,317
total	7,742,012.10	9,552,510.53	12,653,236.80

## References

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung 2012.
2. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, (DGPPN). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Steinkopff Verlag; 2010.
3. Savage GH. Constant Watching of Suicidal Cases. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1884;30(129):17-9.
4. Buchanan-Barker P, Barker P. Observation: the original sin of mental health nursing? *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005;12(5):541-9.
5. Ray RE, Allen DE. Why Do Nurses Continue to Watch Patients to Maintain Safety? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2015;21(6):381-3.
6. Jones J, Eales S. Practising safe and effective observation. In: Callaghan P, Playle J, Cooper L, editors. *Mental Health Nursing Skills*. New York: Oxford University Press; 2009. p. 173-81.
7. Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive Measures in the Management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings*. New York: Springer; 2006. p. 145-72.
8. Nienaber A, Hemkendreis B, Löhr M, Schulz M. Psychiatrie mit offenen Türen. *Der Nervenarzt*. 2014;85(11):1438-9.
9. Bowles N, Dodds P, Hackney D, Sunderland C, Thomas P. Formal observations and engagement: a discussion paper. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(3):255-60.
10. Green JS, Grindel CG. Supervision of suicidal patients in adult inpatient psychiatric units in general hospitals. *Psychiatric services*. 1996.
11. Briggs PF. Specializing in psychiatry: therapeutic or custodial? *Nursing outlook*. 1974;22(10):632-5.
12. Bowers L, Gournay K, Duffy D. Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(2):437-44.
13. Jones J, Ward M, Wellman N, Hall J, Lowe T. Psychiatric inpatients' experience of nursing observation. A United Kingdom perspective. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2000;38(12):10-20.

14. Stewart D, Bowers L. Under the gaze of staff: special observation as surveillance. *Perspectives in psychiatric care*. 2012;48(1):2-9.
15. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*. 2008;26(5):325.
16. Lambert K, Chu S, Duffy C, Hartley V, Baker A, Ireland JL. The prevalence of constant supportive observations in high, medium and low secure services. *BJPsych Bull*. 2018;42(2):54-8.
17. Nienaber A, Schulz M, Noelle R, Wiegand HF, Wolff-Menzler C, Häfner S, et al. Häufigkeit und Kosten der 1:1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland - Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes. *Psychiatrische Praxis*. 2016;43(4):205-12.
18. Gesundheitsministerkonferenz. Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012 [08.09.2015]. Available from: [http://www.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/Psychiatrie/PsychiatrieGMK7\\_blob=publicationFile.pdf](http://www.schleswig-holstein.de/MSGWG/DE/Gesundheit/Psychiatrie/PsychiatrieGMK7_blob=publicationFile.pdf).
19. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane Library*. 2006.
20. Swart E, Schmitt J. STandardized Reporting Of Secondary data Analyses (STROSA) - Vorschlag für ein Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2014;108(8-9):511-6.
21. Godemann F, Falkai P, Hauth I, Salize H-J, Pollmächer T, Wolff-Menzler C. Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. *Der Nervenarzt*. 2013;84(7):864-8.
22. Swart E, Ihle P, Geyer S, Grobe T, Hofmann W. GPS -- Gute Praxis Sekundärdatenanalyse. Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). *Gesundheitswesen*. 2005;67(6):416-21.
23. Statistisches Bundesamt. *Gesundheit – Kostennachweis der Krankenhäuser 2011*. Fachserie 12, Reihe 6.3. . Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2013.
24. Löhr M, Schulz M, Kunze H. Wegfall der Psych-PV–was dann. *Psych Pflege Heute*. 2014;20(03):140-55.

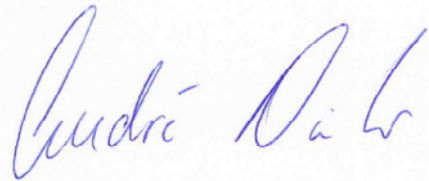
25. Lewin TJ, Carr VJ, Conrad AM, Sly KA, Tirupati S, Cohen M, et al. Shift climate profiles and correlates in acute psychiatric inpatient units. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2012;47(9):1429-40.
26. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 2014;383(9931):1824-30.
27. Shugar G, Rehaluk R. Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. *Comprehensive Psychiatry*. 1990;31(1):48-55.
28. Zehnder U, Rabenschlag F, Panfil E-M. Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2015;42(02):68-75.
29. Statistischen Bundesamt. Bevölkerung nach Altersgruppen Deutschland 2014 [Available from: [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/\\_lrbev01.html?cms\\_gtp=151914\\_list%3D1&https=1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_lrbev01.html?cms_gtp=151914_list%3D1&https=1)].

## 6. Anhang

### 6.1. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Bielefeld, 16.07.2018



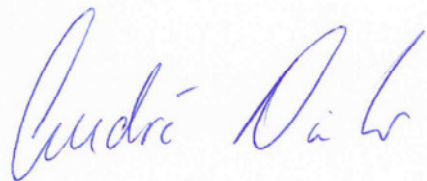
André Nienaber

## 6.2. Erklärungen über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Bielefeld, 16.07.2018



André Nienaber



### 6.3. Erklärung zum Beitrag aller Autoren an den Publikationen dieser Dissertation

Hiermit erkläre ich, dass ich den Hauptanteil aller in dieser Dissertation enthaltenen Arbeiten und Publikationen in Erstautorenschaft selbst erbracht habe. Der Beitrag aller Autoren an den Publikationen ist im Folgenden explizit dargestellt.

2.1. Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. *Psychiatrische Praxis*, 40(01), 14-20.

**Beiträge der Autoren:** AN und MS entwickelten die Fragestellung und das Studiendesign. AN führte die Literaturrecherche durch und hat das Manuskript erstellt. MS, BH und ML haben kommentiert und der finalen Version zugestimmt.

2.2. Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., & Nienaber, A. (2013). Deutsche Übersetzung des Suicidal Patient Observation Charts (SPOC) – ein Instrument für die Praxis. *Pflege*, 26(6), 401-410.

**Beiträge der Autoren:** ML und AN entwickelten das Studiendesign und haben den Übersetzungsprozess koordiniert und die Ergebnisse zusammengetragen. ML hat die Inhaltsvalidierung durchgeführt. ML und AN haben das Manuskript erstellt. BH, AB und MS haben kommentiert und der finalen Version zugestimmt.

2.3. Nienaber, A., Schulz, M., Noelle, R., Wiegand, H. F., Wolff-Menzler, C., Häfner, S., Seemueller, F., Godemann, F. & Löhr, M. (2016). Häufigkeit und Kosten der 1: 1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland–Eine deskriptive Analyse anhand des VIPP-Datensatzes. *Psychiatrische Praxis*, 43(04), 205-212.

**Beiträge der Autoren:** AN und ML entwickelten die Fragestellung und das Studiendesign. AN und ML waren verantwortlich für die Durchführung der Datenanalyse und haben federführend das Manuskript erstellt. MS, RN, HFW, CWM, SH, FS und FG haben kommentiert und der finalen Version zugestimmt. Dieser Beitrag entstand in Zusammenarbeit mit dem VIPP Projekt der DGPPN.

- 2.4. Nienaber, A., Heinz, A., Rapp, M. A., Bempohl, F., Schulz, M., Behrens, J., & Löhr, M. (2018). Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Der Nervenarzt*, *89*(7), 821-827.

**Beiträge der Autoren:** AN und ML haben die Fragestellung und das Studiendesign entwickelt. AN hat die Datenerhebung und Auswertung durchgeführt. MAR hat die statistische Auswertung unterstützt. AN hat federführend das Manuskript erstellt. AH, FB, MS und JB haben kommentiert und der finalen Version zugestimmt.

- 2.5. Nienaber, A., Durrer, M., Schulz, M. Wolff-Menzler, C., Seemueller, F., Behrens, J. & Löhr, M.. Frequency analysis and economic effects of constant one-to-one observation in in-patient adult psychiatry in Germany. *BJPsych Bulletin* (under review).

**Beiträge der Autoren:** AN, ML und MD haben die Fragestellung und das Studiendesign entwickelt. MD, ML und AN haben die Datenanalyse und –auswertung durchgeführt. AN, ML und MD haben federführend das Manuskript erstellt. MS, CWM, FS, JB haben kommentiert und der finalen Version zugestimmt.

## 6.4. Lebenslauf

### Berufstätigkeit:

- Seit 11/2015      Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Fachhochschule der Diakonie (FH der Diakonie) im Studiengang Psychische Gesundheit / Psychiatrische Pflege (50%-Stelle)
- Seit 03/2014      LWL-Klinikum Gütersloh, Leitung der Stabsgruppe für Klinikenwicklung und Forschung (seit Nov. 2015: 50%-Stelle)
- 08/2011 – 03/2014      Pflegedienstleitung Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der LWL-Klinik Lengerich
- 05/2010 – 10/2011      Pflegeexperte, Abteilung Allgemeine Psychiatrie I, Evangelisches Krankenhaus Bethel (EvKB), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 06/2000 – 04/2010      Stellvertretende Stationsleitung, Station A2, Abteilung Allgemeine Psychiatrie I, Evangelisches Krankenhaus Bethel (EvKB), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- 06/1999 – 10/2011      Evangelisches Krankenhaus Bethel, (EvKB), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel (Gilead IV)

### Ausbildung und Studium:

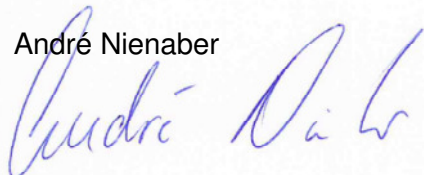
- 10/2010 – 07/2013      Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Abschluss: Master of Science (M.Sc.) (Abschlussnote: 1,5)
- 10/2006 – 09/2009      Studiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen an der Fachhochschule der Diakonie (FHdD) (berufsbegleitend) Abschluss: Bachelor of Arts (B.A.) (Abschluss: mit Auszeichnung)
- 08/1996 – 06/ 1999      Ausbildung zum staatlich anerkannten Heilerziehungspfleger und staatlich anerkannten Krankenpflegehelfer, Fachschule für Heilerziehungspflege, von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel
- 1991 – 1994      Ausbildung zum Bankkaufmann, Sparkasse Bielefeld (Abschluss: mit Auszeichnung)

### Schulbildung:

- 1979 – 1983      Grundschule in Schröttinghausen / Deppendorf
- 1983 – 1989      Bosse-Realschule Bielefeld
- 1989 – 1991      Carl-Severing-Schulen Bielefeld (zweijährige höhere Berufsfachschule für Wirtschaft und Verwaltung)

Bielefeld, 16.07.2018

André Nienaber



## **6.5. Danksagung**

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Professor Johann Behrens, der mich in den letzten Jahren begleitet und gefördert hat. Sehr herzlich danke ich meinen beiden Kollegen an der Fachhochschule der Diakonie und langjährigen Weggefährten Professor Michael Schulz und Professor Michael Löhr, die mich in meiner Arbeit immer gefördert und maßgeblich unterstützt haben. Der Austausch und die gemeinsamen Diskussionen haben meine Arbeit sehr bereichert und mich persönlich weiter gebracht. Ich bedanke mich bei den Koautorinnen und Koautoren, mit denen ich Teile meiner Dissertationsschrift gemeinsam publizieren durfte. Vielen Dank an den Verlag Hogrefe AG, den Springer Medizin Verlag GmbH und die Georg Thieme Verlag KG für die Erteilung der Nachdruckgenehmigungen zur Verwendung der Artikel in dieser Dissertationsschrift. Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, insbesondere meiner Frau Sophia für ihre Geduld und Unterstützung und unseren Kindern.