

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Konsortialführung:</b> | Universität Ulm   |
| <b>Förderkennzeichen:</b> | 01VSF19037  |
| <b>Akronym:</b>           | IVZ S3  |
| <b>Projekttitel:</b>      | Implementierung der S3 Leitlinie Verhinderung von Zwang                     |
| <b>Autoren:</b>           | Prof. Dr. Tilman Steinert, Priv.-Doz. Dr. Susanne Jaeger, Dr. Erich Flammer |
| <b>Förderzeitraum:</b>    | 1. März 2020 – 28. Februar 2023   |

## Inhaltsverzeichnis

|      |  |    |
|------|--|----|
| I.   | Abkürzungsverzeichnis.....                             | 2  |
| II.  | Abbildungsverzeichnis.....                             | 2  |
| III. | Tabellenverzeichnis.....                               | 2  |
| 1.   | Zusammenfassung.....                                   | 3  |
| 2.   | Beteiligte Projektpartner.....                         | 4  |
| 3.   | Projektziele.....                                      | 5  |
| 4.   | Projektdurchführung.....                               | 8  |
| 5.   | Methodik.....  | 10 |
| 6.   | Projektergebnisse.....                                 | 15 |
| 7.   | Diskussion der Projektergebnisse.....                  | 31 |
| 8.   | Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung..... | 36 |
| 9.   | Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....         | 36 |
| 10.  | Literaturverzeichnis.....                              | 37 |
| 11.  | Anhang.....  | 40 |
| 12.  | Anlagen.....   | 40 |

**I. Abkürzungsverzeichnis**

|        |   |
|--------|---|
| PreVCo | Prevention of Violence and Coercion in Psychiatry   |
| UN-BRK | Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen            |
| DGPPN  | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde |
| BVC    | Brøset Violence Checklist   |
| RCT    | Randomised controlled trial   |
| CFIR   | Consolidated Framework for Implementation   |
| PARiHS | Promoting Action on Research Implementation in Health Services                              |
| IQR    | Interquartils Range   |

**II. Abbildungsverzeichnis**

|                   |   |
|-------------------|---|
| Abbildung 1, S.21 | Hauptkategorien für die qualitative Auswertung der Förderfaktoren und Hindernisse nach CFIR |
|-------------------|---|

**III. Tabellenverzeichnis**

|                 |   |
|-----------------|---|
| Tabelle 1, S.16 | Baseline-Charakteristika der primären und sekundären Outcomes                           |
| Tabelle 2, S.17 | Kennzahlen der randomisierten Stationen während des 12-monatigen Interventionszeitraums |
| Tabelle 3, S.18 | Primärer Endpunkt   |
| Tabelle 4, S.18 | Sekundäre Endpunkte   |
| Tabelle 5, S.19 | Sensitivitätsanalyse  |
| Tabelle 6, S.20 | Prä-Post-Analyse der Wartelistengruppe nach Intervention                                |
| Tabelle 7, S.22 | Zusammenfassung der Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung                |
| Tabelle 8, S.29 | Zusammenfassung der Folgen und Wirkungen der Implementierung                            |

## 1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** Interventionen zur Prävention von Zwang in psychiatrischen Kliniken sind in der umfassenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 2018 zusammengefasst. Daraus wurden zwölf Empfehlungen für die Umsetzung dieser Leitlinien auf psychiatrischen Stationen abgeleitet und deren Umsetzbarkeit in einer Pilotstudie mit externen Implementierungsberaterinnen und -beratern getestet. Das Ziel der PreVCo-Studie war es, ihre Wirksamkeit in einer randomisierten klinischen Studie zu testen.

**Methoden:** 54 psychiatrische Akutstationen in Deutschland, in denen auch unfreiwillige Patientinnen und Patienten behandelt werden, wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Intervention oder einer Warteliste zugewiesen. Die Intervention bestand in der Umsetzung von drei aus 12 vorgeschlagenen Empfehlungen zur Implementierung, die von den Stationsteams nach individuellem Bedarf und der Machbarkeit ausgewählt wurden. Als primäre Ergebnisgröße wurde die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat ermittelt. Sekundäre Ergebnisse waren die kumulative Dauer der angewandten Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat sowie Übergriffe pro Bett und Monat. Kontrollvariablen waren die Zahl der Einweisungen, die Zahl der belegten Betten, die Zahl der unfreiwillig eingewiesenen Fälle, die Hauptdiagnosen und die Personalausstattung. Die Einhaltung der Leitlinien wurde mittels einer Fidelity Skala gemessen, die zu diesem Zweck im Rahmen der Pilotstudie entwickelt worden war, dem PreVCo Rating Tool. Nach einem dreimonatigen Erhebungszeitraum unter Routinebedingungen (Baseline) erfolgte die Randomisierung, nachdem die Stationen anhand der Häufigkeit der angewandten Zwangsmaßnahmen und der Ergebnisse des PreVCo-Rating-Tools bei Studienbeginn paarweise gematcht worden waren. Die Dauer des Interventionszeitraums betrug 12 Monate; die Kontrollstationen erhielten lediglich eine anfängliche Workshop-Präsentation der Studie, in dessen Rahmen auch die Beurteilung mit dem PreVCo Rating Tool durchgeführt wurde. Wir verwendeten zur Analyse den Wilcoxon-Test für gepaarte Daten und führten Sensitivitätsanalysen für unterschiedliche Beobachtungszeiträume durch.

**Ergebnisse:** Weder die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett noch deren kumulative Dauer oder die Anzahl der Übergriffe pro Bett und Monat unterschieden sich in den letzten drei Monaten des Interventionszeitraums signifikant zwischen den 27 Interventions- und den 27 Kontrollstationen. Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat nahm gegenüber dem Zweitraum der Baselineerhebung auf den Interventionsstationen um 45 % und auf den Wartelistenstationen um 28 % ab, während die Anzahl aggressiver Übergriffe unverändert blieb. Bei Sensitivitätsanalysen erwiesen sich die Ergebnisse als robust. Im Prä-Post-Vergleich der Kontrollgruppe mit verzögertem Interventionsbeginn nach 12 Monaten zeigten sich keine signifikanten Änderungen mehr. Das PreVCo Rating Tool zeigte eine signifikante Verbesserung der Leitlinienadhärenz auf den Interventionsstationen im Vergleich zu den Kontrollstationen, was auf eine erfolgreiche Umsetzung hinweist. **Schlussfolgerungen:** Die Studie hat gezeigt, dass die Einhaltung der Leitlinien durch die Intervention deutlich verbessert werden konnte. Bezogen auf den primären Endpunkt, die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Wartelistengruppe. Maßgeblich war dafür neben einer relativ geringen Fallzahl, Decken- und Bodeneffekten sowie ungünstigen Auswirkungen der COVID 19-Pandemie vor allem ein vermuteter Hawthorne und Spill-over-Effekt dahingehend, dass auch Kontrollstationen Zwangsmaßnahmen in erheblichem Ausmaß reduzieren konnten. Auf Grund dessen kann das Maßnahmenpaket dennoch als derzeitiger Goldstandard zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland angesehen werden.

## 2. Beteiligte Projektpartner

| Konsortial-partner              | Institution   | Verantwortlichkeit/Rolle   |
|---------------------------------|---|--|
| Prof. Dr. med. Tilman Steinert  | Klinik für Psychiatrie I<br>Universität Ulm, ZfP<br>Südwestfalen                  | Projektleitung/Konsortialführung<br>Studienzentrum Baden-Württemberg |
| Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf | Vivantes Klinikum am<br>Urban/Charite Medizin-<br>Berlin                          | Konsortialpartner/Studienzentrum Berlin                              |
| Dr. med. Lieselotte Mahler      | Psychiatrische<br>Universitätsklinik der<br>Charité im St. Hedwig-<br>Krankenhaus | Konsortialpartner/Studienzentrum Berlin                              |

### Biometrie:

|                        |  |           |
|------------------------|--|-----------|
| Prof. Dr. Rainer Muche | Institut für Epidemiologie<br>und Med. Biometrie,<br>Universität Ulm | Biometrie |
|------------------------|--|-----------|

### Kooperationspartner:

| Zuständiger<br>Konsortialpartner | Klinik                                       |
|----------------------------------|--|
| Charite                          | Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH            |
| Charite                          | Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH            |
| Charite                          | Vivantes Klinikum Am Urban (KAU)             |
| Charite                          | Vivantes Klinikum Am Urban (KAU)             |
| Charite                          | Charité CCM                                  |
| Charite                          | Ruppiner Kliniken                            |
| Charite                          | Theodor Wenzel Werk Berlin                   |
| Charite                          | Theodor Wenzel Werk Berlin                   |
| Charite                          | Vivantes Humboldt-Klinikum                   |
| Charite                          | Universitätsklinikum Leipzig                 |
| Charite                          | Helios Park-Klinikum Leipzig                 |
| Charite                          | Helios Park-Klinikum Leipzig                 |
| Charite                          | Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach             |
| Charite                          | Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach             |
| KAU                              | Alexianer Hedwigshöhe                        |
| KAU                              | Alexianer Hedwigshöhe                        |
| KAU                              | BKH Augsburg                                 |
| KAU                              | Karl-Jaspers-Klinik                          |
| KAU                              | Karl-Jaspers-Klinik                          |
| KAU                              | Klinikum Ernst von Bergmann                  |
| KAU                              | LWL-Klinik Gütersloh                         |
| KAU                              | Oberhavel Kliniken GmbH - Klinik Hennigsdorf |
| KAU                              | Tauberbischofsheim                           |
| KAU                              | Vivantes Klinikum Kaulsdorf                  |

|     |                                      |
|-----|--------------------------------------|
| KAU | Vivantes Klinikum Kaulsdorf          |
| KAU | Vivantes Klinikum Neukölln           |
| KAU | Vivantes Klinikum Neukölln           |
| KAU | Ulm Weinsberg                        |
| KAU | Ulm Weinsberg                        |
| Ulm | BKH Günzburg                         |
| Ulm | Freudenstadt Kreiskrankenhaus        |
| Ulm | Hamm - Marienhospital                |
| Ulm | LWL Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer      |
| Ulm | LWL-Abteilungspsychiatrie Rheine     |
| Ulm | LWL-Klinik Dortmund                  |
| Ulm | LWL-Klinik Lengerich                 |
| Ulm | LWL-Klinik Lippstadt                 |
| Ulm | LWL-Klinik Warstein                  |
| Ulm | Stuttgart Furtbachkrankenhaus        |
| Ulm | Stuttgart Klinikum                   |
| Ulm | Uni Heidelberg                       |
| Ulm | Uni Tübingen                         |
| Ulm | Uni Ulm                              |
| Ulm | Ulm Emmendingen                      |
| Ulm | Ulm Emmendingen                      |
| Ulm | Ulm PP.rt Reutlingen                 |
| Ulm | Ulm Reichenau                        |
| Ulm | Ulm Schussenried                     |
| Ulm | Ulm Waldshut - Abteilungspsychiatrie |
| Ulm | Ulm Weissenau                        |
| Ulm | Ulm Winnenden                        |
| Ulm | Ulm Zwiefalten                       |
| Ulm | Ulm Zwiefalten                       |
| Ulm | ZI Mannheim                          |
| Ulm | ZPN Wiesloch                         |

Die Zusammenarbeit mit den Konsortialpartnern und Projektpartnern verlief stets reibungslos und ausgesprochen erfreulich.

### 3. Projektziele

#### Hintergrund

Heutzutage besteht ein allgemeiner Konsens darüber, dass Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Isolierung eines Patienten nur als letztes Mittel eingesetzt werden sollten, wenn trotz Deeskalationsversuchen und Behandlungsangeboten immer noch eine akute Gefahr für den Patienten oder andere besteht (1). Ein Konfliktfeld sind die Auswirkungen der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Während der UN-Ausschuss zur Umsetzung der UN-BRK (2) und neuerdings auch die Weltgesundheitsorganisation (3) alle Mitgliedsstaaten dringend auffordern, Zwang gegenüber Menschen mit psychischen Störungen vollständig abzuschaffen, äußern Psychiater und

Ethiker ernsthafte Vorbehalte (4). In Deutschland haben das Bundesverfassungsgericht und der Deutsche Ethikrat die Auffassung vertreten, dass Zwang während psychiatrischer und anderer medizinischer Behandlungen gerechtfertigt und sogar notwendig sein kann, wenn eine krankheitsbedingt aufgehobene Einwilligungsfähigkeit mit einer Gefahr für sich selbst oder andere verbunden ist, und dass diese Position mit der UN-BRK in Einklang steht (5,6). Sowohl das Verfassungsgericht als auch der Ethikrat stellten jedoch erneut fest, dass große Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Anwendung von Zwang wirklich auf Anwendungen als letztes Mittel zu beschränken. Rechtlich gesehen hat das Bundesverfassungsgericht 2018 entschieden, dass jeder Eingriff/jede Fixierung, die länger als 30 Minuten dauert, eine richterliche Genehmigung erfordert. Diese Entscheidung führte zu einer Anpassung des Betreuungsrechts und der Psychisch-Kranken-Gesetze der 16 Bundesländer. Der Anteil der psychiatrischen Aufnahmen, die irgendeiner Art von freiheitsbeschränkendem Zwang unterworfen waren, sank danach von 6,6 % im Jahr 2017 auf 5,8 % im Jahr 2019, während die durchschnittliche kumulierte Dauer von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen pro betroffenem Fall von 12,5 auf 11,9 Stunden sank (7). In Anbetracht der Stärke dieser Intervention und deren Ressourcenaufwand waren diese Auswirkungen zwar hoch signifikant, aber moderat. Im Einklang mit diesem Ergebnis zeigen Beobachtungsdaten aus den Jahren 2004 bis 2019, dass der beobachtete Rückgang des Anteils der betroffenen Fälle in diesem Zeitraum trotz zahlreicher Bemühungen zur Verringerung von Zwang und Sensibilisierungsprogrammen in erster Linie auf veränderte Praktiken in der Alterspsychiatrie zurückzuführen ist, während sich in der Allgemeinpsychiatrie nicht viel geändert hat (8).

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sind daher stärkere und klarer definierte Interventionen notwendig, um den Einsatz von Zwang zu reduzieren. Im Jahr 2018 wurde die klinische Praxisleitlinie der DGPPN "Prävention von Zwang: Prävention und Behandlung aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (9) veröffentlicht. Die Leitlinie wurde als S3-Leitlinie in einem klar definierten, formalen Verfahren mit umfassender Evidenzrecherche sowie einem strukturierten Konsensprozess mit 22 Fachgesellschaften und Interessenvertretern, einschließlich derjenigen von Betroffenen und Angehörigen, entwickelt. Letztendlich umfasst die Leitlinie 89 Empfehlungen und Statements, die auf Evidenz und Konsens beruhen und sich auf die Prävention von Zwang und Gewalt sowie die Behandlung von aggressivem Verhalten beziehen. Sie liegen als Buch (9) und als klinische Praxisleitlinie (10) vor, die von der DGPPN an alle psychiatrischen Krankenhäuser verschickt wurde, und sie ist auch im Internet frei zugänglich.

Die Veröffentlichung von Leitlinien mit Empfehlungen bedeutet jedoch noch nicht, dass sie in der Praxis auch befolgt werden. In der Forschung über Zwang in der Psychiatrie herrscht zunehmend Einigkeit darüber, dass der nächste wichtige Schritt nicht in der Entwicklung völlig neuer Interventionen besteht, sondern in der Umsetzung derjenigen, die sich in der Praxis als wirksam erwiesen haben (11).

Sowohl die hohen Kosten, die mit der Entwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien verbunden sind, als auch der geringe Nutzen bei unzureichender Umsetzung in der Praxis sind immer wieder Gegenstand von Kritik. In den letzten Jahren wurden diese Bedenken sogar von Leitlinienautoren selbst geäußert (12). Generell ist die Forschung zur Implementierung in der Psychiatrie relativ spärlich und die vorliegenden Ergebnisse sind nicht sehr ermutigend (13). Während Studien keine durchgängig positiven Auswirkungen der Leitlinienimplementierung auf eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis der Leistungserbringer gezeigt haben, wurden durchgängig kleine bis moderate positive Auswirkungen auf die Patientenergebnisse beobachtet.

Deshalb entwickelten wir ein Forschungsprogramm in mehreren Schritten, wobei der erste Schritt die Entwicklung der Leitlinien war. Anschließend entwickelten wir 12 Empfehlungen für die Umsetzung auf Stationsebene, 6 weitere für die Umsetzung auf Krankensebene und 8 weitere Empfehlungen für die Umsetzung auf Gemeindeebene (14). Es ist wichtig, sich des Unterschieds zwischen Leitlinienempfehlungen und Umsetzungsempfehlungen bewusst zu sein. So enthalten die Leitlinien beispielsweise 33 Empfehlungen zur Pharmakotherapie. Diese werden in einer einzigen Umsetzungsempfehlung zusammengefasst, die sich an die Organisation richten soll: Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein, die sich an den Leitlinien zu aggressivem Verhalten, aber auch an störungsspezifischen Leitlinien orientieren, und führen Sie z. B. monatliche Stichprobenkontrollen oder regelmäßige Besprechungen im Rahmen der Visiten durch. Die Leitlinienempfehlungen beziehen sich also auf die Behandlung und Betreuung von Personen, während sich die Umsetzungsempfehlungen auf die Organisation beziehen. Gegenstand des Projekts war die Umsetzung der Leitlinien auf psychiatrischen Stationen anhand der 12 Empfehlungen. Wir wählten den nachfolgend näher beschriebenen Ansatz, den teilnehmenden Stationen externe Expertinnen und Experten als Implementierungsberatende zur Verfügung zu stellen. Wir hatten die Machbarkeit dieser Umsetzungsstrategie in einer früheren Pilotstudie mit sechs psychiatrischen Stationen getestet (15). Für diese Pilotstudie entwickelten wir eine Fidelity Skala als Ergebnismaß für den Grad der erreichten Leitlinienimplementierung entwickelt, das PreVCo Rating Tool. Diese Skala und der in der vorliegenden Studie verwendete Beratungsansatz wurden anschließend entsprechend den Ergebnissen der Pilotstudie angepasst. Die Hauptstudie, über die hier berichtet wird, wurde anschließend konzipiert, um die Wirksamkeit der Intervention zu testen. Es wurden folgende Forschungsfragen gestellt:

- Können Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen mittels einer operationalisierten Implementierung der S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2018)“ relevant reduziert werden?
- Welche der 12 darin enthaltenen Interventionen werden bevorzugt realisiert, wo lassen sich Barrieren identifizieren?

Dazu wurden von uns initial folgende Hypothesen aufgestellt:

- H1: Die Anzahl von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Jahr lässt sich mit der Intervention insgesamt reduzieren (primäre Hypothese).
- H2: Die kumulative Dauer freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen pro Bett und Jahr lässt sich mit der Intervention insgesamt reduzieren (sekundäre Hypothese).
- H3: Stationen mit einer höheren Leitlinienkonformität als Ausgangslage haben weniger Zwangsmaßnahmen und aggressive Übergriffe (sekundäre Hypothese).
- H4: Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Umsetzung der Implementierung in der Interventionsphase und der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen zeigen (sekundäre Hypothese).
- H5: Es lassen sich entsprechend den gewählten Arbeitsschwerpunkten der Interventionsstationen unterschiedliche erfolgreiche Strategien identifizieren (sekundäre Hypothese).

*Primärer Endpunkt:*

Primärer Endpunkt der Analysen war die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat. Diese Variable beinhaltet die Zwangsmaßnahmen Zwangsbehandlung, Fixierung, Festhalten und Isolierung. Die alleinige gerichtliche Unterbringung wird dagegen noch nicht als Zwangsmaßnahme in diesem Sinne definiert.

*Sekundäre Endpunkte:*

Sekundäre Endpunkte waren die kumulative Dauer der freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat, die Häufigkeit aggressiver Übergriffe und der erreichte Implementierungsgrad, gemessen mit dem PreVCo Rating Tool Score (15).

#### **4. Projektdurchführung**

Die Intervention ist wie folgt zu beschreiben:

*Empfehlungen:*

1. Einführung einer standardisierten Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Auswertung auf Stationsebene.
2. Implementierung von an die Leitlinien angepassten internen Standards zur Indikation, Einleitung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen bzw. Überarbeitung bestehender Standards.
3. Durchführung einer monatlichen Teamsitzung unter Leitung der Abteilungs- oder Stationsleitung, um die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen zu analysieren und die Hintergründe zu diskutieren.
4. Implementieren Sie einen Schulungsplan für alle Mitarbeiter mit Patientenkontakt im Bereich Deeskalation/Aggressionsmanagement und stellen Sie sicher, dass alle Mitarbeiter mindestens einmal alle zwei Jahre geschult werden.
5. Stellen Sie sicher, dass alle freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) von einer kontinuierlichen Beobachtung und persönlichen Betreuung begleitet werden.
6. Stellen Sie sicher, dass nach Zwangsmaßnahmen eine Nachbesprechung mit den betroffenen Patienten stattfindet und dokumentiert wird.
7. Setzen Sie Peers auf der Station ein oder beziehen Sie diese ein.
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan zur aggressionsmindernden Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich.
9. Führen Sie eine Risikobewertung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument für alle Patienten ein, die nach der klinischen Bewertung gefährdet sind, und stellen Sie sicher, dass daraus klinische Konsequenzen resultieren.
10. Empfehlen Sie bei der Nachbesprechung nach einer Zwangsmaßnahme allen Patienten, einen gemeinsamen Krisenplan zur Verhinderung von zukünftigem Zwang zu erstellen.
11. Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie (auf der Grundlage der Leitlinie zu aggressivem Verhalten, aber auch der störungsspezifischen anderen Leitlinien ("leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung"))



12. Einführung komplexer Interventionen zur Reduzierung von Zwang, die in einzelnen Modulen operationalisiert werden können (z.B. Safewards (16), Weddinger Modell (17), Six Core Strategies (18)).

*Durchführung:*

Die Umsetzung erfolgte mit Hilfe von geschulten Umsetzungsberatern, wobei die Erfahrungen aus der vorangegangenen Pilotstudie berücksichtigt wurden (15). Die Implementierungsberater standen in engem Kontakt mit den identifizierten Schlüsselpersonen (meist Stationsleitungen und Oberärzte) und führten Workshops mit den Stationsteams durch (T0 zu Beginn der Studie, T1 zu Beginn der Intervention, T2 während der Intervention, T3 nach der Intervention). Die Umsetzung und Einhaltung der Leitlinien wurde zu Beginn und am Ende des Interventionszeitraums von den Implementierungsberatern und den Stationsteams gemeinsam anhand des PreVCo-Rating-Tools bewertet.

Die Workshops wurden mit den Stationsteams geplant, wobei angestrebt wurde, alle verfügbaren Teammitglieder aller Berufsgruppen einzubeziehen. Die Teilnahme der nächsthöheren Hierarchieebene (Chefarzt und Abteilungsleitung Pflege,) wurde nachdrücklich gewünscht. Das Implementierungskonzept basierte auf dem Ottawa Model of Research Use (19) für die Planung der Implementierungsphasen, dem CFIR (20) für die Analyse der Einflussfaktoren und dem PARIHS (21) für die Rolle der Moderatoren. Partizipatorische Ansätze (22) und die Prüfung, ob die Innovation in das Setting passt (23), wurden als wichtig für eine erfolgreiche Implementierung angesehen und umgesetzt. Die Workshops wurden in Räumlichkeiten der Klinik durchgeführt, teilweise in Gruppensitzungsräumen der teilnehmenden Stationen. Aufgrund der Pandemie mussten etliche Workshops auf Online-Sitzungen umgestellt werden. Geplante Kontakte oder Rückfragen und Abstimmungen zwischen den Haupt-Workshops mit bestimmten Schlüsselpersonen (z. B. zur Überwachung der Umsetzungsfortschritte) fanden per E-Mail oder Telefon statt. Im Durchschnitt hatten die Stationen 4 Workshops und weitere 3 geplante Kontakte per E-Mail oder Telefon. Die Stationen konnten sich an die Umsetzungsberater wenden, wann immer sie Unterstützung benötigten.

Workshop 1 (T0) fand vor der Baseline-Periode und vor der Randomisierung für alle teilnehmenden Stationen statt. Dieser eintägige Workshop diente der Vorstellung des Programms mit den möglichen Interventionen und der gemeinsamen Bewertung des Stands der Leitlinienimplementierung mit Hilfe des PreVCo-Rating-Tools. Darüber hinaus wurden mit allen teilnehmenden Stationen die Verfahren für die notwendige Datenerhebung festgelegt. Workshop 2 (T1) (in der Regel ganztägig, bei knappen Ressourcen der Teams auch kürzer) fand zu Beginn der Intervention statt, Workshop 3 (T2) (1/2 Tag) während der Intervention und Workshop 4 (T3) (1/2 Tag) am Ende der Interventionsperiode. Die Workshops 2, 3 und 4 wurden nur für die Interventionsstationen durchgeführt, während die Stationen der Warteliste diese Workshops ein Jahr später erhielten. Zunächst erarbeiteten die Teams ihre spezifischen Ziele der Station in Bezug auf die Reduzierung von Zwang, anschließend stellten wir die Interventionen vor. Es wurden die Maßnahmen ausgewählt, die für die Erreichung der Ziele am wirksamsten erschienen und den Fähigkeiten des Teams am besten entsprachen. Während des gesamten Interventionszeitraums standen die Implementierungsberater telefonisch und per E-Mail in engem Kontakt mit bestimmten Schlüsselpersonen in den Stationsteams (in der Regel pflegerische Stationsleitungen) und besprachen die nächsten Schritte, die zu unternehmen waren, sowie Ziele und Zeitpläne. Darüber hinaus führte das qualitative Forschungsteam während des Interventionszeitraums mit den identifizierten Schlüsselpersonen Telefoninterviews zum Umsetzungsprozess durch. Am Ende des Interventionszeitraums fand Workshop 3 mit einer zweiten Bewertung des aktuellen Stands der Leitlinienimplementierung mit dem PreVCo Rating Tool statt. Es wurden einige stationsbezogene Ergebnisse vorgestellt und das Team reflektierte, was erreicht worden war und wie dies in Zukunft verstetigt werden könnte (Nachhaltigkeit).

### *Individuell adaptierte Interventionen („tailored interventions“ (24)):*

Die Anpassung der ausgewählten Maßnahmen an die Machbarkeit und die individuellen Bedürfnisse der Stationen war ein zentraler Aspekt des Programms. Die Stationsteams wurden aufgefordert, aus den 12 vorgeschlagenen Maßnahmen drei auszuwählen. Diesem Verfahren lag die Überlegung zugrunde, dass es nicht möglich sein würde, alle 12 Empfehlungen innerhalb von 12 Monaten umzusetzen, und dass es auch keinen Sinn machen würde, Maßnahmen auszuwählen, die bereits in erheblichem Umfang umgesetzt wurden oder aus irgendeinem Grund wahrscheinlich nicht durchführbar waren. Wie die drei ausgewählten Maßnahmen schrittweise mit definierten Zielen und Meilensteinen, Strategien, Champions (für eine bestimmte Maßnahme verantwortliche Mitarbeitende) und Zeitplänen umgesetzt werden konnten, wurde zwischen den Implementierungsberatenden und dem Stationsteam in einem individuellen Prozess vereinbart. Der Umsetzungsplan hing von den Fähigkeiten, Ressourcen, Personen und Hindernissen des jeweiligen Teams ab.

### *Änderungen:*

Aufgrund der Umstände der COVID 19 Pandemie mussten einige Workshops und Sitzungen um mehrere Wochen verschoben werden. Alle Workshops waren als persönliche Treffen geplant, aber aufgrund der COVID 19-Pandemie wurde mehr als die Hälfte online abgehalten. Einige Teams waren während der Studie aufgrund der Pandemie vielen zusätzlichen Belastungen ausgesetzt, so dass die Anzahl der Teilnehmenden an den Workshops (zwischen 3 und 16 Teilnehmende) und die Dauer der Workshops stark variierten (zwischen 2 und 6 Stunden). Im Monitoring-Workshop (Workshop 3) stellte sich oft heraus, dass Meilensteine nicht erreicht wurden, so dass neue, bescheidenere Ziele entwickelt werden mussten.

## **5. Methodik**

### Studiendesign

Eine detaillierte Beschreibung des Studiendesigns und der Methoden wurde im Studienprotokoll öffentlich zugänglich (Open Access) veröffentlicht (25). Die Studie wurde in der Clinical Trial Registration ([www.isrctn.com](http://www.isrctn.com)) unter der Kennung ISRCTN 71467851 registriert. Wir verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) 27 Interventionsstationen mit 27 paarweise gematchten Kontrollstationen, um die Wirksamkeit der Intervention zu bewerten, die darauf abzielte, den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu verringern. Die Berechnung des Stichprobenumfangs wurde in (25) ausführlich beschrieben. Parallel fand eine qualitative Studie statt, bei der ausgewählte Zielpersonen der teilnehmenden Stationen interviewt wurden.

### Einschlusskriterien

Die Stationen kamen für die Studie in Frage, wenn sie unabhängig von der Diagnose für die Aufnahme unfreiwilliger Patienten zuständig waren, wenn sie routinemäßig Daten über Zwangsmaßnahmen und aggressive Vorfälle erhoben und wenn die ärztliche und pflegerische Leitung ihre Unterstützung für die Ziele der Studie erklärte. Aus räumlichen Gründen (um Anfahrtswege der Studienmitarbeiter/-innen für die Workshops in Grenzen zu halten, Online-Workshops waren zunächst nicht geplant) wurden bevorzugt Stationen in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und im Großraum Berlin für die Rekrutierung adressiert.

### Fallzahlen

Der primäre Endpunkt (Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat) wurde in einem Matching-Pair-Design mit spezieller Stratifizierung für das Matching der Stationen verglichen.

In Ermangelung vergleichbarer Studien über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen mit Hilfe von Umsetzungshelfern musste die Größe des angenommenen Effekts geschätzt werden. Begonnen wurde mit einer Einschätzung der Durchführbarkeit auf Grundlage einer realistischen Anzahl der für die Rekrutierung in Frage kommenden Stationen und einer Teilnahmequote von 50%. Dies führte zu 50 Stationen als erreichbare Stichprobengröße. Unter Verwendung eines gepaarten zweiseitigen t-Tests mit dem primären Outcome als kontinuierliche Variable und dem Signifikanzniveau von 5% und einer Power von 80% kann mit dieser Fallzahl eine Effektgröße von 0,6 nachgewiesen werden. Dies erschien angemessen angesichts einer Effektgröße von 0,56, die in einer systematischen Übersichtsarbeit über den Einsatz von Umsetzungsbegleitern berichtet wurde. Die geplante Verwendung des Wilcoxon signed-rank Tests machte eine etwa zehnpromtente Erhöhung der Fallzahl notwendig, um den Verlust an statistischer Power auszugleichen.

Gemäß der im Studienprotokoll publizierten Fallzahlberechnung hatten wir die Absicht formuliert, 52 psychiatrische Stationen einzubeziehen. Wir rekrutierten 3 zusätzliche Stationen, da wir befürchteten, aufgrund der COVID-19-Pandemie einige teilnehmende Stationen zu verlieren. Unerwarteterweise war dies nicht der Fall. Eine Station, die für das Matching nicht geeignet war, wurde nicht in die quantitative Analyse einbezogen, so dass  $2 \times 27 = 54$  psychiatrische Stationen für das RCT resultierten.

### Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte in der Regel durch Ansprache über persönliche Kontakte der Konsortialpartner und wäre ohne diese nicht möglich gewesen. Eine Systematik der Rekrutierung unter Berücksichtigung von Zufallsprinzipien und Verteilungen in der (nicht bekannten) Grundgesamtheit entsprechender Stationen in Deutschland erfolgte nicht. In der Regel wurde das Programm zunächst mündlich dargestellt, es gab dann bei vorhandenem Interesse auch eine schriftliche Kurzzusammenfassung des Projekts. Die Teilnahmebereitschaft wurde schließlich für den Projektantrag durch einen Letter of Intent dokumentiert.

### Operationalisierung der Endpunkte

#### Primärer Endpunkt

Der primäre Endpunkt war die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat für jede Station. Diese abhängige Variable umfasst Zwangsmedikation, Fixierung, Festhalten und Isolierung. Die Berechnung pro Bett macht Stationen unterschiedlicher Größe vergleichbar. Wir verwendeten aggregierte Informationen aus Routinedaten der Stationen. Es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben.

### **Änderung des primären Endpunkts und des Studienprotokolls auf Grund der Auswirkungen der COVID-19 Pandemie**

Gemäß Studienprotokoll war vorgesehen, den primären Endpunkt (Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat) auf den Interventions- und Kontrollstationen für jeweils die 12 Monate des Interventionszeitraums auszuwerten. Auf Grund der Umstände der Pandemie hatten jedoch einige der teilnehmenden Stationen vorübergehend andere Funktionen (z.B. als Isolierstation) oder wurden vorübergehend geschlossen; Stationen waren auch von Bränden und den Auswirkungen der Ahrtalkatastrophe betroffen. In diesen, jeweils unterschiedlichen, Zeiträumen konnten die Stationen deshalb keine verwertbaren Routinedaten liefern. In den letzten 3 Monaten des Interventionszeitraums waren auf allen Stationen Erhebungen möglich.

Deshalb wurde beschlossen, den Auswertungszeitraum auf die letzten 3 Monate zu verkürzen, es erfolgte deshalb ein Amendment zum publizierten Studienprotokoll und der Geldgeber wurde im Zwischenbericht über diese Änderung informiert. Es war auch möglich, die ursprünglich vorgesehene 12 Monats-Auswertung vorzunehmen, allerdings mit verkürzten Zeiträumen für einige der Stationen. Diese Analyse wurde als Sensitivitätsanalyse zusätzlich durchgeführt.

### Sekundäre Endpunkte

Vergleichbar wie der primäre Endpunkt wurden auch die kumulative Dauer freiheitseinschränkender Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Festhalten und Isolierung) und die Häufigkeit aggressiver Übergriffe pro Bett und Monat aus den Routinedaten ermittelt. Für die aggressiven Übergriffe gab es unter den teilnehmenden Stationen unterschiedliche in die Routine eingeführte Dokumentationsformen, die für die Studie nicht geändert wurden. Ausgewertet wurden nur aggressive Übergriffe gegen Personen (keine Sachbeschädigungen, keine Selbstverletzungen).

### Randomisierung

Die Stationen wurden durch eine 1:1-Randomisierung der Interventionsgruppe oder der Wartelisten-Kontrollgruppe zugewiesen. Die teilnehmenden Stationen wurden paarweise nach dem Best-Fit-Prinzip anhand der beiden Kriterien Ausgangshäufigkeit der Zwangsmaßnahmen und Ausgangswert des PreVCo Rating Tools gematcht. Um ein Matched-Pair-Design zu erhalten, das diesen Confounder bestmöglich kontrolliert, wurden die Stationen nach dieser Variable gereiht. Für jedes der Paare in dieser Rangliste wurde eine Blockrandomisierung mit einer Blockgröße von zwei mit der Randomisierungssoftware ROM im unabhängigen Institut für Epidemiologie und Med. Biometrie, Universität Ulm, durchgeführt. Die gematchten Stationen mussten zu verschiedenen Krankenhäusern gehören, um Spill-over-Effekte zu vermeiden. Eine Verblindung war damit bei der Randomisierung gegeben, nicht jedoch für die teilnehmenden Stationen.

### Messung der Implementierung (PreVCo Rating Tool)

Zur Bewertung des Grades der bereits bestehenden Einhaltung der Leitlinien sowie der Veränderungen im Laufe der Zeit nach der Intervention wurde das PreVCo Rating Tool (15) verwendet. In diesem Instrument wird jede der 12 Empfehlungen auf einer Skala von 0 ("überhaupt nicht umgesetzt") bis 9 ("vollständig umgesetzt") bewertet. Wurde eine komplexe Intervention wie das Weddinger-Modell (16), Safewards (17) oder die Six Core Strategies (18) gewählt, wurde die Bewertung mit 4 multipliziert. Somit kann eine Bewertung mit dem PreVCo Rating Tool zwischen 0 und 135 Punkten liegen. Die PreVCo-Ratings wurden von den Implementierungsberatern zusammen mit den jeweiligen Stationsteams in einem Konsensverfahren während der Studienbesuche zu Beginn der Baseline-Periode und nach Ende der Intervention bzw. nach der Wartezeit durchgeführt. Auf der PreVCo-Website haben wir ein pdf-Dokument mit umfassenden Informationen zur Durchführung des Ratings veröffentlicht

[www.prevco.de/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfe%2012%20Empfehlungen\\_A5.pdf](http://www.prevco.de/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfe%2012%20Empfehlungen_A5.pdf)

(Anhang 2023-08-22\_01VSF19037\_IVZS3\_EB\_Anlage\_Nr2\_Arbeitshilfe). Für jede der 12 Empfehlungen werden Ankerbeispiele für die Bewertungen 0, 3, 6 und 9 vorgestellt, zusammen mit typischen Leitfragen für jedes Item.

Das PreVCo Rating Tool wurde seitens des Antragstellers für eine Pilotstudie auf Grund der Empfehlungen für die Umsetzung der S3 Leitlinie für psychiatrische Stationen, die Ende 2018 vom Vorstand der DGPPN verabschiedet wurden, auf Grund eigener Erfahrungen entwickelt. Eine spezielle Methode kam dabei nicht zur Anwendung. In einer Pilotstudie an fünf auf der

Basis persönlicher Kontakte ausgewählten psychiatrischen Stationen in Deutschland, die den Einschlusskriterien der späteren PreVCo-Studie entsprachen, wurde es dann erstmals eingesetzt (15). Die Erfahrungen wurden in der bereits formierten Arbeitsgruppe der PreVCo-Studie diskutiert und die Items des Rating Tools wurden teilweise noch angepasst. Eine Überprüfung der Inter-Rater-Reliabilität erfolgte mittels eines aufgezeichneten Interviews einer Implementierungsberaterin mit einem Stationsteam, das von anschließend von sechs Mitarbeitenden des PreVCo-Studienteams unabhängig geratet wurde. Es zeigte sich eine mäßige Intraklassen-Korrelation (0,607; CI 0,364; 0,834) (15).

Die Konstruktvalidität ist in Form einer Augenschein-Validität realisiert, insofern der Umsetzungsgrad genau der zwölf interessierenden, evidenzbasierten Interventionen zur Reduktion von Gewalt und Zwang erfasst wird. Eine Reliabilitätsbestimmung ist nicht erfolgt. Da die Einschätzung des Umsetzungsgrads über eine Likertskala (Wertebereich 0 bis 9) erfolgt, wird angenommen, dass die Reliabilität im Bereich anderer üblicher Likert-Skalen liegt. Die individuellen Veränderungen der Ratings der Stationen über den Zeitverlauf im Zusammenspiel mit den Ergebnissen der begleitenden qualitativen Untersuchungen deuten auf eine hinreichende Änderungssensitivität hin.

### Datenerhebung

Die Daten wurden von Juni bis August 2020 für die Baseline-Erhebung und anschließend für 12 Monate nach dem ersten Workshop T1, der zwischen September 2020 und März 2021 stattfand, für alle teilnehmenden Stationen der Interventionsgruppe erhoben. Für alle 55 Stationen wurden Daten zu aufgenommenen Fällen, belegten Betten, unfreiwillig aufgenommenen Fällen, Diagnosen, Personalausstattung (Pflege- und therapeutisches Personal) und eingesetzten Zwangsmaßnahmen (d. h. Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation) erhoben. Für alle Analysen wurden die Daten der letzten 3 Monate des Interventionszeitraums verwendet und in einen Monatsdurchschnitt umgerechnet. Den Stationen wurden elektronische Erfassungsmasken in einem Tabellenkalkulationsprogramm zur Verfügung gestellt. Zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Erfassung wurde eine ausführliche Dokumentation mit Definitionen und Kodieranleitungen an die Stationen verteilt. Zudem bestand für die Stationen jederzeit die Möglichkeit der Nachfrage bei der Projektkoordinationsstelle.

Die Daten wurden größtenteils vom Medizincontrolling der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt; in den Fällen, in denen keine Routinedaten verfügbar waren, wurden die Daten von den Stationen selbst geliefert. Hierfür wurden vom Studienteam zur Verfügung gestellte Dateneingabetabellen verwendet. Es erfolgten nach jeder Datenlieferung ausgiebige Plausibilitätschecks nicht nur bezüglich der Endpunkte, sondern bezüglich aller erfassten Daten. Bei Auffälligkeiten erfolgte Rücksprache mit den betroffenen Stationen und sofern notwendig, eine Datenkorrektur. Die von den Stationen befüllten Tabellen wurden mittels eines SQL basierten Business Information System (BIS) ausgelesen. Die Informationen flossen mit Hilfe des BIS zusammen. Das Zusammenspielen der Informationen erfolgte SQL-Skript basiert.

### Statistische Verfahren

Um mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen zu ermitteln, wurden Wilcoxon Signed-Rank-Tests mit einem alpha-Niveau von 0,05 durchgeführt. Der Vergleich der Ergebnisse der letzten drei Monate des Interventionszeitraums zwischen beiden Gruppen für das primäre Ergebnis war confirmatorisch, während alle anderen Vergleiche und Analysen explorativ waren. Als Sensitivitätsanalyse verglichen wir den gesamten 12-Monats-Zeitraum mit den verfügbaren Daten aus jeder Station unter Verwendung eines Per-Procol-Ansatzes. Alle Ergebnisse, mit Ausnahme der Ergebnisse des PreVCo Rating Tools, wurden über die letzten 3

Monate des Interventionszeitraums gemittelt. Für den Vergleich der ausgewählten Interventionen mit den nicht ausgewählten Interventionen wurde jeder PreVCo Rating Tool-Score durch Division der entsprechenden Anzahl von Interventionen standardisiert. Aufgrund der schiefen Verteilung der Daten wurden die sekundären Endpunkte auch mit dem Wilcoxon Signed-Rank-Test. Die Verteilung der PreVCo Rating Tool-Scores wich nicht statistisch signifikant von einer Normalverteilung ab und wurde daher mittels gepaarter t-Tests für abhängige Daten ausgewertet. Es erfolgte keine Imputation fehlender Daten. Es wurden nur die vorliegenden Daten als Grundlage der Analysen herangezogen.

### Methoden der qualitativen Teilstudie

Ziel war eine möglichst umfassende Erfassung von Erfahrungen im Laufe des Implementierungsprozesses, bei dem sämtliche 55 teilnehmenden Stationen aus der Interventions- und der Kontrollgruppe zu Wort kommen sollten. Um aus allen Phasen der Implementierung Eindrücke zu sammeln, wurden die Stationen auf drei Interviewzeitpunkte zufällig verteilt. Sie orientierten sich an der Durchführung der drei Implementierungsworkshops: Die Interviews sollten jeweils rund 6 bis 10 Wochen nach dem ersten, zweiten und dritten Implementierungsworkshop stattfinden. Zusätzlich wurde aus der Kontrollgruppe eine Zufallsstichprobe von 10 Stationen für ein Interview zur Ausgangssituation der Station vor Beginn der aktiven Interventionsphase gezogen. Ebenso wurde aus der Interventionsgruppe eine Zufallsstichprobe von 10 Stationen für Follow-up-Interviews ca. 6 bis 9 Monate nach Beendigung des letzten Workshops gezogen. Insgesamt waren somit 75 Interviews vorgesehen.

Weil die qualitative Begleitstudie parallel zum Implementierungsprozess stattfand, sollte vermieden werden, dass die Gesprächsinhalte und Erkenntnisse aus den Interviews die fortlaufende Intervention beeinflussten und dadurch möglicherweise die quantitativen Ergebnisse verzerrt würden. Daher wurde besonderer Wert auf eine Unabhängigkeit der Teilstudien gelegt: Es wurden während der Implementierungsphase der Studie keine Interviewinhalte an die Mitarbeitenden der Implementierungsbegleitung weitergegeben.

### Erhebungsinstrument

Die Studie basierte auf problemzentrierten Interviews nach Witzel (26). Eine erste Version des Interviewleitfadens wurde bereits in der Pilotphase von PreVCo nach dem Vorgehen von Helfferich (27) entwickelt. Diese lieferte eine solide Vorlage, auf den die Leitfadententwicklung der Studienphase aufbauen konnte. Weil die Interviews zu unterschiedlichen Phasen des Implementierungsprozesses stattfanden, wurden verschiedene Leitfäden entwickelt. Hierfür wurden fünf Fokusgruppen mit den der externen Implementierungsbegleitenden durchgeführt, um deren Erfahrungen mit dem Einführungsprozess in den jeweiligen Phasen einzubeziehen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in den Leitfäden integriert.

### Sampling und Rekrutierungsstrategie

Mit jeder teilnehmenden Station sollte mindestens einmalig ein Interview geführt werden. Die Interviews wurden als Gruppeninterviews konzipiert (zwei bis fünf teilnehmende Personen stellvertretend für die Station). Die Auswahl der teilnehmenden Personen wurde zugunsten einer niederschwellig möglichen Teilnahme den Stationen selbst überlassen. Die Durchführung der Gespräche erfolgte in Form von Telefonkonferenzen, auf Wunsch auch als Videokonferenzen.

### Datenerhebung

Die Dauer der Interviews wurde auf 30 bis 45min geplant. Erfasst wurden vorab die Anzahl der Teilnehmenden und ihr beruflicher Hintergrund, außerdem die Art der Station, auf der sie arbeiteten. Die Audioaufzeichnungen wurde von einer wissenschaftlichen Hilfskraft transkribiert. Es handelte sich um eine vereinfachte Transkription (in Anlehnung an Dresing &

Pehl (28)), bei der der Inhalt im Fokus stand und Umgangssprache bzw. Dialekte geglättet wurden. Die verschiedenen Sprechenden wurden aus Datenschutzgründen nur allgemein mit Zahlen („Person 1“) voneinander unterscheidbar gemacht. Die Transkripte wurden in einem weiteren Schritt pseudonymisiert.

## Datenauswertung

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (29) wurde in einem Wechsel aus induktiver und deduktiver Vorgehensweise vorgenommen. Die Erschließung der Transkripte erfolgte in Anlehnung an das Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR; Damschroder et al. (20,30)), dessen Hauptkategorien eine praktikable Struktur boten. CFIR stellt aus wissenschaftlichen Erkenntnissen abgeleitete, relevante Kategorien für die Analyse von Implementierungsprozesse zur Verfügung. Es ermöglicht so, Förderfaktoren und Hindernisse auf fünf verschiedenen Ebenen zu identifizieren und genauer zu bestimmen: 1.) Charakteristika der Intervention, 2.) Charakteristika des Implementierungsprozesses, 3.) Charakteristika der äußeren Rahmenbedingungen, unter denen die Implementierung stattfindet 4.) Charakteristika des inneren Settings, welches durch die Intervention beeinflusst werden soll, sowie 5.) Charakteristika der Akteure, die in den Implementierungsprozess involviert sind. Zur Analyse des Implementierungserfolgs und der Veränderungen aufgrund der Implementierung wurden in Anlehnung an Damschroder et al. (30) weitere Oberkategorien ergänzt: Implementierungsergebnis (Akzeptanz, Umsetzung, Nachhaltigkeit und Durchdringung) und Innovationsergebnis (auf der Ebene der Klinik, der Mitarbeitenden sowie der Patientinnen und Patienten).

Nach einer ersten Aufschlüsselung der Transkripte und der Zuordnung der Aussagen zu den einzelnen Ober- und Unterkategorien wurden die Aussagen in den einzelnen Unterkategorien nochmals hinsichtlich ihres Förder- bzw. Hinderungspotenzials für eine gelungene Implementierung aufgegliedert und zusammengefasst. Dasselbe Verfahren wurde für die Bestimmung des Outcomes der Implementierung und der damit verbundenen Neuerungen angewandt. Aufgrund des explorativen Charakters der qualitativen Begleitstudie wurden die Ergebnisse weitestgehend umfassend berichtet, strukturiert in Anlehnung an die Analyseebenen von CFIR und dessen Unterkategorien sowie getrennt nach Förderfaktoren und Barrieren. Als Analyseeinheit galt jeweils das einzelne Interview. Auf Aspekte, die in einzelnen Gesprächen genannt wurden, wurde nur bei besonderer Relevanz für den Implementierungsprozess im Bericht gesondert hingewiesen.

Zur Unterstützung der qualitativen Inhaltsanalyse wurde die Software MAXQDA verwendet.

## 6. Projektergebnisse

### 6.1 Quantitative Ergebnisse

#### *Baselinedaten der relevanten Ergebnismaße*

Die Ausgangscharakteristika, die in der Baseline-Periode vom 01.06.2020 bis zum 31.08.2020 erfasst wurden, sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

**Tabelle 1:** Baseline-Charakteristika der primären und sekundären Outcomes

|  | <b>Baseline Daten der<br/>späteren<br/>Wartelistenstationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Baseline data der<br/>späteren<br/>Interventionsstationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Differenzen<br/>der<br/>gematchten<br/>Paare</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>p</b><br>(Wilcoxon<br>Signed-<br>Rank-<br>Test) |
|--|--|---|--|--|
| <b>Anzahl von<br/>Zwangsmaß-<br/>nahmen pro<br/>Bett und<br/>Monat</b>               | 0.98<br>(0.09 – 5.12)  | 0.96<br>(0.00 – 5.77)   | -0.22<br>(-2.04 –<br>3.48)   | .442.  |
| <b>Kumulierte<br/>Dauer von<br/>Zwangsmaß-<br/>nahmen pro<br/>Bett und<br/>Monat</b> | 6.61<br>(0.23 – 78.39)   | 7.22<br>(0.00 – 90.82)  | 0.04<br>(-61.62 –<br>80.88)  | .614   |
| <b>Anzahl von<br/>körperlicher<br/>Übergriffe<br/>pro Bett und<br/>Monat</b>         | 0.34<br>(0.00-1.84)  | 0.23<br>(0.00-1.18)   | -0.07<br>(-1.37 –<br>1.11)   | .049   |
| <b>PreVCo<br/>Rating Tool<br/>Score</b>  | 66<br>(38 – 106)   | 65<br>(28 – 97)   | -2<br>(-31 – 21)   | .184   |

Bei den Ergebnissen, die für das Matching herangezogen wurden, der Anzahl der Zwangsmaßnahmen und der Punktzahl des PreVCo Rating Tools, wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Lediglich die Anzahl der registrierten Übergriffe pro Monat war in der späteren Interventionsgruppe geringer. Die Randomisierung war demnach bezüglich der gewählten Kriterien erfolgreich.

#### *Beschreibung der gematchten Stationen während des Interventionszeitraums*

Insgesamt wurden während des 12-monatigen Interventionszeitraums 28.118 Patienten entlassen (14.260 in der Interventionsgruppe, 13.858 in der Kontrollgruppe). Die Kennzahlen der Stationen, die während des 12-monatigen Interventionszeitraums erfasst wurden, sind in Tabelle 2 dargestellt.



**Tabelle 2:** Kennzahlen der randomisierten Stationen während des 12-monatigen Interventionszeitraums

|  | <b>Wartelisten-<br/>stationen</b><br>n=27<br>Median (min-Max) | <b>Interventions-<br/>stationen</b><br>n=27<br>Median (min-Max) |
|--|---|---|
| <b>Belegte Betten/Station</b>                              | 19<br>(5 – 27)  | 18<br>(5 – 28)  |
| <b>Aufnahmen/Monat</b>                                     | 38<br>(14 – 116)  | 44<br>(24 – 82)   |
| <b>% unfreiwillige<br/>Aufnahmen/Monat</b>                 | 19<br>(2 – 70)  | 22<br>(8 – 63)  |
| <b>Pflegekräfte/Monat</b>                                  | 17.1<br>(12.3 – 26.0)   | 15.5<br>(9.2 – 24.3)  |
| <b>Pflegekräfte/Monat/belegte<br/>Betten</b>               | 0.9<br>(0.6 – 1.5)  | 0.9<br>(0.5 – 2.5)  |
| <b>Ärzte oder<br/>Psychologen/Monat</b>                    | 3.3<br>(2.0 – 5.2)  | 3.4<br>(1.9 – 4.9)  |
| <b>Ärzte oder<br/>Psychologen/Monat/belegte<br/>Betten</b> | 0.2<br>(0.1 – 0.2)  | 0.2<br>(0.1 – 0.5)  |

Alle Unterschiede waren nicht signifikant.

### *Ausgewählte Interventionen*

Die von den 55 Stationen nach dem ersten Workshop ausgewählten Interventionen waren monatliche Teamsitzungen zur Besprechung von Situationen mit Zwangsmaßnahmen (41x), Nachbesprechung mit Patienten nach Zwangsmaßnahmen (40x), Architektur und Umfeld (16x), Risikovorhersage und -management (13x), gemeinsame Krisenpläne (11x), komplexe Interventionen (11x), Deeskalationstraining (9x), valide Erfassung von Aggressionsereignissen und Zwangsmaßnahmen (8x), kontinuierliche 1:1-Supervision während Zwangsmaßnahmen, leitliniengerechte Pharmakotherapie und Implementierung von Peer Work (jeweils 2x). Die Erstellung von Stationshandbüchern zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen wurde nicht als Intervention ausgewählt.

In der Interventionsgruppe war ein signifikanter Anstieg des PreVCo Rating Tool-Scores von Baseline (Mittelwert = 64) auf Post-Intervention (Mittelwert = 79,  $p < .001$ ) zu verzeichnen. In der Warteliste wurde keine signifikante Veränderung beobachtet (Median = 67 vs. 66,  $p = .889$ ). Vergleicht man die ausgewählten Interventionen mit den nicht ausgewählten in der Interventionsgruppe, so zeigte sich ein signifikanter Anstieg des standardisierten PreVCo Rating Tool Scores von Baseline bis nach der Intervention für die ausgewählten Interventionen (Median = 3,3 vs. 6,5,  $p < .001$ ) und auch in geringerem Maß für die nicht ausgewählten (Median = 5,3 vs. 5,7,  $p < .001$ ).

*Primäre und sekundäre Endpunkte*

Nach 12 Monaten Intervention gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Warteliste in Bezug auf die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett (Tabelle 3), die kumulierte Dauer der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett und die Anzahl der Übergriffe pro Monat und Bett (Tabelle 4) (alle  $p > .05$ ). Der primäre Endpunkt (Anzahl der Zwangsmaßnahmen) war in der Interventionsgruppe mit einer Effektgröße von Cohen's  $d$  für gepaarte Daten = 0,03 etwas niedriger, erreichte aber keine Signifikanz.

In der Interventionsgruppe wurde ein Rückgang der Zahl der Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat um 45 % im Zeitraum von der Baseline bis nach der Intervention beobachtet (Median 0-96 (Interquartilsrange (IQR) 1-34) auf 0-53 (IQR 0-59),  $p = 0-046$ ). Auch in der Wartelistengruppe wurde ein Rückgang um 28 % beobachtet (Median 0-98 (IQR 1-71) auf 0-71 (IQR 1-08),  $p = 0-016$ ). Bezüglich der kumulierten Dauer der Zwangsmaßnahmen waren die Änderungen nicht signifikant. Die Anzahl der Übergriffe änderte sich in beiden Gruppen nicht signifikant (Interventionsgruppe  $p = .230$ , Wartelistengruppe  $p = .113$ ).

Die Interventionsgruppe und die Wartelistengruppe unterschieden sich statistisch signifikant im PreVCo Rating Tool -Score ( $p < .001$ , Tabelle 4), die Effektgröße war groß (Cohen's  $d = 1,48$ ). Der Wert des PreVCo Rating Tools stieg im Laufe der Zeit in der Interventionsgruppe signifikant an ( $p < .001$ ), nicht aber in der Wartelistengruppe ( $p = .889$ ). Eine signifikante Korrelation zwischen dem Anstieg des PreVCo Scores und dem Rückgang von Zwangsmaßnahmen ließ sich nicht zeigen.

**Tabelle 3:** Primärer Endpunkt

|  | <b>Wartelisten-<br/>stationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Interventions-<br/>stationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Unterschied<br/>zwischen den<br/>gematchten<br/>Paaren</b><br>Median<br>(min – max) | <b>p</b><br>(Wilcoxon<br>Signed-<br>Rank-Test) |
|--|--|--|--|--|
| <b>Anzahl von<br/>Zwangsmaß-<br/>nahmen pro<br/>Bett und Monat</b> | 0.71<br>(0.11 – 2.72)  | 0.53<br>(0.16 – 4.00)  | -0.043<br>(-1.88 – 1.94)   | .683   |

**Tabelle 4:** Sekundäre Endpunkte

|  | <b>Wartelisten-<br/>stationen</b><br>n=27 | <b>Interventions-<br/>stationen</b><br>n=27 | <b>Unterschied<br/>zwischen den<br/>gematchten<br/>Paaren</b> | <b>p</b><br>(Wilcoxon<br>Signed-<br>Rank-Test) |
|--|---|---|---|--|
| <b>Kumulierte<br/>Dauer von<br/>Zwangsmaß-<br/>nahmen pro<br/>Bett und<br/>Monat</b> | 3.92<br>(0.21 – 99.34)                    | 6.36<br>(0.46 – 59.31)                      | 2.81<br>(-80.24 – 29.50)                                      | .665   |

|   |                       |                     |                         |                     |
|---|-----------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| Median<br>(min – max)   |                       |                     |                         |                     |
| <b>Anzahl von körperlicher Übergriffe pro Bett und Monat</b><br>Median<br>(min – max) | 0.32<br>(0.00 – 2.84) | 0.19<br>(0.02-1.32) | -0.12<br>(-2.67 – 0.96) | .143                |
| <b>PreVCo Rating Tool Score</b><br>(MW (SD))  | 66<br>(15,6)          | 79<br>(53 – 104)    | 12<br>(14,2)            | < .001 <sup>1</sup> |

<sup>1</sup>t-Test für verbundene Stichproben

### Sensitivitätsanalysen für primäre und sekundäre Outcomes

Die mediane Anzahl der gültigen Monate mit Ergebnisdaten betrug 12 (Minimum 9; Maximum 12) pro Station. Vollständige Daten über 12 Monate lagen von 42 (76 %) der Stationen vor. In Übereinstimmung mit der Primäranalyse gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der Warteliste (Tabelle 5) in Bezug auf die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett, die kumulierte Dauer der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett und die Anzahl der Übergriffe pro Monat und Bett (alle  $p > .05$ ). Die Interventionsgruppe und die Warteliste unterschieden sich statistisch signifikant in der Veränderung des PreVCo-Rating-Tools von Baseline bis nach der Intervention (Median 14 vs. -2,  $p < .001$ ).

**Tabelle 5:** Sensitivitätsanalyse

|  | <b>Wartelistenstationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Interventionsstationen</b><br>n=27<br>Median<br>(min – max) | <b>Unterschied zwischen den gematchten Paaren</b><br>Median<br>(min – max) | <b>p</b><br>(Wilcoxon Signed-Rank-Test) |
|--|--|--|--|---|
| <b>Anzahl von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat</b>           | 0.75<br>(0.11 – 3.92)  | 0.60<br>(0.11 – 3-79)  | -0.17<br>(-3.14 – 2.70)  | .269                                    |
| <b>Kumulierte Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat</b> | 6.73<br>(0.36 – 76.76)                                       | 6.85<br>(0.41 – 60.65)   | -0.52<br>(-63.71 – 27.76)  | .665                                    |

|  |                       |                       |                         |      |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------|
| <b>Anzahl von körperlichen Übergriffe pro Bett und Monat</b> | 0.34<br>(0.00 – 2.12) | 0.22<br>(0.05 – 0.84) | -0.14<br>(-2.04 – 0.69) | .337 |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|------|

Ob unterschiedliche Umsetzungsempfehlungen unterschiedliche Wirkungen entfalten, wäre von Interesse, konnte aber aufgrund des insgesamt negativen Ergebnisses und der geringen Anzahl der teilnehmenden Stationen für die meisten Empfehlungen nicht quantitativ bestimmt werden.

#### *Prä-Post-Vergleich der Interventionsstationen und der Wartelistenstationen nach der Interventionsphase*

In dem Zeitraum von 12 Monaten nach Abschluss der Interventionsphase wurden in der vorangegangenen Interventionsgruppe 14.091 Entlassungen gezählt, in der vormaligen Wartelistengruppe 15.579 Entlassungen. In der Interventionsgruppe ergaben sich bezüglich der Anzahl Zwangsmaßnahmen und der Anzahl aggressiver Übergriffe keine statistisch signifikanten Änderungen gegenüber dem Interventionszeitraum. Der Umsetzungsgrad der gewählten leitliniengestützten Interventionen, gemessen mit dem PreVCo Rating Tool, stieg gegenüber dem Interventionszeitraum statistisch signifikant an.

Die Wartelistenstationen erhielten die Intervention nach Abschluss der Intervention auf den Interventionsstationen mit einem 12 Monate späteren Beginn. Daher war ein weiterer Prä-Post-Vergleich dieser Stationen nach dem Vergleich mit der Baselinephase möglich. Hier sind von den 55 teilnehmenden Stationen 28 Stationen einbezogen, während von den insgesamt N=55 nur je 27 für das Matching einbezogen werden konnten. Die Ergebnisse zeigt die Tabelle 6. Während von der Baselinephase bis zum Ende der Wartelistenphase bereits ein Rückgang der Zwangsmaßnahmen um 28 % konstatiert wurde (s.o.), zeigte sich nach Abschluss der Intervention kein weiterer signifikanter Rückgang mehr. Gegenüber der Warteperiode stieg der Umsetzungsgrad der gewählten leitliniengestützten Interventionen statistisch signifikant an.

**Tabelle 6.** Prä-Post-Analyse der Wartelistengruppe nach Intervention

| <b>Wartelistenstationen</b><br>n = 27                           |  |  |  |          |
|---|--|--|--|----------|
|   | <b>Wartelisten-<br/>periode</b><br>12 Monate | <b>Interventions-<br/>periode</b><br>12 Monate | (Wilcoxon<br>Signed-<br>Rank-Test)<br>n = 28 | <b>p</b> |
| <b>Anzahl von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Monat</b>            | 0.76<br>(0.97)                               | 0.86<br>(0.97)                                 | -0.02<br>(0.43)                              | .45      |
| <b>Kumulierte Dauer von Zwangsmaß-nahmen pro Bett und Monat</b> | 7.7<br>(30.2)                                | 8.8<br>(24.8)                                  | 0.0<br>(8.0)                                 | .93      |

|  |                |                |                 |     |
|--|----------------|----------------|-----------------|-----|
| <b>Anzahl körperlicher Übergriffe pro Bett und Monat</b> | 0.34<br>(0.42) | 0.31<br>(0.32) | -0.06<br>(0.16) | .11 |
|--|----------------|----------------|-----------------|-----|

## 6.2 Qualitative Studie

### Beschreibung des Samples

Von den geplanten 75 Interviews konnten 70 realisiert werden. Die Interviews mit Stationen der Interventionsgruppe (IG) konnten alle wie geplant durchgeführt werden. Bei der Kontrollgruppe (KG) fielen 3 Vorabinterviews aus, zudem 2 Interviews nach 2. Workshop. Die Gründe hierfür waren fast immer organisatorischer Art (v.a. keine Termine im vorgesehenen Zeitfenster, Unerreichbarkeit von Ansprechpartnern). Mit 53 Stationen konnten mindestens einmalig Gespräche geführt werden. Ihre Behandlungsschwerpunkte waren überwiegend Allgemeinpsychiatrie (N=47), in 5 Fällen Suchtbehandlung, in einem Fall Gerontopsychiatrie.

An den 70 Interviews nahmen meist eine (N=24) oder zwei Personen (N=23) teil, in Einzelfällen bis zu 7 Personen. Dem Anspruch an eine Beteiligung verschiedener Berufsgruppen kamen die Stationen in 36 Gesprächen nach. Insbesondere Personen aus Pflegeberufen waren beteiligt (57 Gespräche), gefolgt von Ärztinnen und Ärzten (32 Gespräche). Weitere Berufsgruppen waren Psychologinnen bzw. Psychologen, Sozialarbeit, Ergotherapie u.a., außerdem zweimalig auch Genesungsbegleiterinnen und –begleiter. Personen in Leitungspositionen waren in 50 Gesprächen (Pflegeberuf) bzw. 25 Gesprächen (Arztberuf) anwesend.

### Förderfaktoren und Hindernisse der Implementierung

Die wichtigsten Förderfaktoren und Hindernisse für eine Implementierung wurden verschiedenen Ebenen zugeordnet (vgl. Abb 1). Nach CFIR hängen die Erfolgsaussichten für ein Implementierungsvorhaben davon ab, dass auf allen Ebenen günstige Voraussetzungen herrschen. In gleicher Weise können auf allen Ebenen spezifische Barrieren ein Vorhaben behindern.

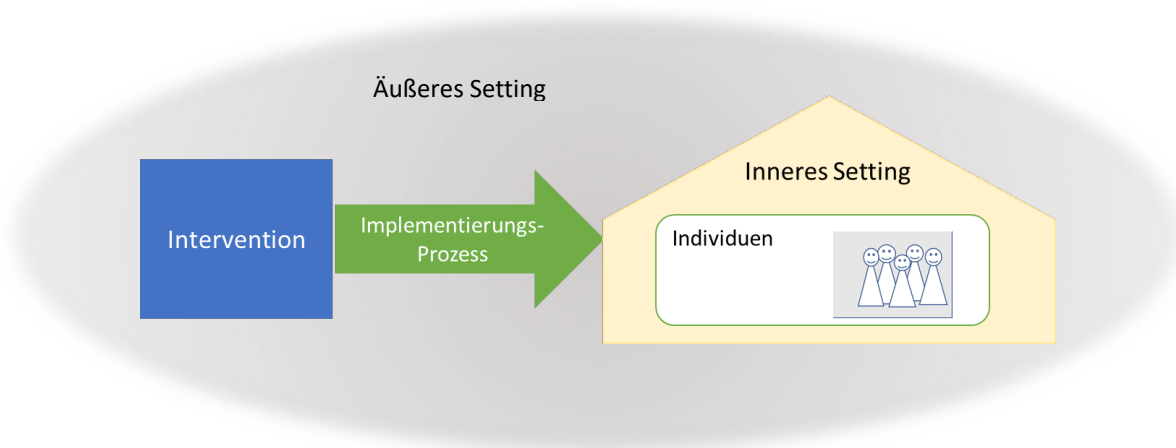


Abbildung 1 Hauptkategorien für die qualitative Auswertung der Förderfaktoren und Hindernisse nach CFIR

Eine zusammenfassende Übersicht über die wesentlichsten Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung der Handlungsempfehlungen des PreVCo-Projekts auf den unterschiedlichen Ebenen ist in Tabelle 7 dargestellt.

**Tabelle 7:** Zusammenfassung der Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung

|                                | Förderfaktoren  | Barrieren  |
|--------------------------------|---|--|
| Äußeres Setting                | Bewusstsein für und Anerkennung äußerer Vorgaben<br>Wunsch nach mehr Vernetzung und Weltoffenheit   | Corona-Pandemie und damit verbundene Maßnahmen   |
| Intervention                   | Externe Quelle<br>Design der Intervention (individuelles Coaching durch externe Akteure)<br>Wahlmöglichkeit und Anpassbarkeit der Maßnahmen<br>Relativer Vorteil durch die Veränderung  | Online-Format der Workshops<br>Befürchtete Kosten in Form von Mehraufwand ohne Mehrwert  |
| Inneres Setting                | Gute Kommunikationsstrukturen<br>Teamstabilität, Teamgeist und gute Teamkooperation<br>Vorerfahrungen mit Veränderungsprozessen<br>Kultur des gemeinsamen Lernens und der Weiterentwicklung<br>Bewusstsein für Patientenbedürfnisse<br>Wahrgenommener Veränderungsbedarf im Handeln<br>Zugänglichkeit von Information und Wissen für alle | Belastende Arbeitsstrukturen<br>Personalmangel/-fluktuation<br>Geringer Teamzusammenhalt<br>Erschwernisse bei Austausch und Kommunikation<br>Defizitorientierter Blick auf die Patientinnen und Patienten – „Unvermeidbarkeit von Zwang“<br>Geringe Priorisierung der Implementierung<br>Mangelnde Verfügbarkeit von Ressourcen<br>Geringes Engagement der Leitungsebene |
| Charakteristika der Individuen | Überzeugung hinsichtlich des Sinns und der Umsetzbarkeit der Veränderung<br>Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung<br>Qualifikation und Erfahrung mit Veränderungsprozessen  | Ungleichzeitigkeit der Veränderungsmotivation im Team<br>Abwartende Skepsis bis offener Widerstand<br>Resignative Haltung  |
| Implementierungsprozess        | Partizipative Entscheidungsfindung bereits hins. Studienteilnahme, Einbezug des gesamten, multiprofessionellen Teams<br>Ermöglichung der multiprofessionellen Workshopteilnahme   | Mangel an Teampartizipation bei Entscheidungsprozessen (z.B. auferlegte Studienteilnahme)<br>Workshopteilnahme nur für ausgewählte Mitarbeitende bzw. Fehlen von Berufsgruppen<br>Mangel an multiprofessionellem Commitment/Ausfall einzelner Berufsgruppen  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>Herausarbeiten der individuellen Teamvision</p> <p>Gründliche Planung mit klarer Aufgabenverteilung und festen Verantwortlichen mit Vertretungsregelung</p> <p>„Champions“ mit guter Reputation im Team, die Vermittlungsarbeit leisten und auf Priorität der Umsetzung achten</p> <p>Umsetzung nach Plan mit regelmäßigen Reflexionsschleifen</p> <p>Reflexion und Evaluation – regelmäßige Evaluation des Prozesses mit ggf. Abänderungsmöglichkeit; als fester Bestandteil der Intervention, aber auch teamintern</p> <p>Standardisierte Maße für Evaluation</p> | <p>Abwesenheit von „Champions“</p> <p>Wenig elaborierte Planung, unklare Aufgabenverteilung, Mangel an festen Verantwortlichen bzw. keine klare Vertretungsregelung</p> <p>Verschieben der Umsetzung bzw. Aussetzen der Umsetzung</p> <p>Patientinnen und Patienten lassen sich nicht involvieren oder Verfassung erschwert bzw. verunmöglicht Umsetzung</p> |
|--|--|--|

## Förderfaktoren

### Äußeres Setting

Es herrschte bei den Teilnehmenden ein verbreitetes Bewusstsein für äußere Vorgaben (z.B. Umsetzung gesetzlicher Vorgaben, Arbeiten nach Leitlinien) vor. Zugleich wurde häufig ein Mangel an externer Vernetzung der Stationen ersichtlich, der jedoch als Förderfaktor in Erscheinung trat. Er äußerte sich im Wunsch bzw. im Erleben, durch die Studienteilnahme mehr über die gängige Praxis der Zwangsreduktion auf anderen Stationen zu erfahren, aber auch von anderen zu lernen, sowie das eigene Vorgehen diesbezüglich besser einordnen zu können. Insofern erwies sich die eingeschränkte Vernetzung bei gleichzeitigem Wunsch nach mehr Weltoffenheit als ein motivierender Faktor nicht nur für die Teilnahme an der Studie an und für sich, sondern auch für die Umsetzung von Veränderungen auf der Station. Teilweise wurde ein gewisser Sportsgeist angeregt, am Ende der Studie im Vergleich mit anderen teilnehmenden Stationen gut abzuschneiden.

### Intervention

Dass die geplante Intervention nicht von der Station selbst entwickelt worden war, sondern von außen an sie herangetragen und mit externer Unterstützung implementiert wurde, erwies sich nach den Aussagen in vielen Interviews nicht als Hemmnis, sondern als besondere Chance. Hierdurch habe die Planung und Umsetzung von Veränderungen mehr Verbindlichkeit und Struktur gewonnen. Zudem wurde oft begrüßt, durch den Außenblick der externen Implementierungsberatenden eine neue Sicht auf die eigene Arbeitsweise und auf Veränderungspotenziale zu erlangen. Dies helfe, das bisherige Handlungsspektrum zu erweitern. Besonders positiv hervorgehoben wurden in vielen Interviews das Design der Intervention in Form einer zeitlich begrenzten Studie mit einem Warte-Kontroll-Gruppensdesign, die Anleitung zum Implementierungsvorhaben in Form von Workshops und

eine individuelle Begleitung durch erfahrene Implementierungsberaterinnen sowie die Anpassbarkeit der Vorgehensweise auf die spezifischen Stationsbedingungen, von der Auswahl der Empfehlungen bis zur zeitlichen Struktur der Umsetzung.

### *Inneres Setting*

Obwohl die Arbeitsstrukturen der befragten Stationen im allgemeinen als wenig günstig für die Implementierung von Veränderungen angesehen wurden (s.u.), erwiesen sich einige Aspekte durchaus als förderlich: In allen Teams gab es funktionierende Kommunikationsstrukturen, an die mit bestimmten Handlungsempfehlungen auch gut angeknüpft werden konnte (z.B. monatliche Besprechung von Zahlen zu Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Teamsitzung). Die Qualität der Teamzusammenarbeit, aber auch der professions- und stationsübergreifenden Zusammenarbeit, sowie der Teamzusammenhalt und die gegenseitige kollegiale Fürsorge wurden in einigen Teams als hervorragend beschrieben und als unterstützend für das Vorankommen bei der Implementierung gegenüber einem veränderten Vorgehen mitbrachten als alteingesessene Mitarbeitende.

Manche Stationen berichteten über vorangegangene Erfahrungen mit der Implementierung von neuen Programmen. Eine erfolgreiche Umsetzung förderte das Selbstvertrauen der Stationen, weitere Anforderung gemeinschaftlich zu meistern. Viele Stationen verfügten über bereits fest verankerte Maßnahmen zum Umgang mit Aggression auf Station und zur Förderung von Deeskalation. Diese überschritten sich teilweise mit den 12 Handlungsempfehlungen. Auf einigen Stationen gab es zudem Vorerfahrungen mit komplexen Programmen wie Safewards oder Weddinger Modell. An all diese Erfahrungen konnte im Rahmen der Implementierungsbegleitung angeknüpft werden. Die ins Auge gefassten Handlungsempfehlungen wurden in vielen Interviews als kompatibel zur bisherigen Praxis der Behandlung und des Stationsmanagements und als anschlussfähig an bisher schon eingeführte oder in Ansätzen erprobte Maßnahmen eingestuft.

Aus vielen Gesprächen ließ sich auf eine Sensibilität für die Bedürfnisse und Ressourcen der Patientinnen und Patienten bei den Stationsmitarbeitenden schließen. Dies betraf insbesondere ein Bewusstsein für die negativen Folgen von Zwangserleben und Autonomieeinschränkungen, aber auch für das Eskalationspotenzial durch räumliche Enge, mangelnde Privatsphäre und ungewollte Nähe anderen angespannten Personen während eines stationären Aufenthalts. Insbesondere die Relevanz eines entspannten Stationsklimas zur Vermeidung von Aggression wurde hervorgehoben und der Wunsch, den Patientinnen und Patienten einen guten Ort zur Genesung zu schaffen. Dies stärkte die Motivation, sich für Möglichkeiten der Reduktion von Zwang zu interessieren und eigenes Handeln zu hinterfragen.

Stationskulturen lassen sich beschreiben mit geteilten Werten und Haltungen. Aus den Interviews trat bei einigen Stationen ein produktiver Gemeinschaftsgeist zutage, mit Wissbegierde und Offenheit für neue Ansätze und dem gemeinsamen Interesse, sich selbst und die Arbeit auf Station weiterzuentwickeln.

Mehrheitlich wurde von den Stationen die Notwendigkeit erkannt, die bisherige Praxis zu verändern. Besonders die als belastend erlebten Arbeitsbedingungen auf den Stationen mit viel Aggressivität und häufigen Zwangsmaßnahmen förderten das Interesse, durch neue Handlungsoptionen und Reduktion von Zwang Verbesserungen zu erreichen. Auch wurde das Bedürfnis geäußert, die eigene Arbeit qualitativ besser zu gestalten und mit den Kolleginnen und Kollegen zu einem einheitlicheren und transparenteren Vorgehen zu gelangen.

### *Charakteristika der Individuen*

Aus über der Hälfte der Interviews ging hervor, dass das Team von der Notwendigkeit und der Wirksamkeit der Implementierung der Handlungsempfehlungen überzeugt war. Allerdings wurde auch häufig von Skepsis im Team berichtet (s. Hindernisse). Es wurde deutlich, dass Skepsis insbesondere zu Beginn der Studie vorherrschte, dass aber mit laufender



Studiendauer die Motivation stieg und die Umsetzung von zunehmend mehr Mitarbeitenden mitgetragen wurde. Aus den Gesprächen ließ sich bei vielen Teilnehmenden auf das Selbstvertrauen schließen, die gestellten Aufgaben mit hinreichend Engagement gut zu bewältigen.

### *Implementierungsprozess*

Günstig für den Implementierungsprozess (nach CFIR bestehend aus Planung, Einbezug relevanter Akteure, Umsetzung und Reflexions- und Evaluationsphasen) war Partizipation, also die Beteiligung aller Teammitglieder mit den unterschiedlichen professionellen Hintergründen von Anfang an – begonnen bei der Entscheidung für eine Studienteilnahme und der Auswahl der Handlungsempfehlungen bis hin zur Übergabe von Verantwortung für die Umsetzung einzelner Maßnahmen. Bestimmte Elemente des Implementierungskonzepts erwiesen sich als besonders förderlich: Die gemeinsame Entwicklung einer Teamvision, die elaborierte Planung mit dem Setzen von Meilensteinen für die Umsetzung sowie regelmäßige Reflexion und Evaluation des eigenen Fortkommens. Bei der Planung erwies es sich als wichtig, feste (und vom Sinn des Vorhabens überzeugte) Verantwortliche für die zu bewältigenden Aufgaben zu definieren, vor allem aber Vertretungsregelungen zu finden. Hilfreich für die Erfassung und Visualisierung von Fortschritt und Veränderung waren Einschätzskalen (visuelle Analogskalen). Entsprechend dem Konzept war für die Umsetzung sowohl zeitlich als auch inhaltlich viel individueller Spielraum, was einerseits aufgrund der Alltagsanforderungen geschätzt wurde, andererseits auch zu Verschiebung des Vorhabens führte. Handlungsempfehlungen, die sich aufgrund ihres Charakters leicht in die bisherige Tages- oder Wochenstruktur einbauen ließen (z.B. monatliche Besprechung von Zwangsmaßnahmen), hatten allerdings größere Chancen, bis zum Ende der Interventionsphase planmäßig umgesetzt zu werden und regelmäßig zur Anwendung zu kommen.

Als günstig erwies es sich, wenn auf der Station bereits überzeugte Vertreterinnen und Vertreter der Reduktion von Zwangsmaßnahmen mit dem entsprechenden Wissen waren („Champions“), die unter Kolleginnen und Kollegen Vertrauen genossen. Durch die Studie wurde die Position der Champions im Team aber auch aufgewertet. Zusätzlich war es günstig, wenn Personen in Leitungspositionen die Studie offenkundig mittrugen und unterschiedliche Professionen sich in gleichem Ausmaß dem Gelingen der Umsetzung verpflichtet fühlten und es von Beginn des Vorhabens an eine „kritische Masse“ an interessierten Mitarbeitenden gab.

## **Hindernisse**

### *Äußeres Setting*

Als grundlegender und hauptsächlichlicher äußerer Störfaktor, der auf sämtlichen Ebenen des Implementierungsvorhabens seine Spuren hinterließ, ist die Covid-19 Pandemie zu nennen. Sie begann fast zeitgleich mit dem Start der Implementierungsworkshops bei der Interventionsgruppe. Aufgrund der mit dem Pandemiemanagement verbundenen Maßnahmen musste die ursprüngliche Konzeption der Intervention verändert werden: Statt mehrerer Vor-Ort-Workshops wurden die Workshops nun mehrheitlich in Form von Video-Konferenzen durchgeführt. Dies hatte unter anderem zur Folge, dass Stationen die technischen und räumlichen Voraussetzungen dafür realisieren mussten, und stellte besondere Anforderungen an die am Workshop teilnehmenden und -durchführenden. Corona-bedingt kam es zu klinikinternen Umstrukturierungen (z.B. Veränderung der Arbeitsweisen, Veränderung der bisherigen Patientenstruktur). Dies stellte die Mitarbeitenden parallel zu Studienbeginn vor neue Aufgaben und erschwerte die geplante Einführung von Neuerungen im Zuge der Studie (u.a. durch begrenzte Austauschmöglichkeiten, erhöhte Arbeitsbelastung oder Personalausfälle). Viele Stationen berichteten, dass die Bewältigung der Pandemie oberste Priorität vor allen anderen

Veränderungen habe. Nicht zuletzt mussten die ursprünglich geplanten Implementierungsschritte häufig an die wechselnden Gegebenheiten vor Ort, an veränderte Strukturen und Arbeitsschwerpunkte angepasst werden.

### *Intervention*

Auf der Ebene der Intervention zeigten sich wenige Hindernisse für die Implementierung. Nur zu Beginn der Studie wurde vereinzelt die Befürchtung einer Einmischung durch Externe ohne Einblicke in die hiesigen Gegebenheiten laut. Zum allgemein geschätzten Studiendesign wurde gelegentlich geäußert, die Workshops wären - insbesondere aufgrund des Online-Formats - anstrengend gewesen, zu lang, vereinzelt auch inhaltlich redundant. Ungünstig war dabei auch, dass die Workshops meistens bei laufendem Stationsbetrieb durchgeführt wurden und den Stationen keine extra Ressourcen hierfür zur Verfügung standen (s. inneres Setting).

Handlungsempfehlungen, die den Stationen in der Umsetzung zu komplex erschienen, wurden oft a priori nicht ausgewählt. Dies betraf insbesondere komplexe Programme wie z.B. Safewards, aber auch Maßnahmen, die einen hohen bürokratischen Aufwand befürchteten ließen, oder an denen viele unterschiedliche Akteure, auch außerhalb der Station selbst beteiligt waren. Die Mitarbeitenden befürchteten Mehrarbeit ohne spürbaren Mehrwert. Bei den befürchteten und tatsächlich erlebten Kosten der Implementierung ging es fast immer um die Sorge vor einer Überforderung der Mitarbeitenden. Selten kam die Befürchtung zur Sprache, dass durch eine veränderte Vorgehensweise die Sicherheit der Mitarbeitenden gefährdet werden könne.

### *Inneres Setting*

Die wohl gravierendsten Barrieren für die Implementierung der Handlungsempfehlungen fanden sich auf der Ebene des inneren Settings.

Als Belastungsfaktoren wurden häufig ein hoher Aufnahmedruck, eine hohe Fluktuation der Patientinnen und Patienten und Überbelegung genannt, eine Situation, die sich durch Maßnahmen im Zuge der Covid-19 Pandemie noch verschärfte. Die Umsetzung des Studienvorhabens trat vor dem aktuellen Tagesgeschehen oft in den Hintergrund. Die räumliche und bauliche Situation vieler Stationen wurde als ein Faktor erlebt, der Aggressionen und die Neigung zur Eskalation von Konflikten und Gewalt begünstigt und hierdurch dem Stationsteam zusätzliche Arbeit aufbürde.

Fast alle Stationen beklagten einen Mangel an ausreichendem, qualifiziertem und erfahrener Personal bzw. eine hohen Fluktuation bei den Mitarbeitenden. Als besonders hinderlich wurde ein Wechsel oder eine unbesetzte Stelle von Führungskräften erfahren. Ein Betrieb mit vielen Teilzeitkräften und Schichtdiensten erschwere ein kontinuierliches Arbeiten an einem gemeinsamen Ziel aufgrund fehlender Kontakt- und Abstimmungsmöglichkeiten. Die multiprofessionelle, kontinuierliche Zusammenarbeit wurde zudem durch unterschiedliche berufsspezifische Arbeitsstrukturen behindert (z.B. im pflegerischen Bereich Schichtdienst, im ärztlichen Bereich durch Dienste, Vertretungen und Stellenrotation). Die Pandemie-Maßnahmen mit getrennten Teams erschwerten die Kommunikation zusätzlich. Es bedurfte eines besonderen Aufwands zur Weitergabe von studienrelevanten Informationen an alle Beschäftigten. Über einen tragfähigen Teamgeist berichteten nicht alle Stationen – manche Teams berichteten von geringerem Gruppenzusammenhalt, insbesondere in der multiprofessionellen Zusammenarbeit, und suboptimalen Kommunikationsstrukturen.

Vor dem Hintergrund der unvorhersehbaren Alltagsanforderungen auf einer Akutstation wurde das Implementierungsvorhaben oft mit eher geringerer Priorität angegangen, gerade dann, wenn parallel zur Studie weitere strukturelle Veränderungen im Gange waren. Ein Veränderungsbedarf der bisherigen Praxis werde von manchen Mitarbeitenden nicht erkannt und konnte im Gegenteil als Kritik an den bisherigen Anstrengungen aufgefasst werden. Man müsse in dem Beruf darauf achten, nicht zu sehr abzustumpfen und feine Nuancen von Aggressionen zu übersehen. Manche Patientinnen und Patienten seien ungeeignet für einige

Handlungsempfehlungen. Teilweise wurde auch über widerständige Stationstraditionen gesprochen, welche generell das Einführen von Neuerungen und das Reflektieren der eigenen Praxis erschwerten.

Bestimmte Handlungsempfehlungen erwiesen sich beim Versuch der Implementierung als wenig kompatibel mit dem Stationsalltag, z.B. wenn dafür die gleichzeitige Anwesenheit bestimmter Mitarbeitender aus verschiedenen Berufsgruppen erforderlich war (Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen), wenn die neue Praxis sich organisatorisch (z.B. Verlegung vor Möglichkeit der Kontaktaufnahme) oder aus anderen Gründen (z.B. Zeit) nicht umsetzen ließ.

Besonders häufig wurden als Implementierungshindernisse mangelnden Ressourcen benannt, v.a. Personal, notwendige Mittel und Zeit. Selten gab es besondere Vergünstigungen seitens der Klinik für die teilnehmenden Stationen, was sich auch erschwerend bemerkbar machte, wenn es um die Teilnahme an den Workshops bei laufendem Stationsbetrieb ging. Manchmal wurde mangelndes Engagement der Mitarbeitenden auf Leitungsebene deutlich.

### *Charakteristika der Individuen*

Obwohl sich viele Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner als überzeugt von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zeigten, wurde daraus auch deutlich, dass zum Zeitpunkt des Interviews nur etwa die Hälfte der Teams konstant geschlossen hinter der Umsetzung der Handlungsempfehlungen stand. Die Spanne reichte von einzelnen abwartend skeptischen bis widerständigen Teammitgliedern bis zu dem gesamten Team, gegen dessen Interessen die Verantwortlichen die Studie umsetzen sollten. Dies war für die Betroffenen eine zermürbende Erfahrung. Eine abwartend skeptische Haltung überlagerte sich mit einem gewissen Maß an Resignation, also dem Eindruck, in diesem System unter diesen Arbeitsumständen und mit diesen Patientinnen und Patienten kaum etwas bewirken zu können.

### *Implementierungsprozess*

Insbesondere ein Mangel an Teampartizipation bei Entscheidungsprozessen trat als eine wesentliche Barriere zum Vorschein, die Stationsmitarbeitenden für eine Mitarbeit an der Studie zu gewinnen. Die Studienteilnahme wurde von einigen Seiten als durch die Organisationsleitung „aufgedrängt“ empfunden. Aber auch in späteren Stadien des Projekts unterminierte der Mangel an Einbezug der Ausführenden in Entscheidungen und ein Ignorieren ihrer Sichtweise das Engagement für ein Gelingen der Implementierung. Wenn an den Workshops nur einzelne ausgewählte Mitarbeitende teilnehmen konnten bzw. ganze Berufsgruppen fehlten, führte dies bei den für die Studie Verantwortlichen zu kommunikativem Mehraufwand. In einigen Teams ließen sich bis zum Schluss nicht alle Mitarbeitenden involvieren.

Als ungünstig erwies sich außerdem eine vage Planung, eine unklare Aufgabenverteilung, wenn es nicht gelang, feste Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen festzulegen, Vertretungsregelungen für den Fall der Abwesenheit zu installieren und genügend Unterstützer im Team zu finden, oder wenn es den Verantwortlichen an Commitment mangelte. Aufgrund der Pandemie und tagesaktueller Herausforderungen lief die Umsetzung der Handlungsempfehlungen im Alltag oft nicht wie vorgesehen ab. Insbesondere kam es zu zeitlichen Verzögerungen des Plans oder eine bereits begonnene Umsetzung wurde für eine gewisse Zeit ausgesetzt oder nicht mehr aufgenommen. Bei einigen der 12 Handlungsempfehlungen steht explizit die Interaktion mit Patientinnen und Patienten im Fokus (z.B. Nachbesprechung Zwangsmaßnahmen, bestimmte Elemente von Safewards). Es wurde vereinzelt in den Interviews auch geäußert, dass sie nur erschwert umgesetzt werden konnten, wenn sie durch die Betroffenen verweigert oder durch deren Verfassung verunmöglicht wurden.

Reflexions- und Evaluationsprozesse zum Stand der Umsetzung wurden als sehr hilfreich empfunden, fanden aber mangels Zeit fast überwiegend in den extern geleiteten Workshops statt.

## **Ergebnisse des Implementierungsprozesses und Folgen der Implementierung**

### *Akzeptanz und Einführung*

Die Gespräche mit den Teams, die an mindestens einem Implementierungsworkshop teilgenommen hatten, zeigten, dass es gelungen ist, trotz vor allem anfänglicher Widerstände unter manchen Mitarbeitenden den Prozess einzuleiten und hinreichend Akzeptanz für die Einführung von Neuerungen zu schaffen. Bei allen Befragten wurden die ersten Schritte in Richtung Planung, teilweise auch bereits praktische Umsetzung des Implementierungsvorhabens in Angriff genommen, selbst wenn zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Stationsmitarbeitenden das Vorhaben mittragen konnten. Öfter wurde beschrieben, dass die Akzeptanz mit dem Verlauf der Einführung der Neuerungen und den Erfahrungen damit gesteigert werden konnte.

### *Umsetzung*

Der Grad und die Qualität der Umsetzung variierten zum Zeitpunkt des Interviews bei den befragten Stationen. Knapp die Hälfte der befragten Stationen gaben bei den nach dem dritten Workshop und bei Follow Up geführten Interviews an, die ursprünglich geplanten Handlungsempfehlungen vollständig umgesetzt zu haben. Mit einer Ausnahme gab der Rest an, immerhin einen Teil der Handlungsempfehlungen implementiert zu haben, oder, dass implementiert wurde, die Anwendung aber nicht konsistent erfolge, z.B. zeitweiliges Aussetzen, keine routinemäßige Anwendung.

### *Nachhaltigkeit und Durchdringung*

Generell zeigte sich, dass einmal eingeführte Veränderungen oft nicht selbstverständlich fortgeführt und verstetigt wurden, sondern es permanenter Aktualisierung des Themas sowie regelmäßiger gegenseitiger Erinnerung und Kontrolle bedurfte, dass sie zum Einsatz kamen und wie vorzugehen sei. Handlungsempfehlungen, die sich in das feste Wochenprogramm einfügen ließen, hatten es hierbei leichter. Ebenso wurden günstige Strategien der Aufrechterhaltung, das Etablieren von Prozessen und Schaffen von Strukturen benannt (z.B. Checklisten, Dokumentationsbögen in der Patientenakte, fester Platz des Themas in der Supervision). Auch wurden in den Gesprächen nicht selten die Anstrengungen einzelner Verantwortlicher sichtbar, das kontinuierliche Umsetzen aufrechtzuerhalten. Was die Breitenwirkung anbelangt, gab es Stationen, deren Implementierungsprozess klinikintern auf Interesse stieß, z.B. bei Nachbarstationen. Es konnten auch vereinzelt klinikübergreifend neue Netzwerke geschaffen werden zum Austausch über das laufende Vorhaben (z.B. Einführung komplexer Programmen wie Safewards).

### *Folgen der Implementierung*

Ein kurzer Überblick über die genannten wesentlichen Folgen und Wirkungen der Implementierung findet sich in Tabelle 8.

#### Folgen für die Mitarbeitenden

Einige Stationen berichteten von einem tatsächlichen Rückgang von Zwangsmaßnahmen, der häufigeren Anwendung milderer Mittel oder der Verkürzung von Zwangsmaßnahmen im Zuge der Implementierung. Allerdings wurde an manchen Stellen auch Enttäuschung laut, dass sich die Bemühungen nicht in den tatsächlichen Zahlen der Zwangsanwendung widerspiegeln

und man keine Veränderung erkennen könne. Sehr viele Stationen schilderten jedoch ein gewachsenes Bewusstsein für das eigene Handeln und dessen Folgen. Sie berichteten von einer generellen Sensibilisierung für Möglichkeiten der Deeskalation, ein stärkeres Hinterfragen des eigenen Vorgehens und der eigenen Haltung in Bezug auf die Anwendung von Zwang sowie von einer Zunahme von Empathie und mehr Beziehungsorientierung in den Interaktionen mit Patientinnen und Patienten. Die professionellen Kompetenzen haben sich erweitert, ebenso zeige sich eine stärkere Handlungssicherheit im Umgang mit Aggressionen. Die Implementierung neuer Vorgehensweisen stärkte die Motivation, neue Wege auszuprobieren und noch mehr über Möglichkeiten der Zwangsvermeidung zu lernen.

Der Implementierungsprozess und die Erfahrung mit der Umsetzung hatten nach Angaben der Befragten oft positive Folgen für die Zusammenarbeit des Stationsteams. Durch die häufige gemeinsame Auseinandersetzung mit dem Thema und die Gelegenheit der Reflexion im Team habe sich der kollegiale Umgang miteinander und der Austausch im Team verbessert. Der Teamgeist sei gestärkt worden und die Stationsatmosphäre und Arbeitssituation haben sich verbessert. Die gegenseitige Fürsorge sei gewachsen. Das Entwickeln einer Teamvision und gemeinsam miteinander bzw. voneinander zu lernen, das Entdecken neuer Rollen im Team wurden als bereichernd empfunden. Mitarbeitende, die sich bereits vor der Implementierungsstudie mit den Möglichkeiten der Zwangsreduktion auseinandergesetzt hatten, erfuhren eine Aufwertung.

Mangelnde Mitsprachemöglichkeit bei Entscheidungen, das Erleben von Machtlosigkeit und mangelnder Unterstützung, sowohl gegenseitig im Team als auch durch die Klinik, führte in einigen Teams und bei den Implementierungsverantwortlichen zu Frustration und bremste die Motivation.

#### *Folgen für die Klinik*

Es gab vereinzelt Berichte über die Zusage von Umbaumaßnahmen seitens der Klinik bzw. für klinikweite Fortbildungen, die die Befragten auch als eine Folge des Implementierungsprojekts sahen.

#### *Folgen für Patientinnen und Patienten*

Einige Stationen berichteten von einer positiven Resonanz ihrer Patientinnen und Patienten auf die implementierten Handlungsempfehlungen. Neu installierte Angebote würden gerne angenommen (z.B. Kontakte zur Genesungsbegleiterin). Es habe Rückmeldungen gegeben, dass sich die Atmosphäre auf der Station deutlich verbessert hätte und entspannter sei. Die Patientinnen und Patienten begrüßten es, von den Mitarbeitenden ernster genommen und mehr auf Augenhöhe behandelt zu werden (z.B. Nachbesprechung Zwangsmaßnahmen).

**Tabelle 8:** Zusammenfassung der Folgen und Wirkungen der Implementierung

|               | Positive Folgen   | Keine/negative Folgen   |
|---------------|---|---|
| Mitarbeitende | Verringerung von Aggression und Reduktion von Zwangsmaßnahmen<br>Sensibilisierung und vermehrte Reflexion eigenen Handelns<br>Kompetenzerweiterung, Professionalisierung, Handlungssicherheit<br>Patientenorientierung und Empathie | Ausbleibende Wirkung auf Aggression und Zwang<br>Ausbleibende Wirkung auf Arbeitsatmosphäre<br>Frustration<br>- Erleben von Machtlosigkeit und Mangel an Mitsprache<br>- Mangel an Unterstützung durch Klinik |

|                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
|                            | Verbesserung von Kommunikation und Kooperation im Team<br>Verbesserung der Arbeitsatmosphäre<br>Stärkung von Motivation | - Mangel an Unterstützung innerhalb des Teams |
| Klinik/Organisation        | Stationsübergreifende Bereitstellung von Ressourcen   | Keine Angaben                                 |
| Patientinnen und Patienten | Verbesserung der Stationsatmosphäre<br>Nutzung neuer Angebote<br>Erleben von Empathie und Wertschätzung                 | Keine Angaben                                 |

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

Das wichtigste Ergebnis der PreVCo-Studie war, dass wir im kontrollierten Vergleich nicht nachweisen konnten, dass die Intervention zur Verbesserung der Leitlinieneinhaltung eine signifikante Auswirkung auf die primäre Ergebnismessung, die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auf den teilnehmenden Stationen, hatte. Im Vergleich zum Ausgangszeitraum gingen die Zwangsmaßnahmen auf den Interventionsstationen zwar um 45 % zurück, aber auch auf den Wartelistenstationen verringerten sich diese Maßnahmen um 28 %, während die Zahl der Übergriffe unverändert blieb. Alle teilnehmenden Stationen erreichten somit im Durchschnitt eine erhebliche Reduktion der Zwangsmaßnahmen, jedoch war diese im Vergleich von Interventions- und Wartelistenstationen nicht signifikant. Allerdings hatten die Wartelistenstationen ihr Potential damit auch weitgehend ausgeschöpft. Nachdem sie 12 Monate später schließlich auch die Intervention erhielten, konnte im Auswertungszeitraum keine weitere Reduktion bezüglich des primären Endpunktes mehr erzielt werden.

Auch bei den sekundären Ergebnisgrößen, der kumulativen Dauer der Zwangsmaßnahmen und der Häufigkeit der aggressiven Übergriffe, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollstationen. Dieses Ergebnis reiht sich ein in eine Reihe negativer Ergebnisse aus gut konzipierten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) weltweit, die darauf abzielen, das Ausmaß an Zwang in psychiatrischen Kliniken zu verringern (31-35). RCTs mit positiven Ergebnissen zeichnen sich dagegen durch geringe Power ohne Stichprobenkalkulation (36-38) oder sonstige größere methodische Probleme (39) aus. Die Verringerung von Zwang scheint schwierig zu sein und lässt sich vielleicht eher durch rechtliche Änderungen als durch klinische Maßnahmen erreichen (40). Es gibt mehrere Faktoren, die für das negative Ergebnis der Studie verantwortlich sein könnten. Erstens: Unerwarteterweise kam es auch auf den Wartelisten-Stationen zu der genannten erheblichen Reduzierung der Zwangsmaßnahmen. Dies war möglicherweise aufgrund des Studiendesigns unvermeidlich. Nach der Aufnahme in die Studie war ein erster Workshop erforderlich, um die Ergebnisse des PreVCo Rating Tools zu Beginn der Studie zu ermitteln. Die meisten Stationsteams hofften, auf die Interventionsstationen randomisiert zu werden, da sie die ihnen vorgestellten Interventionen gerne anwenden wollten. Nachdem sie auf die Warteliste randomisiert worden waren, äußerten einige Teams den Wunsch, mit einigen Änderungen in

ihrer Praxis der Anwendung von Zwang zu beginnen. Aus ethischer Sicht konnte den Stationen nicht aus Gründen der Studienteilnahme untersagt werden, evidenzbasierte Maßnahmen zur Verringerung von Zwang umzusetzen, wenngleich dies als im Grunde unerwünscht kommuniziert wurde. Die erhebliche Reduzierung der Zwangsmaßnahmen auf den Wartelisten-Stationen könnte also auf einem Spillover-Effekt (Übernahme von Teilen des Programms bereits vor Beginn der Intervention) beruht haben (wogegen allerdings spricht, dass sich auf den Wartelistenstationen keine Verbesserung des PreVCo-Scores zeigte) oder auf einem Beobachtungseffekt (Hawthorne-Effekt) dahingehend, dass das bloße Wissen um die Fragestellung der laufenden Studie und deren Fokus zu einer Veränderung der klinischen Praxis führte.

Zweitens machte es die COVID-19-Pandemie erforderlich, einen erheblichen Teil der Workshops in Form von Videokonferenzen durchzuführen. Dieser Umstand könnte das persönliche Engagement und den Zusammenhalt der Teams geschwächt haben. Generell verlagerte sich der Schwerpunkt der Aufmerksamkeit wahrscheinlich von der Verringerung von Zwang auf die Prävention von COVID-19-Infektionen. Auch die Zahl der Einweisungen ging zurück, gleichzeitig nahmen jedoch unfreiwillige Einweisungen und restriktive Praktiken zu (41), wie dies in vielen Teilen Deutschlands (42) und wahrscheinlich in den meisten Ländern der Welt zu beobachten war. Darüber hinaus konnten einige Stationen ihre regulären Aufgaben eine Zeit lang nicht mehr erfüllen, da sie in spezialisierte Infektions- oder Quarantänestationen umgewandelt werden mussten. Der Vorteil des RCT-Designs besteht jedoch darin, dass sich diese Änderungen in der klinischen Praxis theoretisch auf Interventions- und Kontrollstationen in ähnlicher Weise und gleichzeitig auswirken sollten. Es ist möglich, dass die teilnehmenden Stationsteams weniger Anstrengungen unternommen haben, um Zwang zu vermeiden, als sie es unter Nicht-COVID-19-Bedingungen hätten tun können.

Drittens war die statistische Aussagekraft bei Paaren ( $n = 27$ ) von Stationen nicht ausreichend, um kleine Effekte, wie sie hier beobachtet wurden, aufzudecken. Die statistische Aussagekraft bezieht sich notwendigerweise auf die Anzahl der klinischen Stationen, nicht auf die viel höhere Anzahl von 27726 behandelten Patienten. Viertens konnte das Potenzial der Intervention noch nicht voll ausgeschöpft werden, da nur drei (bzw. zwei im Falle komplexer Interventionen) von 12 vorgeschlagenen Interventionen ausgewählt werden mussten. Selbst die drei ausgewählten Empfehlungen wurden während des Interventionszeitraums aufgrund der widrigen Umstände der Pandemie möglicherweise nicht vollständig umgesetzt. Auch die Art der maßgeschneiderten Maßnahmen hatte zur Folge, dass nicht alle Stationen die gleiche Menge an Maßnahmen erhielten. Schließlich war die durchschnittliche Umsetzung der Leitlinienempfehlungen bereits zu Beginn der Studie mit 64 (38-106) von 135 möglichen Punkten im PreVCo-Rating-Tool recht hoch, was darauf hindeutet, dass die psychiatrischen Abteilungen in Deutschland in den letzten Jahren ein hohes Bewusstsein für das Thema Zwang entwickelt haben. Zwanzig Jahre zuvor hätten wahrscheinlich fast alle teilnehmenden Stationen eine Bewertung knapp über 0 erreicht, so dass Deckeneffekte eine Rolle gespielt haben könnten. Andererseits spielte auch ein Bodeneffekt eine Rolle, da einige Stationen zu Beginn der Studie sehr niedrige Raten von Zwangsmaßnahmen aufwiesen, die allen weiteren Verbesserungen Grenzen setzten.

Erfreulich waren unsere Ergebnisse in Bezug auf die Umsetzung, die zeigten, dass die Implementierung erfolgreich war, gemessen am PreVCo Rating Tool. Die Teamleistung in Bezug auf die Leitlinienumsetzung war in der Interventionsgruppe nach einem Jahr signifikant

besser. Dieser Befund steht im Gegensatz zu den Ergebnissen einer früheren Übersichtsarbeit, wonach Maßnahmen der Leitlinienimplementierung überraschenderweise häufig entweder keine, nur schwache oder sogar negative Auswirkungen auf die Leitlinienbefolgung hatten (13). Wir interpretieren unser signifikantes Ergebnis einer 15-Punkte-Verbesserung im PreVCo-Score als starken Beleg für den Erfolg unserer Implementierungsstrategie. Unsere neuartige Strategie wurde von spezialisierten Implementierungsberatern unter Verwendung der Erkenntnisse aus unserer Pilotstudie entwickelt (15). Die deutliche Verbesserung der Ergebnisse des PreVCo Rating Tools auf den Interventionsstationen war besonders bemerkenswert angesichts der Belastungen durch die COVID-19-Pandemie und der wiederkehrenden Notwendigkeit, Workshops als Videokonferenzen durchzuführen.

Die Interviews mit Mitarbeitenden auf den an der Studie teilnehmenden Stationen zeigten, dass das Implementierungsvorhaben generell machbar war und positiven Wirkungen für die Stationen, auch in Bezug auf die Reduktion von Aggression und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen mit sich gebracht hat.

Das Implementierungskonzept in Form einer Studie mit Warte-Kontrollgruppen-Design, einjähriger Interventionsphase, externer Begleitung durch Workshops und erfahrenen Implementierungscoaches wurde mehrheitlich positiv bewertet und stieß bei den Stationen, insbesondere bei jenen, die sich bereits intensiver mit den Möglichkeiten der Zwangsreduktion auseinander gesetzt hatten, überwiegend auf offene Ohren. Das Bewusstsein für einen Veränderungsbedarf, nicht nur zur Verbesserung des Umgangs mit herausfordernden Patientinnen und Patienten, sondern auch der eigenen Arbeitsatmosphäre war groß. Ein weiteres wesentliches Hindernis für die planmäßige Umsetzung des Implementierungsvorhabens waren die bestehenden organisatorischen Strukturen bzw. parallel laufende Veränderungsprozesse auf den Stationen, die Personalknappheit bzw. – fluktuation, mangelnde Komptabilität der Handlungsempfehlungen mit dem Stationsablauf und die mangelnde Verfügbarkeit ausreichender Ressourcen, insbesondere Zeit. Die Motivation in den Teams war uneinheitlich, in manchen blieben bei einzelnen Mitarbeitenden Skepsis und offener oder latenter Widerstand gegenüber Veränderungen bis zum Schluss bestehen und verlangten den Implementierungsverantwortlichen viel Überzeugungsarbeit ab. Ungünstig war mit Sicherheit auch, dass einige Stationen die Studie als von der Organisation aufgedrängt erlebten, ohne sich selbst dafür entscheiden zu können. Trotz alledem konnte der Prozess auf allen Stationen eingeleitet werden und die hierzu befragten Stationen hatten am Ende fast alle zumindest einen Teil der Handlungsempfehlungen umgesetzt.

Obwohl die messbare Wirkung der Neuerungen auf die Zahlen von Zwang und aggressiven Übergriffen begrenzt blieb, wurden eine Reihe positiver Nebeneffekte benannt, insbesondere was die beruflichen Kompetenzen der Mitarbeitenden anbelangt, aber auch –als Folge des gemeinsamen Lernprozesses – auf die Teamkooperation. Zudem gab es offenbar eine positive Resonanz durch Patientinnen und Patienten auf die durchgeführten Veränderungen.

Folglich ergeben sich bezüglich der Hypothesen des Studienplans abschließend folgende Ergebnisse:

H1: Die Anzahl von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Jahr lässt sich mit der Intervention insgesamt reduzieren.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.



H2: Die kumulative Dauer freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen pro Bett und Jahr lässt sich mit der Intervention insgesamt reduzieren.

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden.

H3: Stationen mit einer höheren Leitlinienkonformität als Ausgangslage haben weniger Zwangsmaßnahmen und aggressive Übergriffe.

Auch diese Hypothese ließ sich nicht bestätigen. Zur Baseline zeigte sich in der Gesamtstichprobe keine signifikante Korrelation zwischen der Leitlinienkonformität und der Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Monat und Bett. In einem multifaktoriellen Prädiktionsmodell war nur der Anteil der untergebrachten Patienten ein signifikanter Prädiktor für Zwangsmaßnahmen.

H4: Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Grad der Umsetzung der Implementierung in der Interventionsphase und der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen zeigen.

Ein derartiger Zusammenhang ließ sich nicht mit statistischer Signifikanz belegen.

H5: Es lassen sich entsprechend den gewählten Arbeitsschwerpunkten der Interventionsstationen unterschiedliche erfolgreiche Strategien identifizieren.

Die Hypothese H5 lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten. Es stellte sich während der Studie heraus, dass die Arbeitsweisen der unterschiedlichen Stationen zu sehr unterschieden (auch durch die notwendigen Anpassungsprozesse durch die Pandemie) und nicht ausreichend operationalisierbar waren, um einer quantitativen Untersuchung zugänglich zu sein. Die Auswertung der unterschiedlichen Implementierungsempfehlungen und ihrer Wirkungen war aufgrund der sehr unterschiedlichen Auswahl der einzelnen Empfehlungen (manche nie oder nur zweimal gewählt) und des kleinen n nicht sinnvoll möglich.

## Stärken und Limitationen

Die größte Stärke dieser Studie ist, dass es sich um das bisher umfassendste RCT handelt, das darauf abzielt, die Wirksamkeit einer Intervention zur Verringerung der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern zu prüfen. Die Studie hat zwar ein negatives Ergebnis, das aber hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass auch die Kontrollgruppe die Anwendung von Zwangsmaßnahmen um 28 % reduzieren konnte. Festzuhalten ist, dass trotz der widrigen Bedingungen der Pandemie, die insgesamt in Deutschland zu einem Anstieg von Zwangsmaßnahmen führte, alle teilnehmenden Stationen ihre Praxis dahingehend verändern konnten, dass von Zwangsmaßnahmen weniger Gebrauch gemacht wurde. Dies geschah bei einem gleichbleibenden Anteil unfreiwilliger Patienten und unverändert häufigen tötlich-aggressiven Übergriffen von Patienten, was also nicht auf eine Änderung der versorgten Klientel zurückzuführen. Die Studie weist auch einige methodische Limitationen auf. Es ist nicht bekannt, ob die teilnehmenden Stationen repräsentativ für die Grundgesamtheit psychiatrischer AufnahmeStationen in Deutschland sind (über diese Grundgesamtheit gibt es keine Daten). Ein Selektionsbias hat vermutlich dahingehend bestanden, dass solche Kliniken teilnahmen, die ohnehin an einer hohen Behandlungsqualität auf diesem Gebiet interessiert waren und deshalb schon in vergangenen Jahren erhebliche Anstrengungen auf diesem Feld unternommen hatten. Dies spiegelt sich in dem doch recht hohen durchschnittlichen PreVo-

Score vor der Intervention wider. Vergleichsdaten dazu gibt es aber nicht. Es kann vermutet werden, dass auf Grund von vorhandenen Deckeneffekten die erzielten Effekte geringer waren als sie bei in dem Thema gänzlich unvorbereiteten Stationen gewesen wären. Idealerweise hätte eine Zufallsstichprobe für die Teilnahme gezogen werden müssen und die Intervention hätte den teilnehmenden Stationen vor der Randomisierung nicht bekannt sein dürfen. Derartige Studienbedingungen sind allerdings nicht herstellbar.

Die Qualität der von den teilnehmenden Stationen gelieferten Daten war vermutlich nicht einheitlich. Bei den teilnehmenden Stationen aus Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, die routinemäßig seit Jahren für das baden-württembergische Melderegister bzw. die Qualitätssicherung der Kliniken in Nordrhein-Westfalen Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen integriert in die Krankeninformationssysteme erheben, dürfte die Datenqualität verlässlicher gewesen sein als in den Berliner Kliniken, wo solche Erfassungen bisher nicht und vor allem nicht in digitalen Patientenakten erfolgten. In dieser Studie wurde eine Ratingskala verwendet, die für diesen Zweck in einer früheren Pilotstudie entwickelt und getestet wurde. Im Hinblick auf die Implementierungswissenschaft befasst sich die Studie mit einer dringenden Frage in Forschung und klinischer Praxis: Wie können Erkenntnisse aus der Forschung in eine nachhaltige klinische Praxis umgesetzt und die Kluft zwischen Evidenz und Praxis überbrückt werden? Der Nachweis für die erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen basierte auf der einvernehmlichen Bewertung der Stationsteams und des externen Implementierungsberaters mit dem PreVCo Rating Tool; es gibt jedoch keine unabhängigen Bewertungen oder objektive Daten, die belegen, dass sich die Einhaltung der Leitlinie im klinischen Alltag tatsächlich verbessert hat. Nach den erhaltenen Bewertungen war die Intervention jedoch wahrscheinlich stark genug, um die ausgewählten Empfehlungen in die Praxis umzusetzen. Dies lässt sich auch als Resümee des Forschungsvorhabens verallgemeinern. Die Implementierung von Leitlinienempfehlungen in die Stationsroutine ist machbar. Es ist sinnvoll, diesen Prozess in Form eines externen Coachings mit Expertise in Teamprozessen über einen längeren Zeitraum zu begleiten und in das Konzept regelmäßige Evaluierungsphasen und ausreichend Zeit für Reflexion einzubauen. Die Implementierung benötigt Zeit und Ressourcen, die vorab zur Verfügung gestellt werden sollten. Wichtig ist der Einbezug und die Mitsprachemöglichkeit aller Mitarbeitenden beim Vorhaben sowie das Herausarbeiten einer gemeinsamen Vision, um eine entsprechende Motivation der Beteiligten zu stärken und aufrechtzuerhalten.

Die allgemeinere Frage ist, ob die Empfehlungen an sich wirksam sein können. Sie umfassen das gesamte verfügbare Wissen über die Prävention von Zwang, wie es in den Leitlinien dargelegt ist. Jedoch muss eingeräumt werden, dass viele Leitlinienempfehlungen eher auf einem starken Konsens als auf Evidenz beruhen (z. B. gemeinsame Krisenpläne, Einbeziehung von Peers, Nachbesprechung und räumliche Bedingungen). Letzten Endes stellen die vorliegenden Empfehlungen die besten Instrumente dar, die uns derzeit zur Verfügung stehen, und die Mitarbeitenden und Stationsteams waren der Ansicht, dass sie eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Qualität der klinischen Praxis, der Wahrung der Patientenwürde und der Aufrechterhaltung der Teamkohärenz spielen können.

Auch die qualitative Teilstudie unterliegt Limitationen. Das Interviewkonzept sah vor, möglichst von allen Stationen und in allen Phasen des Implementierungsprozesses Aussagen zu den Erfahrungen zu erhalten. Die randomisierte Zuteilung von zu interviewenden Stationen auf die Interviewzeitpunkte hatte zur Folge, dass der individuellen Prozess und Verlauf auf einzelnen Stationen nicht abgebildet werden konnte. Die Entscheidung für eine von der eigentlichen Implementierungsbegleitung unabhängigen qualitativen Begleitforschung hat

möglicherweise dazu geführt, dass relevante Aspekte beim tatsächlichen Prozess der Implementierung unentdeckt geblieben sind. Die Interviews wurden nur mit Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen durchgeführt, die Auswahl der Teilnehmenden wurde den Stationen selbst überlassen und es handelte sich mehrheitlich um Gruppengespräche, nicht um Einzelinterviews. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den Teilnehmenden um eine Selektion von Personen handelte, die der Studie tendenziell positiv gegenüberstanden und teilweise auch verantwortlich für die Durchführung waren. Trotz der Zusicherung von Anonymität der Aussagen kann nicht davon ausgegangen werden, dass kritische Punkte im Studienkonzept, vor allem aber im stationsinternen Implementierungsprozess immer genannt wurden und erfasst werden konnten. Die Konzeption als Gruppeninterview trug mit Sicherheit zusätzlich dazu bei, nach außen hin ein geschlossenes Bild abzugeben. Für eine realistische Erfassung der Wirkungen der implementierten Handlungsempfehlungen auf Station hätte man zusätzlich Patientinnen und Patienten nach ihren Erfahrungen befragen müssen. Somit sind die Ergebnisse zu den Wirkungen mit dem Bias behaftet, dass die Teilnehmenden selbst ihre Anstrengungen bewerteten und Inkonsistenzen vermutlich nicht erfasst werden konnten.

## **8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung**

Trotz des negativen Ergebnisses im primären Endpunkt unter den zuvor eingehend geschilderten Bedingungen wird die Studie in der Fachwelt als Erfolgsmodell und als „Blaupause“ für die Implementierung von Leitlinien angesehen. Die Ableitung von pragmatischen, in der Umsetzung messbaren Implementierungsempfehlungen aus Behandlungsleitlinien für Behandlungsteams, ein gut strukturierter methodengeleiteter Implementierungsprozess, die Entwicklung eines dafür geeigneten Messinstruments und die Begleitung durch externe Expertinnen oder Experten sind die Kernelemente der Projektergebnisse, die auch für andere Leitlinien in der Psychiatrie und der Medizin insgesamt künftig Anwendung finden können.

Bezüglich der Vermeidung von Zwang stehen die Ergebnisse dieser Studie in einer Reihe mit negativen Ergebnissen aus anderen qualitativ hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen aus den letzten 20 Jahren. Einen klaren „Königsweg“ gibt es offenbar nicht. Dennoch hat das Thema größte Bedeutung für die Qualität der Patientenversorgung und die Wahrung von Patientenrechten, nicht zuletzt auch aus der Sicht von Betroffenenverbänden. Das PreVCo-Programm beinhaltet sämtliches auf Evidenz- oder Konsensebene gesicherte Wissen zu Interventionen zur Vermeidung von Gewalt und Zwang und ist insofern ungeachtet des negativen Studienergebnisses „das Beste, was wir haben“, eine Art Dachprogramm, unter dem alle derzeit bekannten Interventionen versammelt sind. Es wird daher vermutlich einstweilen der Goldstandard für psychiatrische Einrichtungen sein, um Zwang zu reduzieren oder zu vermeiden.

## **9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen**

Bereits publiziert:

Steinert T, Bechdorf A, Mahler L, Muche R, Baumgardt J, Bühling-Schindowski F, Cole C, Kampmann M, Sauter D, Vandamme A, Weinmann S, Hirsch S. Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a

Akronym: IVZ S3

Förderkennzeichen: 01VSF19037

Randomized Controlled Trial (RCT). *Front Psychiatry* 11:579176 (2020).  
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37252153/

Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Weinmann S, Baumgardt J, Kampmann M, Sauter D, Jaeger S, Walter G, Mayer M, Löhr M, Schulz M, Gather J, Ketelsen R, Aßfalg R, Cole C, Vandamme A, Mahler L, Hirsch S, Steinert T. DGPPN-Pilotstudie zur Implementierung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. *Nervenarzt* 93:450-458 (2022)

Hirsch S, Baumgardt J, Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A; PreVCo Study Group; Steinert T. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence: baseline data of the randomized controlled PreVCo study. *Front Psychiatry*. 2023 11;14:1130727. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37252153/

Steinert T, Baumgardt J, Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Jaeger S, Junghanss J, Kampmann M, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A, Hirsch S. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 35:100770

Sauter, D., Mayer, M., Walter, G., & Steinert, T. (2020). Prävention von Zwang und Gewalt. *Psychiatrische Pflege*, 5(5), 27–31.

Sauter, D., Walter, G., Mayer, M., Kampmann, M., & Steinert, T. (2020). Können Zwang und Gewalt wirksam reduziert werden? *Psychiatrische Pflege*, 5(6), 27–30.

Webseite:

[www.prevco.de](http://www.prevco.de)

weitere Publikationen in dt. und engl. Fachzeitschriften sind in Vorbereitung.

Buch: Sauter Dorothea, Junghanss Julia, Bühling-Schindowski Felix (Hrsg.). Zwang und Gewalt verhindern. Implementierungshilfen für leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen. *Psychiatrie-Verlag* 2024

## 10. Literaturverzeichnis

1. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT): Means of restraint in psychiatric establishments for adults. Date: 21/03/2017. <https://rm.coe.int/16807001c3>
2. European Commission. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper, 2005. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf), accessed 12/15/2022
3. United Nations, Human Rights Council, 2nd session, 1. Feb. 2013. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez.

- [www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf) World Health Organization. (2019). Freedom from coercion, violence and abuse: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>
4. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JM, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*; 2015; **2**:844-850.
  5. Bundesverfassungsgericht, Entscheidung vom 23.7.2018. [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2018/07/rs20180724\\_2bvr030915en.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/EN/2018/07/rs20180724_2bvr030915en.html)
  6. Deutscher Ethikrat. Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Executive summary und Empfehlungen (2018). <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/englisch/opinion-benevolent-coercion-summary.pdf>.
  7. Flammer E, Hirsch S, Steinert T. Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study. *Lancet Reg Health Eur* 2021;**11**:100233.
  8. Steinert T, Hirsch S, Goebel R, Snellgrove B, Flammer E. Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004-2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. *Eur Psychiatry* 2020;**63**:e102.
  9. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) (Hg) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin: Springer; 2019. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>.
  10. Steinert T, Hirsch S, Gerlinger G. Verhinderung von Zwang. Praxisversion der S3-Leitlinie. Berlin: Springer; 2019.
  11. Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry* 2020;**27**:1-11.
  12. Hoch E, Petersen K, Kopp I, Batra A, Mann K. Methodik der S3-Leitlinien für alkohol- und tabakbezogene Störungen. *Nervenarzt* 2016;**87**:6-12.
  13. Girlanda F, Fiedler I, Becker T, Barbui C, Koesters M. The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. *Br J Psychiatry* 2017;**210**:24-30.
  14. Steinert T, Hirsch S. Implementierung der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Psychiat Prax* 46: 294-296 (2019)
  15. Bechdorf A, Bühling-Schindowski F, Weinmann S, Baumgardt J, Kampmann M, Sauter D, Jaeger S, Walter G, Mayer M, Löhr M, Schulz M, Gather J, Ketelsen R, Aßfalg R, Cole C, Vandamme A, Mahler L, Hirsch S, Steinert T. DGPPN-Pilotstudie zur Implementierung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.. *Nervenarzt* 2022; **93**:450-458.
  16. Mahler L, Heinz A, Jarchov-Jàdi I, Bermpohl F, Montag C, Wullschleger A. Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. *Nervenarzt* 2019;**90**:700-704.

17. Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H, et al. Preventing and Reducing Coercive Measures-An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Front Psychiatry* 2019;**10**:340.
18. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv*; 2014;**65**:345-351.
19. Logan J, Graham ID. The Ottawa model of research use. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: linking evidence to action. *Oxford: Wiley-Blackwell* 2010; 83-108.
20. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice. A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; **4**: 50.
21. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited. From heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci* 2016; **11**: 33.
22. Boggatz T. Implementierung von Innovation und Praxisentwicklung. In: Schilder M, Boggatz T (Hg.). *Praxisentwicklung und Akademisierung in der Pflege. Perspektiven für Forschung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer* 2022; 43–53.
23. Lau R, Stevenson F, Ong BN, et al. Achieving change in primary care--causes of the evidence to practice gap. Systematic reviews of reviews. *Implement Sci* 2016; **11**: 40.
24. Vis C, Schuurmans J, Aouizerate B, et al. Effectiveness of self-guided tailored implementation strategies in integrating and embedding internet-based cognitive behavioral therapy in routine mental health care: Results of a multicenter stepped-wedge cluster randomized trial. *J Med Internet Res* 2023; **25**:e41532.
25. Steinert T, Bechdorf A, Mahler L, et al. Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Front Psychiatry* 2020;**11**:579176.
26. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.) *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder Weinheim: Beltz*. 1985; 227-235.
27. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. VS Verlag für Sozialwissenschaften. *Wiesbaden: Springer*; 2011.
28. Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen (4. Aufl.)*. Marburg. 26-29; 2012.
29. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse (12. Auflage)*. *Weinheim: Beltz*; 2010.
30. Damschroder LJ et al. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. *Implementation Sci* 2022; **17**:7.
31. Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*; 2013;**381**:1627-1633
32. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, et al. Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *Lancet* 2013; **381**: 1634-41.
33. Rixe J, Neumann E, Möller J, et al. Joint crisis plans and crisis cards in inpatient psychiatric treatment – A multicenter randomized controlled trial. *Dtsch Arztebl Int* 17/02/2023 (in press); arztebl.m2022.0384. Epub ahead of print
34. Abraham J, Kupfer R, Behncke A, et al. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019; **96**:27-34.

35. Wullschleger A, Vandamme A, Mielau J, et al. Effect of standardized post-coercion review on subjective coercion: Results of a randomized-controlled trial. *Eur Psychiatry* 2021; **64**(1): e78.
36. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;**64**:850-855.
37. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;**193**:44-50.
38. Celofiga A, Kores Plesnicar B, Koprivsek J, et al. Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Front Psychiatry* 2022;**13**:856153.
39. Finch K, Lawrence D, Williams MO, Thompson AR, Hartwright C. A Systematic Review of the Effectiveness of Safewards: Has Enthusiasm Exceeded Evidence? *Issues Ment Health Nurs* 2022;**43**:119-136.
40. Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Dtsch Arztebl Int* 2019; **166**: 336-343.
41. Flammer E, Eisele F, Hirsch S, Steinert T. Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. *PLoS One* 2022;**17**:e0264046.
42. Zielasek J, Vrinssen J, Gouzoulis-Mayfrank E. Utilization of inpatient mental health care in the Rhineland during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 2021; **9**:593307.

## 11. Anhang

keiner

## 12. Anlagen

Anlage 1: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 1.WS

Anlage 2: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 2.WS

Anlage 3: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 3.WS

## Anlage 1: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 1.WS

### **Persönliche Vorstellung. Klärung des zeitlichen/organisatorischen Rahmens:**

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview zu führen.

Ich habe für unser Gespräch ca. 30-45 Minuten eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie mir erzählen werden und wie viel Zeit Sie mitgebracht haben, können wir auch früher oder später abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen, Orte und Institutionen möglich sind.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen gemacht. Ich werde die Fragen aber nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte Sie einladen, frei zu erzählen, was Ihnen einfällt. Es geht hier nicht um Richtig oder Falsch - mich interessiert Ihre ganz persönliche Sichtweise. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, werde ich unser Gespräch mit einem Diktiergerät aufzeichnen. Ich werde es nun anschalten, wenn Ihnen das Recht ist.

Haben Sie noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

### **Bezugnahme zum Forschungsgegenstand:**

Aus meiner Email/Telefonkontakt wissen Sie bereits, dass ich in diesem Gespräch gerne gemeinsam mit Ihnen ihre bisherigen Erfahrungen im Implementierungsprozess im Rahmen der PreVCo-Studie zur Reduktion von Zwang und Aggression reflektieren würde.



| Inhaltlicher Fokus              | Themen   | Leitfrage  | Vertiefende Fragen  | Optionale Nachfragen   |
|---------------------------------|--|--|---|--|
| <b>Einstieg in das Gespräch</b> | <p>Arbeitskontext &amp; spezifische Routinen/Arbeitsweisen</p> <p>Tätigkeitsbereich/Funktion der IP</p> <p>Begrifflichkeiten aufgreifen/Verständnis von Zwang</p> <p>Motivation für Studienteilnahme</p> | <b>Vielleicht können Sie mir einfach mal kurz erzählen, wie das kam, dass Sie als Station an der PreVCo-Studie teilnehmen?</b>   | <p>Welche Rolle haben Sie auf Station? Was sind Ihre Aufgaben?<br/>Wie kommen Sie mit dem Thema Zwang in Kontakt?</p> <p>Verständnis von Zwang -<br/>Wenn wir über das Thema Zwang sprechen, was genau verstehen Sie darunter? An was denken Sie dabei? (damit wir dasselbe meinen)</p> <p>Prävalenz von Zwang –<br/>Wie präsent ist das Thema Zwang in ihrer Arbeit auf Station?</p> <p>Wenn Sie an Ihre bisherigen Erfahrungen mit Aggression und Zwang auf Station denken – was erleben Sie denn dabei als hilfreich/wichtig?</p>  |  |
| <b>Ausgangslage</b>             | <p>Externe/interne Rahmenbedingungen</p> <p>Einfluss der Aussicht auf Studienteilnahme/des Auftaktworkshops auf mögliche Veränderungsprozesse</p>  | <b>Mich würde konkreter interessieren, wie die Situation bei Ihnen in der Klinik bzw. auf Station war, als Sie in die Studie gestartet sind? Wie waren die Arbeitsbedingungen bei Ihnen?</b> | <p>Externe Rahmenbedingungen und Folgen für Arbeit/Routine/ Studienteilnahme<br/>z.B. Politik, Corona → s. drüben</p> <p>Interne Rahmenbedingungen<br/><u>Studienubanhängig</u> : Arbeitsorganisation, Art der Station, Personalbezogenes – Besetzung, Ausbildung, häufige MA-Wechsel, Stationskultur</p> <p>Implementierungserfahrenes Team-<br/>Es geht ja im Rahmen von PreVCo u.a. darum, Veränderungen bzgl. bisheriger Vorgehensweise/Routinen einzuführen - Inwieweit haben Sie als Team eigentlich schon Erfahrungen mit solchen Veränderungsprozessen gemacht? Welche?</p> | <p>Stichwort Corona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt der Studie/Motivation und Offenheit ggn. Studienteilnahme</li> <li>- Personalausstattung, Quarantänebereich, Orga-Stress</li> <li>- Stationsklima → Corona-Regeln? Auswirkungen auf Patienten?</li> <li>- Horizontale Kommunikation intern erschwert (top down-Kommunikation)</li> </ul> |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
|   |  | <p><b>Wenn Sie sich an den Auftaktworkshop zurück erinnern – mich würde interessieren was in der Zeit bis zum 1. WS bei Ihnen passiert ist?</b></p> <p><b>Was hat sich in der Zeit dazwischen bei Ihnen getan? Wie haben Sie sich denn vorbereitet?</b></p> | <p><u>Im Zusammenhang mit Studienteilnahme</u><br/>         Klinikinterne Vorbereitung (auf Klinikebene – auf Stationsebene, z.B. Infos über LL, Studienteilnahme, Auswahl der WS-Teilnehmenden – alle Berufsgruppen involviert?, Vorbereitung des Teams, Entscheidung gemeinsam getragen)</p> <p>(Hier geht es um förderliche/hinderliche Einflussfaktoren, die sich möglicherweise auf den Start in die Studie auswirken, ihn erleichtern, erschweren)</p>  |  |
| <p><b>Auswahl der Handlungsempfehlungen</b></p> | <p>Akzeptanz der Handlungsempfehlungen und ihrer Auswahl</p> <p>Konkrete Erwartungen/Ziele</p> <p>Einflussvariablen (Kriterien/Faktoren)</p> <p>Art der Entscheidungsfindung</p> | <p><b>Mich interessieren auch Ihre Gedanken zu den 12 Handlungsempfehlungen: Vielleicht können Sie mir beschreiben, was für Sie bei der Auswahl eine Rolle gespielt hat.</b></p>  | <p>Konkrete Erwartungen/Ziele in Bezug auf HEs (Teamebene-was wir für unsere Station wollen, Outputebene- was rauskommen soll, Inputebene-was die IB liefern)</p> <p>Welche Kriterien oder Faktoren waren für Sie bei der Auswahl relevant?<br/>         z.B. Punktwert im Rating, wahrgenommener Verbesserungsbedarf, Machbarkeitsaspekte</p> <p>Welche HE kamen für Sie nicht in Frage und warum?</p> <p>Vielleicht können Sie mir auch beschreiben, wie Sie auf Station konkret bei der Auswahl vorgegangen sind?<br/>         z.B. partizipative/direktive Entscheidungsfindung ?</p> |  |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p><b>Externe Implementierungs-<br/>begleitung</b></p> | <p>Konzept der begleiteten Implementierung</p> <p>Workshopgestaltung</p> | <p><b>Springen wir mal zum 1. Workshop. Wie waren denn da Ihre Erfahrungen? Wie haben Sie das Coaching erlebt?</b></p> | <p>Wer hat am WS teilgenommen, wer hat das entschieden? (versch. Berufsgruppen?)</p> <p>Was war in der Begleitung eher förderlich/hinderlich? z.B. verbindliche Aufgabenverteilung, Transparenz, Zusatzangebote, Kontaktmöglichkeiten, Workshopfrequenz</p> <p>Workshopgestaltung: Welche Vorgehensweisen und Elemente waren Ihrer Erfahrung nach förderlich? Welcher Input sollte geliefert werden? Zeitlicher Rahmen? Online-Format → s. drüben</p> <p>Inwieweit hatten Sie das Gefühl, dass Ihre spezifische Situation beim Coaching berücksichtigt wurde?</p> <p>Haben Sie das Gefühl, dass es in Hinblick auf die Umsetzung einen Unterschied macht, dabei begleitet zu werden, statt das Vorhaben alleine anzugehen? Warum?</p> | <p>Stichwort Online-Format:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitliche Aspekte</li> <li>- Technische Hürden/ Störfaktoren</li> <li>- fehlender direkter Kontakt/Feedback/informeller Austausch (=Kommunikative Hürden, Vertrauensaufbau, Beziehungsaufbau)</li> </ul> |
|--|--|--|---|---|

|                         |   |   |   |  |
|-------------------------|---|---|---|--|
| <b>Umsetzung der HE</b> | <p>Ausführungsebene:<br/>Konkrete Umsetzung im Stationsalltag</p> <p>Erfahrungen auf dem Weg:<br/>Fazilitatoren/Hindernisse,<br/>Lösungsstrategien</p> <p>Einflussfaktoren auf<br/>Umsetzung</p> <p>Umsetzung wie geplant/<br/>in LL vorgesehen</p> | <p><b>Ich würde gerne noch ein bisschen über die Umsetzung auf der Station erfahren:<br/>Wie sind Sie denn im Team die Aufgabe angegangen?</b></p> <p><b>Welche Schritte haben Sie schon unternommen, um die angestrebten Veränderungen umzusetzen?<br/>Welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?</b></p> | <p>Was fiel schwer, was fiel leicht? Warum?</p> <p>Aufgabenverteilung</p> <p>Vorhandenen Ressourcen im Team/auf Station/Klinik? (organisatorisch/personell/bereits bestehende Strukturen/Kommunikation /Stationskultur...)</p> <p>Inwiefern spielt die Zusammenarbeit im Team eine Rolle? Kommunikation ins Team? Alle im Boot? Motivation im Team?</p> <p>Welche Hilfen brauchen die Stationen für eine erfolgreiche Implementierung? Wie können sie dabei unterstützt werden?</p> <p>Was hat den Prozess beeinflusst/befeuert/ gebremst?</p> <p>Läuft es denn schon so, wie Sie sich das vorgestellt haben?</p> |  |
|-------------------------|---|---|---|--|

|                           |   |   |   |  |
|---------------------------|---|---|---|--|
| <b>Veränderungen</b>      | <p>Bisherige Veränderungen</p> <p>Wahrgenommene Kosten/Nutzen der Umsetzung</p> <p>Auswirkungen bzgl. Zwang und Aggression</p> <p>intendierte / nicht-intendierte Entwicklungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Patienten</li> <li>- Patientenverhalten</li> <li>- Selbsterleben der MA (Rolle, Funktion, Haltung)</li> <li>- Teamebene/-entwicklung</li> <li>- Station als Teil der Klinik (z.B. Verlegungspraxis etc.)</li> </ul> <p>Durchdringung: Verankerung der HE im Behandlungsalltag</p> | <p><b>Inwiefern haben Sie denn seit dem 1. Workshop vielleicht schon erste Veränderungen wahrgenommen? In Ihrer Arbeit? Im Team? Im Umgang mit den Patienten?</b></p>   | <p>Sind Sie zufrieden damit, wie es bisher läuft? Ist es so, wie Sie sich das vorgestellt haben?</p> <p>Es steht ja allgemein die Befürchtung vieler im Raum, dass weniger Zwang zu einem Anstieg aggressiver Übergriffe auf Station führen könnte – Was sagen Sie dazu? (Wie gehen Sie damit um?)</p> <p>Gibt es weitere Entwicklungen im Team / in der Patientenversorgung, die im Zusammenhang mit Ihrer Studienteilnahme entstanden sind, die aber bislang aber nicht zur Sprache kamen? Inwiefern? → Nebeneffekte (z.B. Teamdynamik, Medikamente, Sicherheitsempfinden etc.)</p> <p>Was glauben Sie, wie lange dauert es, bis die Veränderung im Handeln aller Teammitglieder verankert ist?</p> | <p>Stichwort Sicherheitsempfinden</p> <p>- Haben Sie das Gefühl, dass sich da was verändert hat?</p> <p>Wodurch? Wie gehen Sie damit um?</p> |
| <b>Empfehlungen</b>       | <p>Aktuelle Haltung / Wünsche</p>   | <p><b>Sie sind ja gerade mitten auf dem Weg: Wenn Sie an die nächsten Schritte denken: Wie soll es da idealerweise weitergehen?</b></p>   | <p>Gibt es etwas, das Fragen aufwirft oder Sie aktuell noch vor Herausforderungen stellt? → Wie gehen Sie damit um?</p> <p>Was wünschen Sie sich? Was brauchen Sie?</p>   |  |
| <b>Gesprächsabschluss</b> | <p>Ggf. Pointierung; Wichtiges erfasst? Abschluss</p>   | <p><b>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen: Haben wir alles besprochen, was Ihnen relevant erscheint, oder gibt es noch etwas Wichtiges, dass ich noch wissen sollte?</b></p> <p>Gut dann bedanke ich mich recht herzlich dafür, dass Sie sich heute die Zeit für dieses Gespräch genommen haben und mir so ausführlich von ihren Erfahrungen berichtet haben. Ich schalte das Diktiergerät jetzt aus.</p> |   |  |

## Anlage 2: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 2.WS

### **Persönliche Vorstellung. Klärung des zeitlichen/organisatorischen Rahmens:**

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview zu führen.

Ich habe für unser Gespräch ca. 30-45 Minuten eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie mir erzählen werden und wie viel Zeit Sie mitgebracht haben, können wir auch früher oder später abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen, Orte und Institutionen möglich sind.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen gemacht. Ich werde die Fragen aber nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte Sie einladen, frei zu erzählen, was Ihnen einfällt. Es geht hier nicht um Richtig oder Falsch - mich interessiert Ihre ganz persönliche Sichtweise. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, werde ich unser Gespräch mit einem Diktiergerät aufzeichnen. Ich werde es nun anschalten, wenn Ihnen das Recht ist.

Haben Sie noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

### **Bezugnahme zum Forschungsgegenstand:**

Aus meiner Email/Telefonkontakt wissen Sie bereits, dass ich in diesem Gespräch gerne gemeinsam mit Ihnen ihre bisherigen Erfahrungen im Implementierungsprozess im Rahmen der PreVCo-Studie zur Reduktion von Zwang und Aggression reflektieren würde.

| Inhaltlicher Fokus              | Themen   | Leitfrage  | Vertiefende Fragen   | Optionale Nachfragen   |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Einstieg in das Gespräch</b> | Tätigkeitsbereich/Funktion der IP  | <b>Vielleicht fangen wir damit an, dass Sie sich und Ihre Station einfach kurz vorstellen.</b>   | Welche Rolle haben Sie auf Station und im PreVCo-Projekt? Was sind Ihre Aufgaben?  |  |
| <b>Ausgangslage</b>             | <p>Verständnis/Prävalenz von Zwang</p> <p>Motivation für Studienteilnahme/Studienteilnahme als Thema</p> <p>Arbeitskontext &amp; spezifische Routinen/Arbeitsweisen</p> <p>Externe/interne Rahmenbedingungen</p> | <p><b>Ich würde Ihnen gerne ein paar Fragen stellen rund um den Start in die Studie im letzten Jahr:</b></p> <p><b>Wie war eigentlich die Reaktion Ihrer Station, als sie erfahren hat, dass sie an dieser Studie teilnimmt?</b></p> <p><b>Mich würde konkreter interessieren, wie die Situation bei Ihnen in der Klinik bzw. auf Station war, als Sie in die Studie gestartet sind.</b></p> | <p>Wie kommen Sie denn in Ihrer täglichen Arbeit mit dem Thema Zwang in Kontakt und was ist Ihnen dabei wichtig?</p> <p>Wenn wir über das Thema Zwang sprechen, was genau verstehen Sie darunter, damit ich weiß, dass wir über dasselbe sprechen? An was denken Sie dabei?</p> <p>Inwiefern haben Sie sich im Vorfeld schon irgendwie auf die Studie vorbereitet? (z.B. LLs ausgelegt?, etc)</p> <p>Können Sie mir etwas über die Arbeits- bzw. Rahmenbedingungen damals auf Station erzählen, damit ich mir ein besseres Bild davon machen kann?</p> <p>Gab es denn jetzt seit letztem Jahr auf Ihrer Station irgendwelche relevanten Veränderungen im Arbeitsalltag? (z.B. Corona; Art der Station, Bettenanzahl, Personalbezogene Aspekte, Stationskultur, etc.)</p> <p>→ Implementierungserfahrenes Team<br/>Es geht ja im Rahmen von PreVCo u.a. darum, Veränderungen bzgl. bisheriger Vorgehensweise oder Routinen einzuführen - Inwieweit haben Sie als Team eigentlich schon Erfahrungen mit solchen Veränderungsprozessen gemacht? Welche?</p> | <p>→ Stichwort Corona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt der Studie/Motivation und Offenheit ggn. Studienteilnahme</li> <li>- Personalausstattung, Quarantänebereich, Orga-Stress</li> <li>- Stationsklima → Corona-Regeln? Auswirkungen auf PatientInnen?</li> </ul> |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <b>Auswahl der Handlungsempfehlungen</b>  | <p>Akzeptanz der Handlungsempfehlungen und ihrer Auswahl</p> <p>Konkrete Erwartungen/Ziele</p> <p>Einflussvariablen (Kriterien/Faktoren)</p> <p>Art der Entscheidungsfindung</p>   | <p><b>Denken wir mal an die Auswahl der Handlungsempfehlungen zurück...</b></p> <p><b>Mich würden Ihre Gedanken zu den 12 Handlungsempfehlungen interessieren: Vielleicht können Sie mir beschreiben, was für Sie bei der Auswahl eine Rolle gespielt hat?</b></p> | <p>Welche Kriterien oder Faktoren waren für Sie bei der Auswahl relevant?<br/>z.B. Punktwert im Rating, wahrgenommener Verbesserungsbedarf, Machbarkeitsaspekte</p> <p>Welche HE kamen für Sie nicht in Frage und warum?</p> <p>Vielleicht können Sie mir auch beschreiben, wie Sie auf Station konkret bei der Auswahl vorgegangen sind?<br/>z.B. partizipative/direktive Entscheidungsfindung ?</p>  |  |
| <b>Externe Implementierungsbegleitung</b> | <p>Konzept der begleiteten Implementierung</p> <p>Workshopgestaltung</p> <p>- inhaltsbezogene Aspekte</p> <p>- zeitliche Aspekte</p> <p>- Interventionsbezogene Aspekte (kleinschrittige Ziele, verbindliche Aufgabenverteilung, etc.)</p> | <p><b>Richten wir den Blick mal auf die zwei Implementierungsworkshops –</b></p> <p><b>Wie haben Sie denn das Coaching bisher erlebt?</b></p>  | <p>Workshopteilnahme: Wer hat bei Ihnen an den Workshops teilgenommen? Waren das immer die gleichen Personen? Wie wurde das entschieden?</p> <p>Was war in der Begleitung eher förderlich/hinderlich?<br/>z.B. verbindliche Aufgabenverteilung, Transparenz, Zusatzangebote, Kontaktmöglichkeiten, WS-Frequenz</p> <p>Was sagen Sie denn zur Workshopgestaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Vorgehensweisen und Elemente waren Ihrer Erfahrung nach förderlich?</li> <li>• Welcher Input sollte geliefert werden?</li> <li>• Wie beurteilen Sie den zeitlichen Rahmen der Workshops und die Studiendauer allgemein?</li> <li>• Online-Format → s. drüben</li> </ul> <p>Inwieweit hatten Sie das Gefühl, dass Ihre spezifische Situation beim Coaching berücksichtigt wurde?</p> <p>Haben Sie das Gefühl, dass es für die Umsetzung einen Unterschied macht, dabei begleitet zu werden, statt das Vorhaben alleine anzugehen? - Warum?</p> | <p>Stichwort Online-Format:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitliche Aspekte</li> <li>- Technische Hürden/ Störfaktoren</li> <li>- fehlender direkter Kontakt/informeller Austausch (=Kommunikative Hürden, Vertrauensaufbau, Beziehungsaufbau)</li> </ul> |



|                         |   |  |  |   |
|-------------------------|---|--|--|---|
| <b>Umsetzung der HE</b> | <p>Ausführungsebene:<br/>Konkrete Umsetzung im Stationsalltag</p> <p>Erfahrungen auf dem Weg:<br/>Fazilitatoren/Hindernisse, Lösungsstrategien</p> <p>Einflussfaktoren auf Umsetzung</p> <p>Umsetzung wie geplant/ in LL vorgesehen</p>               | <p><b>Ich würde gerne noch ein bisschen mehr über den Prozess der Umsetzung bei Ihnen auf Station erfahren:</b></p> <p><b>Wie haben Sie sich denn intern organisiert, um die geplanten Veränderungen in Angriff zu nehmen?</b></p> <p><b>Welche Schritte haben Sie bisher schon unternommen? Und welche Erfahrungen haben Sie dabei gemacht?</b></p> | <p>Inwieweit ist denn PreVCo im Team ein Thema<br/>Wie läuft denn die Zusammenarbeit im Team, sind alle mit im Boot?</p> <p>Vorhandenen Ressourcen im Team/auf Station/Klinik?<br/>(organisatorisch/personell/bereits bestehende Strukturen/Kommunikation/Stationskultur...)</p> <p>Was fiel schwer, was fiel leicht? Warum?<br/>Was hat den Prozess beeinflusst/befeuert/ gebremst?</p> <p>Wie lassen sich denn die Anforderungen aus der PREVCO-Studie mit dem Stationsalltag vereinbaren?</p> <p>Welche Hilfen brauchen die Stationen für eine erfolgreiche Implementierung? Wie können sie dabei unterstützt werden?</p> | <p>Thema Entscheidungsfindung:<br/>Teilnahme an Workshops/<br/>Verantwortlichkeiten/Leitpferde vs. vom Team getragen</p>  |
| <b>Veränderungen</b>    | <p>Bisherige Veränderungen</p> <p>Wahrgenommene Kosten/Nutzen der Umsetzung</p> <p>Auswirkungen bzgl. Zwang und Aggression</p> <p>intendierte / nicht-intendierte Entwicklungen</p> <p>Durchdringung:<br/>Verankerung der HE im Behandlungsalltag</p> | <p><b>Inwiefern haben Sie denn bisher vielleicht schon erste Veränderungen wahrgenommen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>In Ihrer Arbeit?</b></li> <li>• <b>Im Team?</b></li> <li>• <b>Im Umgang mit den Patienten?</b></li> <li>• <b>In Hinblick auf den Umgang mit Zwang und Aggression</b></li> </ul>                         | <p>Sind Sie zufrieden damit, wie es bisher läuft?<br/>Ist es so, wie Sie sich das vorgestellt haben?</p> <p>Gibt es weitere Entwicklungen im Team / in der Patientenversorgung, die im Zusammenhang mit Ihrer Studienteilnahme entstanden sind, die aber bislang aber nicht zur Sprache kamen? Inwiefern?</p> <p>→ Nebeneffekte (z.B. Teamdynamik, Medikamente, Sicherheitsempfinden etc.)</p> <p>Was glauben Sie, was braucht es, damit sich die Veränderung im Handeln aller Teammitglieder verankert?</p>   | <p>Falls berichtet wird, dass was nicht klappt -&gt; näher explorieren; auch Haltung dazu/Auswirkungen</p> <p>Stichwort Sicherheitsempfinden<br/>- Haben Sie das Gefühl, dass sich da was verändert hat?<br/>Wodurch? Wie gehen Sie damit um?</p> |

|                           |  |  |   |  |
|---------------------------|--|--|---|--|
| <b>Empfehlungen</b>       | Aktuelle Haltung /<br>Wünsche<br><br>Optimismus hinsichtlich<br>Zielerreichung<br><br>Nachhaltigkeit | <b>Sie haben ja schon eine Strecke des Weges zurückgelegt: Wenn Sie an die nächsten Schritte denken: Wie soll es idealerweise weitergehen?</b>   | Gibt es etwas, das Fragen aufwirft oder Sie aktuell noch vor Herausforderungen stellt? → Wie gehen Sie damit um?<br><br>Was wünschen Sie sich? Was brauchen Sie?<br><br>Wo würden Sie gerne in einem Jahr stehen? |  |
| <b>Gesprächsabschluss</b> | Ggf. Pointierung;<br>Wichtiges erfasst?<br>Abschluss   | <b>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen: Haben wir alles besprochen, was Ihnen relevant erscheint, oder gibt es noch etwas Wichtiges, dass ich noch wissen sollte?</b><br><br>Gut dann bedanke ich mich recht herzlich dafür, dass Sie sich heute die Zeit für dieses Gespräch genommen haben und mir so ausführlich von ihren Erfahrungen berichtet haben. Ich schalte das Diktiergerät jetzt aus. |   |  |

## Anlage 3: Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den PreVCo-Stationen nach dem 3.WS

### **Persönliche Vorstellung. Klärung des zeitlichen/organisatorischen Rahmens:**

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Interview zu führen.

Ich habe für unser Gespräch ca. 30-45 Minuten eingeplant. Je nachdem, wie viel Sie mir erzählen werden und wie viel Zeit Sie mitgebracht haben, können wir auch früher oder später abschließen. Wichtig ist mir, noch einmal zu betonen, dass ich selbstverständlich alle Aussagen, die Sie hier machen, vertraulich behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so anonymisieren werden, dass später keine Rückschlüsse von Dritten auf Sie oder die genannten Personen, Orte und Institutionen möglich sind.

Ich habe mir ein paar Notizen mit Fragen gemacht. Ich werde die Fragen aber nicht streng abarbeiten und nur bei Bedarf darauf schauen. Ich möchte Sie einladen, frei zu erzählen, was Ihnen einfällt. Es geht hier nicht um Richtig oder Falsch - mich interessiert Ihre ganz persönliche Sichtweise. Ich werde nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe oder ein Thema noch vertiefen möchte. Damit ich nicht während unseres Gesprächs alles mitschreiben muss, werde ich unser Gespräch mit einem Diktiergerät aufzeichnen. Ich werde es nun anschalten, wenn Ihnen das Recht ist.

Haben Sie noch Fragen an mich? Wenn nicht, können wir dann jetzt beginnen.

### **Bezugnahme zum Forschungsgegenstand:**

Aus meiner Email/Telefonkontakt wissen Sie bereits, dass ich in diesem Gespräch gerne gemeinsam mit Ihnen Ihre Erfahrungen im Implementierungsprozess im Rahmen der PreVCo-Studie zur Reduktion von Zwang und Aggression reflektieren würde.

| Inhaltlicher Fokus              | Themen  | Leitfrage  | Vertiefende Fragen   | Optionale Nachfragen   |
|---------------------------------|---|--|--|--|
| <b>Einstieg in das Gespräch</b> | <p>Tätigkeitsbereich/Funktion der IP</p> <p>Verständnis/Prävalenz von Zwang</p>   | <p><b>Vielleicht fangen wir damit an, dass Sie sich und Ihre Station einfach kurz vorstellen.</b></p>  | <p>Welche Rolle haben Sie auf Station und im PreVCo-Projekt? Was sind Ihre Aufgaben?</p> <p>Wie kommen Sie denn in Ihrer täglichen Arbeit mit dem Thema Zwang in Kontakt und was ist Ihnen dabei wichtig?</p> <p>Wenn wir über das Thema Zwang sprechen, was genau verstehen Sie darunter, damit ich weiß, dass wir über dasselbe sprechen? An was denken Sie dabei?</p>   |  |
| <b>Ausgangslage</b>             | <p>Motivation für Studienteilnahme/Studienteilnahme als Thema</p> <p>Arbeitskontext &amp; spezifische Routinen/Arbeitsweisen</p> <p>Externe/interne Rahmenbedingungen</p> | <p><b>Ich würde Ihnen gerne ein paar Fragen stellen rund um den Start in die Studie im letzten Jahr:</b></p> <p><b>Wie war eigentlich die Reaktion Ihrer Station, als sie erfahren hat, dass sie an dieser Studie teilnimmt?</b></p> <p><b>Mich würde konkreter interessieren, wie die Situation bei Ihnen in der Klinik bzw. auf Station war, als Sie in die Studie gestartet sind.</b></p> | <p>Inwiefern haben Sie sich im Vorfeld schon irgendwie auf die Studie vorbereitet? (z.B. LLs ausgelegt?, etc)</p> <p>Können Sie mir etwas über die Arbeits- bzw. Rahmenbedingungen damals auf Station erzählen, damit ich mir ein besseres Bild davon machen kann?</p> <p>→ Implementierungserfahrenes Team<br/>Es geht ja im Rahmen von PreVCo u.a. darum, Veränderungen bzgl. bisheriger Vorgehensweise oder Routinen einzuführen - Inwieweit haben Sie als Team eigentlich schon Erfahrungen mit solchen Veränderungsprozessen gemacht? Welche?</p> | <p>→ Stichwort Corona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitpunkt der Studie/Motivation und Offenheit ggn. Studienteilnahme</li> <li>- Personalausstattung, Quarantänebereich, Orga-Stress</li> <li>- Stationsklima → Corona-Regeln? Auswirkungen auf PatientInnen?</li> </ul> |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <p><b>Externe Implementierungs-<br/>begleitung</b></p> | <p>Konzept der begleiteten Implementierung</p> <p>Workshopgestaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- inhaltsbezogene Aspekte</li> <li>- zeitliche Aspekte</li> <li>- Interventionsbezogene Aspekte (kleinschrittige Ziele, verbindliche Aufgabenverteilung, etc.)</li> </ul> | <p><b>Richten wir den Blick mal auf die drei Implementierungsworkshops –</b></p> <p><b>Wie haben Sie denn das Coaching erlebt?</b></p>  | <p>Was war in der Begleitung eher förderlich/hinderlich? (z.B. verbindliche Aufgabenverteilung, Transparenz, Zusatzangebote, Kontaktmöglichkeiten, WS-Frequenz)</p> <p>Was sagen Sie denn zur Workshopgestaltung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Vorgehensweisen und Elemente waren Ihrer Erfahrung nach förderlich?</li> <li>• Welcher Input sollte geliefert werden?</li> <li>• Wie beurteilen Sie den zeitlichen Rahmen der Workshops und die Studiendauer allgemein? War ausreichend Zeit, um alles zu besprechen?</li> <li>• Online-Format → s. drüben</li> <li>• Zusatzangebote (Homepage, Telefon, Arbeitshilfen)</li> </ul> <p>Inwieweit hatten Sie das Gefühl, dass Ihre spezifische Situation beim Coaching berücksichtigt wurde?</p> <p>Was haben Sie aus den Workshops für sich mitgenommen? Was war für Sie am hilfreichsten/eindrücklichsten? (Was war für Sie in den Workshops weniger relevant?)</p> | <p>Workshopteilnahme:<br/>Wer hat bei Ihnen an den Workshops teilgenommen? Waren das immer die gleichen Personen? Wie wurde das entschieden?</p> <p>Stichwort Online-Format:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitliche Aspekte</li> <li>- Technische Hürden/ Störfaktoren</li> <li>- fehlender direkter Kontakt/informeller Austausch (=Kommunikative Hürden, Vertrauensaufbau, Beziehungsaufbau)</li> </ul> <p>Stichwort Angebote</p> |
| <p><b>Auswahl der Handlungsempfehlungen</b></p>        | <p>Akzeptanz der Handlungsempfehlungen und ihrer Auswahl</p> <p>Konkrete Erwartungen/Ziele</p> <p>Einflussvariablen (Kriterien/Faktoren)</p> <p>Art der</p>   | <p><b>Denken wir mal an die Auswahl der Handlungsempfehlungen zurück...</b></p> <p><b>Vielleicht können Sie mir beschreiben, wie Sie bei der Auswahl der Maßnahmen vorgegangen sind?</b></p> <p><b>Welche Vision hatten Sie für</b></p> | <p>Welche Kriterien oder Faktoren waren für ihre Station bei der Auswahl relevant?<br/>z.B. Punktwert im Rating, wahrgenommener Verbesserungsbedarf, Machbarkeitsaspekte</p> <p>Welche HE kamen für Sie nicht in Frage und warum?</p> <p>Würden Sie heute noch dieselben Interventionen wählen? Könnten Sie das näher erläutern?</p>  |   |

|                         | Entscheidungsfindung   | Ihre Station?  |   |  |
|-------------------------|--|--|---|--|
| <b>Umsetzung der HE</b> | <p>Ausführungsebene:<br/>Konkrete Umsetzung im Stationsalltag</p> <p>Erfahrungen auf dem Weg:<br/>Fazilitatoren/Hindernisse, Lösungsstrategien</p> <p>Einflussfaktoren auf Umsetzung</p> <p>Umsetzung wie geplant / in LL vorgesehen</p> | <p><b>Ich würde gerne noch ein bisschen mehr über den Prozess der Umsetzung bei Ihnen auf Station erfahren:</b></p> <p><b>Wie haben Sie sich denn intern organisiert, um die geplanten Veränderungen in Angriff zu nehmen?</b></p> | <p>Vielleicht können Sie mir beschreiben, wie Sie Ihr Vorhaben im Alltag umgesetzt haben? / Was war denn für die Umsetzung bei Ihnen total wichtig?</p> <p>Vorhandenen Ressourcen im Team/auf Station/Klinik? (organisatorisch/personell/bereits bestehende Strukturen/Kommunikation/Stationskultur...)</p> <p>Was fiel schwer, was fiel leicht? Warum?<br/>Was hat den Prozess beeinflusst/befeuert/ gebremst?</p> <p>Wie lassen sich denn die Anforderungen aus der PreVCo-Studie mit dem Stationsalltag vereinbaren?</p> <p>Was haben Sie denn für Ideen, damit Ihr Schiff jetzt auf Kurs bleiben kann? Was könnte Ihrem Schiff da in die Quere kommen?</p> <p>Vor Ihrem Erfahrungshintergrund - Was würden Sie jetzt anderen Stationen raten, die ihren Prozess jetzt starten?</p> <p>Was würden Sie heute anders machen?</p> | <p>Thema<br/>Entscheidungsfindung:<br/>Teilnahme an Workshops/<br/>Verantwortlichkeiten/Leitende vs. vom Team getragen</p> <p>Stichwort:<br/>Nachhaltigkeitsstrategien (Beispiele....)</p> |
| <b>Veränderungen</b>    | <p>Bisherige Veränderungen</p> <p>Wahrgenommene Kosten/Nutzen der Umsetzung</p> <p>Auswirkungen bzgl. Zwang und Aggression</p>   | <p><b>Wenn Sie zurückdenken an dieses Jahr – vom Start des Projekts bis zum Abschlussworkshop – Können Sie mir erzählen, was sich auf Ihrer Station im Verlauf des Implementierungsprozesses verändert hat?</b></p>                | <p>Gab es auf Station so etwas wie einen gemeinsamen Abschluss?</p> <p>Was hat sich in Ihrer Arbeit und in Ihrem Team verändert?</p> <p>Was hat sich im Kontakt mit Ihren Patienten verändert?</p>  | <p>Falls berichtet wird, dass was nicht klappt -&gt; näher explorieren; auch Haltung dazu/Auswirkungen</p> <p>Woran erkennt man das im Alltag? Können Sie mir</p>                          |

|                           |   |   |  |   |
|---------------------------|---|---|--|---|
|                           | <p>intendierte / nicht-intendierte Entwicklungen</p> <p>Durchdringung:<br/>Verankerung der HE im Behandlungsalltag/Nachhaltigkeit</p> | <p><b>Und seit dem Abschlussworkshop?</b></p>   | <p>Welche Veränderungen haben sich denn im Stationsalltag bewährt? (welche weniger?)<br/>Woran würde ein Außenstehender erkennen, dass sich etwas verändert hat?</p> <p>Gibt es weitere Prozesse im Team / in der Patientenversorgung, die im Kontext des Projektes entstanden sind, bislang aber nicht zur Sprache kamen?<br/>Inwiefern?</p> <p>Was war denn aus Ihrer Erfahrung für Ihr Team besonders wichtig, damit die eingeführten Veränderungen fester Bestandteil des Stationsalltags werden können?</p> <p>Ist es so, wie Sie sich das vorgestellt haben?<br/>Wie zufrieden sind Sie denn damit, wie es gelaufen ist?</p> | <p>eine Situation schildern?</p> <p>Stichwort<br/>Sicherheitsempfinden<br/>- Haben Sie das Gefühl, dass sich da was verändert hat?<br/>Wodurch? Wie gehen Sie damit um?</p> |
| <b>Ausblick/Abschluss</b> |   | <p><b>Was ist das Wichtigste für Sie, was Sie aus dem Projekt mitnehmen?</b></p>  | <p>Welches Fazit haben Sie innerhalb des Teams gezogen?</p>  |   |
| <b>Gesprächsabschluss</b> | <p>Ggf. Pointierung;<br/>Wichtiges erfasst?<br/>Abschluss</p>   | <p><b>Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen: Haben wir alles besprochen, was Ihnen relevant erscheint, oder gibt es noch etwas Wichtiges, dass ich noch wissen sollte?</b></p> <p>Gut dann bedanke ich mich recht herzlich dafür, dass Sie sich heute die Zeit für dieses Gespräch genommen haben und mir so ausführlich von ihren Erfahrungen berichtet haben. Ich schalte das Diktiergerät jetzt aus.</p> |  |   |