

M. Driessen<sup>1</sup> · J. Wertz<sup>1</sup> · T. Steinert<sup>2</sup> · R. Borbé<sup>2</sup> · B. Vieten<sup>3</sup> · A. Diefenbacher<sup>4</sup> · S. Urban<sup>1</sup> · K.T. Kronmüller<sup>5</sup> · M. Löhr<sup>5</sup> · D. Richter<sup>6</sup> · F. Hohagen<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Bielefeld

<sup>2</sup> ZfP Südwürttemberg Weissenau, Ravensburg

<sup>3</sup> LWL-Klinikum Paderborn, Paderborn

<sup>4</sup> Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ev.

Krankenhaus Königin Elisabeth Herberge, Berlin

<sup>5</sup> LWL-Klinikum Gütersloh, Gütersloh

<sup>6</sup> Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Bern

<sup>7</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum

Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Schleswig-Holstein

# Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik

## Teil II: Vergleichende Analysen von Patienten- und Klinikmerkmalen

**Trotz knapp 800.000 stationären Aufnahmen pro Jahr in Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland existiert wenig empirisch abgesichertes Wissen über die subjektive Sichtweise und Bewertung der betroffenen Patienten [9]. Selbst neuere Studien zielen vielfach mehr auf die Frage nach Freiwilligkeit oder Zwang der Aufnahme ab [5, 8] oder fokussieren auf spezifische Aspekte wie das mit einer stationären psychiatrischen Aufnahme verbundene Gefühl von Scham [6]. Diese Studien liefern einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis spezifischer Aspekte der subjektiven Umstände der Aufnahme, sind in ihrer Aussagekraft jedoch limitiert, wenn es darum geht, ein umfassendes Bild des subjektiven Erlebens der Aufnahmesituation zu zeichnen. In anderen Untersuchungen (z. B. [9]) wurden Patienten erst nach ihrer Entlassung gebeten, ihre Aufnahme zu beurteilen. Durch dieses Vorgehen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass**

**der Verlauf und die Qualität der gesamten Behandlung in die retrospektive Bewertung der Aufnahmesituation einfließt.**

**Aus diesen Gründen entwickelten wir aufbauend auf qualitativen und quantitativen Vorarbeiten [1] einen Fragebogen, der mittels 33 Items auf 7 Skalen erfasst, wie Patienten die Aufnahme in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland erleben [11].**

Ziel der vorliegenden Auswertung war eine eingehende Analyse der Zusammenhänge zwischen dem mittels FEA-P erfassten Erleben der Aufnahme einerseits und unabhängigen patientenbezogenen und Klinik-/Stationsmerkmalen andererseits. Daneben sollte auch der Zusammenhang mit durch die Patienten eingeschätzten situativen Merkmalen analysiert werden. Diese Einschätzungen können zum besseren Verständnis der Bewertungen der Patienten beitragen.

Wir erwarteten, dass Diagnosen, die Anzahl der Voraufenthalte sowie die

Frage der Freiwilligkeit der Aufnahme und andererseits offene vs. geschlossene Stationstüren, die Personalausstattung und indikative bzw. störungsspezifische Schwerpunkte auf den Stationen mit einer positiveren Einschätzung der Aufnahme durch die Patienten assoziiert sind. Wegen des nur geringfügig verfügbaren empirischen Wissens war es kaum möglich, weitere und genauere Hypothesen zu bilden, weswegen die Untersuchung weiterer Zusammenhänge explorativ erfolgte.

### Methodik

#### Vorgehen

Die Entwicklung des Fragebogens FEA-P (Fragebogen zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik), das Vorgehen, die Rekrutierung der Patienten sowie Ein- und Ausschlusskriterien wurden bereits ausführlich dargestellt [11]. Zusammengefasst nahmen 6 Kliniken und 708 Patienten an dem Projekt teil. Aus den ursprünglichen 126 Items

**Tab. 1** Demographische klinische Merkmale der Teilnehmer in den 8 Kliniken

	Gesamt (n = 708)	Klinik 1 (n = 121)	Klinik 2 (n = 130)	Klinik 3 (n = 134)	Klinik 4 (n = 126)	Klinik 5 (n = 65)	Klinik 6 (n = 132)	Statistik	p
Weiblich (%)	49,2	60,2	50,8	39,8	52,4	38,5	48,9	$\chi^2 = 14,29$ df = 5	0,014
<b>Familienstand (%)</b>									
Verheiratet	22,7	15,7	22,3	29,3	24,6	30,8	16,8	$\chi^2 = 24,86$ df = 15	0,052
Getrennt/geschieden	23,7	24,8	22,3	16,5	30,2	27,7	22,9		
Verwitwet	2,1	0,0	2,3	2,3	2,4	3,1	3,1		
Ledig	51,6	59,5	53,1	51,9	42,9	38,5	57,3	$\chi^2 = 3,15$ df = 5	0,068
Partnerschaft	46,7	40,5	50,8	47,7	47,6	49,2	45,0		
Alter (Jahre) (MW $\pm$ SD)	39,6 $\pm$ 13,3	37,0 $\pm$ 11,7	39,6 $\pm$ 13,6	39,6 $\pm$ 13,9	39,9 $\pm$ 12,9	42,8 $\pm$ 15,3	39,8 $\pm$ 12,8	F = 1,68 df = 5;698	0,136
Berufsausbildung (%)	64,3	56,7	61,5	69,9	64,3	60,0	70,8	CHI <sup>2</sup> = 8,21 df = 5	0,145
Arbeit im letzten Jahr (Mo- nate) (MW + SD)	5,9 $\pm$ 5,3	6,1 $\pm$ 5,1	5,7 $\pm$ 5,4	6,7 $\pm$ 5,2	6,0 $\pm$ 5,3	5,5 $\pm$ 5,3	4,9 $\pm$ 5,3	F = 1,58 df = 5;657	0,16
Kein psychiatrischer Vorauf- enthalt (%)	35,9	28,0	31,0	41,8	46,0	45,2	27,5	$\chi^2 = 18,6$ df = 5	0,002
Wenn ja: Anzahl Voraufent- halte (MW + SD)	4,9 $\pm$ 11,3	5,9 $\pm$ 16,7	7,3 $\pm$ 12,4	2,2 $\pm$ 2,3	3,8 $\pm$ 5,8	3,3 $\pm$ 3,9	5,5 $\pm$ 12,9	F = 2,15 df = 5;438	0,058
Vor Aufnahme Station be- kannt <sup>a</sup> (%)	59,1	68,3	68,5	55,2	50,8	56,9	54,2	$\chi^2 = 14,80$ df = 5	0,011
<b>Aufenthalt (%)</b>									
Freiwillig	94,4	97,5	90,7	91,7	93,7	96,8	97,7	$\chi^2 = 13,30$ df = 10	0,238
Betreuungsrecht	2,9	1,7	4,7	5,3	2,4	1,6	0,8		
PsychKG	2,7	0,8	4,7	3,0	4,0	1,6	1,6		
<b>Diagnose (%)</b>									
F1 Substanzstörung	26,9	24,0	20,8	25,6	23,0	70,3	19,7	$\chi^2 = 98,4$ df = 20	0,001
F2 Psychotische Störung	20,7	16,5	20,0	26,3	17,5	10,9	27,3		
F3 Affektive Störung	24,6	25,6	21,5	30,1	28,6	17,2	21,2		
F4 Angststörung	13,9	12,4	19,2	8,3	16,7	1,6	18,9		
F6 Persönlichkeitsstörung	13,9	21,5	18,5	9,8	14,3	0,0	12,9		

<sup>a</sup> Aus Voraufenthalt oder Vorgespräch.

wurde ein 33 Items und 7 Skalen umfassender Fragebogen entwickelt, der 56% der Varianz erklärt. Während das 2-stufige Verfahren (explorative und konfirmatorische Faktorenanalysen) jeweils an einer randomisierten Teilstichprobe durchgeführt wurde, wurden für die hier präsentierten Analysen die Daten der gesamten Stichprobe ausgewertet.

## Instrumente

Die Skalenscores des FEA-P wurden als Quotient aus der Summe der jeweiligen Itemwerte und der Anzahl der Items gebildet, der FEA-P-Gesamtscore wiederum aus dem Quotienten der Summe aller Skalenscores und der Anzahl der Skalen

(n = 7). Dadurch werden die einzelnen Skalen gleichmäßig gewichtet, auch wenn sie unterschiedlich viele Items beinhalten und in unterschiedlichem Ausmaß zur Gesamtvarianz beitragen. Da alle Inversionsitems zunächst rekodiert wurden, weisen alle Scores einen Wert zwischen 1 und 5 auf, wobei höhere Werte eine günstigere Beurteilung durch die Patienten anzeigen.

Neben dem FEA-P selbst wurden die soziodemographischen und einige im Umfeld der Aufnahme relevanten Angaben der Patienten sowie Angaben der Kliniken (Klinikfragebogen) und der jeweiligen Stationen (Stationsfragebogen) ausgewertet. Der Klinikfragebogen enthielt Angaben zur Trägerschaft, Pflichtversorgung, Größe der Klinik, Organisations-

modell, Fallzahl, Verweildauer und Diagnosenverteilung sowie dem Anteil untergebrachter Patienten. Der Stationsbogen enthielt Angaben zu Schließbarkeit der Station, Gartenzugang, Zimmerzahl, zu Ein-, Zwei- und Mehrbettzimmern, geschlechterspezifischer Belegung und Personalausstattung.

## Statistische Verfahren

Der Vergleich der Patientengruppen zwischen den beteiligten Kliniken wurde mittels  $\chi^2$ -Tests und einfaktoriellen Varianzanalysen durchgeführt. Univariate Zusammenhangsanalysen zwischen dem Gesamtscore des FEA-P und den personengebundenen und institutionellen un-

abhängigen Variablen wurden mittels T-Tests, einfaktoriellen Varianz- und Korrelationsanalysen berechnet und die Ausprägung signifikanter Zusammenhänge mittels Effektstärken analysiert (Cohen's  $d$ , Cohen's  $f$ , Spearman's  $\rho$ ). Dabei sind kleine Effekte bei  $d=0,2$ ,  $f=0,1$  und  $r=0,1$ , mittlere Effekte bei  $d=0,5$ ,  $f=0,25$  und  $r=0,3$ , große Effekte bei  $d=0,8$ ,  $f=0,4$  und  $r=0,5$  anzunehmen [2]. Abschließend wurden mehrfaktorielle Varianzanalysen für die univariat signifikanten unabhängigen Merkmale durchgeführt – getrennt für die Patienten- und Klinikmerkmale. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programm SPSS durchgeführt, die Effektstärkeberechnungen mit dem Programm G\*Power [4].

## Ergebnisse

### Vergleich der Patientenmerkmale zwischen den Kliniken

Der Vergleich der Patientencharakteristika zwischen den beteiligten Kliniken ergab nur wenige Unterschiede (■ **Tab. 1**): Der Anteil weiblicher Patienten variierte zwischen 38,5% und 60,2% ( $p=0,014$ ), der Anteil derjenigen Patienten ohne früheren psychiatrisch-stationären Aufenthalt zwischen 28,0% und 46,0% ( $p=0,002$ ). Die mittlere Zahl der Voraufenthalte zeigte dagegen keinen signifikanten Mittelwertunterschied. Der Anteil der Patienten, die die aktuelle Station bereits aus einem Voraufenthalt oder aus einem Indikationstermin kannten, variierte zwischen 54,2% und 68,5% ( $p=0,011$ ). Ein größerer Unterschied ergab sich bezogen auf die Diagnoseverteilung ( $p<0,001$ ). Dies resultierte im Wesentlichen aus den Besonderheiten einer Klinik (Nr. 5), die nur die Hälfte der angestrebten Patienten rekrutieren konnte und einen besonders hohen Anteil von Patienten mit substanzbezogenen Störungen aufwies, dagegen (fast) keine Teilnehmer mit Diagnosen aus den ICD-Kategorien F4 und F6. Ohne diese Klinik ergab sich kein signifikanter Unterschied mehr ( $\chi^2=25,34$ ,  $df=16$ , nicht signifikant [ns]). Alle anderen soziodemographischen und klinisch relevanten Parameter wiesen keine Besonderheiten auf. 24 Personen (3,4%) waren wohnungs-

Nervenarzt 2012 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00115-012-3485-x  
© Springer-Verlag 2012

M. Driessen · J. Wertz · T. Steinert · R. Borbé · B. Vieten · A. Diefenbacher · S. Urban · K.T. Kronmüller · M. Löhr · D. Richter · F. Hohagen

## Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Teil II: Vergleichende Analysen von Patienten- und Klinikmerkmalen

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Anwendung des neu konstruierten Fragebogens zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik (FEA-P). Insbesondere sollte der Zusammenhang mit Patienten- und Klinikmerkmalen sowie situativen Faktoren analysiert werden.

**Patienten und Methoden.** Für die Analyse wurden die Daten von 708 Patienten sowie Fragebögen der 6 beteiligten Kliniken und Stationsfragebögen ausgewertet. Neben einem Klinikvergleich der Basisdaten wurden univariate und multivariate Zusammenhangsanalysen zwischen dem Gesamtscore des FEA-P und den personengebunden und institutionellen unabhängigen Variablen berechnet (ein- und mehrfaktorielle Varianzanalysen, Korrelationsanalysen und deren Effektstärken).

**Ergebnisse.** Die Analysen ergaben signifikante univariate Zusammenhänge mit kleinen bis mittleren Effektstärken zwischen dem FEA-P-Gesamtscore und einer Reihe unabhängiger demographischer, klinischer und

institutioneller Merkmale sowie für einige nicht unabhängige situative Faktoren. In der multivariaten Analyse galt dies bei den Patientenmerkmalen nur noch für Geschlecht, Alter, Diagnose, den eigenen Entschluss zu einer stationären Aufnahme sowie die Frage danach, ob die Aufnahme mit dem vorbehandelnden Arzt geplant war. Auf der Klinikseite waren offene vs. geschlossene Stationstüren, der störungsspezifische Stationsauftrag und die Anzahl der untergebrachten Mitpatienten mit dem Erleben der Aufnahme durch die Patienten signifikant assoziiert. **Schlussfolgerungen.** Der FEA-P scheint grundsätzlich als Instrument der Qualitätssicherung geeignet. Institutionelle sowie situative Faktoren konnten identifiziert werden, die mit dem Erleben der stationären Aufnahme in Zusammenhang stehen und von denen einige prinzipiell veränderbar sind.

### Schlüsselwörter

Psychiatrie · Klinik · Aufnahme · Patienten · Fragebogen

## The experience of being admitted to a psychiatric clinic. Part 1: comparative analyses of patient and hospital characteristics

### Summary

**Background.** The purpose of this study was to investigate associations of patient's scores in the newly constructed questionnaire on patients' psychiatric admission experiences (QAE-P) and individual, institutional, and situational factors.

**Patients and methods.** Data of 708 patients and 6 participating hospitals were analyzed. Patient characteristics between clinics were compared and univariate as well as multivariate analyses were applied to examine associations of QAE-P total score and individual as well as institutional variables (t tests, univariate and multivariate analyses of variance, correlation analyses, and effect sizes of significant associations).

**Results.** There was little variance of patient characteristics between hospitals. Multiple univariate associations with small to medium effect sizes were found between total QAE-P scores and demographic and clinical variables of the patients, institutional variables, and (non-independent) situational views of

the patients. After multivariate analyses were applied, these associations remained significant for gender, age, diagnosis, the personal decision to be admitted, and for previous planning of admission with the outpatient doctor. The hospital variables shown to be associated with total QAE-P scores were open versus closed ward, disorder-specific organization of the ward, and the number of other patients being treated under the German Mental Health Act.

**Conclusion.** Principally the QAE-P seems to be a suitable instrument of quality management. A number of factors were identified that show associations with the subjective evaluation of admission as reported by the patients. Some of these variables are within the control of the clinical management.

### Keywords

Psychiatry · Clinic · Admission · Patients · Questionnaire

**Tab. 2** Verteilung der Scores des FEA-P-Gesamt und der Skalen (n = 708)

	MW ± SD	Median	Minimum	Maximum	Schiefe	Kurtosis
<b>FEA-P-Gesamtscore</b>	3,9 ± 0,6	3,9	1,5	5,0	-0,54	0,22
<b>Skala 1:</b> Hilfreich-positive Beziehung zu den Mitarbeitenden (Pflege)	4,2 ± 0,7	4,4	1,3	5,0	-1,06	1,10
<b>Skala 2:</b> Aufklärung, Behandlungsplan, Einbezug in Behandlung (Arzt)	3,9 ± 0,9	4,0	1,0	5,0	-0,73	-0,04
<b>Skala 3:</b> Wahrnehmung der räumlichen Bedingungen	3,9 ± 0,6	3,8	1,0	5,0	-0,44	-0,52
<b>Skala 4:</b> Kritik an Ärzten und Mitarbeitenden	3,6 ± 1,0	4,2	1,0	5,0	-0,82	0,51
<b>Skala 5:</b> Negative Wahrnehmung von Mitpatienten	3,9 ± 0,9	4,0	1,0	5,0	-0,85	0,45
<b>Skala 6:</b> Wahrnehmung des Umgangs mit Stationsregeln	4,0 ± 0,9	4,3	1,0	5,0	-0,95	0,52
<b>Skala 7:</b> Lautstärke und Atmosphäre auf der Station	3,6 ± 1,0	3,7	1,0	5,0	-0,54	-0,29

MW Mittelwert, SD Standardabweichung.

los bzw. lebten in einer Pension oder Gelegenheitsunterkunft, 23 Personen (3,3%) in einem Wohnheim.

### Verteilung der FEA-P-Scores

In **Tab. 2** sind die Mittelwerte und einige Kennzahlen des FEA-P-Gesamtscores und der Skalenscores dargestellt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Patienten die Aufnahme im Mittel auf fast allen Skalen recht positiv bewerteten, die Angaben andererseits aber auch moderat streuen. Alle Skalen weisen eine geringe bis mäßige linksschiefe Verteilung auf.

### Univariate Zusammenhangsanalysen: Patientenmerkmale

Einige soziodemographische Merkmale wiesen signifikante Zusammenhänge mit dem FEA-P-Gesamtscore auf, diese Zusammenhänge hatten wiederum eine geringe bis mittlere Effektstärke (**Tab. 3**). So beurteilten männliche und ältere Patienten die Aufnahme etwas positiver als weibliche und jüngere ( $d = 0,17$  bzw.  $r = 0,24$ ), ledige Patienten und solche ohne aktuelle Partnerschaft beurteilten die Aufnahme negativer als verheiratete, getrennt/geschiedene oder verwitwete ( $f = 0,19$ ) bzw. diejenigen mit aktueller Partnerschaft ( $d = 0,22$ ). Teilnehmer mit abgeschlossener Berufsausbildung erlebten die Aufnahme wiederum positiver als diejenigen ohne ( $d = 0,19$ ), während die Dauer eines Beschäftigungsverhältnisses und der Rentenstatus keine Rolle spielte.

Unter den vorstationären und klinisch relevanten Patientenmerkmalen vor der Aufnahme waren die Planung der Aufnahme, der eigene Entschluss dazu und

die Diagnose von Bedeutung (**Tab. 3**). So wurde die Aufnahme von Patienten positiver erlebt, die sie mit ihrem behandelnden Arzt geplant ( $d = 0,27$ ), sich selbst aktiv zur Aufnahme entschlossen hatten ( $r = 0,23$ ) und keine psychotische oder Persönlichkeitsstörung aufwiesen ( $f = 0,26$ ). Weniger deutliche, aber ebenfalls signifikante Zusammenhänge mit positiverer Bewertung zeigten sich bei Patienten, die eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen oder einen Krisenpass erhalten hatten ( $d = 0,18$ ) und/oder deren Aufnahme unter rechtlichen Aspekten freiwillig erfolgte ( $f = 0,17$ ). Die Anzahl der stationären Vorbehandlungen stand dagegen in keinem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Erleben der Aufnahme, weder mit dem FEA-P-Gesamtscore (**Tab. 3**) noch mit dem Subskalen (nicht dargestellt).

### Univariate Zusammenhangsanalysen: Klinikmerkmale

Die mittleren Scores des FEA-P unterschieden sich signifikant zwischen den Kliniken (**Tab. 3**), wie auch **Abb. 1** für die einzelnen Skalen zeigt. Allerdings fiel auch dieser Unterschied deutlich geringer aus, wenn die Klinik Nr. 5 mit der geringeren Teilnehmerzahl und unausgewogenem Diagnosespektrum aus der Analyse herausgenommen wurde (für FEA-P-Gesamt  $F = 4,36$ ,  $df = 4;638$ ,  $p = 0,002$ ,  $f = 0,10$ ). **Abb. 2** wiederum zeigt, dass sich das Erleben der Aufnahme (FEA-P-Gesamt) nicht nur zwischen den Kliniken, sondern auch zwischen den Diagnosegruppen innerhalb der Kliniken z. T. erheblich unterscheidet. Zudem ergab die Analyse eine systematische signifi-

kante Interaktion (Klinik × Diagnose; alle  $p < 0,001$ ).

Zwischen den Trägertypen sowie der Anzahl der Betten pro Klinik und dem FEA-P ergaben sich signifikante, aber geringe Zusammenhänge (**Tab. 3**). Kein Zusammenhang zeigte sich mit der Größe des Pflichtversorgungsgebietes, der mittleren Verweildauer und der Frage, ob Patienten auf allen Stationen direkt aufgenommen wurden oder nicht.

Auf der Stationsebene war das bedeutendste Merkmal mit einem mittleren Effekt ( $d = 0,50$ ) der Umstand, ob die Station offen oder geschlossen geführt wurde. Patienten auf offen geführten Stationen erlebten die Aufnahme positiver als auf geschlossen geführten. Ein kleinerer Effekt zeigte sich zugunsten störungsspezifischer geführter Stationen ( $d = 0,22$ ) und bei einer geringeren Anzahl gesetzlich untergebrachter Mitpatienten (PsychKG  $d = -0,24$ , Betreuungsrecht  $d = -0,16$ ). Keine Bedeutung hatte dagegen der Gartenzugang, die Anzahl der Betten insgesamt oder die Anzahl von Einzel- und Mehrbettzimmern und auch nicht die Frage, ob es sich um eine Aufnahmestation für alle Patienten der Klinik oder Abteilung handelte. Einen sehr geringen Effekt hatte die Anzahl der Mitarbeitenden pro Station ( $r = -0,09$ ), wobei dieser Effekt bemerkenswerterweise in Richtung weniger günstigere Bewertungen bei höherer Anzahl zeigte (aber s. unten).

### Univariate Zusammenhangsanalysen: situative Faktoren

Zusammenhänge mit einzelnen situativen Faktoren beziehen sich auf die Beurteilung der Patienten in der Aufnahmeperiode

**Tab. 3** Univariate Zusammenhänge zwischen FEA-P-Gesamtscore und unabhängigen personenbezogenen und institutionellen Merkmalen

Merkmale	FEA-P-Gesamtscore	Statistik <sup>a</sup>	p	Effektstärke
<b>Soziodemographische Merkmale</b>				
<i>Geschlecht</i>				
Weiblich	3,86 ± 0,60	T = 2,21 df = 704	0,027	d = 0,17
Männlich	3,96 ± 0,62			
Alter (Jahre)	39,6 ± 13,3	r = 0,24 n = 704	<0,001	r = 0,24
<i>Familienstand</i>				
Verheiratet	4,02 ± 0,58	F = 12,41 df = 3;702	<0,001	f = 0,19
Getrennt/geschieden	4,07 ± 0,55			
Verwitwet	4,16 ± 0,35			
Ledig	3,78 ± 0,63			
<i>Aktuelle Partnerschaft</i>				
Nein	3,85 ± 0,64	T = 2,91 df = 704	0,004	d = 0,22
Ja	3,98 ± 0,58			
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung</i>				
Nein	3,83 ± 0,64	T = 2,58 df = 702	0,01	d = 0,19
Ja	3,96 ± 0,59			
Arbeit im letzten Jahr (Monate)	5,9 ± 5,3	r = -0,05 n = 663	ns	-
<i>Rente</i>				
Keine Rente	3,89 ± 0,61	F = 2,37 df = 2;686	ns	-
Antrag geplant/gestellt	3,83 ± 0,58			
Rentenbezug	4,01 ± 0,64			
<b>Vorstationäre und klinische Merkmale</b>				
<i>Psychiatrische Voraufenthalte</i>				
Bei mindestens 1 Voraufenthalt (n)	4,9 ± 11,3	r = -0,04 n = 444	ns	-
Alle Patienten (n)	-	r = -0,01 n = 686	ns	-
<i>Behandlungsvereinbarung/Krisenpass</i>				
Nein	3,86 ± 0,62	T = 2,30 df = 668	0,022	d = 0,18
Ja	3,97 ± 0,59			
<i>Vorgespräch vor Aufnahme auf Station</i>				
Nein	3,87 ± 0,63	T = 1,37 df = 695	ns	-
Ja	3,94 ± 0,58			
<i>Aufnahme mit behandelndem Arzt geplant</i>				
Nein	3,79 ± 0,67	T = 3,52 df = 694	<0,001	d = 0,27
Ja	3,96 ± 0,57			
<i>Aufnahme</i>				
Freiwillig	3,93 ± 0,60	F = 10,07 df = 2;694	<0,001	f = 0,17
Betreuungsrecht	3,50 ± 0,76			
PsychKG (Unterbringungsgesetz)	3,46 ± 0,63			
Aufnahmeentscheidung von selbst (stimmt gar nicht = 1...vollständig = 5)	3,99 ± 1,28	r = 0,23 n = 708	<0,001	r = 0,23
<i>Diagnose</i>				
F1 Substanzstörung	4,05 ± 0,58	F = 14,32 df = 4;701	<0,001	f = 0,26
F2 Psychotische Störung	3,61 ± 0,67			
F3 Affektive Störung	4,00 ± 0,59			
F4 Angststörung	3,99 ± 0,55			
F6- Persönlichkeitsstörung	3,80 ± 0,54			

**Tab. 3** Univariate Zusammenhänge zwischen FEA-P-Gesamtscore und unabhängigen personenbezogenen und institutionellen Merkmalen (Fortsetzung)

Merkmale	FEA-P-Gesamtscore	Statistik <sup>a</sup>	p	Effektstärke
<b>Klinikmerkmale</b>				
<i>Klinik</i>				
1	3,69 ± 0,60	F = 11,87 df = 5;702	<0,001	f = 0,28
2	3,94 ± 0,54			
3	3,81 ± 0,69			
4	3,91 ± 0,60			
5	4,35 ± 0,47			
6	3,95 ± 0,57			
<i>Art der Klinik</i>				
Abteilung	3,82 ± 0,60	F = 3,85 df = 2;705	0,022	d = 0,11
Uniklinik	3,94 ± 0,54			
Fachklinik	3,96 ± 0,61			
Einwohnerzahl im Pflichtversorgungsgebiet (Median)	300,000	r = -0,06 df = 707	ns	-
Anzahl Betten	218 ± 78	r = -0,11 n = 707	0,004	r = -0,11
Mittlere Verweildauer (Tage)	24,0 ± 4,1	r = -0,06 n = 576	ns	-
<i>Direkte Aufnahme auf allen Stationen</i>				
Nein	3,81 ± 0,69	T = 1,04 df = 640	ns	-
Ja	3,88 ± 0,59			
<b>Stationsmerkmale</b>				
<i>Station war (lt. Klinik) überwiegend</i>				
Offen	4,02 ± 0,57	T = 6,57 df = 705	<0,001	d = 0,50
Geschlossen	3,71 ± 0,64			
<i>Direkter Gartenzugang</i>				
Nein	3,87 ± 0,60	T = 1,17 df = 691	ns	-
Ja	3,93 ± 0,63			
Anzahl Betten (Station)	23,5 ± 5,4	r = -0,03 n = 613	ns	-
<i>Zimmer</i>				
Anzahl Zimmer	12,7 ± 4,0	r = 0,05	ns	-
Anzahl Einzelzimmer	3,9 ± 3,9	r = 0,03	ns	-
Anzahl Mehrbettzimmer (> 2)	2,2 ± 2,3	r = -0,10 n = 707	ns	-
Anzahl Mitarbeitende pro Bett <sup>b</sup>	0,76 ± 0,17	r = -0,09 n = 555	0,038	r = -0,09
<i>Aufnahmestation für alle Patienten<sup>c</sup></i>				
Nein	3,94 ± 0,58	T = 1,09 df = 694	ns	-
Ja	3,89 ± 0,64			
<i>Störungsspezifischer Bereich (Station)</i>				
Nein	3,75 ± 0,65	T = 2,87 df = 694	p = 0,004	d = 0,22
Ja	3,93 ± 0,60			
<i>Zahl Untergebrachter (%; letzte 7 Tage)</i>				
PsychKG	0,8 ± 1,1	r = -0,24	<0,001	r = -0,24
Betreuungsrecht	1,0 ± 1,7	r = -0,16 n = 707	<0,001	r = -0,16

<sup>a</sup>Student T-Test, ANOVA F-Wert oder Spearman's  $\rho$ ; <sup>b</sup>Pflegende, Ärzte, Diplompsychologen, Sozialarbeiter; <sup>c</sup>d. h., es handelt sich bei dieser Station um eine Aufnahmestation.



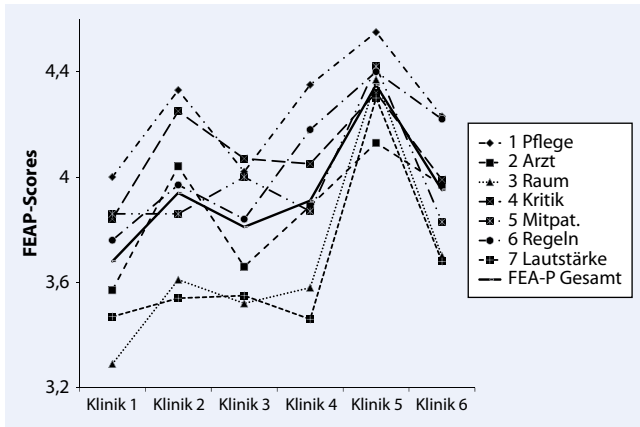


Abb. 1 ▲ FEA-P-Gesamtscore und Skalenscores in den Kliniken

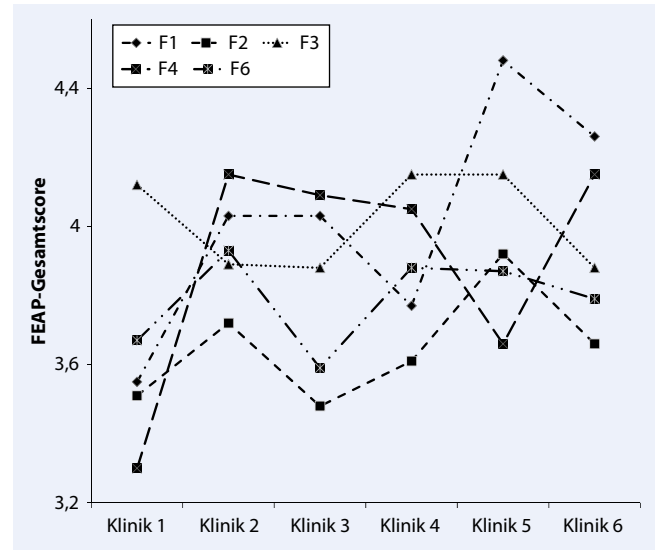


Abb. 2 ► FEA-P-Gesamtscore in Abhängigkeit von Diagnose ( $F=9,17$ ,  $p < 0,001$ ) und Klinik ( $F=5,77$ ,  $p < 0,001$ ) mit Interaktion ( $F=2,96$ ,  $p < 0,001$ ), Modell: partielles  $\eta^2=0,204$

de und sind von daher a priori nicht unabhängig von den FEA-P-Scores (■ Tab. 4). Dennoch ist bemerkenswert, dass das Erleben der Aufnahme mittlere bis starke Zusammenhänge mit der Wahrnehmung einer persönlichen Vorstellung der Mitarbeitenden mit Namen und Funktion ( $r=0,42$ ), mit der angemessenen Kleidung der Mitarbeitenden ( $r=0,40$ ), dem Eindruck eines respektvollen ( $r=0,47$ ) und freundlichen ( $r=0,48$ ) Umgangs und jederzeitiger Ansprechbarkeit bei Fragen ( $r=0,61$ ) aufwies.

Die Wartezeit in der Klinik bis zum Aufnahmegespräch (in geschätzten Minuten) hatte dagegen keine wesentliche Bedeutung, wohl aber der Eindruck, dass die Aufnahmeuntersuchung ausreichend lang war ( $r=0,26$ , mittelstarker Effekt). Ein deutlicher Zusammenhang zeigte sich mit der subjektiv ausreichenden Anzahl von Einzelgesprächen ( $r=0,55$ ). Patienten, die kurz nach der Aufnahme verlegt wurden, erlebten diese zudem etwas weniger positiv ( $d=0,31$ ), die persönliche Erfahrung von Zwangsmaßnahmen war dagegen mit einer erheblich ungünstigeren Beurteilung verbunden ( $d=0,97$ ). Von erheblich negativer Bedeutung war auch der Eindruck, mit sozialen Problemen alleine gelassen zu werden ( $r=-0,55$ ). Interessanterweise war die Einschätzung der Patienten, dass Angehörige oder andere bedeutende Dritte in die Behandlung einbezogen wurden, von geringer Bedeutung ( $r=0,13$ ), etwas wichtiger war, dass diese ausreichend informiert wurden ( $r=0,24$ ).

## Multivariate Analysen der unabhängigen Faktoren

Multivariate Analysen wurden für die univariat signifikanten unabhängigen Faktoren getrennt nach Patientenmerkmalen einerseits und Klinik- bzw. Stationsmerkmalen andererseits durchgeführt (■ Tab. 5).

Dabei zeigten auf der Patientenseite Geschlecht, Alter, der persönlich getragene Entschluss zur Aufnahme und deren Vorklärung mit dem behandelnden Arzt sowie die Diagnose jeweils einen unabhängigen signifikanten Zusammenhang mit dem Erleben der Aufnahme in der Klinik.

Auf der Klinikseite waren dies die offene vs. geschlossene Station, die Störungsspezifität der Stationsorganisation und die Anzahl der nach dem PsychKG untergebrachten Mitpatienten.

## Diskussion

In dieser Studie konnten wir für den deutschen Sprachraum erstmals mittels des zuvor entwickelten Instrumentes zum Erleben der Aufnahme in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (FEA-P) analysieren, mit welchen unabhängigen und welchen situativen Faktoren dieses Erleben bzw. deren Bewertung aus der Patientensicht empirisch zusammenhängen.

Zunächst zeigte sich, dass die Patienten die Aufnahme im Mittel auf allen Skalen des FEA-P recht positiv bewerten,

dass die Ergebnisse aber – wenn auch begrenzt – streuen und sich zwischen den beteiligten Kliniken und Diagnosegruppen signifikant unterscheiden. Darüber hinaus war die Interaktion zwischen den Faktoren Klinik und Diagnose signifikant, d. h. abhängig von der Diagnose bewerteten die Patienten die Aufnahme in den einzelnen Kliniken unterschiedlich. Angesichts der Tatsache, dass alle Kliniken in unterschiedlicher Tiefe störungsspezifisch organisiert waren, weist dieses Ergebnis bereits auf die Bedeutung der Stationsebene hin.

Umso interessanter war es zu analysieren, welche Faktoren dabei im Einzelnen eine Rolle spielen. Die Zusammenhänge wurden dabei in zwei Schritten analysiert, zunächst separat univariat (einfaktoriell) und im zweiten Schritt multivariat (mehrfaktoriell), wobei die patientenbezogenen, institutionellen und situativen Faktoren getrennt betrachtet wurden. Die univariaten Analysen ergaben eine Reihe von Faktoren, die mit dem Erleben der Aufnahme in einem statistisch signifikanten Zusammenhang mit überwiegend kleinen bis mittleren Effektstärken standen (■ Tab. 3, 4). Bemerkenswert ist u. a., dass die Vertrautheit mit dem Prozedere in einer Klinik – hier die Anzahl der stationären Vorbehandlungen – wider erwarten keinen Zusammenhang mit dem Erleben und der Bewertung der Aufnahme durch die Patienten zeigte.

In der multivariaten Überprüfung blieben zunächst nur die unabhängigen Pa-

**Tab. 4** Univariate Zusammenhänge zwischen FEA-P-Gesamtscore und nicht unabhängigen situativen Faktoren (Patientenangaben)

	FEA-P-Gesamtscore	Statistik <sup>a</sup>	p	Effektstärke
Mitarbeitende haben sich mit Namen und Funktion vorgestellt	4,35 ± 1,03	r = 0,42 n = 708	< 0,001	r = 0,42
Kleidung der Mitarbeitenden war angemessen	4,62 ± 0,69	r = 0,40 n = 708	<,001	r = ,40
Respektvolle Behandlung	4,50 ± 0,94	r = 0,47 n = 708	< 0,001	r = 0,47
Freundlichkeit der Mitarbeiter	4,67 ± 0,62	r = 0,48 n = 708	<,001	r = 0,48
Ansprechbarkeit der Mitarbeiter jederzeit bei Fragen	4,26 ± 0,97	r = 0,61 n = 708	< 0,001	r = 0,61
Wartezeit in der Klinik bis zum Aufnahmegespräch (min)	56,5 ± 109,4	r = -0,05 n = 622	ns	-
Dauer des Aufnahmegesprächs ausreichend	3,91 ± 1,33	r = 0,26 n = 708	< 0,001	r = 0,26
Es wurden genug Einzelgespräche angeboten	3,45 ± 1,38	r = 0,55 n = 708	< 0,001	r = 0,55
Nach Aufnahme auf andere Station verlegt				
Ja (n = 68)	3,74 ± 0,65	T = 2,41 n = 694	0,016	d = 0,31
Nein (n = 628)	3,93 ± 0,60			
Bei mir selbst wurden Zwangsmaßnahmen durchgeführt				
Ja (n = 38)	3,27 ± 0,71	T = 5,82 df = 690	< 0,001	d = 0,97
Nein (n = 654)	3,95 ± 0,59			
Mit sozialen Problemen habe ich alleine dagestanden	2,02 ± 1,22	r = -0,55 n = 689	< 0,001	r = -0,55
Angehörige wurden in die Behandlung einbezogen	2,79 ± 1,57	r = 0,13 n = 708	< 0,001	r = 0,13
Angehörige erhielten die notwendigen Informationen	3,13 ± 1,55	r = 0,24 n = 708	< 0,001	r = 0,24

<sup>a</sup>Student T-Test, ANOVA F-Wert oder Spearman's  $\rho$ .

tientenmerkmale Geschlecht, Alter und Diagnose bedeutsam, die a priori nicht veränderbar sind. Weiter bedeutsam war das Ausmaß, in dem Patienten angaben, den Entschluss zu einer stationären Aufnahme selbst gefällt zu haben. Dieser Umstand korrespondiert gut zu dem Befund von Katsakou et al. [7], dass ein Teil der formal freiwillig aufgenommenen Patienten die Aufnahme dennoch als unfreiwillig erlebt. Ferner war in unserer Studie bedeutsam, ob der ambulant behandelnde Arzt die Aufnahme mit den Patienten erörtert hatte. Beide Faktoren gingen mit positiveren Beurteilungen der Aufnahme einher. Diese beiden Merkmale sind zumindest grundsätzlich veränderbar, auch wenn sie vielfach nicht direkt durch die Kliniken beeinflussbar sind.

Unter den institutionellen Merkmalen war zum einen die offene Stationstür mit einer positiveren Einschätzung assoziiert, ebenso die Frage, ob die aufnehmende Station selbst über einen indika-

tiven bzw. störungsspezifischen Arbeitsschwerpunkt verfügte, mit einer negativeren Einschätzung dagegen die Anzahl der nach PsychKG untergebrachten Mitpatienten auf der Station. Diese Merkmale sind z. T. beeinflussbar durch Änderungen der Klinikorganisation. Interessant war auf der anderen Seite, dass Merkmale der Gesamtklinik für das Erleben der Aufnahme durch die Patienten keine oder kaum eine Rolle spielten, ebenso wenig die Bettenzahl, Zahl der Ein- und Mehrbettzimmer, die Frage der Zuständigkeit der Station für alle Aufnahmen oder die Personalausstattung. Letzteres ist möglicherweise dadurch zu erklären, dass für die Patienten mehr die wahrgenommene Präsenz der Mitarbeitenden eine Rolle spielt als deren formale Anzahl.

Diese Annahme wird auch dadurch gestützt, dass sich unter den von den Patienten selbst eingeschätzten situativen Faktoren starke Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung einer bedarfs-

angemessenen Ansprechbarkeit der Mitarbeitenden sowie ausreichenden Einzelgesprächen und dem FEA-P-Gesamtscore zeigen ließen. Zwar waren diese Einschätzungen nicht unabhängig, weisen aber auf interessante Einzelaspekte hin, die einen substanziellen Beitrag zu der Erklärung liefern, wie Patienten die Aufnahme erleben. Dabei spielten u. a. auch wahrgenommenen Verhaltensweisen wie persönliche Vorstellung, Freundlichkeit und Respekt der Mitarbeitenden offenbar eine wesentliche Rolle sowie der Eindruck, mit sozialen Problemen nicht alleingelassen zu werden. Die Verlegung auf eine andere Station innerhalb des hier mit 48–72 h definierten Aufnahmezeitraums ging mit ungünstigeren Beurteilungen der Aufnahme einher, ebenso besonders stark die persönliche Erfahrung von Zwangsmaßnahmen. Dieser letzte Befund ist nicht überraschend, er bestätigt die bekannten Ergebnisse früherer Arbeiten (u. a. [10]).



**Tab. 5** Multivariate Assoziationen zwischen FEA-P-Gesamtscore und unabhängigen Merkmalen, getrennt nach personenbezogenen und institutionellen Merkmalen

Merkmale	MANOVA	p
<b>Personenbezogene Merkmale</b>		
Geschlecht	F = 8,08	0,005
Alter (Quartile)	F = 2,70	0,045
Familienstand	F = 1,56	ns
Aktuelle Partnerschaft	F = 2,92	ns
Behandlungsvereinbarung/Krisenpass	F = 1,76	ns
Entschluss zur Aufnahme hauptsächlich von selbst	F = 7,01	<0,001
Aufnahme mit behandelndem Arzt geplant	F = 5,95	0,015
Aufnahme freiwillig	F = 0,46	ns
Diagnose	F = 4,18	0,002
<b>Klinikmerkmale</b>		
Abteilung/Uniklinik/Fachklinik	F = 1,79	ns
Station (Klinikauskunft) offen/geschlossen	F = 6,31	0,012
Störungsspezifischer Bereich (Station)	F = 8,51	0,004
Anzahl Untergebrachter – PsychKG	F = 2,33	0,041
Anzahl Untergebrachter – Betreuungsrecht	F = 0,89	ns

Insgesamt zeigen sich also neben den situativen eine substanzielle Anzahl von unabhängigen personalen und einigen institutionellen Merkmalen (der Station), die meist mit kleinen bis mittleren Effektstärken mit dem Erleben einer stationären Aufnahme einhergehen. Offenbar existieren also nicht einige wenige entscheidende Faktoren, sondern ein komplexes Bedingungsgefüge, in dem die einzelnen Faktoren zudem miteinander interagieren. Dennoch weisen die Ergebnisse möglicherweise auf eine Reihe von Ansatzpunkten hin, an denen Kliniken, aber auch ambulante Vorbehandler bzw. Einweiser Veränderungen herbeiführen können, damit Patienten die Aufnahme positiver wahrnehmen können. Von der institutionellen Seite könnte die Stationsebene hier die besten Ansatzpunkte bieten. Allerdings bedarf es einer deutlich größeren, repräsentativen Untersuchung, um solche Schlussfolgerungen fundiert ziehen zu können. Zudem wird zu überprüfen sein, inwieweit die Bewertung der Aufnahme durch die Patienten den klinischen Verlauf und das Adhärenzverhalten vorher sagen kann. Immerhin fanden Day et al. empirische Hinweise darauf, dass eine negative Aufnahmeerfahrung die Haltung Psychosekranker gegenüber einer Medikation beeinflussen kann [3].

## Grenzen der Studie

Diese Studie weist einige Begrenzungen und Schwächen auf, die berücksichtigt werden müssen. Zunächst wurden die hier vorgestellten Ergebnisse an der gleichen Stichprobe gewonnen, mit deren Daten auch die Fragebogenentwicklung durchgeführt wurde. Die Ergebnisse müssen also an einer oder mehreren weiteren und repräsentativen Stichproben überprüft werden. Zudem sind wir nur sehr begrenzt hypothesengeleitet vorgegangen, da bisher kaum eine empirische Basis für mehr als klinisch fundierte Hypothesen vorlag. Ferner können wir die Frage nicht beantworten, welche Bedeutung das Erleben der Aufnahme für den weiteren Behandlungsverlauf hat, also dessen persönliche Beurteilung durch die Patienten einerseits und das Behandlungsergebnis andererseits. Auch hier bedarf es weiterer Untersuchungen.

## Nutzen für den klinischen Alltag

Informationen darüber, wie Patienten die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik erleben, könnten nach fundierter empirischer Bestätigung im Rahmen des internen und externen Qualitätsmonitorings nicht nur im Vergleich mit anderen Kliniken genutzt werden (Benchmark), sondern auch zum Monitoring nach Veränderungen der Klinikorganisation insbe-

sondere auf der Stationsebene oder der Veränderung der Zuweisungswege bzw. durch die kooperierenden Zuweiser.

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. M. Driessen

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie,  
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld  
Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld  
martin.driessen@evkb.de

**Danksagung.** Dieses Projekt wurde von der Stiftung für Seelische Gesundheit und der Bundesdirektorenkonferenz der Leitenden Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland BDK finanziell unterstützt. Wir danken den MitarbeiterInnen in den Kliniken sehr für die Rekrutierung der Patienten und die Datenerhebung.

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Borbé R, Klein A, Onnen M et al (2010) Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Psychiatr Prax* 37:20–26
- Bortz J, Döring N (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation*. 3. Aufl. Springer, Heidelberg
- Day JC, Bentall RP, Roberts C et al (2005) Attitudes toward antipsychotic medication. The impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 62:717–724
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A (2007) G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 39:175–191
- Fu JC, Chow PP, Lam LC (2008) The experience of admission to psychiatric hospital among Chinese adult patients in Hong Kong. *BMC Psychiatry* 8:86
- Jones A, Crossley D (2008) In the mind of another shame and acute psychiatric inpatient care: an exploratory study. A report on phase one: service users. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 15:749–757
- Katsakou C, Marougka S, Garabette J et al (2011) Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Res* 187:275–282
- Newton-Howes G, Mullen R (2011) Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv* 62:465–470
- Pollitt PA, O'Connor DW (2008) What was good about admission to an aged psychiatry ward? The subjective experiences of patients with depression. *Int Psychogeriatr* 20:628–640
- Swindseth MF, Dahl AA, Hatling T (2007) Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nord J Psychiatry* 61:47–53
- Wertz J, Hohagen F, Borbé R et al (2012) Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik: I. Entwicklung eines Fragebogens (FEA-P). *Nervenarzt* (submitted)