

Schlussbericht

Behandlungsvereinbarungen in der Luzerner Psychiatrie (*lups*): Eine Evaluationsstudie mit Mixed-Methods-Ansatz



Kooperationsprojekt Luzerner Psychiatrie

Zürich und Luzern, 30. Juni 2017

Autorinnen und Autoren

Mirjam Mezger, Andrea Abraham,
Ruth Baumann-Hölzle, Julius Kurmann

Inhalt

Impressum	2
1 Abstract	7
2 Hintergrund der Evaluationsstudie	8
2.1 Selbstbestimmung und Autonomie in der Psychiatrie	8
2.2 Die Behandlungsvereinbarung der Luzerner Psychiatrie	9
3 Methodisches Vorgehen der Evaluationsstudie	10
3.1 Ziel der Studie	10
3.2 Thematische Struktur	10
3.3 Studiendesign	10
3.4 Teilnehmende Beobachtung	11
3.5 Quantitative Befragung des Personals	11
3.5.1 Datenerhebung und Analyse	11
3.5.2 Beschreibung der Stichprobe	12
3.6 Qualitative Befragung von Patienten	12
3.6.1 Methode	12
3.6.2 Sample und Rekrutierung	13
3.7 Synthese der qualitativen und quantitativen Daten	13

4	Resultate	14
4.1	Die Behandlungsvereinbarung im Klinikalltag	14
4.1.1	Bekanntheit der Behandlungsvereinbarung	14
4.1.2	Erstellung der Behandlungsvereinbarung	15
4.1.3	Nachschauen von Informationen im Klinikalltag	15
4.2	Gründe für die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung	16
4.2.1	Gründe des Personals	16
4.2.2	Gründe der Patienten	16
4.3	Nutzen der Behandlungsvereinbarung	17
4.3.1	Erleichterter Eintritt	18
4.3.2	Ermöglichung von Kurzaufenthalten.....	18
4.3.3	Verbesserter Umgang mit Krisen	19
4.3.4	Verbesserte Strukturierung der Aufenthalte	19
4.3.5	Erhöhte Behandlungskontinuität	20
4.3.6	Erhöhung der Selbstbestimmung.....	20
4.3.7	Patienten Sicherheit und Verbindlichkeit vermitteln	21
4.4	Bewertung der Behandlungsvereinbarung	21
4.4.1	Zufriedenheit des Personals mit der Behandlungsvereinbarung.....	21
4.4.2	Bewertung der Inhalte durch das Personal	22
4.4.3	Bewertung der Darstellung der Inhalte durch das Personal.....	22
4.4.4	Bewertung der Inhalte durch die Patienten	22
4.4.5	Bewertung der Darstellung der Inhalte durch die Patienten.....	23
4.5	Grenzen der Behandlungsvereinbarung	24
4.5.1	Institutionelle Grenzen	24
4.5.2	Interne Koordination	24
4.5.3	Externe Koordination	24
4.5.4	Beziehung zwischen Personal und Patient.....	25
4.5.5	Überschneidungen	25
4.5.6	Grenzen des Dokumentes selbst.....	25
4.5.7	Grenzen der Patienten	25
5	Handlungsempfehlungen.....	26
6	Fazit.....	27
7	Literatur	28
8	Anhang	30
8.1	Themen der Onlinebefragung und des Interviewleitfadens	30

Abbildungen

Abbildung 1: Patientenverfügung vs. Behandlungsvereinbarung	8
Abbildung 2: Darstellung des Erhebungsprozesses	10
Abbildung 4: Kontakt mit der Behandlungsvereinbarung in den drei meistvertretenen Berufen	14
Abbildung 6: Fachbereiche (gruppiert) und der Kontakt zur Behandlungsvereinbarung	14
Abbildung 8: Häufigkeit der Änderung einer bestehenden Behandlungsvereinbarung während des Klinikaufenthalts eines Patienten	15
Abbildung 10: Zufriedenheit mit der Behandlungsvereinbarung.....	21
Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Darstellung des Inhalts	22

Tabellen

Tabelle 1: Überblick Stichprobe nach Fachbereichen.....	12
Tabelle 2: Bivariate Zusammenhänge in der Verwendung der Behandlungsvereinbarung	14
Tabelle 3: Die wichtigsten Nutzen der Behandlungsvereinbarung aus Sicht von Patienten und Fachpersonen	17
Tabelle 4: Handlungsempfehlungen	26

1 Abstract

Die Behandlungsvereinbarung ist ein Dokument des Shared Decision Making, das in der Luzerner Psychiatrie (*lups*) seit 2014 als Alternative zur Patientenverfügung in der aktuellen Version angewandt wird. In der vorliegenden Studie wurde die Form der Anwendung und die Praktikabilität des Instrumentes mit einem Mixed-Methods-Ansatz evaluiert. Die Datenermittlung erfolgte durch teilnehmende Beobachtung zur Erfassung des Anwendungskontextes, durch einen Onlinefragebogen zur quantitativen Erhebung der Sichtweise des Personals und durch qualitative semistrukturierte Interviews zur Erhebung der Patientenperspektive. Im vorliegenden Bericht werden das methodische Vorgehen und die Resultate der Studie präsentiert.

2 Hintergrund der Evaluationsstudie

2.1 Selbstbestimmung und Autonomie in der Psychiatrie

Durch das neue Kinder- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) von 2013 wurden mit dem Vorsorgeauftrag und der Patientenverfügung gleich zwei Instrumente zum Patientenschutz gesetzlich verankert:

«Das neue Erwachsenenschutzrecht will das Selbstbestimmungsrecht fördern und stellt dazu zwei neue Instrumente zur Verfügung. Mit einem Vorsorgeauftrag kann eine handlungsfähige Person ihre Betreuung und rechtliche Vertretung im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit regeln. Zudem kann sie mit einer Patientenverfügung festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt, oder eine Person bestimmen, die im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit entscheidungsbefugt ist.»¹

Die Patientenverfügung wurde auch in den Psychiatrien als Instrument zur präventiven Willensäusserung für urteilsfähige Personen neu diskutiert und zum Teil auch eingeführt (vgl. u. a. Kammer-Spohn 2015; Bridler 2013; Bridler und Ballweg 2015). Da sich die Bedürfnisse von Patienten² in Psychiatrien stark von denjenigen in somatisch ausgerichteten Institutionen unterscheiden, verfassten Pro Mente Sana sowie das Sanatorium Kilchberg eigens eine psychiatrische Patientenverfügung.³ Die Luzerner Psychiatrie (*lups*) entschied sich gegen eine institutionalisierte Patientenverfügung und erneuerte stattdessen die schon vorhandene Behandlungsvereinbarung als Instrument für das Shared Decision

Making (SDM).⁴ Sie wird seit Januar 2014 angewandt.⁵ Die Behandlungsvereinbarung und die Patientenverfügung unterscheiden sich wie in Abbildung 1 dargestellt, wobei das dialogische Erarbeitungsprinzip ein zentrales Merkmal der Behandlungsvereinbarung ist.

In gewissen Phasen einer psychischen Krankheit werden Patienten aufgrund definierter Gründe als urteilsunfähig erklärt, wodurch Eingriffe ohne ihre Zustimmung möglich werden:

«Fehlt die Zustimmung der betroffenen Person, so kann die Chefärztin oder der Chefarzt der Abteilung die im Behandlungsplan vorgesehenen medizinischen Massnahmen schriftlich anordnen, wenn: 1. ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist; 2. die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist; und 3. keine angemessene Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist.» (ZGB, Art. 434)

Durch freiheitsbeschränkende Massnahmen, fürsorgliche Unterbringungen und medizinische Massnahmen gegen den Willen von Patienten wurde die Diskussion um die Selbstbestimmung und die Autonomie der Patienten in den Psychiatrien stärker angeregt als in anderen Bereichen der Medizin⁶, denn «[p]sychiatrische PatientInnen haben per definitionem eine geschädigte Autonomie» (Vogd 2010: 61). Die Autonomie kann einerseits durch die Krankheit selbst beeinträchtigt sein, andererseits werden in Zeiten der akuten Erkrankung zum Schutz der Patienten und deren Umfeld teilweise schwere Eingriffe gegen den Willen der Patienten durchgeführt, was ebenfalls eine Schädigung der Autonomie

1 <http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2011/2011-01-12.html> [09.03.2016].

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet.

3 https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Patientenverfuegung/Psychiatrische_Patientenverfuegung_29082014_Version_2.pdf [11.05.2017]; <http://www.sanatorium-kilchberg.ch/print.php?navid=102&itemid=1&lang=de&url=%2Fpatientenverfuegung.html%3Fflang%3Dde> [29.05.2017].

4 Zum SDM s. z. B. Whitney et al. 2004 und White et al. 2003.

5 Vgl. Behandlungsvereinbarung der Luzerner Psychiatrie, <https://www.lups.ch/Patienten-angehoerige/stationaerer-aufenthalt-erwachsene/behandlungsvereinbarung/> [11.05.2017].

6 Einen Überblick über die Autonomiedebatte in der Medizin liefern z. B. Meier-Allmendinger und Baumann-Hölzle 2009.

Themen	Patientenverfügung	Behandlungsvereinbarung
Gemeinsamkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schriftliches Dokument für Situation der Urteilsunfähigkeit ■ Ziel: Behandlungsoptimierung ■ Ziel: Förderung der Selbstbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schriftliches Dokument für Situation der Urteilsunfähigkeit ■ Ziel: Behandlungsoptimierung ■ Ziel: Förderung der Selbstbestimmung
Unterschiede	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einseitig erstellt (Betroffener) ■ Unabhängig von Ort ■ Gemäss ZGB Art. 370–373 ■ Unabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zweiseitig erstellt (Betroffener und Institution) ■ Ortsgebunden (Institution) ■ Keine rechtlichen Regelungen (Obligationenrecht Art. 394–406) ■ Diskussion und Einigung

Abbildung 1: Patientenverfügung vs. Behandlungsvereinbarung⁷

7 (Quelle: PowerPoint-Präsentation J. Kurmann 15.12.2014, Folie 8)

Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen sollen dazu dienen, dass die Selbstbestimmung möglichst auch bei allfälliger Urteilsunfähigkeit der Patienten erhalten bleibt.

2.2 Die Behandlungsvereinbarung der Luzerner Psychiatrie

Die Behandlungsvereinbarung ist ein Dokument, das gemeinsam von urteilsfähigen Patienten und den Stationären Diensten der Luzerner Psychiatrie (*lups*) und/oder der ambulanten Nachsorge auf freiwilliger Basis erarbeitet wird.⁸ Bereits 2006 lag in der *lups* eine Behandlungsvereinbarung vor, die jedoch aufgrund des neuen KESR überarbeitet wurde und seit 2014 in der aktuellen Version eingesetzt wird. Sie wird momentan v. a. bei chronischen Psychiatriepatienten eingesetzt und legt den Rahmen für eine Behandlung bei Urteilsunfähigkeit fest. Die Behandlungsvereinbarung könnte aber bei allen Patienten als Instrument eingesetzt werden, damit deren Selbstbestimmung bei allenfalls notwendigen zukünftigen Hospitalisationen möglichst erhalten bleibt. Sie wird meistens in der Schlussphase des Klinikaufenthaltes ausgefüllt und kann verschiedenste Aspekte umfassend abdecken oder sich auf einen oder wenige wichtige Punkte in Bezug auf die Behandlung und Betreuung der Patienten konzentrieren: Sie beinhaltet Regelungen bezüglich der Aufnahme in die Klinik, der Hospitalisationszeit und des Nachsorgeplans. Es werden Angaben zu den zu kontaktierenden Personen gemacht, zu den letztes Mal zuständigen Betreuungspersonen und Stationen und zu Interventionen, die die Patienten bevorzugen oder ablehnen. Zentral ist, dass die Behandlungsvereinbarung in einem dialogischen und partnerschaftlichen Prozess entwickelt und von beiden Parteien als verbindlich betrachtet wird. Sie wird von den Patienten in Zusammenarbeit mit einer Bezugsperson aus der Pflege sowie mit dem zuständigen Psychologen oder Assistenzarzt ausgefüllt. Es können auf Wunsch der Patienten eine Vertrauensperson, ein Beistand, Angehörige und nachbetreuende Stellen miteinbezogen werden. Die Behandlungsvereinbarung wird sowohl vom Patienten als auch von einem Vertreter der Stationären Dienste der *lups* unterzeichnet. Gemeinsam vereinbaren sie, wer über die Behandlungsvereinbarung informiert und wer allenfalls mit einer Kopie bedient werden soll.

Die Behandlungsvereinbarung ist

- immer individuell auf den Patienten bezogen,
- zeitlich nicht limitiert und
- wird in Vorausschau erstellt.

Die Behandlungsvereinbarung soll

- die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit der Patienten erhalten oder gar erhöhen,
- das Vertrauen der Patienten in die Organisation stärken, indem diese damit partnerschaftliche Verbindlichkeit auf Augenhöhe zeigt,
- die Behandlungs- und Betreuungsqualität erhöhen, indem die Patienten ihre Erfahrungen explizit einbringen und somit den Behandlungsplan mitbestimmen können,
- die Beteiligten bei allfälligen Behandlungen ohne Zustimmung in einer Krisensituation entlasten und den Dialog darüber fördern.⁹

Die Behandlungsvereinbarung wird bei einer allfälligen Hospitalisation überprüft und nur gemeinsam mit dem Patienten abgeändert oder erweitert. Sie soll somit die Selbstständigkeit der Patienten fördern und den Dialog zwischen Institution und Patient vereinfachen. Zudem soll sie einen praktischen Nutzen haben und weitere Hospitalisierungen vereinfachen. Für die *lups* ist es wünschenswert, die nachbetreuende Stelle in die Erarbeitung der Behandlungsvereinbarung miteinzubeziehen.

In den Stationären Diensten der *lups* wird bei allen eintretenden Patienten ein Behandlungsplan erstellt.¹⁰ Er basiert – wenn immer möglich – auf der Behandlungsvereinbarung. Abweichungen davon sind begründungspflichtig. Psychiatrische Behandlungs- und Betreuungsentscheide, die der Patient mit der *lups*, mit einer anderen Klinik oder anderen psychiatrischen Fachpersonen in einer Patientenverfügung festgehalten hat, respektiert die *lups* hinsichtlich der Massnahmen, die der Patient nicht will und berücksichtigt sie als mutmasslichen Patientenwillen bei der Erstellung des Behandlungsplans. Die Behandlungsvereinbarung bildet somit die Grundlage für den Behandlungsplan bei Urteilsunfähigkeit.

⁸ Die Behandlungsvereinbarung kann auch von Ambulatorien oder frei praktizierenden Psychiatern/Psychotherapeuten zusammen mit dem Patienten und in Kontakt mit den Stationären Diensten ausgefüllt werden.

⁹ Die Behandlungsvereinbarung wurde im internen Ethik-Forum der *lups* in Zusammenarbeit mit der Stiftung Dialog Ethik ausgearbeitet.

¹⁰ Gemäss KESR muss bei allen Patienten unter FU-Bedingungen (fürsorgerische Unterbringung) ein Behandlungsplan erstellt werden.

3 Methodisches Vorgehen der Evaluationsstudie

3.1 Ziel der Studie

Die in der *Iups* erarbeitete und seit 2014 in der aktuellen Version angewandte Behandlungsvereinbarung wurde auf ihre Praxistauglichkeit, Umsetzbarkeit und auf ihre Stärken und Schwächen hin evaluiert. Die Evaluationsstudie ging der Frage nach, wie die Behandlungsvereinbarung im psychiatrischen Alltag aus Sicht der beteiligten und betroffenen Personen eingesetzt wird. Erhoben wurde die Wahrnehmung der Patienten und des Personals, die vor dem Hintergrund ihrer persönlichen und professionellen Erfahrung den Wert und Nutzen der Behandlungsvereinbarung einschätzten.

Zu diesem Zweck wurde eine Befragung durchgeführt und auf deren Grundlage Handlungsempfehlungen formuliert. Weder die Patientenverfügung noch die Behandlungsvereinbarung wurden bisher in ihrem spezifischen Kontext der Psychiatrien in der Schweiz wissenschaftlich untersucht.¹¹ Die Evaluation leistet somit einen Beitrag für die Etablierung und Qualitätssicherung von SDM-Vorsorgeinstrumenten in der Psychiatrie.

3.2 Thematische Struktur

Die Themen, welche die Studie fokussiert hat¹², lassen sich in die folgenden vier Bereiche unterteilen:

1) Voraussetzung

Hierbei wird das Wissen um das Vorhandensein und die Art der Kenntnisse des Psychiatriepersonals und der Patienten zur Behandlungsvereinbarung abgefragt. Da die Behandlungsvereinbarung freiwillig ist, ist die Motivation, das Dokument auszufüllen, ein wichtiger zu erhebender Faktor.

2) Anwendung

Der zweite Themenbereich umfasst Fragen in Bezug auf die Verständlichkeit des Inhalts und die Praktikabilität der Behandlungsvereinbarung. Dabei liegt der Fokus auf dem Erstellungsprozess, der Struktur, dem Inhalt und dem Rückgriff auf das Instrument im Klinikalltag.

3) Folgen

Der dritte Bereich sind die Folgen, die für die Patienten und das Personal aus dem Prozess des Ausfüllens und aus der ausgefüllten Behandlungsvereinbarung resultieren. In diesem Bereich wird nach den verfolgten Zielen, den subjektiv empfundenen Nutzen und weiteren Folgen gefragt.

4) Grenzen

Übergreifend zu den anderen drei Bereichen wird ein Fokus auf die Grenzen der Behandlungsvereinbarung gelegt. Es werden somit Grenzen bezüglich der Voraussetzungen, der Anwendung und der Folgen erfragt.

3.3 Studiendesign

Für die Evaluationsstudie wurde ein Mixed-Methods-Design gewählt, das sowohl quantitative als auch qualitative Methoden beinhaltet, die sich gegenseitig ergänzen (vgl. Bergmann 2012, Kuckartz et al. 2009). Im Sinne des methodenintegrativen Ansatzes von Kelle (2008) richtet sich die Auswahl der Methode am Erkenntnisinteresse der Studie, die Behandlungsvereinbarung für das Personal optimal nutzbar zu machen und deren Stärken und Schwächen zu eruieren. Mittels teilnehmender Beobachtung wurden, wie in Abbildung 2 dargestellt, erste sondierende Gespräche geführt und die Einbettung der Behandlungsvereinbarung in der Organisation erhoben. Die quantitative Befragung diente zur Einschätzung des Blickwinkels des Personals und die qualitativen Interviews zur Erhebung der Patientenperspektive. Die Methodentriangulation ermöglichte es somit, verschiedene Aspekte zu erschliessen (vgl. Kelle 2008: 260–264; Kuckartz et al. 2009: 90). Die qualitativen und die quantitativen Daten werden in der Auswertung gleich gewichtet und bauen auf dieselbe thematische Struktur auf (siehe oben).

Im Folgenden werden die einzelnen Erhebungsschritte genauer dargestellt.

¹¹ Im Rahmen einer Dissertation von Brigitte Steinegger wurde eine Evaluation der Patientenverfügung im Sanatorium Kilchberg durchgeführt. Die Kliniken des Bezirks Oberbayern KBO führen zurzeit ebenfalls eine Studie zu Behandlungsvereinbarungen durch. Die Resultate von beiden Projekten sind zum Zeitpunkt des vorliegenden Schlussberichts jedoch noch nicht veröffentlicht.

¹² S. Anhang 8.1. für die übergeordneten Fragen der Onlinebefragung und der Interviews.

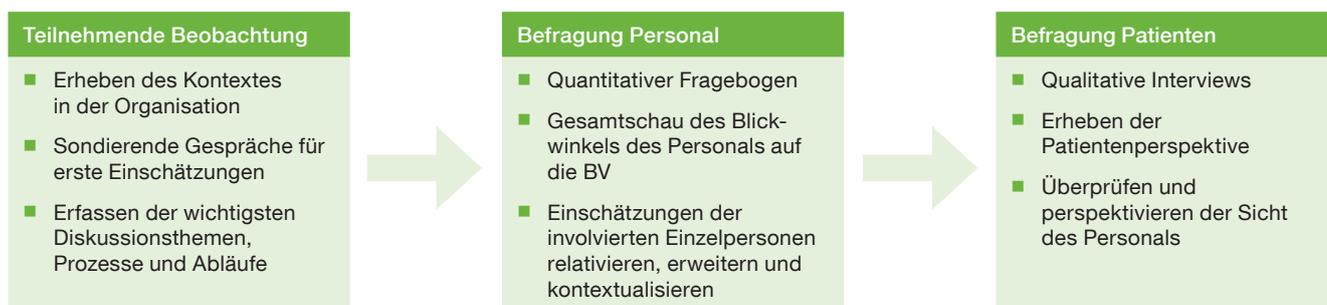


Abbildung 2: Darstellung des Erhebungsprozesses

3.4 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung fand in Form einer fokussierten Ethnografie statt (vgl. Beer 2003; Knoblauch 2001). Diese beinhaltet einen kurzen, aber thematisch fokussierten Einblick in die Organisation. Da die Behandlungsvereinbarung hauptsächlich auf den Akutstationen der *lups* eingesetzt wird, fand die teilnehmende Beobachtung ebendort statt. Da der Feldaufenthalt nur sehr kurz war, war eine intensive Vorbereitung nötig, in der interne Dokumente analysiert und die Fragestellung so weit wie möglich ausgearbeitet wurde. Das Ziel eines solchen Aufenthaltes ist es, Schlüsselpersonen zu eruieren, sowie die institutionelle Einbindung der Behandlungsvereinbarung zu klären. In sondierenden ethnografischen Interviews (Spradley 1979; Flick 2005: 141f) wurden erste Problemfelder und Vorzüge der neuen Behandlungsvereinbarung erhoben. Zu einem späteren Zeitpunkt dienten die Beobachtungen und Gespräche zur Kontextualisierung und Relativierung der qualitativen und quantitativen Daten. Die so erhobenen Daten wurden in Beobachtungsprotokollen (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014: 49–53) systematisch festgehalten.

3.5 Quantitative Befragung des Personals

Die quantitative Onlinebefragung des Personals bildet einen wichtigen Teil der Evaluation. Mithilfe des Software-Tools SurveyMonkey wurde das gesamte Personal der Stationären Dienste der *lups* an den Standorten Luzern und St. Urban befragt. Das Ziel der Onlinebefragung war es, einen detaillierten Überblick über die Anwendung der Behandlungsvereinbarung und die Zufriedenheit des Personals mit dem Instrument zu gewinnen. Die Fragen basierten auf den oben dargestellten Themenfeldern (s. 3.2) und wurden hauptsächlich geschlossen gestellt, jedoch durch offene Fragen ergänzt.¹³

3.5.1 Datenerhebung und Analyse

Der Aufbau des Fragebogens wurde nach den Leitlinien in Porst (2014), Kuckartz et al. (2009: 32–39) und Dillman et al. (2014) gestaltet. Er wurde in dreierlei Hinsicht getestet:

1. Methodik-Experten überprüften die Handhabbarkeit des Fragebogens und die Fragequalität.
2. Die Handhabbarkeit, Vollständigkeit und Verständlichkeit wurden einerseits durch Experten aus dem Feld und andererseits durch Personen aus der Zielgruppe mittels der kognitiven Pretesttechnik «Think aloud» getestet (Porst 2014: 194–196).
3. Ebenso wurde der Fragebogen bezüglich der visuellen Darstellung, des Funktionierens der Antwortformate, der Filterführung, der Datenübermittlung an die Zustelleradressen, des fehlerfreien Exportierens von der Datenbank und der Probandenverwaltung geprüft (vgl. Kuckartz et al. 2009: 47–48).

¹³ Zur Qualität von Onlinebefragungen vgl. Maurer und Jandura 2009.

Der Fragebogen wurde über einen personalisierten E-Mail-Versand an 477 Personen (n), d. h. an alle Mitarbeitenden der Stationären Dienste¹⁴ der *lups* geschickt. Zusätzlich wurde er über einen nicht personalisierten Weblink-Collector an die einzelnen Stationen geschickt, um auch jene Personen zu erreichen, die ihren persönlichen Posteingang nicht regelmässig prüfen. Der Versand ging einher mit der Kontaktaufnahme mit dem Chefarzt und den Stationsleitungen. Bei Mitarbeiterbefragungen per Mail ist die Grundgesamtheit klar definiert, wodurch generell eine hohe Datenqualität erreicht werden kann.

Der Fragebogen stand während eines Monats zur Beantwortung im Netz. Er konnte vom Personal während der Arbeitszeit ausgefüllt werden. In dieser Zeit wurden zwei Erinnerungsmails versandt und einmal über telefonischen Kontakt mit den Stationsleitungen die Mitarbeitenden zur Teilnahme motiviert.¹⁵

Zur Analyse der geschlossenen Fragen des Onlinefragebogens wurde das Programm SPSS Statistik 23 verwendet. Mittels der univariaten deskriptiven Statistik wurden Daten zum Gebrauch der Behandlungsvereinbarung im Alltag ausgewertet, wie zum Beispiel die Zeit, die in das Erstellen einer neuen Behandlungsvereinbarung investiert wird, die Häufigkeit des Gebrauchs im Arbeitsalltag und der Bekanntheitsgrad des Instrumentes.

Bivariate Zusammenhänge wurden hauptsächlich mit dem *Chi²-Test* nach Pearson, dem *Fisher Exact Test*, dem *Cramer's V* und dem *Spearman's Rho* berechnet. Mit dem *Chi²-Test* kann die Signifikanz eines ungerichteten Zusammenhangs von Nominal- und Ordinalskalen gemessen werden (vgl. Diaz-Bone 2006: 78; Norusis 2011: 373–384). In den Fällen, in denen die Stichprobengrösse $n \leq 20$ war oder die erwartete Häufigkeit $f'_{ij} < 5$, wurde dieser Test mit dem *Fisher Exact Test* ergänzt.¹⁶ Ebenso wurde jeweils das *Cramer's V* zur Feststellung der Stärke des Zusammenhangs berechnet (vgl. Diaz-Bone 2006: 80f; Norusis 2011: 440–442). In einzelnen Fällen mit zwei ordinalskalierten Variablen wurde eine Rangkorrelationsanalyse nach Spearman durchgeführt, um einen linearen Zusammenhang zu prüfen (vgl. Brosius 2013: 525–527).¹⁷

Die offenen Fragen wurden mithilfe des Analysetools MAXQDA 12 analysiert, indem ein gemeinsames Codesystem mit den Patienteninterviews entwickelt wurde.

¹⁴ Dazu gehören die ärztliche Leitung (Chefarzt, Leitende Ärzte, Ärztliches Sekretariat), Ärzte, Pflegendе (Diplomierte, Pflegehilfen, Stationsassistenten, Studierende HF, FAGE, FAGE Lernende), Psychologen, Sozialarbeiter, Leitung Pflegedienst (Pflegedienstleiter, Bereichsleitungen Pflege, Pflegeexperten, Ausbildungsverantwortliche, Applikationsverantwortliche), Laboranten, Mitarbeitende Apotheke, Sekretariat Pflegedienst.

¹⁵ Die Erinnerungen wurden in Anlehnung an Vorlagen von Dillman et al. (2014: 330–336) erstellt.

¹⁶ <http://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse/unterschiede/proportionen/pearsonuntersch.html>, zuletzt geprüft 11.05.2017.

¹⁷ <http://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse/zusammenhaenge/rangkorrelation.html>, zuletzt geprüft 11.05.2017.

3.5.2 Beschreibung der Stichprobe

Von den 477 per E-Mail versandten Fragebogen konnten 23 nicht zugestellt werden, weil die E-Mail-Adresse nicht mehr in Betrieb war. 212 Personen liessen die E-Mail ungeöffnet. Beantwortet wurde der Fragebogen von 250 Personen (9 über den Weblink und 241 über den E-Mail-Collector). 15 haben ihn jedoch nur teilweise abgeschlossen (14 über den E-Mail-Collector, 1 über den Weblink). 10 davon wurden in der Datenbereinigung gelöscht, weil keine inhaltliche Frage beantwortet wurde. Ein Fall wurde herausgelöscht, weil die Filter nicht funktioniert haben und der Fragebogen inkonsistent und nicht rekonstruierbar ausgefüllt worden war.¹⁸ In die Auswertung wurden deshalb 50.1 % der verschickten Fragebogen (n = 239) miteinbezogen. Von den Mitarbeitenden am Standort Luzern haben rund 70 % geantwortet, vom Standort St. Urban rund 50 %.

Die Verteilung der Antwortenden auf die Fachbereiche zeigt sich in Tabelle 1. Besonders hohe Anteile weisen der Bereich Affektive Störungen und die Heilpädagogisch-psychiatrische Fachstelle auf.¹⁹ Zur Verteilung der Antwortenden auf die verschiedenen Berufsgruppen in Relation zur Grundgesamtheit liegen keine Daten vor.

¹⁸ Die Datenbereinigung belief sich auf die Kontrolle der Filter, die Kontrolle fehlerhafter Werte, die Definition fehlender Werte und die Recodierung einzelner Variablen in sinnvollere Bündel.

¹⁹ Daraus lässt sich eine Verzerrung zugunsten dieser Bereiche ableiten, die sich jedoch in der Datenauswertung als wenig relevant herausgestellt hat.

3.6 Qualitative Befragung von Patienten

Die Aussagen der Patienten stammen aus dem qualitativen Teil der Evaluationsstudie, welcher von der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz bewilligt wurde. Qualitative Vorgehensweisen zeichnen sich grundsätzlich durch ein exploratives Prozedere aus, das sich gerade in einem bisher noch wenig erforschten Feld eignet (Flick 2005: 16–18). Dies ist relevant, weil die Sichtweise der Patienten zur Behandlungsvereinbarung bis jetzt nur in den Grundzügen bekannt ist.

3.6.1 Methode

3.6.1.1 Interviews

Da die Forschungsfrage klar definiert war, boten sich im vorliegenden Kontext semistrukturierte, problemzentrierte Interviews an (vgl. Przyborski und Wohlrab 2014: 126–132; Witzel 2000; Flick 2005: 134–139). Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass die zu erforschenden Themenbereiche im Interviewleitfaden eingebaut waren (s. 3.2), die Interviews aber gleichzeitig für die Schwerpunktsetzungen und Anliegen der Patienten offen blieben. Die vorformulierte offene Einstiegsfrage war erzählungsgenerierend, allgemeine Sondierungen und Ad-hoc-Fragen orientierten sich am genannten thematischen Schema. Weitere spezifische Sondierungen, Zurückspiegelungen, Verständnisfragen und Konfrontationen wirkten verständnisgenerierend (vgl. Witzel 2000: 6–8).

Fachbereiche	Antwortende pro Fachbereich (in n)	Mitarbeitende im Fachbereich (total in n)	Anteil der Mitarbeitenden im Fachbereich (%) ²⁰	Anteil der Grundgesamtheit (%) ²¹
Akupsychiatrie	91	164	55.5	38.1
Alterspsychiatrie	28	70	40	11.7
Fachbereich übergreifend	25	k. A.	k. A.	10.5
Abhängigkeitserkrankungen	18	42	42.9	7.5
Affektive Störungen	13	15	86.7	5.4
Rehabilitation	10	16	62.5	4.2
Wohnpsychiatrie	10	18	55.5	4.2
Heilpädagogische-psychiatrische Fachstelle	7	7	100	2.9
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst	1	3	33.3	0.4
Zwischentotal	203			84.9
Fehlende Werte	36			15.1
Total	239			100

Tabelle 1: Überblick Stichprobe nach Fachbereichen

²⁰ Prozentualer Anteil der Antwortenden des Fachbereichs von allen Angestellten des Fachbereichs.

²¹ Prozentualer Anteil der Antwortenden des Fachbereichs von allen Antwortenden (n = 239).

Um der Sichtweise der Patienten gerecht zu werden, wurden in den Interviews, im Gegensatz zur Befragung des Personals, nicht nur praktische, anwendungsbezogene Fragen gestellt, sondern auch Fragen zur Wahrnehmung der Situation insgesamt. Diese offenen Fragen wurden vermehrt am Anfang der Interviews eingesetzt. Damit gezielt auf die Praktikabilität der Behandlungsvereinbarung eingegangen werden konnte, wurde in einem zweiten Teil die erstellte Behandlungsvereinbarung des Interviewpartners mit einbezogen und anhand des Interviewleitfadens besprochen.

3.6.1.2 Analyse

Die Interviews wurden mit der Einwilligung der befragten Personen auf einen Tonträger aufgenommen. Das Audiomaterial wurde transkribiert, anonymisiert und mittels der evaluierenden qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz 2014) ausgewertet. Die Transkripte wurden thematisch kodiert und die Codierungen kategorisiert, miteinander verknüpft und verglichen (vgl. Kelle und Kluge 2010; LeCompte und Schensul 1999; Silverman 2001; Ryan und Bernard 2003). Das Codesystem richtete sich nach den abgefragten Themenbereichen und wurde durch induktive Codes ergänzt. Die Datenanalyse wurde durch die Software *MAXQDA 12* unterstützt.

3.6.2 Sample und Rekrutierung

Rekrutiert wurden die Interviewpartner über die beiden *lups*-Standorte Luzern und St. Urban. Es handelte sich dabei um psychiatrienerfahrene Personen, die über eine Behandlungsvereinbarung verfügten. Es wurden ausschliesslich urteilsfähige Personen in das Sample aufgenommen, die gegenwärtige oder ehemalige Patienten der *lups* waren.²² Dabei wurde nicht auf ein bestimmtes Krankheitsbild geachtet. Potenzielle Interviewpartner wurden von der fallführenden Fachperson²³ der *lups* über die Studienziele informiert und für eine Studienteilnahme angefragt. Bei Interesse wurden die Kontaktdaten der Patienten an die Studienleitung weitergeleitet. Auf diese Weise konnten 11 Patienten interviewt werden: vier Männer und sieben Frauen. Das Alter der interviewten Personen lag zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 25 und 54 Jahren. Die Patienten wiesen verschiedene Krankheitsbilder auf, beispielsweise Bipolare Störungen, Schizoaffektive Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrene Störungen und Abhängigkeitserkrankung.

3.7 Synthese der qualitativen und quantitativen Daten

Nach der qualitativen und quantitativen Analyse erfolgten in einem triangulierenden Verfahren der Vergleich und die Verknüpfung der beiden unterschiedlichen Datenkorpusse: Die Sichtweisen der Patienten wurden mit den Aussagen der *lups*-Mitarbeitenden aus dem quantitativen Fragebogen verglichen. Die Vergleichbarkeit der Interviewdaten mit den geschlossenen Fragen ist durch die gemeinsame thematische Struktur in der Datenerhebung gewährleistet, ebenso die Vergleichbarkeit mit den offenen Fragen zusätzlich durch das gemeinsame Codesystem, das anhand beider Datenarten entwickelt wurde.

²² Zur Urteilsfähigkeit vgl. ZGB, Art. 16.

²³ Die fallführende Person ist diejenige, die nebst der Bezugsperson während des Klinikaufenthalts für den Patienten zuständig ist. Das kann ein Arzt, ein Psychologe oder auch jemand von einer anderen Berufsgruppe sein, der über die entsprechende Ausbildung verfügt

4 Resultate

In diesem Schlussbericht wird als Erstes die Verwendung der Behandlungsvereinbarung im Klinikalltag gemäss den Antworten im Onlinefragebogen beschrieben. Danach wird auf die Gründe und Nutzen der Behandlungsvereinbarung eingegangen. Zudem werden bewertende Aussagen zum Inhalt präsentiert und zum Schluss Grenzen der Behandlungsvereinbarung aufgezeigt.

4.1 Die Behandlungsvereinbarung im Klinikalltag

Durch die statistische Auswertung der Onlinebefragung des Personals lassen sich Zusammenhänge in der Verwendung der Behandlungsvereinbarung feststellen, die in Tabelle 2 als Übersicht dargestellt sind. Die Kreuze «x» zeigen an, zwischen welchen Variablen ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht.²⁴ Es konnte zum Beispiel nachgewiesen werden, dass ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Anstellungsdauer an der *lups* und der Häufigkeit der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung.

Diese und weitere Zusammenhänge werden in den folgenden Unterkapiteln genauer beschrieben.

4.1.1 Bekanntheit der Behandlungsvereinbarung

67.4 %²⁵ (n = 161) der Befragten geben an, bereits mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt gekommen zu sein. Nur 7.5 % (n = 18) des Rücklaufs geben an, nicht gewusst zu haben, dass eine Behandlungsvereinbarung existiert. Ob jemand schon Kontakt mit diesem Instrument hatte, hängt signifikant mit dem Beruf, der Position, dem Fachbereich und der Berufserfahrung an der *lups* zusammen. 95.2 % der Psychologen (n = 20) gaben an, schon

damit in Kontakt gekommen zu sein, gefolgt von den Ärzten mit 88 % (n = 22) und den Pflegenden mit 74 % (n = 91). Gefiltert für diese drei häufigsten Berufsgruppen sieht das Bild wie in Abbildung 4 dargestellt aus.

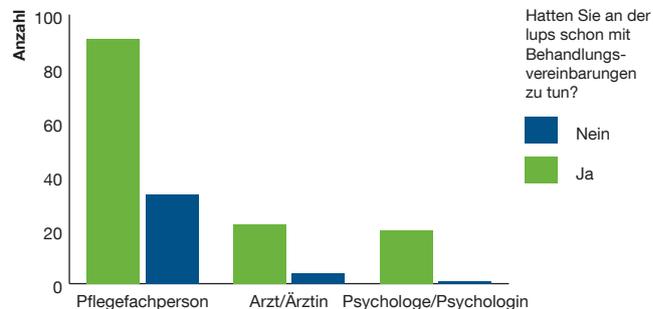


Abbildung 4: Kontakt mit der Behandlungsvereinbarung in den drei meistvertretenen Berufen

Ob jemand mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt kommt, hängt neben dem Beruf signifikant vom Fachbereich ab, in der er oder sie arbeitet (s. Abbildung 6): Innerhalb der Akutpsychiatrie hatten 77.3 % (n = 68) schon mit Behandlungsvereinbarungen zu tun, in den anderen Fachbereichen zusammengenommen nur 55.4 % (n = 62).²⁶

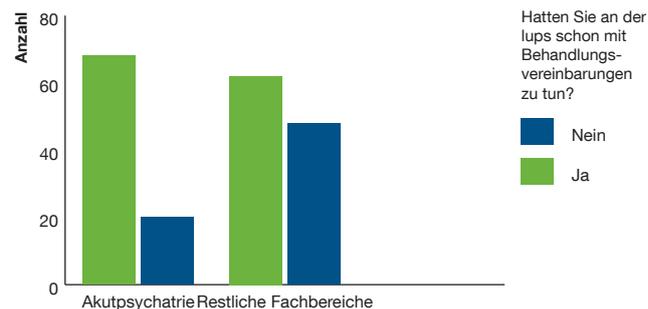


Abbildung 6: Fachbereiche (gruppiert) und der Kontakt zur Behandlungsvereinbarung

24 Kreuze in Klammern «(x)» bedeuten, dass eine Tendenz besteht, jedoch kein signifikanter Zusammenhang.

25 Mit den Prozentzahlen sind, wenn nicht anders vermerkt, jeweils die gültigen Prozente gemeint, d. h. Prozente in Bezug auf die Gesamtzahl der Personen, die auf diese Frage geantwortet haben

26 Fachbereich Akutpsychiatrie versus die anderen gruppiert: Fisher Exact: $\chi^2 = 10.404$, $p = .001$, Cramer-V (.228). Alle Fachbereiche separat verrechnet: Fisher Exact: $\chi^2 = 29.773$, $p = .000$, Cramer-V (.383) liegt zwischen 0.3 und 0.5, also ist der Zusammenhang mittelstark.

Fachbereiche	Bereits in Kontakt mit BV	Erfahrung in der Erstellung von BV	Häufigkeit der Erstellung von BV	Häufigkeit des Nachschauens in BV	Zufriedenheit mit BV generell
Alter/Berufserfahrung	x		x	(x)	
Geschlecht					
Beruf	x	x		(x)	
Position	x	x			(x)
Standort					
Fachbereich	x				x
Berufsjahre <i>lups</i>	x		x		x

Tabelle 2: Bivariate Zusammenhänge in der Verwendung der Behandlungsvereinbarung

Bezüglich der Berufserfahrung kamen am ehesten jene Fachpersonen mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt, die zwischen fünf und zehn Jahren an der *lups* arbeiteten: ²⁷ 85.5 % (n = 52) dieser Gruppe gaben an, schon mit der Behandlungsvereinbarung gearbeitet zu haben. Personen, die neu an der *lups* waren, kamen in den ersten zwei Jahren weniger häufig mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt.

Ausschlaggebend ist auch die Position, die jemand innehat. So kamen 80.4 % (n = 45) der antwortenden Führungskräfte bislang mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt, während dies bei Personen ohne Führungsposition nur bei 63 % (n = 114) der Fall war. ²⁸ Ohne Einfluss hingegen sind die Variablen «Geschlecht» und «Standort».

32.6 % (n = 78) der Befragten gaben an, noch nie mit der Behandlungsvereinbarung gearbeitet zu haben. Die meisten (68.3 %, n = 41) von denen, die dieses Instrument zwar kennen, aber noch nie damit gearbeitet haben, haben dies aufgrund ihrer Berufsgruppe noch nie gemacht. 42.6 % (n = 26) davon würden gerne mit der Behandlungsvereinbarung arbeiten. Das zeigt, dass auch die Personen, die bisher nie mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt gekommen sind, generell daran interessiert sind.

4.1.2 Erstellung der Behandlungsvereinbarung

4.1.2.1 Wer erstellt eine Behandlungsvereinbarung?

38.5 % (n = 92) des gesamten Rücklaufs gaben an, schon eine Behandlungsvereinbarung erstellt oder abgeändert zu haben. Das entspricht 56.8 % aller Personen, die schon mit der Behandlungsvereinbarung gearbeitet haben. Die übrigen Personen haben auf eine andere Art mit der Behandlungsvereinbarung zu tun gehabt. Der Impuls, ein solches Dokument zu erstellen, kommt meistens aus dem Kernteam (39.7 %, n = 77).

Obwohl der Kontakt mit der Behandlungsvereinbarung generell mit Alter und Berufserfahrung zusammenhängt, ist die Erstellung einer neuen Behandlungsvereinbarung unabhängig von Alter, Geschlecht, Standort, Fachbereich und Anzahl Berufsjahren an der *lups*. ²⁹ Hingegen zeigt sich eine Abhängigkeit von der Berufsgruppe und der Position: Die Berufsgruppen, die am häufigsten eine Behandlungsvereinbarung erstellen, haben generell am meisten mit der Behandlungsvereinbarung zu tun. Dies sind die Psychologen, das Pflegepersonal und das ärztliche Personal. 81 % (n = 17) der Psychologen, dieschon mit der Behandlungsvereinbarung zu tun hatten, haben eine solche auch erstellt. Bei den Ärzten sind es 77.3 % (n = 17) und bei den Pflegenden 52.3 %

27 Fisher Exact: $\chi^2 = 20.694$, $p = .000$, Cramer-V (.295) ist kleiner als 0.3, also ist der Zusammenhang eher schwach.

28 Fisher Exact: $\chi^2 = 5.847$, $p = .015$, Cramer-V (.157). Auch die Position und die Berufsjahre korrelieren signifikant ($r_s(237) = -.340$, $p = .000$). Ebenso korrelieren die Position und das Alter ($r_s(237) = -.234$, $p = .000$).

29 Hier ist anzumerken, dass sich dieses Ergebnis nur auf die Personen bezieht, die generell schon mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt gekommen sind. Alle anderen wurden schon vorher herausgefiltert.

(n = 46). ³⁰ Personen in Führungspositionen erstellen eher Behandlungsvereinbarungen als die anderen: 58.9 % (n = 33) aller Führungskräfte haben schon eine Behandlungsvereinbarung erstellt, während es bei den Personen ohne Führungsposition 48 % (n = 57) sind. ³¹

4.1.2.2 Erstellungsdauer und -zeitpunkt

Das Erstellen einer neuen Behandlungsvereinbarung dauert meistens zwischen 30 und 59 Minuten (44.7 %, n = 28). Länger als zwei Stunden werden nur selten aufgewendet. Die meisten Mitarbeitenden (75.9 %, n = 63) sind zufrieden mit diesem Aufwand. Erstellt wird sie eher gegen Ende des Aufenthalts (71.4 %, n = 60), was der Idee der Behandlungsvereinbarung entspricht. Nur in ganz seltenen Fällen (2.4 %) (n = 2) wird sie nach dem Austritt erstellt. Drei Personen geben an, die Behandlungsvereinbarung schon am Anfang der Aufenthalte auszufüllen.

4.1.2.3 Änderungen der Behandlungsvereinbarung

Die bestehenden Behandlungsvereinbarungen werden nur selten abgeändert und neuen Situationen angepasst (s. Abbildung 8).



Abbildung 8: Häufigkeit der Änderung einer bestehenden Behandlungsvereinbarung während des Klinikaufenthalts eines Patienten

4.1.3 Nachschauen von Informationen im Klinikalltag

94.4 % der Personen (n = 84), die schon eine Behandlungsvereinbarung erstellt haben, schlagen im Arbeitsalltag auch Informationen darin nach. Von den Personen, die noch nie eine Behandlungsvereinbarung erstellt hatten (n = 70), sind es 81 % (n = 57). Das Instrument wird also rege genutzt. Fachpersonen, die eine Behandlungsvereinbarung selbst erstellen, greifen später eher darauf zurück. Insgesamt haben 56.9 % (n = 136) des gesamten Rücklaufs schon Informationen in der Behandlungsvereinbarung nachgeschaut

30 Fisher Exact: $\chi^2 = 18.827$, $p = .003$, Cramer-V (.342). Bei einem Vergleich der drei grössten Berufsgruppen (Pflegende, Ärzte und Psychologen): Fisher Exact: $\chi^2 = 8.786$, $p = .012$, Cramer-V (.259) ist kleiner als 0.3, also ist der Zusammenhang nicht sehr stark.

31 Es handelt sich dabei um einen signifikanten Unterschied: Fisher Exact: $\chi^2 = 7.425$, $p = .006$, Cramer-V (.215) ist kleiner als 0.3, also ist der Zusammenhang nicht sehr stark.

Zur Frage, welche Berufsgruppen etwas in der Behandlungsvereinbarung nachschauen, lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen feststellen. 95.2 % der Pflegenden (n = 80)³², die schon mit der Behandlungsvereinbarung Kontakt hatten, geben an, in ihrem Berufsalltag etwas nachgeschaut zu haben. Von den entsprechenden Ärzten sind es 90.9 % (n = 20)³³ und von den Psychologen 89.5 % (n = 17).³⁴

Pflegende kommen zwar insgesamt seltener mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt und erstellen seltener neue Behandlungsvereinbarungen als das ärztliche und psychologische Personal. Sie lesen aber eher Informationen darin nach.

Wie viel Prozent der Mitarbeitenden mit oder ohne Führungsposition etwas in der Behandlungsvereinbarung nachschauen, unterscheidet sich nicht signifikant. Auch bezüglich der anderen untersuchten Faktoren (Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Fachbereich, Standort) liessen sich keine erheblichen Unterschiede feststellen.

Dasselbe gilt für die Häufigkeit, mit der Informationen in der Behandlungsvereinbarung nachgeschaut werden: Auch dort konnten keine signifikanten Einflussfaktoren festgestellt werden. Trotzdem lässt sich feststellen, dass 15.5 % der Pflegenden (n = 11) einmal pro Woche etwas in der Behandlungsvereinbarung nachschauen, hingegen kein Psychologe und kein Arzt diese Häufigkeit angibt.³⁵ 50 % aller Antwortenden (n = 61) geben an, pro stationärem Patient seltener als einmal pro Monat etwas in einer Behandlungsvereinbarung nachzuschauen.

Während in Kapitel 4.1 nur Aussagen der Mitarbeitenden aus dem quantitativen Teil des Fragebogens dargestellt wurden, werden die Themen in den folgenden Kapiteln durch die Sicht der Patienten ergänzt. Die Aussagen der Patienten stammen aus qualitativen Interviews und die der Mitarbeitenden aus den offenen Fragen des Fragebogens. Diese offenen Fragen wurden mithilfe desselben Codesystems ausgewertet wie jenes, welches für die Analyse der Patienteninterviews verwendet wurde. Es ist dabei anzumerken, dass die Antworten der Fachpersonen aufgrund der Erhebungsart meist kürzer und weniger detailliert ausgefallen sind.

4.2 Gründe für die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung

Die Gründe für die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung sind eng verknüpft und teilweise überschneidend mit den Nutzen, die daraus resultieren. Mit den Gründen ist die situative Motivation gemeint, die dem Entscheid für eine Behandlungsvereinbarung zugrunde liegt. Der Nutzen ist hingegen, was im Nachhinein als

das positive Resultat wahrgenommen wird. Bei den Patienten zeigt sich dieser Unterschied deutlicher als im Fragebogen des Personals, da durch die Ausführungen in den Interviews die Situation detaillierter beschrieben werden kann. Wenn sie die Behandlungsvereinbarung ausfüllen, haben die Patienten meistens noch weniger konkrete Erwartungen zum Nutzen, während das Personal schon über ein Erfahrungswissen bezüglich des Nutzens verfügt. Ein Vergleich zwischen Gründen und Nutzen ist deshalb interessant, weil so überprüft werden kann, ob die Erwartungen an das gewählte Instrument erfüllt oder sogar übertroffen werden oder nicht.

4.2.1 Gründe des Personals

Vom Personal werden in den offenen Fragebogenfragen verschiedene Ausgangslagen für eine Behandlungsvereinbarung genannt: Grundsätzlich dient die Behandlungsvereinbarung zum Umgang mit Patienten, die häufig in der Psychiatrie sind. Ebenso werden Behandlungsvereinbarungen in Fällen angewandt, die als «komplex» oder «schwierig» wahrgenommen werden. Was genau mit diesen zwei Adjektiven gemeint ist, kann man anhand weiterer Antworten vermuten: lange Aufenthalte, fürsorgliche Unterbringungen, Zwangsmassnahmen und wechselhafte Patienten. Der Wunsch nach einer Verminderung dieser Komplexität und nach einer Umgangsmöglichkeit damit sind somit Gründe für das Personal, Behandlungsvereinbarungen einzusetzen.

4.2.2 Gründe der Patienten

Von den Patienten werden folgende Hauptmotivationen genannt, eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen: die erhöhte Behandlungskontinuität, der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung und nach einem erleichterten Eintrittsverfahren bei wiederkehrenden Klinikaufhalten.³⁶

1. Wunsch nach erhöhter Behandlungskontinuität

Sechs Personen haben diesen Wunsch geäußert. Unter Behandlungskontinuität verstehen sie:

- Gleiche Station bei erneuten Klinikaufhalten (Pat3)
- Definierte Aufenthaltsdauer (Pat1, Pat2, Pat8)
- Konstanz in Bezug auf die Bezugsperson (Pat11)

2. Der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung

Der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung wird von fünf Personen als Motivation für die Behandlungsvereinbarung genannt. Er wird teils als genereller Wunsch formuliert (Pat2, Pat4, Pat7), teils spezifisch bezüglich der Aufenthaltsdauer (Pat1), des Aufenthaltsortes (Pat2, Pat7) und der Behandlung in Krisensituationen (Pat2, Pat3).

³² Das entspricht 65 % der Pflegenden des gesamten Samples.

³³ Das entspricht 80 % der Ärzte des gesamten Samples.

³⁴ Das entspricht 80.9 % der Psychologen des gesamten Samples. Die Berufszugehörigkeit und das Nachschauen von Informationen korreliert jedoch nicht signifikant.

³⁵ Dies obwohl der Beruf kein signifikanter Einflussfaktor ist: Fisher Exact: $\chi^2 = 17.916$, $p = .328$. Cramers-V (.271). Gefiltert nach den drei häufigsten Berufsgruppen: Fisher Exact: $\chi^2 = 3.499$, $p = .560$. Cramer-V (.183).

³⁶ Alle drei Punkte werden auch als Nutzen der BV genannt und dort noch genauer beschrieben.

3. Der Wunsch nach einem erleichterten Eintrittsverfahren

Der Wunsch nach einem erleichterten Eintrittsverfahren hängt mit der Erfahrung zusammen, die verschiedene Patienten damit machen: So wird beschrieben, dass der Psychatrieeintritt viel Überwindung kostete, was durch das Wegfallen der ärztlichen Einweisung einfacher wird. Letzteres hat mit der Regelung zu tun, dass Personen mit einer Behandlungsvereinbarung nicht zwingend von einem Arzt eingewiesen werden müssen, sondern dass sie sich selbstständig direkt in der Klinik anmelden können. So wird beschrieben:

«Sie hatten mir ja gesagt [...], ich könnte dann [in die Psychiatrie] kommen, wann ich wolle, und ich [sagte] [...] ‚ja, das will ich‘, und dann machte man es miteinander.» (Pat10)

Alle drei Hauptmotivationen entsprechen den Punkten, die vom Personal und von den Patienten selbst auch als Nutzen der Behandlungsvereinbarung bezeichnet werden. Dies wird im kommenden Kapitel dargelegt.

4.3 Nutzen der Behandlungsvereinbarung

Aus den analysierten Aussagen der Mitarbeitenden und der Patienten kann der Nutzen der Behandlungsvereinbarung auf verschiedenen Ebenen eruiert werden. In der Auswertung hat sich gezeigt, dass die Behandlungsvereinbarung sowohl eine organisatorische als auch eine therapeutische Funktion übernimmt.

Tabelle 3 liefert einen Überblick über die wichtigsten Nutzen, die von den Patienten und vom Personal genannt wurden. Jene Nutzen, die auf beiden Seiten nur wenige Nennungen hatten, werden hier nicht aufgeführt.³⁷ Da es sich um unterschiedliche Datenquellen handelt, wären die absoluten Häufigkeiten der beiden Spalten nicht direkt vergleichbar gewesen. Deshalb wird die Rangfolge der Nennungen genannt. D. h. die Nutzen, die mit 1 markiert sind, wurden am häufigsten genannt. Die häufigsten Nennungen (bis Rangfolge 5) sind mit oranger Farbe hinterlegt. Die höheren Rangzahlen bedeuten eine seltenere Nennung.³⁸

³⁷ Differenziertere Unterkategorien wurden für diesen Überblick zusammengefasst.

³⁸ In diesen Zahlen besteht eine Verzerrung: Wenn ein Thema in einem Interviewtranskript über mehrere Seiten ohne Unterbrechung besprochen wird, dann erscheint dies als eine einzelne Codierung in den absoluten Zahlen. Wenn jemand in der Erzählung zwischen den Themen hin und her springt, wird die Anzahl Codierungen höher. Trotzdem hat ein so aufgestellter Vergleich seine Berechtigung, denn die Anzahl Nennungen weist grosse Unterschiede auf. So wurde z. B. Rang 1 bei den Patienten 32 Mal genannt und die kleinste Nennung, Rang 10, nur 1 Mal.

Nutzen	Patienten	Personal
Prozessoptimierung		
Erleichterter Eintritt	3	6
Ermöglichung von Kurzaufenthalten	4	10
Verbesserter Umgang mit Krisen	5	5
Verbesserte Strukturierung der Aufenthalte	-	2
Verbesserte Behandlungskontinuität	1	3
Für das Personal		
Anhaltspunkte für Umgang mit Patient	9	7
Für die Patienten		
Erhöhung der Selbstbestimmung	2	1
Patienten Sicherheit und Verbindlichkeit vermitteln	6	4
Förderung der Selbstreflexion des Patienten	7	10
Beziehung zwischen Personal und Patient		
Generelle Beziehungsverbesserung	9	8
Erhöhung der gegenseitigen Verbindlichkeit	8	9

Tabelle 3: Die wichtigsten Nutzen der Behandlungsvereinbarung aus Sicht von Patienten und Fachpersonen

Tabelle 3 zeigt, dass für die Patienten die erhöhte Behandlungskontinuität, die erhöhte Selbstbestimmung, der erleichterte Eintritt, die ermöglichten Kurzaufenthalte und der verbesserte Umgang mit Krisen die wichtigsten Nutzen sind. Für das Personal sind es ebenfalls die erhöhte Selbstbestimmung der Patienten, die verbesserte Strukturierung der Aufenthalte, die erhöhte Behandlungskontinuität, die Vermittlung von Sicherheit und Verbindlichkeit gegenüber dem Patienten und die Verbesserung des Umgangs mit Krisen. Es zeigt sich, a) dass die Prioritäten der beiden Gruppen Übereinstimmungen aufweisen und b) dass die meisten Nennungen beider befragten Gruppen in den Bereichen Prozessoptimierung und Patientennutzen zu lokalisieren sind.

Diese wichtigsten Themen werden im Folgenden unter Einbezug des Kontextes und weiterer Codes beschrieben. Dabei ist anzumerken, dass die Aussagen des Personals aufgrund der Erhebungsmethode in Stichworten erfasst wurden und dadurch auch hier die Ausführungen meistens kürzer ausfallen als diejenigen der Patienten. Anzumerken ist zudem, dass die Themen in Bezug zueinander stehen und nicht ganz trennscharf auseinandergehalten werden können.

4.3.1 Erleichterter Eintritt

Der erleichterte Eintritt ist ein Nutzen, den die Patienten an der Behandlungsvereinbarung sehr schätzen. Sieben von elf Personen nennen ihn und heben ihn als sehr wichtig hervor.

Der Hintergrund für diesen vereinfachten Eintritt ist, dass ein Psychrieeintritt immer Überwindung (s. z. B. Pat1) kostet. Wenn eine Einweisung durch den Hausarzt oder die Notaufnahme getätigt wird, sind oft Wartezeiten damit verbunden (Pat10). Mit der Behandlungsvereinbarung können die betroffenen Personen ohne ein ärztliches Zeugnis in die Klinik eintreten (Pat1, Pat2, Pat7, Pat8, Pat10, Pat11). So können sie schneller selbst reagieren und müssen nicht abwarten, bis sie ärztlich oder gar per FU eingewiesen werden (Pat7, Pat11). Dadurch kann idealerweise auch die Aufenthaltsdauer reduziert werden (Pat10, zur verkürzten Aufenthaltsdauer s. u.), was nochmals zu einer Minderung der Eintrittshürde führt. Der erleichterte Eintritt führt zu einer administrativen Vereinfachung (Pat1, Pat7, Pat8, Pat10, Pat11), die im Kontext einer psychischen Krankheit wichtig ist, da in einer Krise organisatorische Hürden noch grösser erscheinen können als im Normalfall (Pat10). Mit dieser Vereinfachung ist mehr Flexibilität möglich, was letztlich auch zu mehr Selbstbestimmtheit führt.

Eine Bedingung für den erleichterten Eintritt ist eine gute Selbstwahrnehmung in Krisen: Um von sich aus eintreten zu können, braucht es ein Gefühl dafür, wann der Zeitpunkt für einen Eintritt gekommen ist. Die Bemühung, dies rechtzeitig zu merken, fördert die Sensibilisierung und Reflexion der Patienten (Pat2, Pat7, Pat8, Pat10 Pat11), was zu einer Erleichterung im Umgang mit der Krankheit führt. Der erleichterte Eintritt stellt somit zum einen eine organisatorische Vereinfachung dar, zum anderen hat er aber auch einen therapeutischen Zweck.

Auch das Personal nennt diesen Nutzen, erachtet ihn aber nicht als gleich prioritär wie die Patienten. Es wird in den erhobenen Daten nur wenig ausgeführt, was genau an einem erleichterten Eintritt geschätzt wird. Es wird lediglich erwähnt, dass die bewährten Abläufe festgehalten werden und die Hemmschwelle, einzutreten, für die Patienten abgebaut wird.

4.3.2 Ermöglichung von Kurzaufenthalten

Von den Mitarbeitenden wird es als sehr positiv dargestellt, dass die Behandlungsvereinbarungen zu kürzeren Klinikaufenthalten führen. Im Gegensatz dazu wird dieser Punkt von den Patienten nicht ausschliesslich positiv wahrgenommen. Dies gilt vor allem für Personen, die lieber länger in der Klinik geblieben wären. Es handelt sich dabei um einen Punkt, an dem sich das Aushandeln des Inhalts der Behandlungsvereinbarung gut illustrieren lässt.

Kurzaufenthalte werden von vier Patienten als positiv erlebt (Pat1, Pat2, Pat7 und Pat10), weil sie für diese Personen eine Steigerung der Selbstbestimmung bedeuten. Pat10 kann durch die Abmachung in der Behandlungsvereinbarung jeweils nur tagsüber in die Klinik und dann zum Schlafen wieder nach Hause. Es ist auch

möglich, dass sie nur einen halben Tag auf der vereinbarten Station verbringt und am Nachmittag wieder arbeitet. Für sie ist die Behandlungsvereinbarung ein Instrument, das ihr hilft, die Klinikaufenthalte flexibel zu gestalten. Sie ist der Auffassung, dass ihre schnellere Reaktion auf eine Krise zu kürzeren Aufenthalten führt. Pat7 hat in der Behandlungsvereinbarung festgelegt, dass ein Aufenthalt nicht länger als zwei Wochen dauern soll, damit er nicht zu lange bei der Arbeit fehlt. Er war im Gegensatz zu Pat10 immer wieder längere Zeit in der *lups* und befindet sich somit in einer ganz anderen Situation als sie. Für ihn ist die empfundene Abhängigkeit von der Klinik ein wichtiges Thema. Er fühlt sich gefangen in seiner Krankheit. Indem er durch die Behandlungsvereinbarung die Dauer der Hospitalisierung mitbestimmen kann, kann er den Ablauf des Aufenthalts beeinflussen. Auch für Pat2 ist die Verkürzung der Aufenthaltsdauer erstrebenswert. Er will dies erreichen, indem er den Standort Luzern in seiner Behandlungsvereinbarung festgelegt hat, da dort die Aufenthaltsdauern tendenziell kürzer seien. Eine weitere Person, die die Verkürzung der Aufenthaltsdauer als positiv erlebt, ist Pat1. Sie hat es als unangenehm empfunden, dass ihre früheren Klinikaufenthalte von unvorhersehbarer Dauer waren. Mit der Behandlungsvereinbarung konnte sie mitbestimmen, dass die Aufenthalte auf wenige Tage beschränkt wurden. Die Behandlungsvereinbarung hat ihr schon dabei geholfen, diese Dauer durchzusetzen. Für sie konnte so der Klinikaufenthalt zu einer persönlichen Auszeit werden. Zusätzlich weist sie darauf hin, dass es gerade bei kürzeren Aufenthalten wichtig ist, sie gut zu planen und mittels der Behandlungsvereinbarung schon im vornherein festzulegen, wie sie abzulaufen haben. Es bleibt, weil sie so kurz sind, keine Zeit, diese Planung während des Aufenthalts vorzunehmen.

An Pat11 lässt sich der Übergang von einer negativen zu einer positiven Wahrnehmung illustrieren. Zu Beginn wurde die Begrenzung der Aufenthaltsdauer vonseiten der Psychiatriemitarbeitenden empfohlen. So erzählt sie über die ersten Aufenthalte in der *lups*:

«Also ich wurde manchmal schon recht wütend, wenn es hiess: ›So, Frau Pat11, jetzt müssen Sie gehen, drei Nächte sind durch.‹ Und ich hatte das Gefühl, es gehe mir noch nicht gut.» (Pat11)

Sie führt weiter aus:

«Am Anfang fand ich das gar nicht toll, diese Vereinbarung. Weil ich das Gefühl hatte, nach drei Nächten muss ich wieder draussen sein und kann nicht länger in der Klinik bleiben, wenn ich Hilfe brauche.» (Pat11)

Dann beschreibt sie aber eine Veränderung dieser Wahrnehmung:

«Inzwischen schaue ich es als positiv an, denn ich will gar nicht mehr länger bleiben, und ich merke auch: Drei Nächte reichen.» (Pat11)

Durch das Wissen, dass sie nicht länger als drei Tage bleiben sollte, hat sie erstens ihr persönliches Umfeld aktiviert und findet

dort jetzt mehr Unterstützung. Zweitens tritt sie im Falle einer Krise schneller in die Psychiatrie ein, weil sie gelernt hat, sie schneller zu erkennen und schneller zu reagieren. Dadurch benötigt sie kürzere Aufenthalte:

«Dass ich dann kommen kann, wenn es akut ist, und nicht lange warten muss. Dass ich gleich kommen kann. Und dadurch wird auch der Aufenthalt kürzer, weil man nicht lange warten muss, bis es einem noch schlechter geht, man kann schon vorher kommen. Dadurch muss man auch nicht so lange in der Klinik bleiben, als wenn man zu lange wartet.» (Pat11)

Pat8 hingegen erlebt die Festlegung der Aufenthaltsdauer in der Behandlungsvereinbarung als negativ, denn die Begrenzung wurde von der Klinik festgelegt. Bei ihr handelte es sich um eine Verlängerung der Aufenthaltsdauer auf mindestens drei Tage. Sie selbst hätte die Dauer lieber flexibler gehandhabt, da sie manchmal noch am Eintrittstag das Bedürfnis hatte, wieder auszutreten. Trotzdem bemerkte sie nach einigen Aufenthalten, dass eine feste Aufenthaltsdauer für sie angenehmer ist (Pat8).

An den letzten Beispielen, in denen die verkürzte bzw. fix festgelegte Aufenthaltsdauer als ambivalent wahrgenommen wird, zeigt sich deutlich, dass mit der Behandlungsvereinbarung zumindest in diesem Punkt nicht einfach die Wünsche der Patienten aufgenommen werden, sondern dass sie als Behandlungsinstrument genutzt wird und somit einen Einfluss auf den persönlichen Umgang mit der Krankheit hat. In den anderen Fällen wird sie zur individuellen Gestaltungsfreiheit genutzt und ist somit der Selbstbestimmung dienlich.

Bezüglich der angestrebten Aufenthaltsbegrenzung zeigten sich in den Patienteninterviews zwei Grenzen bei der Anwendung der Behandlungsvereinbarung:

1. Obwohl die Aufenthaltsdauer in der Behandlungsvereinbarung festgelegt ist, erlebte Pat1 eine Grenze in der Umsetzung. Weil die zuständige Psychologin krank war, musste sie sich sehr dafür einsetzen, dass die festgelegte Zeit eingehalten wurde.
2. Eine zweite genannte Herausforderung ist formeller Art: Die festgelegte Aufenthaltsdauer wird nicht immer einheitlich an derselben Stelle in der Behandlungsvereinbarung aufgeführt, sondern individuell in verschiedenen Absätzen.

4.3.3 Verbessertes Umgang mit Krisen

Der Umgang mit Krisen wird aus der Sicht der Patienten und des Personals mit der Behandlungsvereinbarung verbessert. Dieses Thema ist übergreifend zu verstehen und wurde zum Teil schon in den anderen Unterkapiteln zum Nutzen erwähnt.

Die Patienten betonen, dass die Behandlungsvereinbarung in Krisen zum Tragen kommt, wenn sie sich nicht äussern können (Pat1, Pat4, Pat11). Das schützt sie vor ungewollten Massnahmen (Pat4).

Die Behandlungsvereinbarung trägt durch die Reflexion über die verschiedenen Themen zur Sensibilisierung der Patienten bei,

wodurch sie Krisen früher erkennen können (Pat8, Pat11). Dazu gehört auch, dass das Personal die Patienten an ihre «Skills» erinnert. Damit gemeint sind geplante Handlungsstrategien, um auftauchende Krisen zu bemerken (Pat8, Pat11). Dadurch kann unter Umständen sogar ein unfreiwilliger Eintritt verhindert (Pat2) oder zumindest die Aufenthaltsdauer verkürzt werden (Pat10, Pat11). Bei Pat11 hat die verkürzte Aufenthaltsdauer, die in der Behandlungsvereinbarung festgelegt wurde, dazu beigetragen, dass das Umfeld mehr zur Hilfe herbeigezogen wird.

Wie weiter oben schon berichtet, führt die Behandlungsvereinbarung bzw. das Befragen der Patienten nach ihren Bedürfnissen und Zielen aus der Sicht des Personals zu einer vermehrten Reflexion vonseiten der Patienten, was zu deren Stabilisierung beiträgt. So können Rückfälle abgefangen und teilweise sogar die Behandlung ohne Zustimmung verhindert werden. Als weitere Folge davon werde die Angst vor weiteren Aufenthalten gemindert. Damit zeigt sich, dass die Behandlungsvereinbarung nebst der organisatorischen Vereinfachung auch eine therapeutische Funktion übernimmt. Wichtig ist dem Personal zudem, dass Abläufe verschlankt werden und sie selbst mehr Handlungssicherheit gewinnen (s. u.).

4.3.4 Verbesserte Strukturierung der Aufenthalte

Die verbesserte Strukturierung ist für die Mitarbeitenden ein sehr wichtiger Nutzen der Behandlungsvereinbarung, während er von den Patienten nicht genannt wird. Aus der Sicht der Mitarbeitenden ist der organisatorische Nutzen der Behandlungsvereinbarung somit wichtiger als für die Patienten. Dadurch, dass in der Behandlungsvereinbarung Informationen schriftlich festgehalten sind, werden die Aufenthalte strukturierter und zielgerichteter und das Personal verfügt über einen besseren Überblick über den Behandlungsverlauf. Im Behandlungsteam werden divergierende Behandlungsziele dank diesem Dokument erkannt und dadurch auch eher diskutiert.

Ebenso werden Aufwände in Zeit und Kosten gemindert, was ein rascheres Handeln bei einem Wiedereintritt und in Krisensituationen ermöglicht. Dies geschieht dadurch, dass erfolgreiche Kriseninterventionsstrategien in der Behandlungsvereinbarung notiert werden. Durch das schriftliche Festhalten von Krisenanzeichen nach einer durchlebten schwierigen Situation, können spätere ähnliche Situationen früher erkannt und somit schneller abgefangen werden. Auch hier spielt die erhöhte Handlungssicherheit eine Rolle, die dadurch erzeugt wird, dass die Patienten Anliegen festgehalten werden.

Wie aus den obigen Abschnitten zu den Kurzaufenthalten und den erleichterten Eintritten hervorgeht, wird die Struktur der Aufenthalte aber nicht nur geschärft, sondern zum Teil auch verändert. Generell führt die organisatorische Vereinfachung zudem zu mehr Zufriedenheit unter den Fachpersonen.

4.3.5 Erhöhte Behandlungskontinuität

Die Behandlungskontinuität wird auch von den Patienten als wichtiger Nutzen der Behandlungsvereinbarung genannt. Die interviewten Patienten konkretisieren dies: Entscheidend ist, dass die fallführende Station und die engsten Betreuungspersonen die gleichen bleiben. So können eine persönliche Beziehung und ein Vertrauensverhältnis zum Personal aufgebaut werden. Wichtig ist den Patienten, dass das Personal sie schon kennt und sie das Personal kennen (Pat1, Pat3, Pat4, Pat6, Pat8, Pat10). Das ermöglicht ihnen, ihre Gefühle zu zeigen (Pat6) und sich darin sicher zu fühlen (Pat1, Pat3, Pat8, Pat10), dass sie so behandelt werden, wie sie es sich wünschen und wie es abgesprochen wurde (Pat4).

Einige der Patienten hatten diesbezüglich schon schwierige Erlebnisse und wollen diese durch die Behandlungsvereinbarung in Zukunft verhindern (Pat1, Pat2, Pat11). So wissen sie, was auf sie zukommt, wo sie in einer Krise hingehen können und wie diese Station funktioniert (Pat3, Pat4, Pat10). Ein organisatorischer Nutzen der gleichbleibenden Station und der vertrauten Betreuungspersonen ist, dass die Patienten nicht immer dieselben Fragen beantworten müssen (Pat1, Pat3, Pat6, Pat10) und der Klinikeintritt somit erleichtert wird.

Ein weiterer Aspekt der Behandlungskontinuität ist der Standort. Mehreren Personen ist es sehr wichtig, dass sie an einen bestimmten Standort kommen. In vier von elf Fällen wurde die Behandlungsvereinbarung ausschliesslich zum Zweck des Standortwechsels ausgefüllt (Pat2, Pat3, Pat4, Pat5). Der Wunsch nach einem Standortwechsel wird unterschiedlich begründet: Pat7 zum Beispiel findet das Team in Standort 1 besser, weshalb er die Aufenthalte dort als ruhiger empfand. Zudem fielen für ihn die Aufenthalte dort kürzer aus. Pat4 wollte lieber an den Standort 1, weil er näher von ihrem Zuhause liege. Andere, die zuerst in Standort 2 waren, verbinden ihn mit schlimmen Erlebnissen, die sie in der Psychiatrie gemacht haben (Pat2, Pat3, Pat7).

Pat5 hat die Behandlungsvereinbarung ausschliesslich ausgefüllt, um weiterhin in Standort 1 stationiert zu werden (Pat5). Im Interview mit ihr war auffallend, dass sie ihre Beziehung zur psychiatrischen Klinik stark auf den Unterschieden zwischen Standort 1 und Standort 2 aufbaute.

Für das Personal steht die Behandlungskontinuität ebenfalls weit oben, wenn auch nicht an erster, sondern erst an dritter Stelle. Spezifiziert wird die Behandlungskontinuität meistens im Sinne einer Rückfallprophylaxe und im Sinne positiver Erfahrungen der Patienten, die in weiteren Aufenthalten genutzt werden können. Aus der Sicht des Personals hat dieser Punkt mit Handlungssicherheit zu tun: Was bei wem am besten wirkt, muss nicht bei jedem Aufenthalt neu erarbeitet werden, sondern wird in der Behandlungsvereinbarung festgehalten.

4.3.6 Erhöhung der Selbstbestimmung

Aus der Sicht des Personals steht die erhöhte Selbstbestimmung an erster Stelle der Nutzen der Behandlungsvereinbarung. Gemäss ihren Aussagen können Patienten durch die bessere Information, die mit dem ausgefüllten Dokument gewährleistet wird, gleichberechtigt eingebunden werden und sie fühlen sich ernst genommen. Ihre Wünsche und Anliegen fliessen durch ihre Mitsprache in die Behandlung ein und ihre Eigenverantwortung wird gestärkt. Die Fachpersonen betonen zudem, dass die Beziehung zwischen Patienten und dem Personal verbessert werde, indem durch die Behandlungsvereinbarung Vertrauen hergestellt und Konflikte vermieden werden können. Dies wird als Grundlage für Gespräche auf Augenhöhe betrachtet.

Für die Patienten steht die Erhöhung der Selbstbestimmung auf Rang zwei nach der Behandlungskontinuität. Sie sprechen weniger generalisiert vom Mitspracherecht, sondern nennen konkrete Beispiele. Explizit als Möglichkeit zur Selbst- und Mitbestimmung werden folgende Punkte der Behandlungsvereinbarung betont:

- Wahl des Standortes und der fallführenden Station (Pat1, Pat3, Pat4, Pat5, Pat7)
- Wahl der Medikamente (Pat1, Pat4, Pat7)
- Eintrittszeitpunkt (Pat2, Pat10)
- Umgang in Krisensituationen (Pat1, Pat4, Pat10)
- Massnahmen ohne Zustimmung (1 Person)
- Kürzung der Aufenthaltsdauer (Pat1)
- Bestimmung der Bezugsperson (Pat8)

Als Grenzen der Selbstbestimmung werden von den Patienten folgende Punkte wahrgenommen:

- Konflikte mit dem Personal (Pat8) und eine gewisse Abhängigkeit von der Fachperson, mit welcher man die Behandlungsvereinbarung ausfüllt (Pat9)
- Gefühl der Bevormundung durch das Personal (Pat8, Pat11): Wenn die Behandlungsvereinbarung therapeutisch eingesetzt wird, wie zum Beispiel mit dem verkürzten Aufenthalt, dann kommt es vor, dass die Patienten nicht einverstanden sind (Pat8, Pat11).
- Institutionelle Grenzen können einen Grund darstellen, durch den die Selbstbestimmung reduziert wird, z. B. wenn die Bezugsperson nicht anwesend ist (Pat1), kein Platz am gewünschten Standort frei ist (Pat2, Pat9) oder ein gewähltes ergänzendes Therapieangebot nicht mehr existiert (Pat9).
- Interne Koordinationsprobleme der *lups*, wenn Entscheidungen der Patienten intern nicht weitergeleitet werden (Pat1)
- Gesundheitlicher Zustand der Patienten im Erstellungsprozess (Pat3, Pat8; Pat9)
- Fehlendes Wissen der Patienten (Pat9)
- Mögliche Diskrepanz zwischen antizipiertem Patientenwillen während der Erstellung der Behandlungsvereinbarung und dem aktuellen Patientenwillen in einer Akutsituation (Pat7, Pat9)

4.3.7 Patienten Sicherheit und Verbindlichkeit vermitteln

Sicherheit wird vonseiten des Personals in verschiedener Hinsicht besprochen. So führt die Behandlungsvereinbarung zu mehr Sicherheit im Umgang mit den Patienten und auch zu rechtlicher Absicherung. Für das Personal ist zudem wichtig, dass die Behandlungsvereinbarung als Verhandlungsgrundlage zu mehr Verbindlichkeit führt. Durch die klarere Zielsetzung, die gemeinsam abgesprochen wird, halten sich die Patienten besser an die Regeln, die zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind.

Während im Abschnitt zur Selbstbestimmung Punkte genannt werden, die mehr Autonomie bewirken sollen, stellt dieser Punkt eher eine Forderung nach vermehrter Adhärenz dar. Damit wird ein Spannungsfeld angesprochen, in dem sich die Behandlungsvereinbarung offenbar befindet.

4.4 Bewertung der Behandlungsvereinbarung

4.4.1 Zufriedenheit des Personals mit der Behandlungsvereinbarung

Grundsätzlich zeigten sich die Mitarbeitenden zufrieden mit der Behandlungsvereinbarung: 55.6 % der Personen gaben «eher zufrieden» ($n = 69$) an, 39.8 % ($n = 49$) «sehr zufrieden». Unzufriedenen waren nur 4.9 % ($n = 6$) der Antwortenden.

Es zeigt sich, dass drei Gruppen von Personen deutlich zufriedener mit der Behandlungsvereinbarung sind als andere, also signifikant mehr «sehr zufrieden» angewählt haben. Die erste Gruppe sind die Mitarbeitenden in der Akutpsychiatrie: Während in der Akutpsychiatrie 33 Personen «sehr zufrieden» angekreuzt haben (55 % der Antwortenden aus der Akutpsychiatrie), sind es aus allen anderen Fachbereichen zusammen nur 13 Personen (29.5 % aus den restlichen Fachbereichen).³⁹ Wie sich in sondernden Gesprächen im Vorlauf der quantitativen Befragung gezeigt hat, könnte das damit zusammenhängen, dass die Hälfte der Initiatoren der Behandlungsvereinbarung aus der Akutpsychiatrie kommen. Die zweite Gruppe, die deutlich zufriedener mit der Behandlungsvereinbarung ist als andere, sind diejenigen, die weniger als 5 Jahre bei der *lups* arbeiten. Als dritte Gruppe zeigen sich die Führungskräfte eher enthusiastisch.⁴⁰

Die meisten Personen (55.5 %, $n = 61$) sind mit dem Erstellungsprozess eher zufrieden bis sehr zufrieden (24.5 %, $n = 27$), ebenso mit der Verfügbarkeit und mit der Wirkung der Behandlungsvereinbarung. Mit der Darstellung des Inhalts waren 11.3 % ($n = 27$) sehr zufrieden (vgl. Abbildung 10).

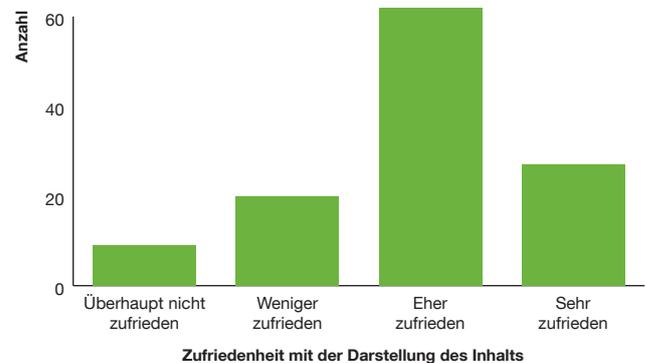
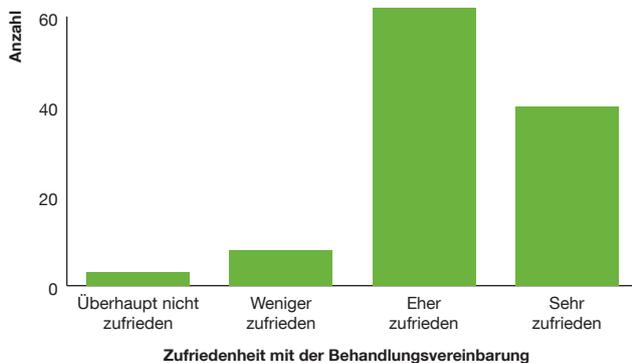
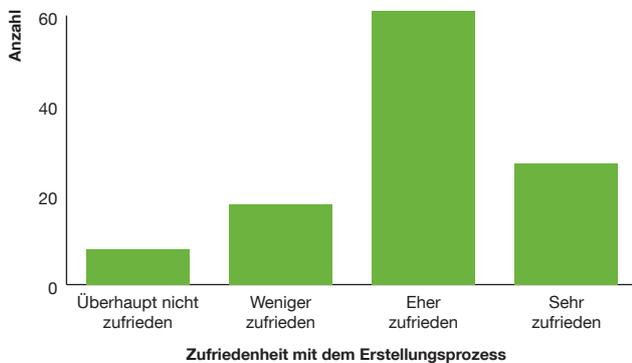


Abbildung 10: Zufriedenheit mit der Behandlungsvereinbarung

39 Fisher Exact: $\chi^2 = 6.668$, $p = .016$, Cramer-V (.253) ist kleiner als 0.3, also ist der Zusammenhang nicht sehr stark.

40 Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen signifikanten Zusammenhang: Fisher Exact: $\chi^2 = 2.766$, $p = .111$, Cramer-V (.151).

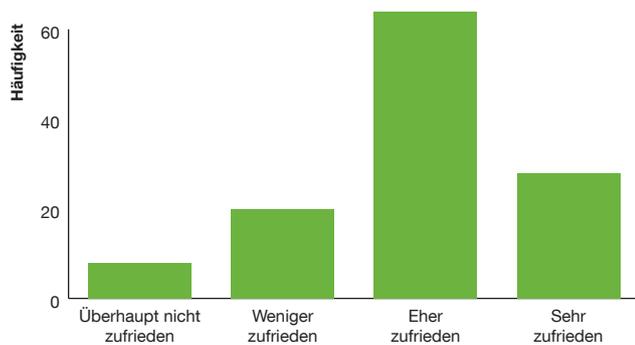


Abbildung 12: Zufriedenheit mit der Darstellung des Inhalts

4.4.2 Bewertung der Inhalte durch das Personal

Das Personal wurde gefragt, welche Elemente es in der Behandlungsvereinbarung nachschaut. Am häufigsten (74.3 %, n = 107) wird das Element «Genereller Umgang» genannt ⁴¹, am zweithäufigsten die Medikamente (63.9 %, n = 92), gefolgt von den Kontaktpersonen (61.8 %, n = 89) und der fallführenden Person (53.5 %, n = 77).

4.4.3 Bewertung der Darstellung der Inhalte durch das Personal

Grundsätzlich sind die Befragten zufrieden mit der Darstellung des Inhalts (s. Abbildung 12): (52.1 %, n = 61) sind «eher zufrieden», 11.3 % (n = 27) «sehr zufrieden». Wenn man aber berücksichtigt, dass die allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlungsvereinbarung als Ganzem und auch mit der Verfügbarkeit der Behandlungsvereinbarung stärker in Richtung «sehr zufrieden» tendiert, dann ist der Punkt der Darstellung eher ein schwacher Punkt. Dies kann damit erklärt werden, dass die erläuternden Texte in der Behandlungsvereinbarung sehr lang sind.

4.4.3.1 Vollständigkeit

Inhaltlich wird die Behandlungsvereinbarung von 93 % (n = 119) der Antwortenden als vollständig wahrgenommen. Die Hospitalisationsdauer wurde von mehreren Personen als fehlender Punkt angemerkt (n = 3). Die Betreuung von Menschen mit Behinderungen bräuchte zudem weitere Kategorien, wie bemängelt wurde. Einige Punkte werden zudem von 10.9 % (n = 14) als überflüssig erlebt: Mehrmals als überflüssig wird der Nachsorgeplan bezeichnet, der in einem anderen Setting schon erarbeitet wird. Diese Einschätzung deckt sich mit der Wahrnehmung der Patienten. Dasselbe gilt für die Kontaktpersonen: Sie werden in der Behandlungsvereinbarung mit geringfügigen Unterschieden mehrmals abgefragt. Gewünscht wird, dass ein individuelleres Zusammenstellen der vielen Elemente möglich wird und dass die erklärenden Texte vom auszufüllenden Inhalt separiert werden. Für 84.4 % (n = 92) werden in den erklärenden Texten alle relevanten Inhalte genannt, für rund ein Drittel der Antwortenden (37.8 %, n = 37) waren sie jedoch zu ausführlich.

⁴¹ Im Bereich des «generellen Umgangs» wird abgefragt, wie jemand behandelt werden will, der in eine Krisensituation kommt und sich nicht äussern kann.

4.4.3.2 Verständlichkeit

62.4 % (n = 88) der Personen gaben an, die Behandlungsvereinbarung inhaltlich zu verstehen. Nur wenige Personen fanden einige Punkte unklar: Acht Personen fanden die Angaben zum Nachfolgeplan unklar, je vier hatten Verständnisschwierigkeiten beim Punkt «Kontaktpersonen» und bei «Genereller Umgang mit Patienten». 14 Personen erinnern sich zwar daran, dass sie schon auf unklare Punkte gestossen sind, erinnern sich aber nicht mehr daran, welche dies waren.

An wen sich das Personal bei Fragen zur Behandlungsvereinbarung melden kann, ist allen Befragten klar. Als Ansprechpartner gelten hauptsächlich die Kollegen und an zweiter Stelle das ärztliche Personal.

41.3 % (n = 50) der Mitarbeitenden, also weniger als die Hälfte, hatten den Eindruck, dass für die Patienten alle Punkte der Behandlungsvereinbarung klar verständlich sind. Das häufigste Problem sei der Nachsorgeplan. Daneben konnten sich die Antwortenden an Unklarheiten seitens der Patienten bezüglich der Krisenanzeichen (n = 12, 9.9 %), der Behandlung ohne Zustimmung (n = 12, 9.9 %) und bezüglich der bewegungseinschränkenden Massnahmen (n = 10, 8.3 %) erinnern.

84.1 % (n = 111) fanden die erklärenden Texte zu den auszufüllenden Punkten verständlich geschrieben. 86.2 % (n = 94) der Antwortenden fanden die erklärenden Texte grundsätzlich hilfreich. Man kann somit sagen, dass die meisten Angestellten mit den Erklärungen ziemlich zufrieden sind, tendenziell werden sie jedoch, wie oben dargestellt, als zu ausführlich wahrgenommen.

4.4.4 Bewertung der Inhalte durch die Patienten

Für die Patienten sind die Kontaktpersonen, der Umgang mit ihnen in Krisensituationen, die Bezugspersonen/fallführenden Personen und die fallführende Station die wichtigsten Inhalte.

4.4.4.1 Kontaktpersonen

Die Angabe der Kontaktpersonen wird unterschiedlich wahrgenommen. Die Wahrnehmung dieser Frage hing stark davon ab, ob jemand bestimmte Kontaktpersonen hat oder nicht und ob diese schon von der Klinik kontaktiert werden mussten (Pat3, Pat11). Einige Patienten waren froh, entweder Kontaktpersonen angeben zu können oder Personen, die nicht benachrichtigt werden sollen, da sie selbst in Krisensituationen keine Kraft mehr dazu haben (Pat7, Pat9). Es wird bemängelt, dass an verschiedenen Stellen der Behandlungsvereinbarung nach Kontaktpersonen und -adressen gefragt wird (Pat1, Pat8).

4.4.4.2 Fallführende Station/Fallführende Person/Bezugspersonen

Die Frage zu den Bezugspersonen und zur fallführenden Station wird im Sinne der Behandlungskontinuität als positiv und wichtig empfunden und von fast allen Befragten beantwortet. Dies hängt mit den oben beschriebenen Nutzen zusammen: Dass man die Bezugsperson/fallführende Person und die fallführende Station angeben kann, führt zu einer erhöhten Behandlungskontinuität, zu Vertrauen und Sicherheit.

4.4.4.3 Umgang mit den Patienten in Krisensituation und bewegungseinschränkende Massnahmen

Die Fragen bezüglich des Umgangs mit Patienten in Krisensituationen werden ambivalent bewertet. Pat1, Pat4, Pat7 und Pat11 sind sehr froh, dass sie diese Angaben machen konnten. Die Mitsprache beim Umgang in Krisensituationen hat mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung zu tun. Andere (Pat3, Pat8, Pat9) finden diese Fragen wiederum überflüssig, weil sie jeweils auch direkt gefragt werden können.

4.4.4.4 Medikamente

Die Fragen zur gewünschten Medikation werden ebenfalls unterschiedlich bewertet: Pat4 und Pat11 beispielsweise sehen diesen Punkt in der Behandlungsvereinbarung als Möglichkeit, in Bezug auf ihre Behandlung mitbestimmen zu können. Pat9 weist darauf hin, dass die Medikamente bereits in der Patientenakte festgehalten werden und somit nicht unbedingt auch noch in der Behandlungsvereinbarung aufgeführt werden müssten. Auffallend war, dass die Angaben zu den Medikamenten in der Behandlungsvereinbarung häufiger als andere Punkte nicht mehr aktuell waren (Pat3, Pat8, Pat10).

4.4.4.5 Behandlungsplan/Nachsorgeplan

Die Fragen zum Behandlungsplan sowie zum Nachsorgeplan werden als eher negativ empfunden. Den befragten Patienten war oft unklar, weshalb dies in der Behandlungsvereinbarung festgelegt werden soll, wo doch eigene Dokumente zum Behandlungsplan und zum Nachsorgeplan angelegt werden (Pat9, Pat8). Der Nachsorgeplan ist zudem für Patienten, die während des grössten Teils ihres Lebens sehr selbstständig sind, etwas, was sie selbst unabhängig von der *lups* organisieren oder schon organisiert haben, wodurch sie keinen Bedarf an weiterer Planung haben (Pat1, Pat10).

4.4.5 Bewertung der Darstellung der Inhalte durch die Patienten

Neben den Inhalten selbst ist auch deren Darstellung und Fülle für einige Personen herausfordernd. Viele Patienten fühlten sich überfordert vom vielen Text (Pat1, Pat3, Pat6, Pat7, Pat8, Pat9). Auch die vielen Auswahlmöglichkeiten ebenso wie offene Textfelder führen teilweise zu Überforderung (Pat8, Pat9). Insgesamt sechs Personen waren überfordert mit der Menge der Inhalte und deren Darstellung, vier Personen hingegen fanden die Textmenge angemessen. Eine Person äusserte sich nicht dazu.

4.4.5.1 Vollständigkeit

Fehlende Punkte wurden nur vereinzelt angemerkt, wie zum Beispiel, dass man den Kontakt mit einem Seelsorger nirgends anmerken kann.

Verschiedene Fragen innerhalb der Behandlungsvereinbarung sind sehr ähnlich und zum Teil überlappt sich die Behandlungsvereinbarung mit anderen Dokumenten und Gefässen. Diese Punkte wurden speziell zu den Kontaktpersonen und dem Nachsorgeplan angemerkt: Das Problem mit den Kontaktpersonen sei, dass mehrere ähnliche Fragen dazu gestellt werden (Pat1, Pat9) oder dass die betroffene Person zum Teil niemanden speziell benachrichtigen will (Pat3, Pat11). Ein Nachsorgeplan wird dann als überflüssig betrachtet, wenn man nur kurz in der Klinik ist (Pat1) oder wenn der Patient selbstständig genug ist, sich schon vor dem Eintritt oder während des Aufenthaltes eine Betreuung zu organisieren (Pat10, Pat11). Teilweise wird der Nachsorgeplan schon in einem anderen Kontext erstellt (Pat9). Selten werden auch die Angabe von bevorzugten Gruppentherapieangeboten und der Medikamente als überlappend wahrgenommen.

4.4.5.2 Verständlichkeit

Verständnisprobleme traten je nach Person bei verschiedenen Punkten der Behandlungsvereinbarung auf. Anbei einige Beispiele:

- Beim Nachsorgeplan war Pat1 nicht klar, ob damit die Zeit zwischen den Psychiatrieaufenthalten gemeint ist, oder der nächste Aufenthalt.
- Pat9 verstand den Punkt «Diese Behandlungsvereinbarung soll in anderen Psychiatrischen Institutionen wie eine Patientenverfügung gehandhabt werden» als Punkt, an dem er angeben kann, ob er nach einem Selbstmordversuch reanimiert werden soll oder nicht.
- Zudem verstand er (Pat9) die Frage nicht, in der man angeben kann, was bei medizinischen Massnahmen ohne Zustimmung beachtet werden soll und was man bei «sonstiges» angeben kann (Pat9).
- Pat11 verstand nicht, was sie zum Behandlungsplan angeben soll, weil sie jeweils nur so kurz in der *lups* sei, dass sich diese Angabe nicht lohne.

4.4.5.3 Angabe von Medikamenten

Die Medikation ist nicht immer in der Behandlungsvereinbarung aufgeführt oder vorhandene Angaben sind nicht immer aktuell. Dies, obwohl Medikamente für die meisten Interviewpartner aber ein wichtiges Thema in der Krankheitsgeschichte und mit einschneidenden Erlebnissen und Fremdbestimmtheit verbunden sind (Pat1, Pat2, Pat5, Pat7). Berichtete Erlebnisse sind:

- Nebenwirkungen (Pat2, Pat6) und langwierige Prozesse, bis die Einstellungen stimmten (Pat3).
- Die Medikamenteneinnahme ist mit der Krankheitseinsicht gekoppelt (Pat6), was ein schwieriger Prozess sein kann. Damit geht die Aussicht einher, dass die Medikamente wahrscheinlich das ganze Leben lang genommen werden müssen (Pat3). Die Frage, wie man zu einer Reduktion der Medikamente gelangen kann, kann Patienten stark beschäftigen (Pat11).
- Zum Teil ist unklar, welche Symptome Nebenwirkungen der Medikamente sind und welche Krankheitssymptome (Pat3).

- Einige Personen geben an, die Behandlungsvereinbarung habe ihnen geholfen, Fremdbestimmtheit im Zusammenhang mit Medikamenten in Zukunft zu vermeiden (Pat1, Pat2, Pat4, Pat7, Pat8, Pat11).
- Auch die Sorge um die Behandlungskontinuität war ein Grund dafür, Medikamente in der Behandlungsvereinbarung zu notieren (Pat2).

Interessant ist, dass auch für das Personal die Medikamentenangabe in der Behandlungsvereinbarung ein Element ist, das häufig nachgeschaut wird. Der Widerspruch von veralteten Angaben und gleichzeitig hohem Interesse an den Angaben weist auf einen Handlungsbedarf hin.

Es werden von den Patienten folgende Gründe genannt, warum Medikamentenangaben nicht erneuert werden:

- Häufigkeit der Änderungen
- Medikamentenwechsel erfolgen oft zu Zeitpunkten, an denen die Patienten nicht stationär in der *lups* sind. Die Erneuerung der Behandlungsvereinbarung wird hingegen jeweils nur bei stationären Aufenthalten vorgenommen. Wenn Angaben zu den Medikamenten nicht durch eine intrinsische Motivation, sondern aufgrund einer Empfehlung von aussen in das Dokument aufgenommen werden, kann dies wiederum dazu führen, dass die Angaben nicht aktualisiert werden (Pat10).
- Medikamentenangaben werden vom Personal auch ohne Rückgriff auf die Behandlungsvereinbarung oft gut eingehalten, wodurch kein Handlungsbedarf besteht (Pat3, Pat7, Pat8).
- Pat9 fühlt sich durch die Angaben von so vielen Informationen in Kombination mit seinem Krankheitsbild überfordert. Überforderung kann dazu führen, dass Informationen gar nicht erst eingetragen werden.
- Ein letzter aufgeführter Grund kann sein, dass die Medikamente schon an anderen Orten in der Patientenakte festgehalten werden.

4.5 Grenzen der Behandlungsvereinbarung

Im vorliegenden Kapitel werden die von den Patienten und Fachpersonen geschilderten Grenzen der Behandlungsvereinbarung fokussiert. Teilweise wird dabei auf Themen verwiesen, die oben schon angesprochen wurden, teilweise werden neue Elemente aus dem Fragebogen und den Interviews eingebracht.

4.5.1 Institutionelle Grenzen

Die Platzverhältnisse in einem Standort können dazu führen, dass jemand entgegen seines Wunsches an einen anderen Standort verlegt wird (Pat2). Dazu kommen die in Kapitel 4.5 aufgeführten Grenzen, dass die Bezugsperson nicht anwesend ist (Pat1), es keinen freien Platz am gewünschten Standort gibt (Pat2, Pat9) oder ein gewähltes ergänzendes Therapieangebot nicht mehr existiert (Pat9).

4.5.2 Interne Koordination

Die Mitarbeitenden beschreiben die Behandlungsvereinbarung als nützlich, weil dadurch die Koordination im Team verbessert werden kann. Die Patienten äussern sich eher kritisch gegenüber der Anwendung der Behandlungsvereinbarung und der Koordination im Team. So ist vielen Patienten nicht klar, ob das Personal Informationen in diesem Dokument nachschaut, und es herrscht der Eindruck, dass es personenabhängig ist, ob die Inhalte umgesetzt werden oder nicht. Neue Mitarbeitende wissen gemäss Patienten oft nicht, dass die Behandlungsvereinbarung existiert. Gerade bei Assistenzärzten, die häufig wechseln, sei das immer wieder ein Problem (Pat5). Wenn eine Betreuungsperson krank ist oder eine Aushilfe die Station leitet, kann es zu Komplikationen kommen. Diese konnten jedoch in beiden genannten Fällen mit Verweis auf die Behandlungsvereinbarung behoben werden (Pat1, Pat5). Das weist darauf hin, dass das Dokument durchaus zu einer verbesserten Koordination führt.

Pat2 berichtet, dass ihre Behandlungsvereinbarung schon falsch abgelegt wurde, und Pat8 ist es passiert, dass ihr personelle Änderungen vonseiten der *lups* nicht gemeldet wurden. So war ihre Bezugsperson beim Eintritt nicht mehr auf der fallführenden Station, was in der Krisensituation sehr schwierig war. Dieser Umstand verweist auf das Problem der Aktualisierung des Dokumentes, das auch bezüglich der Medikamente herrscht.

Zwei Patienten berichten, dass sie schon früher an der *lups* eine Behandlungsvereinbarung ausgefüllt hatten, diese aber entweder ganz verloren gegangen oder erst nach dem Erstellen der zweiten Version wieder aufgetaucht sei (Pat1; Pat4).

Eine weitere Grenze bezüglich der internen Koordination stellt die regelmässige Erneuerung der Inhalte dar, wenn ausserhalb der Psychiatrie Änderungen vollzogen werden. Das führt zu veralteten Angaben in der Behandlungsvereinbarung hinsichtlich der Medikamente und der Kontaktpersonen. Den meisten interviewten Patienten war nicht klar, wo und wann diese Änderungen gemeldet werden sollen bzw. oft ging dies vergessen, weil die Behandlungsvereinbarung ein Dokument unter vielen anderen darstellt.

4.5.3 Externe Koordination

Die externe Koordination zwischen verschiedenen Betreuungsangeboten und Parteien ist ein wichtiges Thema für Betroffene, denn die Situation bei einer psychischen Krankheit ist oft sehr komplex (s. z. B. Pat3, Pat7, Pat9). Verschiedene Institutionen und Personen übernehmen unterschiedliche Funktionen. So ist es keine Seltenheit, dass jemand einen Beistand hat, einen Hausarzt, einen ambulanten Psychologen, Medikamente durch die GiA (Gemeindeintegrierte Akutbehandlung) bezieht und eventuell noch in einem Wohnheim wohnt. Das kann gut funktionieren oder aber zu unterschiedlichen Diagnosen oder organisatorischen Problemen führen (Pat3, Pat5). Die Rolle der Behandlungsvereinbarung wird in solch komplexen Fällen von den Patienten unterschiedlich eingeschätzt: Im Fall, dass die Koordination gut funktioniert, wird

die Zusammenarbeit eher nicht in der Behandlungsvereinbarung festgehalten (Pat3, Pat10) oder die verschiedenen Personen werden zwar aufgeführt, es wird aber nicht festgelegt, inwiefern sie zusammenarbeiten sollen (Pat4). Im Idealfall haben alle Beteiligten das Dokument unterschrieben, besitzen eine Kopie davon (Pat4, Pat7, Pat8) und der Informationsfluss funktioniert (Pat1). In der Umsetzung ist den Patienten trotz der verschiedenen Personen, die in der Behandlungsvereinbarung vermerkt sind, oft nicht klar, wer über eine Kopie verfügt (Pat1, Pat2, Pat5, Pat10). Nur Pat4 und Pat7 wissen genau, wer ihre Behandlungsvereinbarung hat. Weitergegeben wird sie zudem eher an Fachpersonen und nicht an Familienmitglieder oder Freunde (Pat11, Pat4), obwohl diese auch oft eine wichtige Rolle im Auffangnetz der Patienten in Krisensituationen spielen. Für Pat9 scheint problematisch, dass die Behandlungsvereinbarung vor allem in der *lups* und deren Umfeld bekannt und verfügbar ist, nicht aber bei einem Wechsel in eine neue Psychiatrie oder bei einer Erkrankung in den Ferien. Sie wird nicht zentral abgelegt, wodurch sie in einem Notfall in einer anderen Klinik nicht beachtet werde. Hingegen besteht teilweise auch Besorgnis darüber, dass die präzise Dokumentation den Neuanfang in einer anderen Klinik erschweren würde (Pat9).

4.5.4 Beziehung zwischen Personal und Patient

14.8 % der Fachpersonen (n = 13) gaben an, die Erstellung der Behandlungsvereinbarung schon wegen Meinungsverschiedenheiten zwischen Personal und Patient abgebrochen zu haben.⁴² Auch in der Anwendung der Inhalte der Behandlungsvereinbarung wurden Meinungsverschiedenheiten mit den Patienten vermerkt. Dabei wurden 57 Mal (22.4 %) Konflikte bezüglich der Medikation genannt. Auch andere Themen wurden genannt (n = 37 zu «Genereller Umgang», n = 28 zu «Bewegungseinschränkende Massnahmen», n = 28 zu «Behandlung ohne Zustimmung» u. a.). In 12.2 % der Antworten (n = 31) wurde angemerkt, dass die antwortende Person mit den Patienten noch nie Meinungsverschiedenheiten zur Umsetzung der Behandlungsvereinbarung erlebt hat.

Die Beziehung zwischen dem Personal und den Patienten wird auch aus Patientensicht manchmal als Grenze der Behandlungsvereinbarung wahrgenommen. Beispielsweise hat bei Pat8 das Gefühl von Bevormundung durch das Personal im Erstellungsprozess der Behandlungsvereinbarung zu Konflikten geführt, wobei es dank der aufgebauten Beziehung trotzdem zu einer Einigung auf eine Version gekommen ist. Misstrauen vonseiten der Patienten kann ein Problem für die Kommunikation sein (Pat2). Auch übermässige oder fehlende Sympathie zwischen den beiden Parteien kann sich komplizierend auswirken. Eine schon bestehende gute Beziehung zum Personal kann beispielsweise dazu führen, dass sich ein Patient nicht frei zu äussern wagt, was die Bezugsperson/fallführende Person oder die fallführende Station angeht. Andererseits kann die Beziehung auch die Bereitschaft zu Kompromissen fördern (Pat8).

⁴² Der Grund dafür ist schwierig nachzuvollziehen, weil die Fallzahlen sehr klein sind. Der häufigste Diskussionspunkt sind die Medikamente mit (46.7 %, n = 7).

4.5.5 Überschneidungen

Von den Patienten werden Überschneidungen als störend empfunden und sie führen manchmal dazu, dass Fragen nicht beantwortet oder die Daten nicht aktualisiert werden. Es können Überlappungen mit anderen Dokumenten, vor allem mit der Krankengeschichte, auftreten, mit anderen Gefässen wie z. B. Gesprächen und teilweise gibt es auch Überlappungen im Dokument selbst. Das heisst, Fragen werden in ähnlicher Form wiederholt. Das ist insbesondere bei den Kontaktpersonen der Fall.

4.5.6 Grenzen des Dokumentes selbst

Die Grenzen des Dokumentes wurden im Kapitel 4.4 «Bewertung der Behandlungsvereinbarung» ausgeführt und werden hier deshalb nur aufgelistet:

- Vom Personal wird eher kritisch gesehen, dass die erklärenden Texte sehr lang sind, und einige Patienten äussern explizit ihre Überforderung mit der Textmenge.
- Mangelnde Verständlichkeit zeigt sich für die Patienten nur in Bezug auf einzelne Punkte in der Behandlungsvereinbarung: beim Nachsorgeplan, beim Punkt «Diese Behandlungsvereinbarung soll in anderen Psychiatrischen Institutionen wie eine Patientenverfügung gehandhabt werden», bei den Medikamenten und bei den bewegungseinschränkenden Massnahmen.
- Das Personal meldet ebenfalls Verständnisprobleme bezüglich des Nachsorgeplans, der Kontaktpersonen und der Rubrik «Genereller Umgang mit den Patienten».
- Veraltete Angaben
- Überlappungen und ungenaue Unterscheidungen innerhalb und zwischen Dokumenten werden von einigen Patienten als Mangel empfunden.

4.5.7 Grenzen der Patienten

4.5.7.1 Fehlendes Wissen

Verschiedene Patienten weisen darauf hin, dass ihnen teilweise das Wissen um die Gegebenheiten der Institution fehlt, um alles richtig auszufüllen. Nur schon die Wortlaute «Bezugsperson» oder «fallführende Person» sind verwirrend (Pat1) oder das Wissen zu den einzelnen Medikamenten kann fehlen (Pat9). Dazu ist beispielhaft anzumerken, dass Pat1 die Behandlungsvereinbarung nach dem Aufenthalt in der *lups* und deshalb ohne Ansprechperson aus der Klinik ausgefüllt hat. Die meisten Personen füllen sie hingegen in Begleitung aus.

4.5.7.2 Einschränkung durch Krankheit

Einige Patienten nehmen ihre eigenen mentalen Fähigkeiten während der Krankheit als eingeschränkt wahr. Das führt zum Beispiel zu Verständnisproblemen und Überforderung mit der Textmenge und dem Inhalt (Pat3, Pat9) oder auch dazu, dass die Person nicht mehr weiss, an wen die Behandlungsvereinbarung weitergegeben wurde. Während der verschiedenen Klinikaufenthalte kann es aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsphasen zudem zu unterschiedlichen Bedürfnissen kommen (Pat8).

5 Handlungsempfehlungen

Aus den Resultaten der Evaluationsstudie lassen sich folgende Handlungsempfehlungen an die *lups* formulieren:

Layout	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterteilung der Behandlungsvereinbarung in zwei Teile: in einen erklärenden Teil und in die auszufüllenden Punkte ■ Bei den ausgefüllten Behandlungsvereinbarungen ist manchmal der Unterschied zwischen dem ausgefüllten Text und den Fragen nicht erkennbar, wenn beides mit derselben Schrift dargestellt ist.
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Aufenthaltsdauer als separaten Punkt in die Behandlungsvereinbarung aufnehmen ■ Die Regelung zum vereinfachten Eintritt in die Behandlungsvereinbarung aufnehmen. Dass dieser Punkt zwar sehr häufig als Nutzen der Behandlungsvereinbarung dargestellt wird und nur einmal als Motivation dafür, zeigt, dass dieser Punkt schriftlich in der Behandlungsvereinbarung verankert werden sollte.
Formulierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Bedeutung von «Die Behandlungsvereinbarung soll in anderen psychiatrischen Institutionen wie eine Patientenverfügung gehandhabt werden» ist unklar und sollte umformuliert werden.
Aktualisierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Behandlungsvereinbarung nicht nur beim Neueintritt aktualisieren, zudem den Patienten klar kommunizieren, wie die Aktualisierung durchgeführt bzw. gewährleistet wird.
Information	<ul style="list-style-type: none"> ■ Den Patienten kommunizieren, an welche Personen die Behandlungsvereinbarung geht, und im Dokument die informierten Personen vermerken. ■ Besonders neue und temporäre Mitarbeitende über die Existenz der Behandlungsvereinbarung informieren.
Abgrenzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überschneidungen innerhalb der Behandlungsvereinbarung und auch mit anderen Dokumenten reduzieren.
Präzisierung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die Behandlungsvereinbarung expliziter als ein Verhandlungsdokument darstellen. Zum Teil wird sie von den Patienten als «Wunsch Katalog» wahrgenommen. Entsprechend enttäuscht sind sie, wenn sie doch nicht nur den eigenen Willen einfügen können.

Tabelle 4: Handlungsempfehlungen

6 Fazit

Vor dem Hintergrund des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechtes (KESR) von 2013 wurde in vielen Psychiatrien die Patientenverfügung eingeführt oder neu überarbeitet. Die Luzerner Psychiatrie (*lups*) entschied sich gegen eine institutionalisierte Patientenverfügung und erneuerte stattdessen die schon vorhandene Behandlungsvereinbarung als internes Instrument des Shared Decision Making. Die neue Behandlungsvereinbarung kommt seit Januar 2014 zum Einsatz.

Dieses Instrument und seine Anwendung wurden in der vorliegenden Studie mittels einer Mixed-Methods-Analyse evaluiert. In einer teilnehmenden Beobachtung wurde das organisatorische Setting erhoben und sondierende Gespräche geführt. Dadurch wurden erste Einschätzungen, die wichtigsten Diskussionsthemen, Prozesse und Abläufe erfasst. In einer quantitativen Erhebung (n = 239) wurde das Personal der Stationären Dienste befragt und in 11 semistrukturierten Interviews die Patienten.

Mit diesem methodischen Vorgehen wurden die folgenden Aspekte der Behandlungsvereinbarung erhoben:

Die Behandlungsvereinbarung im Klinikalltag

Die Akutpsychiatrie nimmt insofern eine besondere Rolle ein, als ein grösserer Anteil der Personen in der Akutpsychiatrie mit der Behandlungsvereinbarung in Kontakt gekommen ist. Bezüglich der Häufigkeit, mit der eine Behandlungsvereinbarung erstellt wird und mit der Informationen in der Behandlungsvereinbarung nachgeschaut werden, unterscheidet sich die Akutpsychiatrie jedoch nicht von den anderen Fachbereichen. Die Berufsgruppe und die Position der einzelnen Personen sind die wichtigsten Einflussfaktoren dafür, ob jemand am Erstellungsprozess beteiligt ist und ob diese Person Informationen im Dokument nachschaut.

Die Gründe für eine Behandlungsvereinbarung

Die Behandlungsvereinbarung wird generell bei «Heavy Usern» eingesetzt. Daneben ist die wichtigste Motivation für das Personal, dieses Dokument zu erstellen, der Umgang mit komplexen Patientensituationen. Von den Patienten genannt werden der erleichterte Eintritt, der Wunsch nach mehr Behandlungskontinuität und der Wunsch nach mehr Selbstbestimmung.

Die Nutzen der Behandlungsvereinbarung

Vom Personal wird betont, dass die Behandlungsvereinbarung die Selbstbestimmung der Patienten erhöhe, sich die Behandlungskontinuität verbessere, sich der Umgang mit Krisen verbessern lasse, die Abläufe und Ziele einer Hospitalisation klarer und verbindlicher werden, der Umgang mit Patienten für das Personal klarer und der Eintritt für die Patienten einfacher werde. Die Patienten nennen als die wichtigsten Nutzen ebenfalls die verbesserte Behandlungskontinuität, die erhöhte Selbstbestimmung, die erleichterten Eintritte, die ermöglichten Kurzaufenthalte und den verbesserten Umgang mit Krisen.

Diese Nutzen lassen sich im Sinne von organisatorisch-administrativen Nutzen und auch im Sinne eines therapeutischen Nutzens auslegen, indem das Instrument als Behandlungsintervention genutzt wird. Der erleichterte Eintritt ist zwar eine organisatorische Erleichterung, aber auch er resultiert für die Patienten auf der therapeutischen Ebene. So kann eine organisatorische Vereinfachung dazu führen, dass Krisen schneller erkannt werden, was zur Linderung der Krankheit beiträgt.

Diese Unterscheidung kann auch unter dem Blickwinkel des Patientenwohls vs. Wohl der Organisation und des Personals betrachtet werden: Die organisatorischen Nutzen widerspiegeln eher das Wohl der Organisation und stehen für das Personal im Zentrum und die therapeutischen Nutzen widerspiegeln das Patientenwohl. Im Hintergrund der Behandlungsvereinbarung schwingt zudem die Spannung zwischen Selbstbestimmung und Adhärenz mit.

Die Bewertung der Behandlungsvereinbarung und ihre Grenzen

Sowohl das Personal als auch die Patienten zeigen sich grundsätzlich zufrieden mit der Behandlungsvereinbarung. Trotzdem nennen sie auch einige Grenzen und Schwierigkeiten: Die Behandlungsvereinbarung weist einige Überschneidungen mit anderen Dokumenten oder Gesprächssettings auf. Zudem können Grenzen in der internen Koordination der *lups* festgestellt werden. Auch wenn der grösste Teil des Inhalts der Behandlungsvereinbarung gut verständlich ist, gibt es einige wenige Punkte, die Mühe bereiten, wie zum Beispiel die Angaben zum Nachsorgeplan. Ebenso ist die Länge der erklärenden Texte für einige Personen schwierig.

Vor diesem Hintergrund dienen die Handlungsempfehlungen zur Behandlungsvereinbarung bezüglich Layout, Inhalt, Formulierung, Aktualisierung, Information, Abgrenzung und Präzisierung deren weiteren Optimierung, Nutzung und Diffusion.

7 Literatur

- Beer, Bettina (2003):** 6. Systematische Beobachtung. In: Bettina Beer (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 119–141.
- Bergmann, Manfred Max (2012):** The Good, the Bad and the Ugly in Mixed Methods Research and Design. In: Journal of Mixed Methods Research 5 (4), S. 271–275.
- Bridler, René (2013):** Einen Schritt vor, zwei Schritte zurück. Das neue Erwachsenenschutzrecht und die Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung 94 (12), S. 486–489.
- Bridler, René; Ballweg, Tobias (2015):** Patientenverfügungen in der Psychiatrie – eine Chance. In: Schweizerische Ärztezeitung 96 (16), S. 576–579.
- Brosius, Felix (2013):** SPSS 21, Heidelberg: mitp.
- Diaz-Bone, Rainer (2006):** Statistik für Soziologen, UTB Basics, Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Dillman, Don A.; Smyth, Jolene D.; Melani Christian, Leah (2014):** Internet, Phone, Mail and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method. 4. Aufl. Hoboken/New Jersey: John Wiley & Sons.
- Flick, Uwe (2005):** Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kammer-Spohn, Michael (2015):** Patientenverfügung in der Psychiatrie – Ärgernis oder Chance? In: Schweizerische Ärztezeitung 96 (6), S. 196–199.
- Kelle, Udo (2008):** Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010):** Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung, 15).
- Knoblauch, Hubert (2001):** Fokussierte Beobachtung. In: sozialersinn (1), S. 123–141.
- Kuckartz, Udo; Ebert, Thomas; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2009):** Evaluation Online. Internetgestützte Befragung in der Praxis. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, Udo (2014):** Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- LeCompte, Margaret Diane; Schensul, Jean J. (1999):** Analyzing and interpreting ethnographic data. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Maurer, Marcus; Jandura, Olaf (2009):** Masse statt Klasse? Einige kritische Anmerkungen zu Repräsentativität und Validität von Online-Befragungen. In: Nikolaus Jackob, Harald Schoen und Thomas Zerback (Hg.): Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung. Lehrbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 61–73.
- Meier-Allmendinger, Diana; Baumann-Hölzle, Ruth (Hg.) (2009):** Der selbstbestimmte Patient. Basel: Schwabe; EMH Schweizerischer Ärzteverlag (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen, 1).
- Norusis, Marija (2011):** IBM SPSS Statistics 19 Guide to Data Analysis, Bonn: Addison Wesley.
- Porst, Rolf (2014):** Fragebogen. Ein Arbeitsbuch, Lehrbuch Studienskripten zur Soziologie, 4. Aufl., Wiesbaden: Springer VS.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2014):** Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag (Reihe Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Rössler, Wulf; Hoff, Paul (2005):** Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Eine Einführung. In: Wulf Rössler und Paul Hoff (Hg.): Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer, S. 1–6.
- Ryan, Gery W.; Bernard, Russel H. (2003):** Techniques to Identify Themes. In: Field Methods 15 (1), S. 85–109.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB, vom 10. Dezember 1907 (Stand am 1. Juli 2014), Art. 16.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht), Änderungen vom Dezember 2008, Art. 434.
- Silverman, David (2001):** Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. London: SAGE Publications.
- Spradley, James P. (1979):** The Ethnographic Interview. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Vogd, Werner (2010):** Anthropologie des Vertrauens – Psychotherapeutische Beziehungen im Spannungsfeld von Zwang und Freiheit. In: Jutta Begenau, Cornelius Schubert und Werner Vogd (Hg.): Die Arzt-Patienten-Beziehung. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kolhammer, S. 61–75.
- White, Maysel Kemp; Keller, Vaughn; Horrigan, Lori Ann (2003):** Beyond Informed Consent: The Shared Decision Making Process. In: JCOM 10 (6), S. 323–328.

Whitney, Simon N.; McGuire, Amy L.; McCullough, Laurence B. (2004): A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent. In: Annals of Internal Medicine 140 (1), S. 54–59.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Art. 22. In: Forum Qualitative Sozialforschung 1 (1), S. 1–13. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519>, zuletzt geprüft am 19.11.2015.

Internetquellen

<http://www.ejpd.admin.ch/ejpd/de/home/aktuell/news/2011/2011-01-12.html>, zuletzt geprüft 11.05.2017.

<https://www.lups.ch/Patienten-angehoerige/stationaerer-aufenthalt-erwachsene/behandlungsvereinbarung/>, zuletzt geprüft 11.05.2017.

<http://www.methodenberatung.uzh.ch/de.html>, zuletzt geprüft 11.05.2017.

https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Angebote/Patientenverfuegung/Psychiatrische_Patientenverfuegung_29082014_Version_2.pdf, zuletzt geprüft 11.05.2017.

<http://www.sanatorium-kilch-berg.ch/print.php?navid=102&itemid=1&lang=de&url=%2Fpatientenverfuegung.html%3Flang%3Dde>, zuletzt geprüft 29.05.2017.

8 Anhang

8.1 Themen der Onlinebefragung und des Interviewleitfadens

Kenntnisse bzgl. der BV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Was wissen die Befragten über die BV? ■ Wie bekannt ist die BV auch bei Personen, die nicht in die entsprechenden Prozesse involviert sind?
Haltung und Motivation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Persönliche Einstellung gegenüber der BV ■ Gründe/Motive für oder gegen eine BV ■ Bisherige Erfahrung mit der BV ■ Stellenwert der BV im Praxisalltag
Erstellung einer BV	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wird der Zeitpunkt der Erstellung als passend empfunden? ■ Erarbeitungsprozess (z. B. Gespräch, Atmosphäre, Herausforderungen) ■ Unterstützungsbedarf ■ Zeitaufwand ■ Weitere Herausforderungen ■ Überarbeitung der BV
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verständlichkeit ■ Nachvollziehbarkeit ■ Lücken ■ Prioritäten ■ Wird der Inhalt als angemessen empfunden?
Nutzen/Ziel/Folgen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zu welchem Zeitpunkt wird auf eine BV zurückgegriffen? ■ Welche der festgehaltenen Punkte werden im Klinikalltag umgesetzt? ■ Welche Ziele der BV konnten erreicht werden? ■ Welche Ziele der BV konnten nicht erreicht werden? ■ Werden folgende selbst gesteckte Ziele erreicht? <ul style="list-style-type: none"> ■ Selbstbestimmung Patienten erhöhen ■ Behandlungsprozess vereinfachen ■ Beziehung zwischen den Betroffenen und der Institution verbessern ■ Entstehen negative Folgen? ■ Führt die BV zu einer erleichterten Wiederaufnahme der Patienten? ■ Wird die BV bei allen Patienten, die über eine solche verfügen, beigezogen? ■ Fördert die BV die Vernetzung zwischen den involvierten Personen und Organisationen?

www.dialog-ethik.ch