

UPK Basel

# Schlussbericht Modellversuch RE-FOR-MA

Dr. Susanne Schoppmann, Joachim Balensiefen  
(MSc.) & Priv. Doz. Dr. Hennig Hachtel  
11.10.2023

# Inhaltsverzeichnis

|  |            |
|--|------------|
| <b>Abbildungsverzeichnis.....</b>  | <b>2</b>   |
| <b>Tabellenverzeichnis.....</b>  | <b>2</b>   |
| <b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>  | <b>3</b>   |
| <b>1. Das Versuchskonzept .....</b>  | <b>4</b>   |
| 1.1 Zielsetzung .....  | 4          |
| 1.2 Institutionen und Klientel.....  | 4          |
| 1.3 Interventionen .....   | 7          |
| 1.4 Dauer des Versuchs .....   | 8          |
| <b>2. Das Evaluationskonzept .....</b>   | <b>9</b>   |
| 2.1 Fragestellungen und Hypothesen .....   | 9          |
| 2.2 Evaluationsart und-methoden .....  | 10         |
| 2.3 Erläuterungen zur Stichprobenbildung und –grösse.....  | 11         |
| 2.4 Erhebungsmethoden.....   | 12         |
| 2.5 Auswertungsverfahren.....  | 17         |
| 2.6 Allfällige Konzeptänderungen .....   | 18         |
| <b>3. Darstellung der Ergebnisse .....</b>   | <b>19</b>  |
| 3.1 T <sub>0</sub> : Themen der Patient:innen – Fremdbestimmung .....                            | 21         |
| 3.2 T <sub>0</sub> : Die Themen der Patient:innen - Selbstbestimmung zurückgewinnen .....        | 25         |
| 3.3 T <sub>0</sub> : Die Themen der Mitarbeitenden.....  | 28         |
| 3.4 Die Kontrollgruppe am Standort Königsfelden .....  | 40         |
| 3.5 T <sub>1</sub> : Die Themen der Patient:innen der Kontrollgruppe.....                        | 41         |
| 3.6 Die abteilungsspezifischen Ergebnisse (T <sub>1</sub> ) der Interventionsgruppe .....        | 47         |
| 3.7 Der quantitative Vergleich der drei Standorte.....   | 128        |
| 3.8. Vergleich der Themen aus den Fokusgruppeninterviews der Interventionsgruppe insgesamt ..... | 136        |
| 3.9 Ergebnisse der hypothesentestenden Verfahren .....   | 142        |
| <b>4. Diskussion und Schlussfolgerungen.....</b>   | <b>143</b> |
| <b>5. Lessons learned.....</b>   | <b>147</b> |
| <b>6. Empfehlungen.....</b>  | <b>148</b> |
| <b>7. Offene Fragen und mögliche, zukünftige Forschungsinhalte.....</b>                          | <b>149</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>8. Danksagung.....</b>  | <b>150</b> |
| <b>9. Literatur.....</b>   | <b>151</b> |
| <b>10. Anlagen .....</b>   | <b>155</b> |
| 10.1 Anlage 1 Schulungsunterlagen .....  | 155        |
| 10.2 Anlage 2 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung RA 1 ..... | 160        |
| 10.3 Anlage 3 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung RA 2 ..... | 168        |
| 10.4 Anlage 4 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung RA 3 ..... | 177        |
| 10.5 Anlage 5 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung BA 1 ..... | 184        |
| 10.6 Anlage 6 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung BA 2 ..... | 195        |
| 10.7 Anlage 7 Die Ergebnisse der TNB und der Sitzungen der AG der Abteilung BA 3 ..... | 204        |
| 10.8 Anlage 8 Quantitativer Vergleich der Standortbedingungen.....                     | 213        |
| 10.9 Anlage 9 Die Ergebnisse des hypothesentestenden Verfahrens.....                   | 229        |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Beispiel Skizze Fokusgruppeninterview .....                                    | 14  |
| Abbildung 2: Screenshot MAXQDA Analyse .....  | 17  |
| Abbildung 3 Überblick Zusammensetzung Stichprobe & Instrumente T <sub>0</sub> .....         | 20  |
| Abbildung 4 Gegenüberstellung Themen Patient:innen T <sub>0</sub> und T <sub>1</sub> .....  | 136 |
| Abbildung 5: Gegenüberstellung Themen Mitarbeitende T <sub>0</sub> und T <sub>1</sub> ..... | 139 |
| Abbildung 6 Subjektiv wahrgenommener Erfolg der Massnahmen.....                             | 144 |

## Tabellenverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 1: Überblick beteiligte MA T <sub>0</sub> & T <sub>1</sub> .....                             | 5   |
| Tabelle 3 Eingeführte Massnahmen Interventionsabteilungen .....                                      | 8   |
| Tabelle 4: Überblick reale Stichprobengrösse .....   | 12  |
| Tabelle 5: Überblick Anzahl Teilnehmende Fokusgruppeninterviews .....                                | 13  |
| Tabelle 6 Themen Patient:innen und Mitarbeitende T <sub>0</sub> .....                                | 20  |
| Tabelle 7: Überblick Teilnehmende FGI K1 .....   | 41  |
| Tabelle 8: Überblick Teilnehmende FGI K2 .....   | 41  |
| Tabelle 9: Themen PAT Interventionsgruppe T <sub>0</sub> und Kontrollgruppe T <sub>1</sub> .....     | 46  |
| Tabelle 10: Teilnehmende Patienten FGI T <sub>1</sub> RA 2 .....                                     | 63  |
| Tabelle 11: Überblick Teilnehmer FGI T <sub>1</sub> PAT RA 3 .....                                   | 75  |
| Tabelle 12: Überblick Teilnehmende FGI T <sub>1</sub> PAT BA 1.....                                  | 89  |
| Tabelle 13: Teilnehmende FGI T <sub>1</sub> Pat BA 2 .....   | 102 |
| Tabelle 14: Überblick Teilnehmende FGI 2 BA 3 PAT.....   | 117 |
| Tabelle 15: Überblick <i>n</i> Patient:innen in Abhängigkeit von Standort und<br>Messzeitpunkt ..... | 129 |
| Tabelle 16: Überblick <i>n</i> Mitarbeitende in Abhängigkeit von Standort und<br>Messzeitpunkt ..... | 129 |
| Tabelle 17: Anzahl Patient:innen und Mitarbeitende der verbundenen Stichprobe ..                     | 134 |

## Abkürzungsverzeichnis

|           |  |
|-----------|--|
| AÄ        | Assistenzärzt:innen  |
| AG        | Arbeitsgruppe  |
| BA        | Basel Abteilungen 1,2 & 3                                      |
| FGI       | Fokusgruppeninterview  |
| FOR       | Forensik   |
| IQR       | Interquartilsrange   |
| K1 & K2   | Königsfelden Abteilung 1 & 2                                   |
| MA        | Mitarbeitende  |
| OA        | Oberärzt:innen   |
| PAT       | Patient:innen  |
| RA        | Rheinau Abteilungen 1, 2 & 3                                   |
| RE-FOR-MA | Recovery-Orientierung in der Forensik und im Massnahmenvollzug |
| Soz.-Päd. | Sozialpädagog:innen  |
| TN        | Teilnehmende   |
| TNB       | Teilnehmende Beobachtung                                       |
| VD        | Verweildauer   |

## 1. Das Versuchskonzept

Mit Bescheid vom 27.08.2019 hat das Bundesamt für Justiz verfügt, dass der Modellversuch RE-FOR-MA als beitragsberechtigt anerkannt wird und die Universitäre Psychiatrische Klinik für Forensik in Basel mit der Durchführung des Modellversuchs beauftragt.

Das Akronym RE-FOR-MA steht für Recovery-Orientierung in der forensischen Psychiatrie und im Massnahmenvollzug. Die aus der Betroffenenbewegung heraus entstandene Recovery-Orientierung fokussiert nicht die medizinische Genesung, sondern richtet sich auf allgemein menschliche Bedürfnisse und Fähigkeiten, die trotz möglicherweise fortbestehender Erkrankung, ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben ermöglichen sollen. Recovery beinhaltet zentrale Elemente wie Hoffnung, Identität, einen Sinn im Leben finden und die Fähigkeit, Verantwortung für die eigene, persönliche Recovery zu übernehmen (Slade 2009). Die Bedingungen der forensischen Psychiatrie und die Anforderungen der Recovery-Orientierung scheinen in der Praxis in wesentlichen Punkten diametral entgegengesetzt zu sein. Trotzdem ist davon auszugehen, dass eine gelingende Recovery-Orientierung eine langfristige Legalbewährung unterstützt.

Empfehlungen und strukturierte Hilfsmittel zur Etablierung der Recovery-Orientierung in der forensischen Psychiatrie lagen aus Grossbritannien vor (Drennan et al 2014). Diese sind auf die dortige Situation und Rahmenbedingungen ausgerichtet. Im deutschen Sprachraum lagen bislang keine Erkenntnisse oder Empfehlungen zu einer strukturierten Implementierung der Recovery-Orientierung in forensisch psychiatrischen Kliniken vor.

### 1.1 Zielsetzung

Der Modellversuch RE-FOR-MA verfolgte eine dreifache Zielsetzung:

1. Den forensisch psychiatrischen Patient:innen sollten neue Perspektiven eröffnet werden, Zuversicht und Hoffnung auf ein sinnerfülltes Leben sollten ebenso wie die Verbesserung der Selbstwirksamkeit gesteigert und die Selbststigmatisierung reduziert werden. Damit war die Erwartung an eine Verbesserung der Legal-Prognose, des Therapieprozesses und bestimmten weiteren Faktoren verbunden.
2. Angesichts des in deutschsprachigen Ländern bestehenden Mangels an Wissen über die Anwendbarkeit Recovery-orientierter Haltungen und Interventionen in der forensischen Psychiatrie, sollten diese in zwei Modellinstitutionen implementiert und erstmalig systematisch evaluiert und mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.
3. Der damit generierte Erkenntnisgewinn sollte in Empfehlungen und die Entwicklung strukturierter Hilfsmittel zur Implementierung von Recovery-Orientierung in Einrichtungen der forensischen Psychiatrie und des Massnahmenvollzugs in der Schweiz münden.

### 1.2 Institutionen und Klientel

Im Rahmen des Modellversuchs wurde der Recovery-Ansatz in zwei forensisch-psychiatrischen Kliniken eingeführt: in der Universitären Psychiatrischen Klinik für Forensik in Basel und im Zentrum für stationäre forensische Therapie der Psychiatrischen Universitätskliniken Zürich am Standort Rheinau. Beide Kliniken waren mit jeweils drei forensischen Abteilungen involviert, wobei eine der Basler Abteilungen eine jugendforensische Abteilung ist.

Diese sechs Abteilungen gelten als Interventionsgruppe und sind alle den Einrichtungen mittlerer Sicherheit zuzurechnen.

Die Kontrollgruppe bilden zwei forensisch-psychiatrische Abteilungen, ebenfalls mittlerer Sicherheit, der Psychiatrischen Dienste Aargau in Königsfelden.

Die Abteilungen der Interventionsgruppe und die Abteilungen der Kontrollgruppe sind sowohl bezogen auf die dort tätigen Berufsgruppen als auch auf die behandelten Patient:innen durchaus vergleichbar. Sie werden nachfolgend auf der Grundlage der

quantitativ erhobenen Daten beschrieben, welche bezogen auf die Teilnehmenden nicht in jedem Fall deckungsgleich sind mit den qualitativ erhobenen Daten aus den Fokusgruppeninterviews. Bei den quantitativ erhobenen Daten sind z.B. Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen zum zweiten Erhebungszeitpunkt unterrepräsentiert; sie haben keine Fragebögen ausgefüllt, sich aber an den Fokusgruppeninterviews beteiligt.

### 1.2.1 Die Mitarbeitenden

Zentrale Eigenschaften der Mitarbeitenden der beteiligten Institutionen sind vergleichbar, sowohl was die Professionen und in der Interventionsgruppe auch was die Berufserfahrung betrifft. Die nachfolgende Tabelle gibt einen detaillierten Überblick über die Berufsgruppe, das Lebensalter und die Berufserfahrung in der forensischen Psychiatrie der teilnehmenden Mitarbeitenden an allen Standorten und Erhebungszeitpunkten.

|           | <b>Standort/<br/>Anzahl</b> | <b>Berufsgruppe<br/>Prozent</b>  | <b>Alter in Jahren<br/>Median<br/>Spannweite<br/>IQR</b> | <b>Berufserfahrung in Jahren<br/>Median<br/>Spannweite<br/>IQR</b> |
|-----------|-----------------------------|--|--|--|
| <b>To</b> | Rheinau 24                  | Med. Dienst 8,3 %<br>Pfleged. 87,5 %<br>Psychol. D 4,2 %                                       | 44,5<br>19 – 63<br>29                                    | 4,25<br>0,25 – 25,0<br>14,88                                       |
| <b>To</b> | Basel 45                    | Med. Dienst 6,7 %<br>Pfleged. 80,0 %<br>Psychol.D 4,4 %<br>Med.-ther.D 6,7 %<br>Soziald. 2,2 % | 40<br>22 – 61<br>23                                      | 4,5<br>0,20 – 34,0<br>7,25   |
| <b>T1</b> | Rheinau 15                  | Pfleged. 80,0 %<br>Psychol.D 13,3 %<br>Med.-ther.D 6,7 %                                       | 44<br>22 – 60<br>26                                      | 4,5<br>0,80 – 24,0<br>15,50  |
| <b>T1</b> | Basel 18                    | Pfleged. 88,9 %<br>Psychol.D 11,1 %  | 35,5<br>21 – 60<br>19                                    | 6,25<br>0,5 – 20,0<br>6,78   |
| <b>T1</b> | Königsf. 16                 | Pfleged. 68,8 %<br>Psychol. D 12,5 %<br>Med.-ther.D 12,5 %<br>Soziald. 6,2 %                   | 25,5<br>17- 60<br>18                                     | 1,25<br>0,00 – 10,0<br>3,18  |

Tabelle 1: Überblick beteiligte MA T<sub>0</sub> & T<sub>1</sub>

Wie ersichtlich wird, sind die Mitarbeitenden der Kontrollgruppe deutlich jünger und verfügen über deutlich weniger Berufserfahrung als die Mitarbeitenden in der Interventionsgruppe. Dies mag damit zu tun haben, dass die Klinik für forensische Psychiatrie in Königsfelden während der Laufzeit des Modellversuchs drei weitere Abteilungen eröffnet hat und in diesem Zuge viele neue und vermutlich auch unerfahrene Mitarbeitende speziell im Pflegedienst angestellt hat.

## 1.2.2 Die Patient:innen

Die Patient:innen aller beteiligten Abteilungen sind bezogen auf Lebensalter, Diagnosen und Delikte ebenfalls vergleichbar, wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich wird. Sie gibt einen detaillierten Überblick über das Lebensalter, die Verweildauer, die Diagnosen und Deliktarten der teilnehmenden Patient:innen an allen Standorten und Zeitpunkten.

| Zeitpunkt | Standort/<br>Anzahl                    | Alter in Jahren<br>Median<br>Spannweite<br>IQR | VD i. Mon.<br>Median<br>Spannweite<br>IQR          | Diagnose<br>Prozent  | Delikt<br>Prozent   |
|-----------|--|--|--|--|---|
| To        | Rheinau = 18                           | 36<br>22-58<br>16                              | 26,5<br>7-72<br>37,75                              | F 10 -19 5,6 %<br>F 20 -29 83,3 %<br>F 30 -39 5,6 %<br>F 60 -69 5,6 %                              | Gewalt 72,2 %<br>Sexual 22,2 %<br>Eigentum 5,6 %  |
| To        | Basel<br>Erw. = 13<br><br>Jugendl. = 4 | 30<br>24-52<br>10<br><br>17,5<br>16-19<br>3    | 30<br>1-180<br>30,5<br><br>12,75<br>3,5-14<br>8,25 | F 20 -29 92,3 %<br>F 90 -99 7,7 %<br><br><br>F 20 -29 25,0 %<br>F 60 -69 50,0 %<br>F 90 -99 25,0 % | Gewalt 69,2 %<br>Eigentum 15,4 %<br>Sonstige 15,4 %<br><br>Gewalt 50,0 %<br>Sexual 50,0 %                                   |
| T1        | Rheinau = 17                           | 37<br>21-62<br>9                               | 8,0<br>3-36<br>10,50                               | F 20 -29 88,2 %<br>F 30 -39 5,9 %<br><br>F 60 -69 5,9 %  | Gewalt 76,5 %<br>Sexual 5,9 %<br>Eigentum 11,8 %<br>Sonstige 5,9 %  |
| T1        | Basel<br>Erw. = 14<br><br>Jugendl. = 9 | 35<br>23-53<br>15<br><br>16<br>13-17<br>2      | 17,5<br>1-480<br>19,25<br><br>5,0<br>2-19<br>6,25  | F 20 -29 92,9 %<br>F 65 7,1 %<br><br><br>F 20 -29 11,1 %<br>F 90 -99 77,8 %<br>F 84.5 11,1 %       | Gewalt 64,3 %<br>Eigentum 21,4 %<br>Sexual 7,1 %<br>Sonstige 7,1 %<br><br>Gewalt 66,7 %<br>Sexual 11,1 %<br>Eigentum 22,2 % |
| To        | Königsfel. = 18                        | 30,5<br>21-60<br>12                            | 15<br>1-58<br>17,75                                | F10 -19 5,6 %<br>F20 -29 94,4 %  | Gewalt 66,7 %<br>Sexual 11,1 %<br>Eigentum 11,1 %<br>Sonstige 11,1 %  |
| T1        | Königsfel. = 12                        | 35<br>21-48<br>14                              | 15,9<br>1-35<br>9,75                               | F 20 -29 91,7 %<br>F 60 -69 8,3 %  | Gewalt 83,3 %<br>Sonstige 16,7 %  |

Tabelle 2: Überblick beteiligte PAT T<sub>0</sub> & T<sub>1</sub>

### 1.3 Interventionen

Im Modellversuch RE-FOR-MA wurden keine standardisierten Interventionen vorgegeben, da dies einen Widerspruch zu den Prinzipien der Recovery-Orientierung dargestellt hätte. Stattdessen wurde die Interventionsgruppe in einer initialen Schulung abteilungsweise über die Bedeutung von Recovery informiert. An dieser Schulung nahmen im Durchschnitt 8-10 Patient:innen und 5 – 10 Mitarbeitende aus allen Berufsgruppen jeweils gemeinsam teil. Die Schulungen dauerten im Durchschnitt 1,75 Stunden mit einer Pause von 15 Minuten. Die Verkürzung der geplanten Schulungsdauer von 2,5 auf 1,75 Stunden ergab sich situativ. In der ersten Schulung zeigte sich, dass die Patient:innen nach ca. 45 Minuten unruhig wurden und nicht mehr konzentriert folgen konnten. Nach einer 15-minütigen Pause konnte aber weitere 45 Minuten konzentriert gearbeitet werden. Die zur Schulung genutzte Präsentation sowie das dazugehörige Skript finden sich in Anlage 1. Dies war für alle beteiligten Personen das erste Mal, dass sie gemeinsam eine Schulung besuchten und insofern bereits mit einer Intervention gleichzusetzen.

Eine zweite Intervention bestand darin, dass die Abteilungen im Anschluss an die Schulung jeweils eine Arbeitsgruppe bestehend aus Patient:innen und Mitarbeitenden bildeten. Diese Arbeitsgruppe wurden extern, vom wissenschaftlichen Mitarbeiter des Modellversuchs moderiert und blieben über den gesamten Verlauf des Modellversuchs bestehen. Die Aufgabe der Arbeitsgruppen war es, zwei auf ihrer jeweiligen Abteilung einzuführende, recovery-orientierte Massnahmen zu planen und deren Umsetzung kritisch zu begleiten, d.h. wo nötig Veränderungen und Anpassungen vorzunehmen. Die einzige Vorgabe bestand darin, dass die einzuführenden Massnahmen sich einem der CHIME-Elemente (Leamy et al 2011, Slade et al 2012) zuordnen lassen sollten. Das Akronym steht für Connectedness /soziale Verbundenheit mit anderen Menschen, Hope/Hoffnung, Identity/Identität, Meaning in Life/Sinn im Leben und Empowerment/Ermächtigung. Die Arbeitsgruppe sollte sich mindestens einmal monatlich treffen.

Die beiden Abteilungen der Kontrollgruppe hatten weder eine Schulung erhalten, noch eine Arbeitsgruppe gebildet. Sie führten stattdessen ihre Arbeit auf die übliche Weise fort.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die von den Abteilungen gewählten und eingeführten Massnahmen. Zwischen der Schulung und der Bildung der Arbeitsgruppen auf den Abteilungen waren getrennte Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen und Mitarbeitenden geführt worden. Diese dienten dazu die Erfahrungen und Erwartungen der beteiligten Personen zu eruieren. In der Übersichtstabelle zeigen die fett gedruckten Begriffe welchen, der in den Fokusgruppeninterviews der Patient:innen diskutierten, Themen sich die gewählte Massnahme zuordnen liess.

| BS1  | BS2   | BS3  | RH1   | RH2   | RH3   |
|--|---|--|---|---|---|
| Gemeinsame Supervision                           | Selbständige Zubereitung Abendessen               | Patient:innen-Rat                                | Beschwerde-Briefkasten                            | AG Überarbeitung Stationsregeln                   | Englischunterricht                                |
| <b>Vertrauen</b>                                 | <b>Persönliche Entwicklung &amp; Lebensfreude</b> | <b>Partizipation</b>                             | <b>Vertrauen</b>                                  | <b>Partizipation</b>                              | <b>Persönliche Entwicklung &amp; Lebensfreude</b> |
| Beteiligung an der Therapieplanung von Beginn an | Gemeinsamer Übergaberapport mit den Patient:innen | Beteiligung an der Therapieplanung von Beginn an | Selbständige Organisation Freizeitaktivitäten     | Selbständige Organisation Freizeitaktivitäten     | Selbständige Nutzung von Sportgeräten             |
| <b>Partizipation</b>                             | <b>Partizipation</b>                              | <b>Partizipation</b>                             | <b>Persönliche Entwicklung &amp; Lebensfreude</b> | <b>Persönliche Entwicklung &amp; Lebensfreude</b> | <b>Persönliche Entwicklung &amp; Lebensfreude</b> |
|  | Recovery-Gruppe                                   | Forensik Surfing                                 |   |   |   |
|  | <b>Partizipation</b>                              | <b>Soz. Verbundenheit</b>                        |   |   |   |

Tabelle 3 Eingeführte Massnahmen Interventionsabteilungen

## 1.4 Dauer des Versuchs

Der Modellversuch sollte über einen Zeitraum von 24 Monaten in den Phasen Initialisierung, Vorbereitung, Implementierung und Evaluation verlaufen und im Januar 2020 beginnen.

Die Initialisierungsphase sollte vier Monate dauern, während derer die multidisziplinären Teams der beteiligten Interventionsabteilungen jeweils eine einführende Schulung zum Thema Recovery-Orientierung durch eine ausgewiesene Expertin, erhielten. An der Schulung waren auch bereits Patient:innen vertreten, um den partizipativen Charakter von Beginn an deutlich zu machen. Während dieser vier Monate fand auch die erste Datenerhebung mit qualitativen (Fokusgruppeninterviews) und quantitativen (Fragebogenerhebung) Methoden statt. Die Ergebnisse daraus flossen zurück in die beteiligten Abteilungen.

Die Vorbereitungsphase sollte ebenfalls vier Monate dauern und beinhaltete die Gründung der Arbeitsgruppen auf den Interventionsabteilungen. Diese waren sowohl mit Patient:innen als auch mit Mitarbeitenden besetzt und wurden extern durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert. Die Arbeitsgruppen erarbeiteten und planten die Massnahmen, deren Umsetzung und die erforderlichen Kommunikationswege und -mittel zur Information und Beteiligung der anderen Patient:innen und Mitarbeitenden. In der Interventionsphase sollten die geplanten Massnahmen in einem Zeitraum von neun Monaten verbindlich umgesetzt und erprobt werden und damit auch eine Auseinandersetzung mit der je eigenen Praxis aus einer recovery-orientierten Perspektive umfassen. Während dieser Zeit sollten sich die multiprofessionellen Teams gemeinsam mit ihren Patient:innen kontinuierlich selbst reflektieren, wo nötig ihre Massnahmen modifizieren und anpassen. In diesem Prozess wurden sie weiterhin kontinuierlich von dem wissenschaftlichen Mitarbeiter unterstützt.

An die Interventionsphase schloss sich die Evaluationsphase an, die inklusive des Schreibens des Schlussberichtes sieben Monate dauern sollte.

### 1.4.1 Verzögerungen im Verlauf des Modellversuchs

Eine erste Verzögerung des Modellversuches um einen Monat ergab sich aus zwei Gründen: erstens lag das ethische Clearing der Ethikkommission der Nordwest- und Zentralschweiz (EKNZ) trotz Antragstellung im September 2019 erst Mitte Dezember 2019 vor und zweitens konnte ein geeigneter wissenschaftlicher Mitarbeiter erst zum 03.02.2020 angestellt werden. Der Modellversuch startete also mit einer vierwöchigen Verspätung am 03.02.2020.

Dann trat im Februar /März 2020 die Corona-Pandemie auf. Diese hatte zwar keinen Einfluss auf die Erhebung der quantitativen Daten, allerdings hatten die in den Kliniken

eingeführten Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie aber einen grossen Einfluss auf die Erhebung der qualitativen Daten und auch auf die Prozessgestaltung insgesamt. Infolge der Einführung der Pandemie-Auflagen, musste die Datenerhebung am Standort Rheinau für vier Monate unterbrochen werden und konnte erst in der zweiten Hälfte des Juni 2020 wiederaufgenommen werden. Aus diesem Grund wurde auf Empfehlung der Steuerungsgruppe des Modellversuchs beim Bundesamt für Justiz ein Antrag auf eine Verlängerung des Modellversuchs um sechs Monate gestellt, der im Dezember 2020 bewilligt wurde. D.h. der Modellversuch dauerte insgesamt 30 Monate. Auch in der zweiten Welle der Pandemie ergaben sich weitere Unterbrechungen.

## 2. Das Evaluationskonzept

Entsprechend dem Grundsatz, dass die Fragestellung die Methode bestimmt, sollten in dem geplanten Modellversuch unterschiedliche Forschungsmethoden zur Evaluation genutzt werden.

### 2.1 Fragestellungen und Hypothesen

Das Evaluationskonzept sah eine klassische Prä-Post- Kontrollgruppenstudie in einem Mixed Methods Design (Johnson & Onuwegbuzie 2004, Creswell 2011) vor. Es wurde angestrebt die Elemente der Recovery-Orientierung, welche aus Sicht der beteiligten Patient:innen und Mitarbeitenden von besonderer Bedeutung sind, zu identifizieren und das mit der Veränderung einhergehende Erleben der Beteiligten zu beschreiben. Der Implementierung förderliche und hinderliche Faktoren sollten erkannt und beschrieben werden und es sollte exploriert werden welche indirekten Faktoren für ein legal prognostisch günstiges Ergebnis wie z.B. Behandlungszufriedenheit, Stigmatisierungserleben, subjektives Zwangserleben und therapeutische Beziehung sich mit der Einführung der Recovery-Orientierung verändern.

Dazu wurden konkret folgende Fragestellungen untersucht:

1. Welche Elemente der Recovery-Orientierung sind aus Sicht der beteiligten Patient:innen sowie aus der Perspektive der Mitarbeitenden von besonderer Bedeutung?
2. Wie erleben Patient:innen und Mitarbeitende die mit dem Implementierungsprozess einhergehenden Veränderungen?
3. Welche Faktoren erweisen sich im Prozess der Implementierung als förderlich oder hinderlich?
4. Wie verändert sich die Recovery-Orientierung der Einrichtung durch die Implementierung?
5. Welche indirekten Faktoren (Behandlungszufriedenheit, Stigmatisierungserleben, subjektives Zwangserleben, therapeutische Beziehung) für ein legalprognostisch günstiges Ergebnis erfahren mit der Einführung des Recovery-Ansatzes eine Veränderung?

Die Forschungsfragen 1- 3 sind explorativer Natur. Sie wurden mit Methoden der qualitativen Forschung (Fokusgruppeninterviews, Teilnehmende Beobachtung und Dokumentation der Sitzungen der Arbeitsgruppen) erhoben. Zu ihnen wurden entsprechend der angewendeten Methodologie keine Hypothesen gebildet.

Die Fragen 4 und 5 wurden mit quantitativen Methoden (Fragebogen) untersucht. Bezogen auf die Frage 4 wurde die folgende Hypothese getestet:

Mit der Implementierung der Recovery-Orientierung nimmt die Recovery-Orientierung in der Einrichtung zu.

Zu Frage 5 wurden folgende Hypothesen überprüft:

Die Behandlungszufriedenheit forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die Recovery-orientiert arbeiten, grösser als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Das Stigmatisierungserleben forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die Recovery-orientiert arbeiten, geringer als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Das subjektive Zwangserleben forensisch untergebrachter Patient:innen ist in Einrichtungen, die Recovery-orientiert arbeiten, geringer als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

Die therapeutische Beziehung wird von forensisch untergebrachten Patient:innen in Einrichtungen, die Recovery-orientiert arbeiten, besser bewertet als in Einrichtungen, die dies nicht tun.

## 2.2 Evaluationsart und-methoden

Wie Fragestellungen und Hypothesen zeigen, wurde im vorliegenden Modellversuch sowohl die summative als auch die formative Evaluation genutzt. Während die summative Evaluation als ergebnisorientiert und bilanzierend angesehen wird und sich entsprechend eher quantitativer Methoden bedient, ist die formative Evaluation prozessorientiert (Stockmann 2002) und bedient sich eher qualitativer Forschungsmethoden, so dass bei der Nutzung beider Evaluationsarten auch eine Mischung von Methoden entsteht. Diesem Ansatz entspricht die Tradition der Mixed-Methods-Forschung. Sie hat ihre Wurzeln im Pragmatismus (Johnson & Onwuegbuzie 2004, Creswell 2011) und ermöglicht die Kombination verschiedener Methoden der Datenerhebung und -analyse, um komplexe Phänomene zu erforschen. Im Modellversuch wurden für die Fragen nach der Bedeutung von Recovery und dem Erleben der Beteiligten Fokusgruppeninterviews genutzt.

Die dokumentarische Methode (Przyborski & Riegler 2010, Bohnsack et al 2013) - eine Methode, die der rekonstruktiven Sozialforschung zugeordnet wird - wurde als geeignete theoretische Grundlage für die Fokusgruppen angesehen. Sie geht davon aus, dass Fokusgruppen Wissen über bestehende Gemeinsamkeiten teilen. In einer Fokusgruppensituation kann das für ein bestimmtes Milieu spezifische, konjunktive Wissen aufgedeckt werden. Dabei ist der Prozess der Artikulation des konjunktiven Wissens selbstgesteuert, und sollte nicht durch Interviewende mit einem thematisch strukturierten Ansatz gestört werden (Przyborski & Riegler 2010). Ursprünglich ist die dokumentarische Methode darauf ausgerichtet, aus dem induktiv gewonnenen Material Typen zu bilden und Theorien abzuleiten (Bohnsack et al 2013). Da im Modellversuch die Erfahrungen und Erwartungen forensischer Patient:innen und Mitarbeitenden in Bezug auf Recovery im Zentrum des Erkenntnisinteresses stehen, haben wir uns für die thematische Analyse entschieden (Braun & Clarke 2006, Nowell et al 2017), die auch auf Daten aus Fokusgruppen anwendbar ist (Onwuegbuzie et al 2009).

Auch für die Prozessevaluation, die auf hinderliche und förderliche Faktoren und eine Vertiefung der in den Fokusgruppeninterviews gewonnenen Erkenntnisse abzielte, wurden qualitative Daten, die mit Teilnehmender Beobachtung (TB) (Atteslander et al

1991, Lüders 2008) gesammelt wurden sowie die Protokolle der Sitzungen der Arbeitsgruppen genutzt. Die Teilnehmende Beobachtung hat ihre Wurzeln in der Ethnografie (Lüders 2008). Im Modellversuch wurde sie als offene, unstrukturierte Beobachtung durchgeführt. Bei der offenen Form der Teilnehmenden Beobachtung äußert die beobachtende Person ihre Intention und ihre Rolle deutlich, was ihr ermöglicht, sich im Feld kongruent zu verhalten.

Für die Erhebung der quantitativen Daten zur Überprüfung der Hypothesen wurden sechs verschiedene Fragebogen eingesetzt, die bei den Erhebungsmethoden genau beschrieben werden.

Zusätzlich zu den bisher genannten Evaluationsarten, die insbesondere von der Leitung und dem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Modulversuchs durchgeführt wurden, gab es eine externe Evaluation des Modellversuchs durch einen unabhängigen Gutachter.

### 2.3 Erläuterungen zur Stichprobenbildung und -größe

Die Interventionsgruppe bestand aus jeweils drei Abteilungen an den Standorten Rheinau und Basel mit insgesamt 45 Patient:innen pro Standort und ca. 20 Mitarbeitenden der Berufsgruppen ärztlicher Dienst, psychologischer Dienst, Pflegedienst, medizinisch-therapeutischer Dienst und Sozialdienst pro Abteilung. In der Interventionsgruppe wurde die Recovery-Orientierung eingeführt und qualitativ und quantitativ evaluiert, während die Kontrollgruppe am Standort Königsfelden, die Treatment as Usual erhielt, zum Zeitpunkt  $T_0$  nur die quantitative Datenerhebung mit den Patient:innen ( $n = 30$ ) der beiden Abteilungen stattfand. Die Mitarbeitenden wurden dort nicht befragt.

Die Stichprobe setzte sich also zusammen aus den Patient:innen der sechs Interventionsabteilungen ( $n = 90$ ) und den beiden Abteilungen der Kontrollgruppe ( $n = 30$ ) sowie den Mitarbeitenden der sechs Interventionsabteilungen ( $n = 120$ ) und zum zweiten Erhebungszeitpunkt ( $T_1$ ) auch den Mitarbeitenden der beiden Abteilungen der Kontrollgruppe ( $n = 40$ ).

Hinzu kamen die Daten zur Prozessevaluation, die sich aus den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtungen ( $n = 75$ ) und der Sitzungen der Arbeitsgruppen ( $n = 98$ ) zusammensetzten.

#### 2.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Patient:innen, die sich in stationärer forensisch-psychiatrischer Behandlung auf den Abteilungen, die als Interventionsgruppe und als Kontrollgruppe gelten, befanden. Das Erkenntnisinteresse war nicht an spezifische Diagnosen, ethnische Zugehörigkeit, Lebensalter und Lebensstil gebunden. Deswegen wurden Patient:innen aller Altersgruppen, Ethnien und Diagnosegruppen eingeschlossen.

Nicht eingeschlossen wurden Patient:innen, die sich in einer akuten psychiatrischen Krise befanden sowie Patient:innen, die der deutschen Sprache nicht in ausreichendem Maße mächtig waren, um an einem Fokusgruppeninterview teilzunehmen oder die zu bearbeitenden Fragebögen zu verstehen.

Vor der Erteilung der schriftlichen Zustimmung wurden alle Beteiligten über die geplante Untersuchung und das Vorgehen mündlich und schriftlich informiert, so dass hier von einer informierten Zustimmung ausgegangen werden konnte. Bei Patient:innen, denen eine gesetzliche Beistandschaft zugeordnet war, wurden auch die Beistehenden um Einwilligung gebeten. Dies bezieht sich insbesondere auch auf die Patient:innen der Jugendforensik, wo Menschen ( $n = 10$ ) ab 14 Jahren behandelt werden. Hier wurden auch Eltern oder gesetzlich Beistehende um Zustimmung gebeten. Mit Ausnahme der

Abteilung für Jugendforensik am Standort Basel, handelt es sich bei den Patient:innen um erwachsene Menschen im Lebensalter zwischen 18 und 63 Jahren.

Für die qualitative Datenerhebung (Fokusgruppeninterviews) wurde eine Beteiligung von 30 - 60 Patient:innen und etwa der gleichen Anzahl an Mitarbeitenden angestrebt. Für die quantitative Datenerhebung wurde eine Vollerhebung angestrebt.

### 2.3.2 Rücklauf und reale Stichprobengrösse

Leider konnte die angestrebte Stichprobengrösse bei den beiden quantitativen Erhebungen mittels Fragebögen nicht erreicht werden:

Von den Mitarbeitenden beteiligten sich zum ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>) in der Interventionsgruppe 69 Personen (57,49%). Die Kontrollgruppe war zu diesem Zeitpunkt nicht befragt worden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>) beteiligten sich in der Interventionsgruppe 33 Mitarbeitende (27,5 %) und in der Kontrollgruppe 16 Mitarbeitende (40%).

Bei der qualitativen Datenerhebung mittels Fokusgruppeninterviews konnte die angestrebte Beteiligung hingegen erreicht werden:

Von den Patient:innen beteiligten sich zum ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>) in der Interventionsgruppe 37 Personen (= 41,11 %) und von den Mitarbeitenden 50 Personen. Die Kontrollgruppe war zu diesem Zeitpunkt nicht befragt worden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>) waren es in der Interventionsgruppe 30 Patient:innen und in der Kontrollgruppe 9 Patient:innen. Von den Mitarbeitenden der Kontrollgruppe fand sich niemand zur Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview bereit. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| Zeitpunkt/Gruppe                         | Quant. PAT<br>Total/Prozent | Quant. MA<br>Total/Prozent | Qual. PAT<br>Total/Prozent | Qual. MA<br>Total/Prozent |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>T<sub>0</sub> Interventionsgruppe</b> | 35 / 38,8 %                 | 69 / 57,4%                 | 37 / 41,1%                 | 50 / 41,6%                |
| <b>T<sub>0</sub> Kontrollgruppe</b>      | 18 / 60%                    | Nicht befragt              | Nicht befragt              | Nicht befragt             |
| <b>T<sub>1</sub> Interventionsgruppe</b> | 40 / 44,4 %                 | 33 / 27,5%                 | 30 = 27,0-%                | 44 / 36,6%                |
| <b>T<sub>1</sub> Kontrollgruppe</b>      | 12 / 43, 2%                 | 16 / 40%                   | 9 = 27.0 %                 | 0                         |
| <b>Prozessevaluation<br/>Protokolle</b>  | Arbeitsgruppen = 98         |                            | TNB = 75                   |                           |

Tabelle 4: Überblick reale Stichprobengrösse

### 2.4 Erhebungsmethoden

Wie bereits im Kapitel Evaluationsart und-methoden beschrieben wurden für die Forschungsfragen zum Erleben von Patient:innen und Mitarbeitenden Fokusgruppeninterviews sowie für die Prozessevaluation und zur Vertiefung der Daten aus den Fokusgruppeninterviews die Protokolle der Teilnehmende Beobachtungen und der Arbeitsgruppensitzungen genutzt.

Die Interviewgruppen waren als Realgruppen jeweils abteilungsweise aber getrennt in Patient:innen und Mitarbeitende zusammengesetzt. Diese Trennung war notwendig, um den Beteiligten ein jeweils freies Gespräch miteinander zu ermöglichen. Die Anwesenheit von Mitarbeitenden hätte die Patient:innen in ihren Äusserungen eingeschränkt und umgekehrt. Von den Patient:innen beteiligten sich zu beiden Erhebungszeiträumen jeweils zwei bis neun Personen, so dass hier zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils nur ein Fokusgruppeninterview pro Abteilung also insgesamt 12 Fokusgruppeninterviews stattfanden. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden auch die Patient:innen der Kontrollgruppe am Standort Königsfelden interviewt. Dort fand auf jeder der beiden Abteilungen ein Fokusgruppeninterview statt mit einer Beteiligung von vier bis fünf Patienten (dort beteiligten sich ausschliesslich männliche Personen), so dass sich insgesamt eine Anzahl von 14 Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen ergab.

Bei den Mitarbeitenden beteiligten sich insbesondere am Standort Basel mehr Personen, so dass dort zu beiden Erhebungszeitpunkten insgesamt jeweils fünf Fokusgruppeninterviews stattfanden. Am Standort Rheinau fand zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils ein Fokusgruppeninterview pro Abteilung statt. In der Kontrollgruppe am Standort Königsfelden fanden sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>) die Mitarbeitenden leider nicht bereit an einem Fokusgruppeninterview teilzunehmen. Als Grund dafür wurde Zeitmangel angegeben. D.h. es ergab sich eine insgesamt Anzahl von 16 Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeitenden. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews. Die demografischen Angaben entsprechen den Angaben der quantitativen Stichprobe (beschrieben im Abschnitt Institution und Klientel) sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden auch wenn die Schnittmenge nicht deckungsgleich ist.

| Erhebungszeitpunkt                 | Standort     | Anzahl FGI/PAT | Ges.      | Anzahl FGI/MA | Ges.      |
|------------------------------------|--------------|----------------|-----------|---------------|-----------|
| T <sub>0</sub> Interventionsgruppe | Rheinau      | 3: 6,7,6       | 19        | 3: 5,7,6      | 18        |
| T <sub>1</sub> Interventionsgruppe | Rheinau      | 3: 2,3,4       | 9         | 3: 4,4,4      | 12        |
| T <sub>0</sub> Interventionsgruppe | Basel        | 3: 7,7,4       | 18        | 5: 6,5,9,5,7  | 32        |
| T <sub>1</sub> Interventionsgruppe | Basel        | 3: 6,6,9       | 21        | 5: 8,7,6,4,7  | 30        |
| T <sub>1</sub> Kontrollgruppe      | Königsfelden | 2: 5,4         | 9         | 0             |           |
| <b>Gesamt</b>                      |              | <b>14</b>      | <b>76</b> | <b>16</b>     | <b>92</b> |

Tabelle 5: Überblick Anzahl Teilnehmende Fokusgruppeninterviews

#### 2.4.1 Vorgehen in den Fokusgruppeninterviews

Zu Beginn des Interviews wurden die Teilnehmenden noch einmal auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen und den teilnehmenden Patient:innen wurde die vereinbarte Aufwandsentschädigung (12,50 CHF) ausbezahlt. Zusätzlich wurden zu Beginn des Interviewtermins Gruppenregeln wie das Stillschweigen über das im Interview Besprochene vereinbart und die Teilnehmenden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Es wurde explizit nochmals um Erlaubnis gebeten das Interview digital aufzeichnen zu dürfen, womit alle Teilnehmenden einverstanden gewesen sind.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>) wurde als erzählungsgenerierende Aufforderung an Patient:innen und Mitarbeitenden an die Schulung zur Recovery-Orientierung angeknüpft mit der Frage: «Sie haben alle an der gemeinsamen Schulung zur Einführung der Recovery-Orientierung teilgenommen. Wenn Sie sich daran erinnern, was davon ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben? Was verbinden Sie damit? » Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>) lautete die erzählungsgenerierende Aufforderung: «Wenn Sie sich an den Verlauf des Modellversuchs zurückerinnern, was geht Ihnen dann durch den Kopf? »

Von den Interviewenden wurden im Verlauf gelegentlich Verständnisfragen gestellt oder bislang Gesagtes zusammengefasst, aber insgesamt waren nur wenige Interventionen durch die Interviewenden erforderlich.

Bei den Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden des Zentrums für stationäre forensische Therapie in Rheinau, musste zum ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>) von diesem Vorgehen abgewichen werden. Aufgrund des Lockdowns waren zwischen der Schulung, die Ende Februar 2020 stattgefunden hatte und dem Termin für die Fokusgruppeninterviews Mitte Juni 2020 mehr als drei Monate vergangen. Deswegen konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeitenden die Schulungsinhalte noch ausreichend erinnerten. Aus diesem Grund wurde von den Interviewenden zunächst nachgefragt, ob - und wenn ja was - den Teilnehmenden noch in Erinnerung war und wo nötig, noch eine knappe Darstellung des CHIME-Modells und des

Perspektivwechsels im gezeigten Video gegeben. Es zeigte sich, dass dies genügte, um die Mitarbeitenden miteinander ins Gespräch zu bringen.

Der Ablauf der Fokusgruppeninterviews war zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>), mit Ausnahme der erzählungsgenerierenden Aufforderung, identisch wie beim ersten Erhebungszeitpunkt.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T<sub>1</sub>) wurden auch in der Kontrollgruppe Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen geführt.

Auf den beiden Abteilungen am Standort Königsfelden nahmen ausschliesslich männliche Patienten an den Fokusgruppeninterviews teil. Das Vorgehen war weitgehend analog zu den Interventionsabteilungen.

Da diese Teilnehmer jedoch mit Ausnahme der ersten quantitativen Datenerhebung nicht in den Modellversuch involviert gewesen sind, musste bei Ihnen eine andere Erzählungsaufforderung gewählt werden. Sie lautete: « Wir sind daran interessiert von Ihnen zu erfahren wie sie das Leben und den Alltag hier auf dieser Abteilung erleben».

Auch in diesen beiden Fokusgruppeninterviews kamen die Teilnehmenden gut miteinander ins Gespräch, so dass von den Interviewenden lediglich gelegentlich Verständnisfragen gestellt werden mussten.

Alle Fokusgruppeninterviews wurden digital aufgezeichnet. Im Anschluss an die Fokusgruppeninterviews tauschten die Interviewenden ihre Eindrücke aus, hielten diese stichwortartig fest und fertigten Skizzen zur Sitzordnung und den Teilnehmern in anonymisierter Form an. Nachfolgende Abbildung soll beispielhaft einen Eindruck vermitteln.

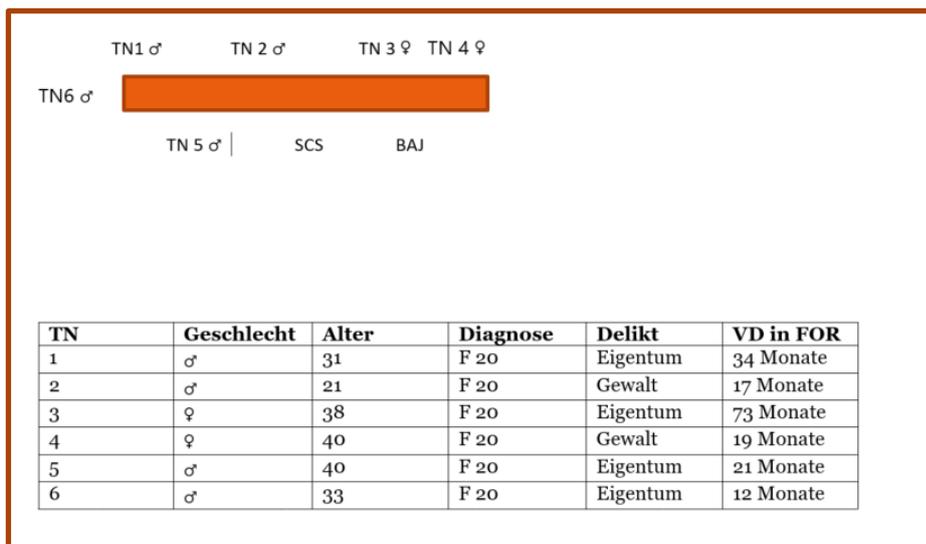


Abbildung 1: Beispiel Skizze Fokusgruppeninterview

### 2.4.2 Vorgehen bei der Teilnehmenden Beobachtung

Im Modellversuch waren die Abteilungen vorab darüber informiert worden, dass der wissenschaftliche Mitarbeiter sich einmal monatlich für mehrere Stunden auf der Abteilung aufhalten würde und dass es dabei darum gehen würde Beobachtungen hinsichtlich der Recovery Orientierung der Abteilung zu machen, d.h. es wurde eine offene, unstrukturierte Beobachtung durchgeführt. Bei der offenen Form der Teilnehmenden Beobachtung äußert die beobachtende Person ihre Intention und ihre Rolle deutlich, was ihr ermöglicht, sich im Feld kongruent zu verhalten. Die Echtheit des Forschenden hat Einfluss auf die Beziehung zu den Teilnehmenden, deren Akzeptanz eine Voraussetzung für den Zugang zu ihrer Alltagswirklichkeit ist (Atteslander et al. 1991). Im Modellversuch wurden die teilnehmenden forensisch psychiatrischen Abteilungen jeweils räumlich und sozial als Feld definiert. Die Entscheidung, bei welchen Situationen eine beobachtende Teilnahme möglich sei, wurde teils vom

Beobachter getroffen, z.B. ob er einen begleiteten Ausgang von Patient:innen beobachtet oder auf der Abteilung bleibt und teils den Mitarbeitenden überlassen wie bei der Frage, ob der wissenschaftliche Mitarbeiter bei Übergaberapporten, Gruppenangeboten oder Abteilungsversammlungen anwesend sein dürfe. Die Beobachtungen wurden in Form von Feldnotizen während der Anwesenheitszeiten handschriftlich festgehalten und unmittelbar im Anschluss als chronologische Beobachtungsprotokolle ausformuliert in den Rechner eingegeben.

Bei der Aufzeichnung der Beobachtungsinhalte wurde auf die Nennung von Namen verzichtet und darauf geachtet, das Beobachtete möglichst sachlich zu beschreiben und von den davon ausgelösten Gedanken und Gefühlen zu trennen. Diese wurden in Form von Forschungsnotizen gesondert festgehalten und dienten dazu, das eigene Verhalten und die Wahrnehmungen im Feld zu reflektieren. Damit wird einer methodologischen Forderung entsprochen, denn die Wissenschaftlichkeit von Beobachtungen entscheidet sich an «*Maß und [...] Methode der Selbstbeobachtung des Beobachters und seiner Beobachtungen*» (Atteslander et al. 1991, S. 98).

Insgesamt wurden 268 Stunden Teilnehmender Beobachtung absolviert und dazu 214 Din A 4-Seiten Beobachtungsprotokolle angefertigt.

#### 2.4.3 Die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen

Die Sitzungen der Arbeitsgruppen auf den sechs Interventionsabteilungen fanden in der Regel einmal monatlich statt und wurden durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert. Insofern ähneln die im unmittelbaren Anschluss die Sitzungen erstellten Protokolle den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtungen. Sie umfassen insgesamt 164 Seiten.

#### 2.4.4 Vorgehen bei der quantitativen Datenerhebung

Zur Erhebung der quantitativen Daten für die summative Evaluation wurden in der Interventionsgruppe (je 3 Abteilungen an den Standorten Rheinau und Basel) und in der Kontrollgruppe (2 Abteilungen am Standort Königsfelden) verschiedene Fragebögen eingesetzt: der RSA-R, der Essen CES, der ZUF-8, der ISMI, der FERUS und die Zwangsdimension des MacArthur Admission Experience Surveys. Mit den Fragebögen wurden die Score-Werte zu den beiden Erhebungszeitpunkten zwischen den Interventionsbedingungen an den Standorten Rheinau und Basel und der Kontrollbedingung am Standort Königsfelden verglichen.

Bei den beteiligten Patient:innen (Interventions- und Kontrollgruppe) kamen zu beiden Erhebungszeitpunkten ( $T_0$  &  $T_1$ ) alle Fragebögen zum Einsatz und sie erhielten für die Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 12,50 CHF. Bei den teilnehmenden Mitarbeitenden wurden ausschliesslich der RSA-R und der ESSEN CES eingesetzt und sie durften die Fragebögen während ihrer Arbeitszeit bearbeiten. Zum ersten Erhebungszeitpunkt ( $T_0$ ) waren ausschliesslich Mitarbeitende der Interventionsgruppe beteiligt, beim zweiten Erhebungszeitpunkt ( $T_1$ ) wurden auch die Mitarbeitenden der Kontrollgruppe befragt. Nachfolgend werden die Instrumente bezüglich zentraler inhaltlicher und formaler Eigenschaften vorgestellt.

##### *RSA-R*

Der RSA-R-Fragebogen (Recovery Self Assessment-Revised) besteht aus 32 Items, die auf einer 5-Punkt-Likert-Skala bewertet werden. Ausserdem gibt es bei jedem Item die Möglichkeit, die Antwortoptionen «weiss nicht» oder «nicht anwendbar» anzukreuzen. Es existieren vier verschiedene Versionen für Patient:innen, Angehörige, Fachpersonen und das Management, die systematisch entwickelt und getestet wurden (O'Connell et al 2005, Burgess et al 2010). Im Modellversuch wurde das Instrument in den Versionen für Patient:innen und Mitarbeitende eingesetzt. Der RSA-R beinhaltet sechs Subskalen, die sich auf die Dimensionen 'Räumlichkeiten', 'Lebensziele', 'Beteiligung', 'Behandlungsoptionen', 'Wahlmöglichkeiten' und 'individuell zugeschnittene Angebote'

beziehen. Die Werte dieser Subskalen addieren sich zu einer Gesamtskala, welche die Recovery-Orientierung der entsprechenden Einrichtung misst. Dabei weisen hohe Werte grundsätzlich auf eine hohe Recovery-Orientierung hin. Der RSA-R liegt seit 2015 in deutscher Übersetzung mit kultureller Anpassung vor (Zuaboni et al 2015) und wurde bereits mehrfach eingesetzt, um Veränderungen – bezogen auf Recovery orientierte Interventionen – zu erheben (Eickmeier et al 2017, Zuaboni et al 2017).

### *Essen CES*

Der Essen CES-Fragebogen (Essen Climate Evaluation Schema) ist ein im Institut für forensische Psychiatrie der Universität Duisburg-Essen entwickeltes Instrument (Schalast & Redies 2005), welches das Stationsklima auf der Grundlage der Dimensionen ‘empfundene Sicherheit’, ‘therapeutischer Halt’ und Kohäsion in der Patientengruppe’ misst. Jede dieser Dimensionen umfasst fünf Fragen, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Das Instrument ist für den Einsatz mit Patient:innen und mit Mitarbeitenden konzipiert und hinsichtlich seiner Gütekriterien als Test intensiv beforscht (Schalast & Redies 2005, Schalast 2008, Howells et al 2009, Siess & Schalast 2017) und findet breite Anwendung (Blaesi et al 2015).

### *FERUS*

Der FERUS-Fragebogen (Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagement-fähigkeiten) besteht aus den 7 Skalen ‘Veränderungsmotivation’, ‘Selbstbeobachtung’, ‘aktives und «passives Coping’, ‘Selbstwirksamkeit’, ‘Selbstverbalisation’, ‘Hoffnung’ und ‘Soziale Unterstützung’. Die Skalen addieren sich zum Gesamtscore ‘Selbstmanagementfähigkeiten’. Insgesamt umfasst der Test 66 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Der FERUS-Fragebogen wurde zwar in einer Stichprobe psychosomatischer Patient:innen validiert (Jack 2007), konnte jedoch auch in einer Stichprobe schizophrener erkrankter Patient:innen effektiv eingesetzt werden (Agothor et al, 2010).

### *ZUF-8*

Der ZUF-8-Fragebogen ist die deutsche Version des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)-8 (Schmidt et al 1989), und hat in den letzten Jahren eine zunehmende Anerkennung als Screening-Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit im Deutschsprachigen Raum erfahren. Der ZUF-8 stellt eine eindimensionale Skala mit acht Fragen dar, die auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden. Der Fragebogen hat sich als reliabel erwiesen (Kriz et al 2008), und ermöglicht Einschätzungen zu der Dienstleistungsqualität und dem Ergebnis der Behandlung aus Sicht der Behandelten.

### *ISMI*

Zur Messung von Stigmatisierungsphänomenen kam der ISMI-Fragebogen (Internalized Stigma of Mental Illness Scale) in einer deutschsprachigen Version zur Anwendung. Dieser Fragebogen umfasst 27 Items, die auf die fünf Dimensionen ‘Entfremdung’, ‘Übernahme von Stereotypen’, ‘Diskriminierungserfahrungen’, ‘sozialer Rückzug’ und ‘Stigmaresistenz’ verteilt sind. Die Items werden auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet und die Werte der Subskalen addieren sich zu einer Gesamtskala. Im Rahmen des Modellversuchs ist der ISMI-Fragebogen insofern besonders geeignet, als er bei schweren psychischen Störungen validiert wurde und vornehmlich die Eigenperspektive der Betroffenen misst (Sibitz et al 2013). In der deutschen Version zeigt der ISMI bei Personen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, gute psychometrische Eigenschaften (Schenner et al 2018).

### *MPCS*

Der MacArthur Admission Experience Survey ist ein international weit verbreitetes Instrument, welches den Grad des subjektiven Zwangserlebens der Patient:innen bei einem Eintritt in eine psychiatrische Klinik einschätzt (Gardner et al 1993). Die 20

Selbstbeurteilungssitems sind den vier Unterkategorien ‘Zwangserleben’, ‘negativer Druck’, ‘Mitsprachemöglichkeiten’ und ‘affektive Reaktion’ zugeordnet, welche die spezifischen Dimensionen subjektiv erlebten Zwangs erfassen. Im Modellversuch wurde ausschliesslich die Unterkategorie ‘Zwangserleben’ auf einer dichotomen Skala eingesetzt.

## 2.5 Auswertungsverfahren

In der Beschreibung der Auswertungsverfahren wird nachfolgend differenziert zwischen qualitativen und quantitativen Verfahren, da es sich dabei um unterschiedliche Datenarten und Methodologien handelt.

### 2.5.1 Qualitative Verfahren

Die Daten aus den Fokusgruppeninterviews, den Teilnehmenden Beobachtungen und den Protokollen der Arbeitsgruppensitzungen wurden entsprechend ihrer qualitativen Natur alle mit der Methode der ‘Thematischen Analyse’ (Braun & Clarke 2006) durchgeführt. Dazu wurden alle Fokusgruppeninterviews (n = 30) wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden mehrfach gelesen und mit den Audiodateien verglichen, um Transkriptionsfehler auszuschliessen und mit den Daten vertraut zu werden. Danach wurden alle Textpassagen paraphrasiert und Themen zugeordnet, die im Verlauf der Analyse immer wieder korrigiert, angepasst und/ oder verändert wurden.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt T<sub>0</sub> lagen ausschliesslich qualitative Daten aus den Fokusgruppeninterviews (n = 14) vor. Diese wurden alle – getrennt nach Patient:innen und Mitarbeitenden - im Anschluss an die Analyse der einzelnen Transkripte auf Übereinstimmungen und Unterschiede hin überprüft und jeweils in einer Synthese zusammengeführt.

Während dieses Datenmaterial noch mit den üblichen Microsoft Office-Programmen verwaltet und bearbeitet werden konnte, wurden mit Beginn der Arbeitsgruppensitzungen und der Teilnehmenden Beobachtungen aufgrund des Umfangs der Daten (1785 Dokumente) die Software MAXQDA 2020 zur Datenverwaltung und –Analyse genutzt.

Nachfolgende Abbildung soll einen Eindruck des Analysetools vermitteln, um zu demonstrieren, dass mit der Software die gleichen Analyseschritte vollzogen werden.

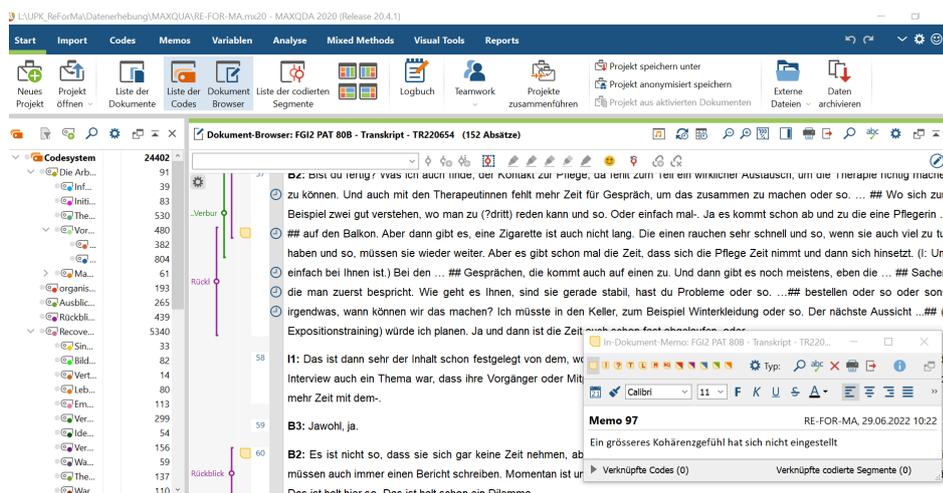


Abbildung 2: Screenshot MAXQDA Analyse

Die Protokolle der Teilnehmenden Beobachtung und der Arbeitsgruppensitzungen waren von dem wissenschaftlichen Mitarbeiter selbst schriftlich festgehalten worden, so dass sich hier keine Notwendigkeit einer Transkription ergab. Mit diesen Protokollen wurde in der Analyse in gleicher Weise verfahren wie mit den Transkripten der Fokusgruppeninterviews.

### 2.5.2 Quantitative Verfahren

Ebenso wie die qualitativen mussten auch die quantitativen Daten zunächst aufbereitet und in den Rechner eingegeben werden. Dazu mussten grundsätzliche Überlegungen angestellt werden wie mit 'missing data' bei den Fragebogenerhebungen zu beiden Erhebungszeitpunkten ( $T_0$  &  $T_1$ ) umzugehen war. Hierbei musste zwischen drei Varianten unterschieden werden:

- Erstens war davon auszugehen, dass Faktoren wie Konzentrationsfähigkeit, Sprachkompetenz oder Motivation ursächlich für einen Teil der fehlenden Daten sind. Insbesondere war dies in der Stichprobe der psychisch erkrankten Patient:innen, von denen viele keine Muttersprachler:innen waren, in einem gewissen Ausmass zu erwarten. Dies stellte kein grundsätzliches Problem für die Datenanalyse dar.
- Zweitens liess der RSA-R-Fragebogen jedoch bei jedem Item die beiden Antwortoptionen 'ich weiss nicht/nicht anwendbar' und der MPCS-Fragebogen die Antwortoption 'ich weiss nicht' zu. Dies war sowohl in der Stichprobe der Patient:innen als auch der Mitabreitenden zu beiden Erhebungszeitpunkten genutzt worden. Zudem strichen einige Patient:innen Fragen auf anderen Fragebögen durch, und kommentierten diese Streichungen z.B. mit 'trifft hier nicht zu' oder 'verstehe ich nicht'.
- Drittens waren in der ersten Erhebung die jeweiligen Fragebögen auf beidseitig bedrucktem Papier verteilt worden. Bei den mehrseitigen Fragebögen (RSA-R: 2 Seiten, ISMI: 3 Seiten, FERUS: 3 Seiten) führte dies bei einem Teil der Teilnehmenden dazu, dass die jeweils zweite Seite vermutlich übersehen wurde, was zum Fehlen von grossen Teilen der Daten führte. In der zweiten Erhebung wurden die Fragebögen einseitig bedruckt ausgehändigt; dementsprechend trat ein Fehlen der jeweils zweiten Seiten zu diesem Zeitpunkt ( $T_1$ ) nicht auf.

Bei den Daten aus dem ersten Erhebungszeitpunkt ( $T_0$ ) wurden sämtliche Daten je Fragebogen als fehlend betrachtet, wenn pro Subskala mehr als die Hälfte der entsprechenden Fragebogenitems nicht beantwortet wurden. In den anderen Subskalen wurden fehlende Items durch den Mittelwert der entsprechenden Subskalen ersetzt. Um systematische Unterschiede insbesondere zwischen den Kontrollgruppenabteilungen und den Interventionsgruppenabteilungen auszuschließen, wurden die Daten der Patient:innen nach den entsprechenden Standorten Königfelden, Rheinau und Basel kategorisiert und hinsichtlich der aufgenommenen demographischen Daten mit T-Tests und Chi-Square-Tests auf Unterschiede überprüft. Gleiches gilt für die Daten der Mitarbeitenden: Auch sie wurden nach Standorten eingeteilt und hinsichtlich der aufgenommenen demographischen Daten systematisch mit T-Tests und Chi-Square-Tests auf Unterschiede überprüft.

### 2.6 Allfällige Konzeptänderungen

Konzeptänderungen ergaben sich durch Empfehlungen des externen Zwischengutachtens vom Juni 2021 und, in der Folge, durch eine Sitzung der Steuerungsgruppe mit einem Mitglied des Fachausschusses für Modellversuche im September 2021.

Mit Bezug zu den quantitativen Daten empfahl der externe Gutachter den Zuzug statistischer Expertise, um trotz widriger Bedingungen wie kleine unverbundene Stichproben und fehlende Werte, das Beste aus den Daten herauszuholen. Bezüglich der fehlenden Daten schlug er vor multiple regressionsbasierte Imputationsverfahren einzusetzen.

Mit Bezug zu den qualitativen Verfahren bedauerte der externe Gutachter, dass in der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> keine Fokusgruppeninterviews geführt wurden, die er für ergiebiger hielt als die quantitativen Daten (persönliche Mitteilung an die Projektleitung). Das Zwischengutachten und die darin enthaltenen Empfehlungen wurden mit der Steuerungsgruppe, ergänzt um ein Mitglied des Fachausschusses für Modellversuche, diskutiert. In dieser Sitzung wurde entschieden, dass die qualitativen Daten aufgrund der Unterschiedlichkeit der von den Interventionsabteilungen gewählten Massnahmen (vgl. Tabelle 3) und Bedingungen nicht mehr für die gesamte Interventionsgruppe synthetisiert, sondern abteilungsweise beschrieben werden. Zusätzlich sollten auch mit den Patient:innen und den Mitarbeitenden der beiden Abteilungen in der Kontrollgruppe am Standort Königsfelden Fokusgruppeninterviews geführt werden. Insofern ändert sich etwas an den Analyseeinheiten, aber weder etwas an den Daten selbst noch an der Form der Analyse.

Es wurde weiter entschieden, dass den Empfehlungen des Gutachters bezgl. regressionsbasierter Imputationsverfahren für die fehlenden quantitativen Daten gefolgt werden sollte, d.h. die fehlenden Werte wurden durch Werte ersetzt, die mit einem multiplen Imputationsverfahren berechnet wurden. Damit können die verschiedenen Datenversionen zu einem Datensatz aggregiert werden, welcher die Grundlage für die zu testenden Hypothesen liefert (Burns et al 2011).

In den Varianzanalysen für unverbundene Stichproben war bezüglich der «individuellen Leistungen» des RSA-Fragebogens der Interaktionsfaktor im konventionellen Set bei den Patienten signifikant ( $\alpha = 0.3\%$ ), während der Effekt im imputierten Set mit einem  $\alpha = 1\%$  die gewählte Schranke der Signifikanz ( $\alpha = 0.83\%$ ) knapp verfehlte. Ferner war der Standort-Effekt bezüglich der «unterschiedlichen Behandlungsoptionen» bei den Patient:innen im konventionell bereinigten Set insignifikant ( $\alpha = 1.4\%$ ), während dieser im multipel imputierten Set signifikant war ( $\alpha = 0.8\%$  bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0.83\%$ ).

In den Varianzanalysen für unverbundene Stichproben der hypothesentestenden Verfahren war der Interaktionseffekt des FERUS-Selbstwirksamkeits-Scores hingegen nur im multipel imputierten Set signifikant ( $\alpha = 3.2\%$ ), während er in dem konventionell bereinigten Set insignifikant war ( $\alpha = 24.5\%$  bei einem Signifikanzlevel von  $\alpha = 5\%$ ).

In den Varianzanalysen für verbundene Stichproben verfehlte der Interaktionseffekt des Scores EssenCES-Zusammenhalt der Patient\*innen den ( $\alpha = 5.3\%$ ) knapp das Signifikanzniveau ( $\alpha = 5\%$ ), während der Effekt im imputierten Datensatz mit  $\alpha = 4.7\%$  signifikant war.

Ferner – wie sich auch aus den oben genannten Werten indirekt ableiten lässt – waren die Unterschiede der p-Werte (Überschreitungswahrscheinlichkeit) zwischen dem multipel imputierten und konventionell bereinigten Datensatz eher marginal; daraus lässt sich schlussfolgern, dass das multiple Imputationsverfahren die Daten nicht artifiziell verzerrt hat.

### 3. Darstellung der Ergebnisse

Zunächst werden die Ergebnisse aus dem ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>), die bereits im ersten Zwischenbericht vom September 2020 ausführlich beschrieben wurden, anhand von kurzen Auszügen dargestellt.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (T<sub>0</sub>) beteiligten sich 37 Patient:innen und 50 Mitarbeitende an insgesamt 14 Fokusgruppeninterviews. Die Fragebögen wurden von insgesamt 53 Patient:innen und 69 Mitarbeitenden bearbeitet.

Die nachfolgende Abbildung gibt dazu einen Überblick:

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Stichprobe Patient:innen</b><br/> <u>QUAL</u> n = 37<br/> <u>quan</u> n = 53</p> <p><b>Interventionsgruppe</b><br/> Rheinau = 3 FGI &amp; 18<br/> Basel = 3 FGI &amp; 17</p> <p><b>Kontrollgruppe</b><br/> <u>Königsfelden</u> = 0 FGI &amp; 18</p>  | <p><b>Stichprobe Mitarbeitende</b><br/> <u>QUAL</u> n = 50<br/> <u>quan</u> n = 69</p> <p><b>Interventionsgruppe</b><br/> Rheinau = 3 FGI &amp; 24<br/> Basel = 5 FGI &amp; 45</p> |
| <p><b>EssenCES:</b> Stationsklima<br/> <b>RSA-R:</b> Recovery-Orientierung<br/> <b>ISMI:</b> Stigmatisierungserleben<br/> <b>ZUF 8:</b> Behandlungszufriedenheit<br/> <b>MPCS:</b> erlebter Zwang<br/> <b>FERUS:</b> Ressourcen &amp; Selbstmanagement</p> | <p><b>EssenCES:</b> Stationsklima<br/> <b>RSA-R:</b> Recovery-Orientierung</p>   |

Abbildung 3 Überblick Zusammensetzung Stichprobe & Instrumente T<sub>0</sub>

Die Analyse der Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen ergab die beiden Themen 'Fremdbestimmung' und 'Selbstbestimmung zurückgewinnen', denen verschiedene Subthemen zugeordnet werden konnten. Die Analyse der Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden führte zu den vier Themen: 'Was ist Recovery', 'Was sind die Herausforderungen', 'Was sind die erwarteten Hindernisse' und 'Was könnten Massnahmen sein', denen ebenfalls verschiedenen Subthemen zugeordnet werden konnten. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Themen und Subthemen im Überblick:

| <b>Patient:innen</b>  | <b>Mitarbeitende</b>   |
|---|--|
| <p><b>Fremdbestimmung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisierung</li> <li>• Scham</li> <li>• Zwang</li> <li>• Mangelnde Unterstützung</li> <li>• Misstrauen vs. Vertrauen</li> <li>• Warten</li> <li>• Strukturelle Erschwernisse</li> </ul> <p><b>Selbstbestimmung zurückgewinnen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit der Erkrankung leben lernen</li> <li>• Partizipation</li> <li>• Verbundenheit</li> <li>• Vertrauen</li> <li>• Persönliche Entwicklung und Lebensfreude</li> </ul> | <p><b>Was ist Recovery?</b></p> <p><b>Was sind die Herausforderungen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spannungsfeld Sicherheit &amp; Therapie</li> <li>• Soziale Verbundenheit</li> <li>• Hoffnung</li> <li>• Identität &amp; Sinnfindung</li> <li>• Empowerment &amp; Partizipation</li> <li>• Vertrauen</li> </ul> <p><b>Was sind die erwarteten Hindernisse?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stigmatisierung</li> <li>• Strukturelle Hindernisse</li> <li>• Personale Hindernisse</li> </ul> <p><b>Recovery – Orientierte Massnahmen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcenorientierung</li> <li>• Partizipation</li> <li>• Abteilungsregeln</li> <li>• Erfolgsgeschichten &amp; Anregung</li> <li>• Milieugestaltung</li> <li>• Übergänge gestalten</li> </ul> |

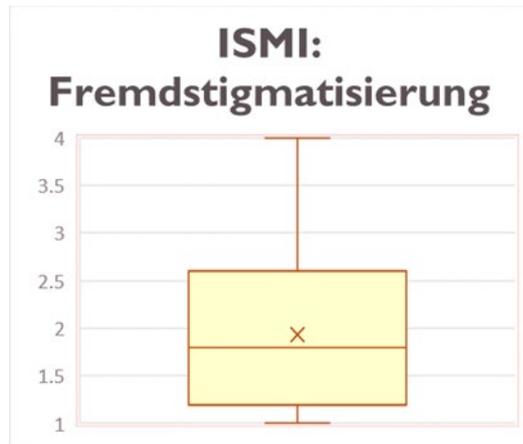
Tabelle 6 Themen Patient:innen und Mitarbeitende T

### 3.1 T<sub>0</sub>: Themen der Patient:innen – Fremdbestimmung

Unter dem Obergriff Fremdbestimmung wurden folgende Themen subsummiert: Stigmatisierung, Scham, Zwang, mangelnde Unterstützung, Misstrauen, Warten und strukturelle Erschwernisse.

#### Stigmatisierung

Hinter der Skala Fremdstigmatisierung verbergen sich Aussagen wie: Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Erkrankung habe.



Die mittleren 50% der Werte befinden sich in der Box. Die Linie in der Box zeigt den Median an; Das Kreuz den Mittelwert. Die Enden der beiden Whisker geben das Minimum bzw. Maximum der Werte an.

Das Zitat aus dem Fokusgruppeninterview illustriert, wie Fremdstigmatisierung von den Teilnehmenden durch das System als solches erlebt wird:

*«T1: Ja, es ist natürlich klar. Wenn wieder etwas passiert, haben alle Angst. Und nachher- Es stimmt schon ein bisschen, schmeißt man uns in das gleiche Boot. Und nachher haben wir eine Kollektivstrafe.»*

*T2: Und das ist recht beschissen. Weil, du bist nach dem Strafgesetz- Du machst alles richtig. Ich- Ja, du machst es ja mit den Ausgängen richtig und so weiter.*

*T3: Und das geht eben nicht in der Schweiz. In der Schweiz ticken alle, quasi gesagt die Höheren, die im Kopf an Kopf drin sind- Die Behörden denken- Ja.» (FGI 3, Z. 215-223)*

Wie dieses Zitat zeigt, hatten die Teilnehmenden den Eindruck egal wie sehr sie sich bemühen und selbst, wenn sie alles richtigmachen, bleibt doch das doppelte Stigma - psychisch krank und gefährlich - an ihnen haften.

#### Scham

Die Scham steht in Zusammenhang mit dem begangenen Delikt. Die Delikte wurden lediglich erwähnt, aber in keinem der Fokusgruppeninterviews wurde etwas Konkretes über ein Delikt geäußert. So berichtet z.B. jemand aus seinem Leben:

*«Und in die Psychiatrie hat man mich nicht geschickt und so. Und dann hat man, habe ich später ein Delikt geführt. Und dann hat man sehr spät gemerkt. Und dann habe ich mit dem Patienten Konflikte gehabt. Ja, und es war nicht leicht für mich.» (FGI 1, Z. 110-112)*

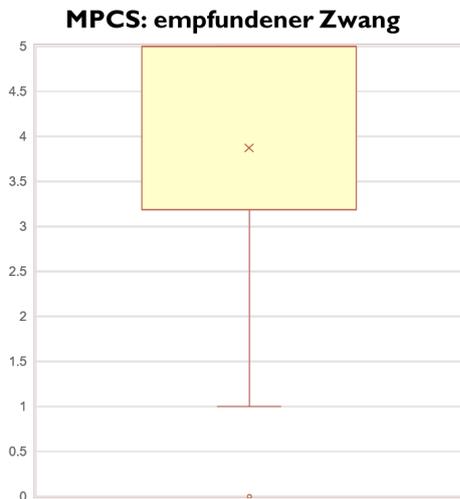
Andere Teilnehmende geben an besorgt gewesen zu sein, dass im Rahmen des Projektes von ihnen erwartet würde, über das von ihnen begangene Delikt zu sprechen, was nicht der Fall war. Die Delikte bleiben hinter einem Schleier:

*«Die Erzählung des Lebens bis zum Delikt, bis zur Krankheit. Und alles danach wird verschleiert.» (FGI 2, Z. 14)*

Diesen Schleier zu lüften erfordert von den Therapeutinnen und Therapeuten viel Sensibilität und ein angemessenes Tempo in der Deliktbearbeitung.

### Zwang

Der Eindruck, dass Zwang in unverhältnismäßiger Weise eingesetzt wird, kommt in mehreren Fokusgruppeninterviews zum Ausdruck und bezieht sich nicht nur auf einzelne Maßnahmen, sondern auch auf das System als Ganzes, wie der nachfolgende Boxplot eindrücklich zeigt.



«Sprecher 1: Ja, aufgrund von psychischen Erkrankungen erhält man einfach den 59er.  
Sprecher 2: Zu oft wird das Urteil ausgesprochen und das ist gar nicht fair.  
Sprecher 3: [...] Sprecher 1: Und dann ist man fünf, zehn Jahre eingesperrt, nur wegen einem Kleindelikt, aber man hat eine psychische Störung. Aufgrund der psychischen Erkrankung wird man wegen kleiner Delikte unverhältnismäßig lange eingesperrt. » (FGI 4, Z. 99-106)

Zur Therapie in eine forensisch psychiatrische Klinik geschickt zu werden, ist eine zwiespältige Sache. Einerseits ist man ganz unten angelangt, wenn man in der forensischen Psychiatrie behandelt wird und andererseits besteht die Hoffnung, dass eine Therapie doch dabei helfen könnte noch etwas aus seinem Leben zu machen. Nachfolgendes Zitat zeigt die ganze Ambivalenz:

« Ja. Viel weiter runter geht nicht mehr. Und dann kommen solche Sachen wie: Ich will das nicht. Und das Rebellieren gegen die Forensik und gegen das, was hier gemacht wird. Und auf der anderen Seite will man sich ja in Therapie begeben. Vielleicht mit Widerwillen, weil man das Gefühl hat: Eigentlich will ich das gar nicht machen. Und werde zwangsmäßig einfach in eine Therapie gedrängt, von der halt das Team denkt, es ist für den Patienten gut. Aber, ich selber empfinde es nicht so. Und dann hat man schon wieder eine Interaktion, die nicht kohärent ist. Dann finde ich einfach: Ist jetzt das mein Wille? Oder kann ich meinen Willen durchsetzen? Oder muss ich mich jetzt hier beugen? Und wie viel muss ich mit mir machen lassen, damit ich vorwärtskomme? Was wollen die? Wollen die mich irgendwie krankmachen, oder wollen sie mich gesundmachen? » (FGI 3, Z. 50-60)

### Mangelnde Unterstützung

Der Mangel an Unterstützung wurde bezogen auf die Therapie als solche beschrieben. Etliche Teilnehmende hatten den Eindruck die Therapie erfolge sehr standardisiert und nicht individuell genug, so dass sie keine echte Hilfe darstelle. Andere wiederum teilten genau diesen Eindruck nicht und betonten stattdessen, dass die Mitarbeitenden sich doch an den Ressourcen und Stärken der Patient:innen orientierten und sich darum bemühten diese zu stärken. Ein weiterer Mangel an Unterstützung bestand aus der Sicht der Teilnehmenden in Bezug auf die Recovery-Orientierung. Wenn es darum geht für sich selbst neue Wege zu finden, dann benötigt man Unterstützung, die auf Wege hinweist und diese ein Stück begleitet. Das wird von den Teilnehmenden vermisst.

«Ja, ich weiß nicht, bei Recovery heißt es ja irgendwie, einen neuen Weg finden, oder? Und das ist schon - das kann ein Problem sein, wenn man in so einer Sackgasse steckt, keine Motivation und nichts hat, einem nichts einfällt, dann braucht man wirklich jemanden, der einem irgendwie Wege zeigen kann. Und hier ist meistens nur so, "Ach, es geht Ihnen schlecht, ja, Tablette." Anstatt, dass es einen Weg, irgendwas halt, vorgezeigt wird. » (FGI 2, Z. 187-191)

### Misstrauen

Der wahrgenommene Mangel an Unterstützung führt auch dazu den Mitarbeitenden zu misstrauen. Dieses Misstrauen gilt einerseits der Psychiatrie ganz allgemein und ist eng verknüpft mit der Geschichte der Psychiatrie und dem was den Teilnehmenden davon bekannt ist. Andererseits gibt es aber auch ein Misstrauen, das zu tun hat mit dem starken Eindruck der Willkür der Behörden und/oder der Mitarbeitenden ausgesetzt zu sein. So berichteten etliche Teilnehmende, dass sie nicht offen mitteilen wie sie sich fühlen oder wenn Symptome sich verschlimmern. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass dann z.B. Medikamente erhöht werden, sie isoliert werden oder Lockerungen eingeschränkt werden und sich ihr Aufenthalt verlängert.

«Vor allem schreibt er [gemeint ist der Arzt], wie er sich denkt. Das ist verflucht. Man weiß nicht, was man sagen soll. Wenn ich sage, ich habe Suizidgedanken, dann heißt es vielleicht, ab ins Iso» (FGI 2 Z. 246-247)

«Ja. Weil sie dachten, ich sei nicht stabil. Nun blieb ich länger auf der (...) und seither bin ich auf der Hut. » (FGI 2 Z. 214-215)

Das Misstrauen führt zu weniger Offenheit gegenüber den Mitarbeitenden, was wiederum dazu führt, dass diese ihre Hilfe und Unterstützung nur verzögert und/oder gar nicht zur Verfügung stellen können. Insgesamt gesehen führt das Misstrauen dazu, dass die Teilnehmenden sich selbst als machtlos und die Mitarbeitenden als übermächtig ansehen.

« T1: Und wir Patienten sind machtlos.

T2: Unser Wort hat keine Kraft mehr, also es kommt nicht zur Durchsetzung. » (FGI 4, Z. 277-278)

### Warten und Langeweile

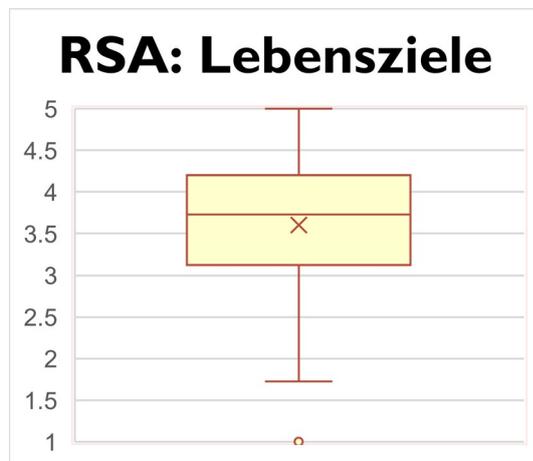
Während eines stationären Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie warten die Patient:innen auf Vieles. Am meisten aber warten sie auf das Ende der Massnahme und den Austritt aus der forensischen Psychiatrie.

« Weil, einer, der ins Gefängnis geht weiß auch wie lange er abzusitzen hat, oder? Der kann die Tagestriche an die Wand machen und jeder Tag ist einer weniger. Ich habe keine Ahnung wie lange ich hier noch sitze, ich bin im Ungewissen, weil ich immer nur warte, warte, warte bis die vielleicht einmal ein Therapiegespräch, und dann komme ich einen winzigen Schritt weiter in einem Standortgespräch, wo die Behörde ja nicht einmal dabei ist. » (FGI 3, Z. 655-659).

Wie das Zitat zeigt, haben die Teilnehmenden den Eindruck, dass Mitarbeitende und Behörden sehr grosszügig mit der Lebenszeit der Patient:innen umgehen d.h. sie nicht angemessen in der Verfolgung ihrer Lebensziele unterstützen. Der nachfolgende Boxplot bezieht sich auf die Dimension Lebensziele aus dem RSA-R, die Aussagen wie die Folgenden enthält:

‘Das Personal hilft mir bei der Gestaltung und Planung von Lebenszielen, die über den Umgang mit Symptomen und die psychische Stabilität hinausgehen (z.B. Arbeit,

Bildung, körperliche Fitness, Beziehung zu Familie und Freunden, Hobbys) 'oder 'Das Personal arbeitet intensiv mit mir daran, meine persönlichen Ziele zu verwirklichen'.



Hier zeigt sich, dass 50% der befragten Patient:innen mit der Unterstützung bei ihren Lebenszielen ganz zufrieden sind, allerdings gibt es auch einen deutlichen Whisker nach unten mit einem gänzlich unzufriedenen Ausreisser.

Das Warten ist mit Monotonie und Langeweile verbunden. Die Tages- und Wochenrhythmen wiederholen sich und selbst die geführten Spaziergänge finden auf den immer gleichen Wegen statt. Das führt dazu, dass die Zeit still zu stehen scheint.

«Oder, dass es so monoton ist auf der Station, jeden Tag das gleiche. Immer das gleiche. Manchmal denkt man sich, "Was soll ich tun?" Aber eben, man kommt einfach nicht weiter. Es ist jeden Tag das gleiche, jeden Tag der gleiche Ablauf von morgens bis abends, von Montag bis Sonntag immer das gleiche. » (FGI 2, Z.519-522)

«Wir sitzen hier, und die Zeit scheint stillzustehen. Das einzige, was läuft, ist der Fernseher.» (FGI 2, Z 554-555).

### Strukturelle Erschwernisse

Strukturelle Erschwernisse wie räumliche Beengtheit, mangelnde Rückzugsmöglichkeiten und ein Mangel an Privatsphäre wurden ausschliesslich in den Fokusgruppeninterviews mit den erwachsenen Patient:innen in der Universitären Psychiatrischen Klinik in Basel diskutiert. Dort gibt es Zwei- und Dreibettzimmer und in der Regel verfügen die Abteilungen neben einem Speiseraum noch über einen Raucherraum und einen Aufenthaltsraum. Folgendes Zitat bildet gleichsam eine Überschrift für das Thema:

«Das ist Horror, man kann nie alleine sein. » (FGI 4, Z. 513)

Die räumliche Enge hat mit den Zwei- und Dreibettzimmern zu tun. Das Zusammenleben auf so engem Raum erfordert viel Rücksichtnahme, die nicht immer gegeben ist. Deswegen wird die räumliche Beengtheit als zusätzlicher Stressfaktor empfunden.

«Ja, weil das ist jeweils so, wenn man so auf engem Raum ist und bei diesen psychischen Erkrankungen ist man sowieso leicht reizbar und dann noch auf so engem Raum mit so vielen Leuten, das ist noch ein zusätzlicher Stressfaktor. » (FGI 4, Z. 533-536)

Dieser zusätzliche Stressfaktor bedeutet, dass es harte Arbeit ist nicht kränker zu werden als man schon ist. Es erfordert sich von den Stimmungen und Befindlichkeiten der Mitpatient:innen zu distanzieren.

### 3.2 T<sub>0</sub>: Die Themen der Patient:innen - Selbstbestimmung zurückgewinnen

Die Selbstbestimmung über sich und sein Leben zurück zu gewinnen ist ein Wunsch aller Teilnehmenden, dessen Verwirklichung aber außerhalb des Möglichen zu sein scheint, wie das nach folgende Zitat zeigt:

*«An den musste ich auch gerade denken. [Gemeint ist das in der Schulung verwendete Fallbeispiel] Und als ich das gesehen habe, sind mir Tränen gekommen. Dort an dieser Sitzung. Weil ich das Gefühl hatte, wow, es gibt echt noch eine reale Chance, aus so einem System wie der Forensik herauszukommen. » (FGI 3, Z. 42-45).*

Insofern hat die Schulung Hoffnung vermittelt. Der Begriff Hoffnung spielte in allen Fokusgruppeninterviews eine Rolle und steht für den Glauben, dass es möglich ist ein Leben ausserhalb der Forensik zu führen. Das hat Einfluss auf die Motivation dieses Ziel zu verfolgen.

*«Sicher auch die Motivation ist völlig anders, wenn noch etwas kommt für die Zukunft. » (FGI 2, Z. 452).*

Nachfolgend werden nun die Subkategorien des Themas «Selbstbestimmung zurückgewinnen» vorgestellt: Mit der Erkrankung leben lernen und an sich arbeiten, Partizipation, Verbundenheit, Vertrauen, Sich bilden und weiterentwickeln und Lebensfreude. Diese Subkategorien sind wie Spiegelbilder der Subkategorien Fremdbestimmung und könnten mit dem Wort «statt» verbunden werden. Das ergäbe dann Überschriften wie Mit der Erkrankung leben lernen und an sich arbeiten statt Stigmatisierung und Scham, Partizipation statt Zwang, Verbundenheit statt mangelnder Unterstützung usw.

#### Mit der Erkrankung leben lernen und an sich arbeiten

Mit der Erkrankung leben zu lernen war in allen Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen ein Thema. Ausgehend von dem Fallbeispiel in der Schulung leiteten viele Teilnehmende ab, dass es auch bei Ihnen nicht um eine vollständige Gesundung im medizinischen Sinn gehen wird, sondern darum zu lernen wie sie mit der Erkrankung ein sinnvolles, selbstbestimmtes, deliktfreies und zufriedenes Leben führen können.

*«Ja, gesund kommst du auch nicht rein. Aber, gesund kommst du auch nicht heraus. Man muss einfach einen Umgang haben damit, dass die Krankheit da ist. Und dass man weiss, wie leben mit dieser Krankheit. » (FGI 3, Z. 346-348)*

Dazu gehört es Wissen über die Erkrankung und ihre Erscheinungsformen und Symptome zu haben, die in der Regel in der Psychoedukation vermittelt werden. Wenn dieses Wissen nicht vorhanden ist, kann es passieren, dass sich eine Erkrankung verschlimmert ohne dass man es selbst bemerkt.

*«Ich bin jetzt in der Psychoedukation, ich lerne Sachen über meine Erkrankung. Ich weiß jetzt, im Nachhinein ist man immer schlauer» (FGI 4, Z. 453-454)*

Die Kombination aus Gesprächen, Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und Psychoedukation trägt dazu bei, die Erkrankung handhaben zu können.

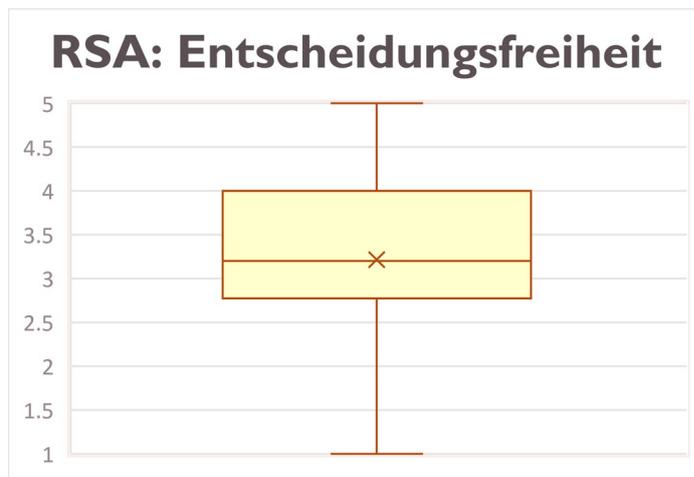
*«Ja, trotz meines Augenflimmerns. Damit besser umgehen. Auch mit der Wut, und mit den Gewaltfantasien, und mit den Wahn-. Mit Stimmen hören und Bilder sehen. Das habe ich jetzt seit ein paar Monaten nicht mehr. Weil ich mit den Medikamenten gut eingestellt bin. Und weil ich meine Frühwarnzeichen richtig erkenne. » (FGI 1, Z. 144-148).*

Allerdings gehört zur Zurückgewinnung der Selbstbestimmung mehr als das. Dazu gehört auch die Arbeit an sich selbst. An sich zu arbeiten bedeutet sich mit der eigenen

Geschichte auseinanderzusetzen und sich dabei auch der Deliktarbeit zu stellen, was nicht so einfach ist.

### Partizipation

Mit Partizipation ist gemeint an Entscheidungen beteiligt zu sein und gefragt zu werden. Bei der Mitsprache geht es z.B. um Stationsregeln oder die Einnahme von Medikamenten. Der folgende Boxplot bezieht sich auf die Dimension Entscheidungsfreiheit aus dem RSA-R, die Aussagen wie die Folgenden enthält: 'Das Personal hört mir zu und respektiert meine Entscheidungen bezüglich der Behandlung und Pflege' oder 'Das Personal setzt keine Drohung, Bestechung oder ähnliche Formen von Druck ein, damit ich tue was sie wollen'.



Auch hier bewegen sich 50 % der Patient:innen in der oberen Hälfte, aber auch hier gibt es einen deutlich längeren Whisker nach unten.

Auch in den Behandlungskonferenzen oder den Standortbestimmungen würden die Teilnehmenden gerne mehr partizipieren. Teilweise sind sie in diesen Veranstaltungen durchgängig anwesend, teilweise nur partiell und teilweise auch gar nicht. Aber es gibt den deutlichen Wunsch von Beginn an dabei zu sein, wenn über sie gesprochen wird.

« T1: Nein, aber ich finde es wichtig, dass man von Anfang an dabei ist, dann ist man nicht so überrascht, was man grad

T2: Schon überrascht sein bei den Standorten, aber wenigstens wird das vor dir abgemacht, und nicht so...» (FGI 5, Z. 230-232).

Bei diesen Besprechungen sollten auch die Behördenvertreter anwesend sein. Teilweise sind den Teilnehmenden die für sie zuständigen Vertretungen der Behörden gar nicht persönlich bekannt. Wiewohl es auch Verständnis dafür gibt, dass Mitarbeitende und Behörden sich auch ohne Beisein der Patient:innen austauschen können sollten, überwiegt doch das Bedürfnis dabei zu sein.

### Verbundenheit

Verbundenheit steht für die Verbindung mit und zu anderen Menschen. Diese wird von den Teilnehmenden überwiegend als Mangel erlebt. Im oben genannten Beispiel geht es um die Verbundenheit mit der zuständigen Instanz. Aber auch die Verbundenheit zwischen den Instanzen ist ein Thema. Die Teilnehmenden haben den Eindruck, dass es einen Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen den Instanzen gibt, der auch dazu führt, dass man länger warten muss.

*«Also ich hätte die Idee, ich habe sie, glaube ich, vorhin schon ein wenig angedeutet, dass man irgendwie etwas tun sollte, und ich glaube, das würde allen, auch im schnelleren Vorankommen hier in der Maßnahme zu Gute kommen. Dass man die Kommunikation zwischen Behörde und Therapeuten, behandelnden Ärzten verbessert. Ich kritisiere das am meisten. Ich finde das schlimmer als der Platzmangel und alles zusammen. » (FGI 4, Z. 593-597)*

Aber auch die Verbundenheit mit den Menschen ausserhalb der forensischen Klinik ist nicht zufriedenstellend. Einige Teilnehmende berichten keinerlei Kontakt mehr mit früheren Freundinnen, Freunden und Bekannten zu haben. In dieser Situation erleben sie den Kontakt zur Familie als besonders bedeutsam und haltgebend. Diesen und andere Kontakt aufrecht zu erhalten ist unter den gegebenen Bedingungen mühsam. Bezogen auf die Verbundenheit zu und mit anderen Menschen spielt auch die Verbundenheit untereinander in der Patientengruppe eine Rolle. Auf einigen Abteilungen scheinen Freundschaften innerhalb der Patientengruppe nicht so gerne gesehen zu sein.

*«Das ist auch so ein Punkt, oder. Man lebt mit 12 verschiedenen-, mit 13 verschiedenen Menschen in einem Haus. Dann ist klar, dass man sich mit den Monaten und Jahren kennt, dass man sich ein bisschen kennenlernt, oder. Dann kannst du nicht per se sagen, keine Freundschaft oder nichts. Wir sind ja-. Wir haben ein Herz. Wenn man so schaut. Wir sind ja Menschen. Und die-. Mal bindet sich etwas, oder? Also Kollegschaften oder so. Das kann man nicht vermeiden. » (FGI 1, Z. 214 - 219)*

Freundschaften und Vertrautheit untereinander lassen sich nicht verbieten. Sie entstehen aufgrund der räumlichen Nähe und zeitlichen Dauer des Aufenthaltes und lassen sich gar nicht vermeiden.

Diese Vertrautheit entsteht mit der Zeit auch mit den Mitarbeitenden. Das führt leicht dazu, dass man diese für «Kollegen» hält, trotzdem muss man auf der Hut sein.

*«Die Frage ist immer, irgendwann schaut man die Leute als Kollegen an. Ja, aber das geht nach hinten los. » (FGI 2, Z. 260 – 261)*

## Vertrauen

Vertrauen in die Behandlung und zu den Mitarbeitenden könnte durch mehr Transparenz von deren Seite erreicht werden, so ist die Hoffnung. Zur Transparenz gehört auch die Offenheit auf der Seite der Mitarbeitenden. Dies könnte zu mehr Vertrauen führen und dazu beitragen, dass es auch mehr positive Rückmeldungen und Lob von den Mitarbeitenden gäbe, was wiederum das Selbstvertrauen der Patient:innen stärken würde. Damit entstünde eine verbesserte Gruppenkohäsion auch mit den Mitarbeitenden auf der Abteilung. Diese müssten sich dafür den Patient:innen mehr zuwenden und mehr Zeit in das gemeinsame Tun investieren.

*«Es gibt schon Sachen, wenn man sucht. So Gruppenspiele wären noch gut. So, dass sich alle Patienten treffen, mit ein, zwei Pflegern. Ein bisschen spielen. Das Wesentliche fragen: Wie geht es? Hast du Lust das zu spielen? Können wir das machen? Dass sie mehr mit uns verbunden sind. Also, so ein bisschen nicht immer im Büro am Berichte schreiben. Ein bisschen bei uns so. Ich fände es noch gut so, Sozialkompetenzen üben. Und wie eine Therapie, wenn wir so wollen. » (FGI 1, Z. 434- 439)*

Der Wunsch nach einer Vertrauensperson ist deutlich vorhanden. Diese Vertrauensperson könnte eine Peerperson sein. Dabei ist die Vorstellung, dass diese Peerperson unabhängig wäre und keine Prognosen über Gefährlichkeit und Rückfallrisiken abgeben müsste, so dass es leichter möglich wäre offen zu sein. Allerdings müsste diese Peerperson selbst auch über eigene Erfahrung in der

forensischen Psychiatrie verfügen, damit sie auch wirklich verstehen kann, wie es den Patient:innen geht.

*«Das sind alles andere. Das ist nicht das gleiche. Ein Peer Mitarbeiter heisst für mich, der hat selber Forensik durchgemacht.» (FGI 3, Z 154- 155)*

Ein Peer Mitarbeiter mit eigenem forensischen Hintergrund verstünde vielleicht die Stigmatisierung und die mit dem Delikt verbundene Scham besser und wüsste wie sich die Langeweile und das Warten anfühlt.

### Persönliche Entwicklung und Lebensfreude

Die persönliche Entwicklung und die Lebensfreude sind verbunden mit Aktivitäten, welche die Gleichförmigkeit der Tage ausser Kraft setzen und dem Warten einen Sinn geben. Dazu gehören Bildung und Lernen.

Etliche Interviewteilnehmende berichteten, dass sie die Unmöglichkeit während des stationären Aufenthaltes in der forensischen Psychiatrie eine Ausbildung zu machen oder sich schulisch weiter zu entwickeln vermissen. Dabei geht es nicht zwingend um eine Ausbildung, sondern überhaupt um die Möglichkeit sich zu bilden oder den eigenen Lernstand zu erheben. Sich persönlich weiter entwickeln zu können würde der vermeintlichen Zeitverschwendung durch das Warten etwas entgegensetzen und auf eine Zukunftsperspektive verweisen.

Dies ist ähnlich mit den Aktivitäten, die von den Teilnehmenden mit Lebensfreude assoziiert werden. Solche Aktivitäten können sportlicher oder sozialer Natur sein, es kann sich um eindruckliche Naturerlebnisse oder um gemeinsames Kochen handeln. Entscheidend ist, dass sie mit Freude verbunden sind. So wird z.B. von gemeinsamen Aktivitäten wie einem Zirkusbesuch berichtet, die aus der Sicht der Teilnehmenden allerdings zu selten vorkommen.

*«Doch auch, aber das ist zu selten. [...] oder gehen in den Zirkus. Aber da können nicht alle mit, weil man eine gewisse Stufe braucht und so. Und das ist einfach ein bisschen mühsam.» (FGI 2, Z. 528 – 530)*

In diesem Beispiel liegt der Fokus auf der Gemeinsamkeit der Unternehmung, die ausserhalb der Abteilung stattfindet. Es gibt aber auch Beispiele für Lebensfreude durch die Verbundenheit mit der Natur.

*«Ich bin, ich habe gemerkt, dass mir das guttut. Bei mir ist alles flach, wenn ich eingesperrt bin. Wenn ich rauskomme, eine Stunde draussen bin, zum Beispiel Nordic Walking oder Spazieren im Wald, dann kriege ich mehr Volumen im Herzen und das Bewusstsein wird schärfer. Ich merke das ganz markant. Tut mir sehr gut.» (FGI 1, Z.474 - 477)*

Und dann schafft natürlich auch genussvolles Essen Lebensfreude. Insbesondere den Jugendlichen schmeckt das Essen in der Klinik nicht und sie wünschen sich, dass sie täglich selbst kochen dürfen. Denn aus ihrer Sicht hätten sie damit ein kleines Stück mehr Kontrolle über ihr Leben und ausserdem *«gutes Essen, das macht wirklich glücklich»* (FGI 5, Z. 67)

## 3.3 T<sub>0</sub>: Die Themen der Mitarbeitenden

### Was ist Recovery

Die Mitarbeitenden ringen darum die Idee hinter der Recovery-Orientierung zu fassen. Recovery scheint ihnen als Begriff schwammig und schwer greifbar zu sein. Auch wenn das CHIME Modell an sich hilfreich ist, sind die darin enthaltenen Begriffe doch nicht operationalisiert wie z.B. in einem Therapiemanual, sondern erscheinen als allgemein

menschliche Phänomene, die alle Menschen unabhängig von ihrer gesundheitlichen Situation beschäftigen.

*«Ich habe noch nie bewusst einen Pflegeprozess gehabt, wo ich bewusst eine Intervention gehabt habe, wo ich gesagt habe und da fördere ich jetzt nur die Hoffnung, oder nur den Sinn, also ich glaub das macht es so schwierig, das greifbar zu machen. Und genau das ist glaub ich die Crux, die Intervention so raus zu picken, dass es sich darauf hauptsächlich orientiert, und ich glaub das unterschätzt man ein bisschen. Das was darin ausgelöst werden kann, nicht muss aber kann, kann durchaus schon die Motivation stärken, weil ich finde es kennt jeder Hoffnung, Sinn, Verbundenheit, das stärkt jeden, ob krank oder gesund.» (FGI 3, Z. 293 – 299)*

Um Recovery besser zu erfassen, wurden von den Teilnehmenden beispielhafte Situationen angeführt an denen jeweils erläutert wurde was Recovery ist oder nicht ist. Dabei gibt es die Position derjenigen, die davon ausgehen, dass schon immer Recovery-orientiert gearbeitet wurde im Maßnahmenvollzug, dass also Recovery im Grunde ein anderer Begriff für Rehabilitation und Resozialisierung ist:

*«Weil im Prinzip ist ja eigentlich jeder Patient wo aufgrund von seinem Willen und unserer Unterstützung durch einen Maßnahmenvollzug durchläuft, und dann ein deliktfreies Leben führen kann, eine Recovery-Geschichte» (FGI 4, Z. 269-271)*

Es gibt aber auch die in etwa entgegengesetzten Position, dass die eigene Arbeit kritisch überprüft werden müsse und genau hingeschaut, an welchen Stellen man Patient:innen mehr einbeziehen könne, ihnen ermöglichen könne mehr Selbstwirksamkeit zu erleben und sie ermutigen könne für ihre Interessen einzustehen. Sehr plastisch kommt diese Position in folgendem Zitat zum Ausdruck, das sich auf die in Zusammenhang mit dem CHIME Modell verwendeten Begriffe von sozialer Verbundenheit, Hoffnung, Identität, einen Sinn im Leben finden und Empowerment bezieht. Dieser Teilnehmer erlebt bei den Patient:innen genau hier einen Mangel und will mit der Recovery-Orientierung eine Basis für die Beseitigung dieses Mangels schaffen

*«Das ist alles positiv besetzt. Mir ist dann das in den Sinn, weil im Alltag, energielos, hoffnungslos, es sind eigentlich gerade diese Sachen wo ich mehr im Alltag erlebe, welche viel eher kommen. Und dass man dort natürlich versucht irgendeine Nahrung zu geben, einen Boden zu geben, dass dieses -los wekommt, oder? Dass es in die andere Richtung geht. Und hier darf man natürlich mit allen Medien schaffen. Ob das die Seelsorge ist, ob das Alltag ist, irgendwas, eben» (FGI 6, Z. 68-73)*

Dafür kann es auch notwendig sein, positive Risiken einzugehen und dabei auch Rückschritte in Kauf zu nehmen, um überhaupt eine weitere Entwicklung der Patient:innen zu ermöglichen.

*«Weil Recovery bedeutet ja auch positiv Risiken einzugehen. Also Verantwortung und Vertrauen zu geben in die Genesung und immer wieder zu versuchen und in einem gewissen Rahmen Risiken einzugehen, um Entwicklungen möglich zu machen.» (FGI 5, Z. 223-225)*

Zwischen diesen beiden Polen sind Befürchtungen angesiedelt, die sich darauf beziehen, dass Recovery bedeuten könnte, dass die Patient:innen bestimmen was die Mitarbeitenden tun sollen, oder dass die Recovery-Orientierung zu Frustrationen führt, wenn Grenzen durch die Institution oder die Justiz gesetzt werden. Insgesamt gab es eine große Übereinstimmung darin, dass Recovery-orientiert zu arbeiten bedeutet, sich stärker auf die Ressourcen der Patient:innen zu konzentrieren. Weitgehende Übereinstimmung besteht bei den Teilnehmenden auch darin, dass der Recovery Weg für Patient:innen möglicherweise ein sehr langer Weg und möglicherweise auch nicht in hohem Tempo begehbar ist, weil sich die Patient:innen mit vielen Dingen

wie z.B. der Einnahme von Medikamenten, möglicherweise dem Verabschieden von Lebensträumen, dem Aneignen neuer Fähigkeiten auseinandersetzen müssen. Aber grundsätzlich unterstützen die Mitarbeiter sie in ihren Zielsetzungen und helfen ihnen den Weg in begehbare Teilstücke zu gliedern. Allerdings ist es sowohl für die Patient:innen als auch für die Mitarbeitenden schwer unterwegs nicht die Geduld zu verlieren.

*« (...), dass man schon versucht zu sagen, ok, das ist ihr Ziel, welche Schritte müssen wir jetzt erstmal gehen um dahin zu kommen, und dafür braucht es halt echt Geduld, weil eben es ist oft verbunden mit ich muss in der Zukunft etwas anders tun wie ich es früher getan habe, (...). Und das ist oftmals ein Prozess, der ist sehr langsam, gefühlt langsam, und faktisch auch langsam, der dauert manchmal Jahre und dabei geht sicher dem ein oder anderen auch die Motivation flöten, oder auch uns die Geduld flöten, beiden gleichermaßen» (FGI 2, Z. 346 -355)*

### Was sind die mit der Recovery-Orientierung verbundenen Herausforderungen

Die Herausforderungen, die von den Mitarbeitenden in den Fokusgruppeninterviews diskutiert wurden, sind sehr vielfältig und werden nachfolgend anhand folgender Subkategorien dargestellt: Das Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie ausbalancieren, Soziale Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Sinn finden, Partizipation und Empowerment sowie Vertrauen.

#### *Das Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie ausbalancieren*

Das Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Gesellschaft einerseits und dem Auftrag die Patient:innen zu behandeln und in ihrer Entwicklung zu unterstützen andererseits, wurde in allen Fokusgruppeninterviews als Herausforderung thematisiert. Dabei werden die gesellschaftlichen Ansprüche, die an eine erfolgreiche Rehabilitation von psychiatrisch forensischen Patient:innen gestellt werden, eher als zu hoch empfunden. Dies führt dazu, dass der Aufenthalt in der stationären Behandlung länger andauert als es auch Sicht der Mitarbeitenden notwendig wäre:

*« Ja, also sprich was sind denn die Anforderungen, wo dann an so eine Person gestellt wird, schlussendlich, das ist ja mal wichtig, oder? Was stellt die Gesellschaft, die Gesellschaft für einen Rahmen wirklich, für so einen Patienten, es ist ja doch... und die Abstriche machen wir ... oder es geht dann vielleicht ein bisschen länger? Ist es überhaupt möglich, ist es machbar, ist es haltbar, das ist ja schon auch wichtig (...), denn es ist vieles möglich; die Frage ist einfach, was für ein Anspruch wird dann an so eine Person gestellt, was muss sie erfüllen zum dem gerecht bleiben, und dann auch in der Gesellschaft reingekommen zu überleben und sich eben kann durchsetzen mit diesen Mitteln, was sie hat. » (FGI 1, Z 41 – 49)*

Dabei werden die zuständigen Behörden und auch nachfolgende Institutionen als Stellvertreter der Gesellschaft verstanden, welche eindeutig den Sicherheitsaspekt in den Vordergrund stellen. Dies wird teilweise als unbefriedigend empfunden, denn es bedeutet möglicherweise weniger zu tun als möglich wäre:

*«Es ist ja für uns auch nicht befriedigend, wenn wir sehen, wir könnten eigentlich mehr machen (...) wir sind halt einfach ein wenig eingeschränkt, es sind so Sicherheitsgründe, weil man will schützen, aber man sollte mit diesen Menschen mehr machen, oder» (FGI 1 Z. 399 - 401)*

Deswegen gilt es eine Balance zwischen diesen Ansprüchen zu finden und weder die Sicherheit noch die Entwicklung und Genesung der Patient:innen einseitig zu fokussieren, sondern sie jeweils komplementär zu verstehen.

### *Soziale Verbundenheit*

Die Soziale Verbundenheit mit anderen Menschen stellt eines der Elemente des CHIME Modells dar. Diese Elemente umzusetzen wird insgesamt als eine Herausforderung betrachtet, weil noch unklar ist wie und in welchem Ausmass dies möglich sein wird. Bezogen auf die soziale Verbundenheit werden einerseits erwartete Schwierigkeiten thematisiert wie z.B., dass ein Teil der Patient:innen, vermutlich aufgrund von Negativsymptomen, gar keinen Wunsch nach Verbundenheit und Interaktion zeigt, während andere gerne in ihr altes Umfeld, in dem das Delikt begangen wurde, zurückwollen. Beides wird als eine Herausforderung wahrgenommen, denn in dem einen Fall gilt es zu motivieren und im anderen Fall gilt es zu bremsen und die Patient:innen zu einer kritischen Auseinandersetzung mit diesem ungünstigen Umfeld anzuregen und damit möglicherweise Loyalitätskonflikte und /oder Widerstände auszulösen. Andererseits wird gerade die Motivationsarbeit als wichtig beschrieben. Es kann sehr schön sein die Freude der Patient:innen mitzuerleben, wenn es gelingt den verloren geglaubten Kontakt zu vormals wichtigen Menschen wiederherzustellen.

*«Ja. Also bei uns ist das relativ frei. Dort ist eher die Einschränkung von der Tag-, Nachtruhe oder so irgendetwas. Aber sonst, grundsätzlich, dass man einzelne Patienten, Klienten, dass man einzelne motiviert Kontakt wiederaufzunehmen, und sie dann ein Feedback erhalten, weil plötzlich ein Brief kommt, oder ein Telefon, oder oh là là, nach einem Jahr ein Besuch, welcher plötzlich vor der Türe steht, das sind doch gute Sachen, wenn es denn für beide Seiten passt. Das ist halt schon wichtig. Und dann musst du suchen, wer kommt überhaupt in Frage, oder» (FGI 6, Z. 504- 510)*

Darüber hinaus sehen die Mitarbeitenden auch die Möglichkeit die Gruppenkohäsion zwischen den Patient:innen untereinander aber auch zwischen den Patient:innen und den Mitarbeitenden z.B. durch gemeinsame Aktivitäten weiter zu verbessern. Dies würde auch dem Wunsch der Patient:innen entsprechen, wie in den Fokusgruppeninterviews mit ihnen deutlich wurde.

### *Hoffnung*

Die Hoffnung gilt als das zentrale Element der Recovery-Orientierung und wird auch von den Mitarbeitenden thematisiert. Dabei können zwei Ausrichtungen identifiziert werden. Zum einen geht es um die Hoffnung für Patient:innen und zum anderen um die Hoffnung welche die Mitarbeitenden für sich selbst mit dem Projekt RE-FOR-MA verbinden.

Für sich selbst erhoffen sich die Mitarbeitenden, dass mit der Einführung der Recovery-Orientierung die interdisziplinäre Zusammenarbeit lebendiger wird und dass sie die Früchte der eigenen Arbeit besser erkennen können.

Mit der vermehrten Gemeinsamkeit in der Zusammenarbeit mit den Patient:innen ist bei einigen Pflegefachpersonen auch die Hoffnung verbunden einen Teil der Verantwortung an die Patient:innen abgeben zu können. Dies bezieht sich insbesondere auf die Einhaltung von Stationsregeln.

*«Jetzt ist es oft in unserer Verantwortung, dass wir die Regeln einhalten oder dass sie die Regeln einhalten. Und das erhoffe ich mir eigentlich von Recovery, dass wir so weit kommen, dass wir sagen können Hey das sind unsere Regeln, die wir aufgestellt haben und wir sorgen auch dafür, dass sie durchgeführt werden» (FGI 7, Z. 158 – 161)*

Teilweise erhoffen sich die Mitarbeitenden auch, dass sie im Projekt RE-FOR-MA auf die Unterstützung der Klinikleitung zählen können, die sie bei den Veränderungen unterstützen soll. Darin wird auch eine Chance gesehen, die anders nicht zustande käme.

*«Und ich persönlich erhoff mit dem Projekt dass man sich traut, mit Klinikunterstützung und Klinikleitungsunterstützung, die eine oder andere so festgenagelte Regel tatsächlich nochmal zu überdenken, das ist so meine Hoffnung, und das hab ich ein bisschen versucht auch so in der Patientenrunde weiterzutragen, dass man da nicht zu klein denkt, eben nicht das was wir sowieso schon können, aus meiner Sicht, so intern schauen, welche Regelungen gibt es und wie kann man sie besser handhaben, für alle Beteiligten, sondern tatsächlich mal im größeren Kontext überlegt, was könnte man tun, wo könnte man sie mehr integrieren, und durch die bessere Integration der Patienten auch ein bisschen mehr Eigenverantwortung zu fördern, aber auch Motivation zu locken, und auch so Engagement ein bisschen rauszuholen» (FGI 2, Z. 52-60)*

Es wird ersichtlich, dass es bei den Mitarbeitenden einen Wunsch nach Veränderung gibt, der sich nicht nur auf die eigene Arbeitszufriedenheit bezieht, sondern auch auf die Veränderung der Situation von Patient:innen. Denn die Mitarbeitenden gehen davon aus, dass das Forensische Setting eher Hoffnungslosigkeit erzeugt.

*Sprecher 1: Das wäre ja wirklich so als würde das Leben aufhören*

*Sprecher 2: Aber das macht es bis zu einem gewissen Grad, für die Betroffenen hier. (FGI 4, Z. 278 – 280)*

Aus der Sicht der Mitarbeitenden ist die mit dem Projekt RE-FOR-MA verbundene Aussicht auf die Mitarbeit in einer von Patient:innen und Mitarbeitenden gemeinsam gestalteten Arbeitsgruppe für die Patient:innen motivierend und mit der Hoffnung verbunden etwas mitgestalten zu können:

*«Sprecher 1: Ja es ist schade, dass Corona dazwischen war, weil es ist alles schon wieder relativ weit weg. Aber ich weiss noch, das hat nicht nur Motivation, sondern auch Hoffnung gemacht den Leuten. Das war so eine Reaktion auf diese Veranstaltung auch. Hoffnung auf ein gewisses Mass an Selbstbestimmung. Da lag viel Hoffnung drin. Oh, da können wir ja mitreden, das ist ja toll.*

*Sprecher 2: Ja was manche auch, äh, ähm, ähm, wie sagt man, motiviert hat ist in die Peergroups mitzuarbeiten und das machen zu können. Das war auch so ein Motivationsschub: Ja dann geh ich doch mit in die Peergruppe so» (FGI 7, Z. 25-32)*

Andererseits wird auch diskutiert in wie weit die Mitarbeitenden für die Motivation der Patient:innen zuständig sind. Dabei geht es auch darum, ob es überhaupt möglich ist einen anderen zu motivieren sich auf seinen «Genesungsweg» zu machen und ob die Entscheidung dafür nicht viel mehr von den Betroffenen selbst gefällt werden muss:

*«Er [gemeint ist der in der Schulung als Beispiel angeführte Peer aus den Niederlanden] hat es auch durchgesetzt. Und die, die neben ihm auf dem Fahrersitz hocken und sagen das geht nicht, einfach einmal rausgescheucht und gesagt jetzt übernehme ich. Das habe ich gemeint mit 'die Grundmotivation' muss vom Patienten ausgehen. Patienten müssen wollen. Und dann können wir im interdisziplinären Team glaube ich sehr viel erreichen, auch in dem Setting wo wir jetzt schon haben ...» (FGI 3, Z. 232-235)*

### *Identität und Sinnfindung*

Unter den im CHIME Modell beschriebenen Elementen schienen die Elemente Identität und Sinnfindung für die Mitarbeitenden schwerer zu fassen zu sein als die anderen Elemente. Entsprechend wurde auch die Vorstellung dies mit den Patient:innen zu thematisieren als eine Herausforderung erlebt:

*«Es ist sehr schwierig einen Zugang zu finden um sich überhaupt sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen vielleicht: „Wer bin ich? Was ist meine Identität?“, oder? Ich habe das Gefühl mit vielen könnte ich gar nicht darüber sprechen, obwohl es ein*

*Thema für sie ist. Also ich müsste wie über Umwege etwas finden, um sie zu stärken. »*  
(FGI 6, Z. 300 – 303)

Wie das vorausgegangene Zitat zeigt, scheint es gleichwohl ein Thema für die Patient:innen zu sein. Allerdings kann das nur individuell und indirekt angesprochen werden und setzt bereits eine Entwicklung in der Therapie und eine gewisse Stabilität bei den Patient:innen voraus.

Die Frage nach der eigenen Identität als Mitarbeitende in der stationären forensischen Therapie wurde nicht explizit thematisiert. Wie eingangs dargestellt, scheint sie aber in der durch das CHIME Modell ausgelösten Reflektion des eigenen Selbstverständnisses und Rollengestaltung zum Thema zu werden.

### *Empowerment und Partizipation*

In allen Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden kommt deren Überzeugung zum Ausdruck, dass ein stärkerer Einbezug der Patient:innen zu mehr Selbstwirksamkeit führen wird und deswegen dem Empowerment dient.

So wäre es für die Patient:innen eine wichtige Erfahrung, dass sie etwas mitbestimmen können und dass sie Dinge verändern, entwickeln und anstoßen können, insbesondere, wenn diese vorher als festgefahren galten.

*«Ah, wie kann ich hier mitbestimmen? Habe ich etwas zu sagen? Und das ist in diesem Sinn ja auch eine extrem wichtige Erfahrung (...) Oder, ich meine: Ah, okay, wir können auch Sachen verändern. Wir können etwas entwickeln, wir können etwas anstoßen. Das beflügelt natürlich ungemein, motiviert, oder, wenn du merkst: Aha, okay. Es sind, ja, man kann auch, keine Ahnung, festgefahrte Sachen die kann man ändern. Die kann man weiterentwickeln. Es geht so in diese Richtung, oder? »* (FGI 6, Z. 552- 565)

Dabei bedeutet der vermehrte Einbezug von Patient:innen auch, dass sich ein grösseres Gleichgewicht zwischen den Mitarbeitenden und den Patient:innen ergibt, indem die Mitarbeitenden weniger vorgeben und die Patient:innen mehr mitbestimmen. Mit der stärkeren Beteiligung von Patient:innen ist auch die Hoffnung verbunden, dass es gelingt ihnen mehr Verantwortung zu übertragen:

*«Ich habe den Eindruck je mehr man sie beteiligt und diesen Unterschied, diese zwei Seiten auflöst ihr Mitarbeiter ihr Patienten, umso mehr könnte diese Verantwortungsübernahme vielleicht auch gelingen. Dass man nicht über sie spricht, sondern mit ihnen und so. »* (FGI 4, Z. 118-121)

Die Betonung des gemeinsamen Prozesses zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen findet sich auch anhand anderer Beispiele wieder. Aber es gibt auch kritische Stimmen, die davon ausgehen, dass man zwar Mitbestimmung von Patient:innen wolle, dies aber auch viel Zeit benötige, weil einige Patient:innen nur über kurze Aufmerksamkeitsspannen verfügten und es auch langwierig sei Prozesse in Institutionen zu verändern. Insofern stellen Partizipation und Empowerment auch Herausforderungen dar.

*«Und zum Beispiel ja, ich glaub wir würden ja gerne Patienten in manchen Bereichen auch viel mehr teilhaben lassen, aber es erfordert viel Zeit und Geduld dann auch, zum Beispiel den Prozess in der Klinik miteinander durchzugehen, sie dürfen von mir aus gerne mitreden und mitbestimmen, aber dazu brauch ich tatsächlich auch ein bisschen kognitive Fähigkeiten, die brauche ich, und ich brauche viel Zeit dafür und da ist die Konzentrationsspanne bei manchen Leuten liegt bei einer Viertelstunde... bei manchen sogar niedriger... bei wenigen ein bisschen höher. Und dann muss man sicher überlegen, wie teilt man das auf, dass man da gut und konstruktiv für alle Beteiligten dann arbeitet. Schwierig. Machbar, aber schwierig. »* (FGI 2, Z. 618 -626)

### Vertrauen

Die Mitarbeitenden wissen, dass die Patient:innen nicht alles offen ansprechen, weil sie Sorge haben, dass für sie negative Konsequenzen daraus erwachsen könnten und sie haben auch Verständnis dafür:

*«Patienten haben da auch (...) Angst gehabt überhaupt mal irgendetwas zu sagen, das möchte ich so, aus Angst, das könnte ja gegen sie verwendet werden, oder das sind auch so Sachen, wenn jetzt jemand sagt, Mensch, ich hab, ich bin, ich weiß nicht recht, ich bin ein wenig suizidal, so ja, dann täte es ja heißen, früher, da bist du ja immer hingegangen, wenn er suizidal ist, dann muss er ja eigentlich isoliert werden, wenn ich das jetzt mir so vorstelle, dann überlege ich mir ja zweimal, sag ich das jetzt. » (FGI 2, Z. 178 – 184)*

Vertrauen muss wachsen und das benötigt Zeit und geteilte Erfahrungen miteinander. Deswegen ist eine gute Beziehung zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden von Bedeutung, denn sie stellt die Basis der gesamten Behandlung dar. Andererseits sind sich die Mitarbeitenden aber darüber im Klaren, dass diese Beziehung in jedem Fall ein Machtgefälle enthält, was sich z.B. darin ausdrückt, dass die Mitarbeitenden die Schlüsselgewalt haben. Das erschwert möglicherweise den Vertrauensaufbau:

*«Das ist in der forensischen Psychiatrie schon auch eine andere Situation als in der Alltagspsychiatrie. Schon alleine dadurch, dass es eben die mit Schlüssel und die ohne Schlüssel gibt. Das ist schon ein Machtgefälle das man dadurch hat, das schwer auszugleichen ist. Oder wo man extra Anstrengungen machen muss, um dem entgegen zu wirken, das kann man nicht einfach so. Und was ich noch, was ich in dem Zusammenhang noch wichtig finde, da geht ja Hoffnung Hand in Hand mit Vertrauen, ne? » (FGI 4, Z. 122 – 127)*

### Was sind die erwarteten Hindernisse?

In allen Fokusgruppeninterviews sprachen die Mitarbeitenden über Hindernisse, die der Recovery-Orientierung im Wege stehen. Dabei geht es um das Thema Stigmatisierung, aber auch um strukturelle Hindernisse bedingt durch räumliche Gegebenheiten und Personalknappheit. Hinzu kommen personale Hindernisse wie mangelnde Therapiemotivation der Patient:innen, Barrieren in den Köpfen, Konflikte miteinander und um Reflexionsmöglichkeiten.

### Stigmatisierung

Stigmatisierung wird von den Mitarbeitenden insbesondere bei den Behörden gesehen, die durch ihre sicherheitszentrierten, strengen Vorgaben, die Entwicklung von Patient:innen beeinträchtigen und sie frustrieren.

*«Ich denke Barrieren könnten noch sein, das sind einfach nur, wir sind in der Forensik, wir sind abhängig von der Justiz, also von den Behörden. Das könnten jetzt auch Barrieren sein in der Arbeit mit den Patienten, dann halt, dass man sich vielleicht vorstellt ok, es könnte jetzt doch ein bisschen schneller vorangehen, aber es scheitert dann daran wieder, und dann müssen sozusagen beide bei Laune gehalten werden, ja, oder dass die Motivation dann nicht sinkt oder so, dass man das weiterhin beibehalten kann. » (FGI 2, Z. 636 – 641)*

Andererseits erfolgt die Stigmatisierung von Patient:innen auch durch Mitarbeitende. Z.B. wenn sie ihnen nichts zutrauen, sie für zu wenig kompetent halten und ihre Interventionen nicht entsprechend anpassen.

«Sehr viele Patienten fühlen sich eigentlich hoffnungslos und ich merke, dass sie Fragen haben und wir sollten sie begleiten auf einem Weg zur Wiedereingliederung und wieder Resozialisieren, aber wir können das nicht, wenn ich nicht weiß, ob ein Patient eine Ausgliederung wirklich machen kann. Dann wie kann ich ihm Hoffnung vermitteln? Das ist nicht möglich. » (FGI 8, Z. 190 – 194)

### *Strukturelle Hindernisse*

Zu den strukturellen Hindernissen gehören (nur in den UPKF) die baulichen Gegebenheiten, die Vermischung von Aufgaben durch vermehrte externe Kriseninterventionen und in beiden Interventionskliniken die Personalknappheit.

Die Mitarbeitenden der beiden Abteilungen in der Erwachsenenforensik der UPKF erleben die räumliche Beengtheit, ebenso wie die Patientinnen und Patienten als zusätzlichen Stressfaktor. Sie bemühen sich darum diesen Stressor kommunikativ zu minimieren, aber gelöst ist das Problem damit nicht.

Beim Eintritt eines Patienten oder einer Patientin zeigt sich durch die beengten Platzverhältnisse ein Dilemma: Die Mitarbeitenden wollen den Ankommenden das Gefühl geben willkommen zu sein und damit die Basis für den Beziehungsaufbau schaffen und gleichzeitig gibt es, bedingt durch die räumliche Situation, kaum eine Möglichkeit angemessenen persönlichen Raum zur Verfügung zu stellen.

Ein weiteres Hindernis besteht in der vermehrten Aufnahme von Menschen aus dem Strafvollzug, die zur Krisenintervention kommen. Diese verursachen viel Unruhe und benötigen sowohl Zeit als auch Aufmerksamkeit der Mitarbeitenden, so dass diese in der Betreuung und Behandlung der regulären Patient:innen fehlt. Dies zeigt sich z.B. darin, dass Bezugspersonengespräche abgesagt werden müssen oder geplante Freizeitaktivitäten nicht stattfinden können.

«Aktuell haben wir, oder hatten wir jetzt in den vergangenen Monaten, Jahren, so viel Krisenpatienten von extern wie noch nie, ich kann mich erinnern, vor zwei Jahren sind wir im Sommer 6- bis 7-mal mit den Patienten ins Schwimmbad, dieses Jahr, letztes Jahr, kein einziges Mal. Warum? Weil wir eine 2 zu 1 Betreuung für die Krisenpatienten stellen müssen, wo bleibt dann die Zeit für unsere Patienten. Wo bleibt Zeit für das Recovery? Punkt» (FGI 3, Z. 587 – 591)

Wie in den Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen deutlich wurde, werden diese Aktivitäten sehr geschätzt und sehr vermisst, wenn sie nicht stattfinden können. Denn sie unterbrechen die Monotonie des Alltags und vermitteln Lebensfreude.

Anders als die Themen räumliche Beengtheit und vermehrte externe Kriseninterventionen, die ausschliesslich in den Fokusgruppeninterviews in der UPKF angesprochen wurden, wurde die Personalknappheit in allen Fokusgruppeninterviews problematisiert.

«Wir haben zu wenig Angebote. Also das können wir gar nicht machen. Das geht nicht. Also ich habe einen Patienten jetzt, der geht mit mir also joggen eineinhalb Stunden im Vitaparcour. Also die Beziehung ist besser, die Beziehung ist viel stärker. Er redet viel mehr, offener. Er ist auch froh, dass er im Wald laufen kann. (...) Und diese Erfahrung fehlt bei vielen anderen Patienten. (...) Aber wir haben kein Personal. Also die Infrastruktur fehlt bei uns, also das zu machen» (FGI 7, Z. 303 -310)

In diesem Zitat kommt deutlich zum Ausdruck, dass das gemeinsame Tun zu einer vertrauensvolleren Beziehung zwischen den Mitarbeitenden und den Patient:innen führt, was als Voraussetzung für die Recovery – Orientierung verstanden wird. Allerdings ist dies zeitaufwändig und kann deswegen allenfalls einzelnen Patient:innen angeboten werden, da für mehr Angebote die personellen Ressourcen nicht ausreichend vorhanden sind. Der Mangel an personellen Ressourcen löst die Befürchtung aus, dass

aus dem Modellversuch RE-FOR-MA schnell ein Projekt 'pro Forma' werden könnte, weil Absprachen nicht eingehalten werden können und die Patient:innen fortlaufend frustriert werden.

### *Personale Hindernisse*

Zu den personalen Hindernissen zählen einerseits die Perspektive der Mitarbeitenden auf die Patient:innen aber auch die Barrieren in den Köpfen der Mitarbeitenden sowie Konflikte untereinander.

Aus Sicht der Mitarbeitenden besteht ein grosses Hindernis in der mangelnden Therapiemotivation der Patient:innen. So spielen z.B. Patient:innen die Probleme mit ihrem bisherigen oder auch aktuellen Erleben und Verhalten aus nachvollziehbaren Gründen herunter. Das macht es für die Mitarbeitenden schwierig einen Einstieg in die Recovery- orientierte Arbeit zu finden.

*«Ich denke, was bei uns gerade so eine Knacknuss ist, das ist, da kann man über viele Patienten sprechen, ist, eine mangelnde Einsicht vom Delikt, Krankheit, und das macht es sehr anspruchsvoll. Teilweise auch sehr schwierig.» (FGI 8, Z. 71 - 74)*

Hinzu kommt, dass viele Routinen den Alltag in der Klinik bestimmen, so dass wenig Zeit bleibt sich über solche Perspektiven und/oder Ideen auszutauschen.

*« Ich glaube so die Challenge ist, in dem Setting wo wir uns bewegen, so die innere Bereitschaft einmal über den Tellerrand zu gucken. Wir laufen ja teilweise auch so stur dadurch, wie unser Gegenüber auch, und einfach offen zu sein, neugierig zu sein, was auszuprobieren, zu experimentieren. Das geht aber nur, wenn wir auch einmal so Zeit für einen Dialog haben, für Ideensammlung. Auch so wie jetzt zum Beispiel» (FGI 8, Z. 275 – 280)*

Wie sich in diesem Zitat bereits andeutet, geht es auch um die Barrieren in den Köpfen (1) der Mitarbeitenden, die ein Hindernis darstellen können. Barrieren im Kopf sind einerseits die eigenen Wertvorstellungen und andererseits die Erfahrung mit Patient:innen, die rückfällig werden und wiederkommen. Sie werden eher erinnert als die positiven Beispiele, die es auch gibt.

*«So die eigenen Vorstellungen, Werte, Erwartungen, Horizonte, Erfahrungen mit Krankheitsbildern, Erfahrungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir haben ja oftmals leider nicht die positiven Beispiele in der Klinik, hier eben diejenigen die immer wieder kehren, diejenigen die da doch nochmal ein Delikt begehen, die lange hierbleiben, die sind bei uns präsent, die anderen nicht so sehr. Und von dem her argumentieren wir ja auch eher immer so» (FGI 2, Z. 705- 711)*

Diese eigenen Werte und Vorstellungen zu verändern ist ein Prozess der Haltungsänderung, der sehr lange dauern kann. Es bedeutet sich von einer paternalistischen Haltung abzuwenden und sich einer offenen Haltung der Unterstützung zuzuwenden. Diese fragt eher danach was Menschen benötigen, um ein Ziel zu erreichen. Nicht alle Mitarbeitenden wollen diese Veränderung und dann kann es zu Konflikten kommen. Aus diesem Grund ist es wichtig alle Mitarbeitenden von Anfang an einzubeziehen.

Die unterschiedliche Haltung kann sich auf die unterschiedlichsten Sachverhalte beziehen: Etwa wie Übergänge für Patient:innen bei einem Austritt gestaltet sein müssen und wessen Aufgabe dies ist. Es geht aber auch um den grundsätzlichen Umgang mit den Bedürfnissen der Patient:innen bis hin zur Einhaltung der vereinbarten Stationsregeln

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung «Barrieren im Kopf» ist ein In Vivo Code, der unmittelbar aus einem Interview übernommen wurde.

durch die Mitarbeitenden, die nicht immer die Grenzen an der gleichen Stelle setzen. Die Einigung über den unterschiedlichen Umgang ist ein kontinuierlicher Prozess in dem es häufig zur Einführung neuer Vereinbarungen und Regeln kommt. Für einige Mitarbeitende ist das ermüdend und so sagen sie lieber nichts mehr.

*Sprecher 1: Irgendwo muss man auch einen Mittelweg finden, und auch auf einen Nenner kommen, und letztendlich das einfachste Mittel ist einzuschließen, wegzuschließen, und so weiter, ja, so entstehen die Regeln, von der Stationsordnung und der Abteilungsordnung.*

*Sprecher 2: Wir haben aber schon aufgemacht bis zu einem gewissen Teil, oder? (...)*

*Sprecher 3: Aber du kannst nicht sicher sein, dass es einen Monat lang verhält, weil je nachdem, wenn dann jemand nicht schafft, dann ist da plötzlich wieder eine Schachtel Caotina im Kasten in der Küche, also das ist ein Kommen und Gehen mit diesen Regeln, oder? So die kleinen Geschichten.*

*Sprecher 4: Das fühlen sich die Patienten noch stärker, das ist der, der heute Dienst hat, bei dem weiß ich da bekomme ich (...) und zwei Stunden später hat der andere Dienst und dann heißt es*

*Sprecher 1: Genau das, und dann sag ich lieber nichts» (FGI 3, Z. 440 – 464)*

### Welche Recovery-orientierten Massnahmen könn(t)en eingeführt werden?

Die Mitarbeitenden waren sehr angeregt durch die Überlegungen welche Recovery-orientierten Maßnahmen sie auf den jeweiligen Abteilungen einführen könnten. So wurde z.B. betont, dass das Denken ‚out oft he box‘ angeregt werde, dass sich das professionelle Handlungsspektrum erweitere und dass sich neue Perspektiven auf die Patient:innen

eröffneten. Dies erfordere aber auch einen Lernprozess von den Mitarbeitenden, die sich mehr an die Entwicklungsschritte der Patient:innen anpassen und deren Expertise akzeptieren müssten.

Gleichzeitig waren die Mitarbeitenden aber auch darauf bedacht ihre Ideen noch nicht als Entschlüsse zu formulieren, da die Diskussion im Projektverlauf gemeinsam mit den Patient:innen geführt werden soll.

Die diskutierten Themen beziehen sich auf die Orientierung an den Ressourcen der Patient:innen, auf Partizipation, auf die Stationsregeln, den Einbezug von Peer-Mitarbeitenden, auf die Milieugestaltung und auf die Gestaltung von Übergängen bei Austritten.

### *Orientierung an den Ressourcen der Patient:innen*

Darüber, dass die Recovery-Orientierung mehr benötigt als die reine Fokussierung auf Krankheitssymptome und Delikthypothesen, bestand in allen Fokusgruppeninterviews große Übereinstimmung bei den Mitarbeitenden.

Mit Ressourcen sind die Fähigkeiten und Stärken der Patient:innen gemeint, die diese häufig selbst nicht mehr bei sich erkennen. Dabei geht es nicht darum Defizite zu ignorieren, sondern darum die Patient:innen in ihren Fähigkeiten zu bestärken.

Das ist keineswegs schon eine Selbstverständlichkeit und so merken einige Mitarbeitende auch an, dass z.B. in den Schichtübergaben eher defizitorientiert rapportiert wird.

*«Sprecher 1: Wir sind oft schon auch so defizitorientiert in unserem Rapport und so*

*Sprecher 2: Müssen wir auch wieder sein, das ist das Leistungssystem und das Diagnosesystem nachdem wir arbeiten, wir müssen diesen großen Gap hinkriegen zwischen Ressourcen orientiert arbeiten, aber defizitorientiert dokumentieren» (FGI 2, Z.417 – 420)*

Dieser Spagat verstärkt sich möglicherweise noch, wenn Patient:innen mehr einbezogen werden.

### *Partizipation*

Über die stärkere Beteiligung von Patient:innen wurde in allen Fokusgruppeninterviews gesprochen. Es soll darum gehen die Patient:innen aktiver an ihrer Behandlung zu beteiligen z.B. in Sitzungen wie Standortbestimmungen oder Behandlungskonferenzen, Schichtübergaben und Visiten. Auf einigen der Interventionsabteilungen gab es bereits entsprechende Versuche z.B. die Patient:innen von Beginn an in Standortbestimmungen einzubeziehen. Die dabei gemachten Erfahrungen zeigen, dass dies für alle Beteiligten eine Umstellung bedeutet:

*«Und ich mein per se, oder, wir haben jetzt das mit dem Standort gemacht, das ist ja für mich auch schon Recovery, wo man versucht die Patienten jetzt mehr dazu zu nehmen in die Standorte (...), was wir hier merken, was mir auffällt ist, dass man zum Teil das Feedback wo man gibt (...) wo schon sehr auf der Ebene fast schonungsvoll umgegangen ist, also vielleicht nicht ganz das gesagt wo man vielleicht denkt, oder? Das finde ich so die große Herausforderung, für uns jetzt. (...), Das finde ich so, da hab' ich glaub ich wo wir alle am meisten müssen miteinander lernen, wie, also, wenn man mit Patienten will auf Augenhöhe umgehen» (FGI 1, Z.54-65)*

Für die Mitarbeitenden scheint es dabei insbesondere darum zu gehen wie sie heikle Sachverhalte so formulieren können, dass sich die Patient:innen auch bei kritischen Anmerkungen weiter wertgeschätzt fühlen und mehr Verantwortung für sich übernehmen.

### *Die Stationsregeln*

Die Stationsregeln waren in fast allen Fokusgruppeninterviews ein Thema. Dabei wurde einerseits diskutiert wie man überhaupt mit Regeln umgehen sollte und andererseits, ob die gemeinsame Überarbeitung dieser Regeln nicht ein guter Startpunkt für eine Recovery-orientierte Massnahme wäre.

Die Diskussion zum Umgang mit Regeln bezog sich auf die Frage wie strikt oder wie flexibel Regeln gehandhabt werden müssen, um für eine klare Orientierung zu sorgen. Dabei wurde auch der Frage nachgegangen inwieweit Stationsregeln zu konzeptionellen Ausrichtungen, die eher personenzentriert sind, passen. Die unterschiedlichen Positionen wurden beleuchtet und erwogen. In einem Interview wurde folgende Möglichkeit vorgestellt:

*« (...) Und ja, es gibt ja Regeln, oder? Es ist ja einigermaßen naiv zu glauben sie kommen nicht, aber wir haben dann einfach gesagt, es gibt Regeln, die haben vorne oder hinten einen roten Punkt, und es gibt Regeln die haben vorne und hinten einen orangen oder grünen Punkt, oder? Das heißt nichts Anderes als: Grün - darüber können wir jederzeit diskutieren, Orange kann man diskutieren, müssen wir schauen wie das ist, und Rot das bleibt einfach so. Und das heißt ja auch, okay, es ist so ein bisschen ein, es gibt einen Teil, der ist diskutierbar und besprechbar (...). Und es gibt einen anderen Teil dort nicht. » (FGI 6, Z. 576- 584)*

### *Erfolgsgeschichten verbreiten und für Anregung sorgen*

Weitere Möglichkeiten für Recovery-orientierte Massnahmen sehen die Mitarbeitenden darin ehemalige Patient:innen, die inzwischen ein weitgehend selbständiges Leben führen, einzuladen. Sie gehen davon aus, dass dies eine weitaus grössere Wirkung bezogen auf die Förderung von Hoffnung hätte, als wenn sie selbst von diesen Menschen

erzählen. Damit knüpfen sie sozusagen an den Einsatz von Peer-Mitarbeitenden an, mit dem eine ähnliche Erwartung verbunden ist.

*«Ich habe neulich den Herrn (...) getroffen und der war so richtig am Aufblühen und so richtig gut und strahlend. Und dann habe ich so ein wenig mit ihm geredet und dann habe ich ihn gefragt was ist denn Ihr Geheimnis gewesen. Dann hat er so ein paar Sachen aufgezählt. Dann hab' ich gesagt Oh Mensch, würden sie das denn mal den Jugendlichen, würden Sie das denen mal erzählen? Und er hat gesagt klar, das mache ich, wenn Sie mich ein wenig unterstützen. Und das finde ich zum Beispiel auch eine tolle Sache, und das viel mehr zu machen. Denn es ist etwas ganz Anderes, ob wir Alten was sagen oder ob da einer der gerade zwei bis drei Jahre draußen ist was sagt. » (FGI 4, Z. 510 – 517)*

Auch Mitarbeitende von weiterführenden Einrichtungen könnten eingeladen werden und von ihren Angeboten erzählen, so dass die Patient:innen sich über weiterführende Einrichtungen informieren und eine Perspektive entwickeln können.

Darüber hinaus wäre es auch für die Mitarbeitenden ein Gewinn, wenn sie sich mit diesen Institutionen besser vernetzen würden. Das würde einerseits für einen besseren Informationsaustausch sorgen, gerade wenn eine Patientin oder ein Patient z.B. von der Station aus an einem geschützten Arbeitsplatz arbeitet. Andererseits würde mehr Wissen über die Angebote anderer, weiterführender Institutionen auch an Patient:innen weitergegeben werden können.

### *Milieugestaltung*

Unter dem Begriff Milieugestaltung werden nachfolgend diejenigen Ideen beschrieben, die sich auf bereits existierende Angebote oder Rahmenbedingungen beziehen. Mitarbeitende beschreiben, dass es sich lohnen könnte auch hier die eigene Praxis kritisch zu überprüfen:

*«Ich glaube, so die Aufgabe ist auch, wie herauszufinden, wo ist sie [gemeint ist Fremdbestimmung] vielleicht einfach irgendwie auch institutionell gewachsen. Und braucht es sie gar nicht? Das glaube ich auch » (FGI 6, Z. 192 -193)*

Wenn weniger Fremdbestimmung notwendig ist, können Patient:innen mehr mitgestalten. Das bedeutet auch, dass es mehr Reziprozität in der Beziehungsgestaltung geben muss:

*«Sprecher 1: Das ist ja logisch auch für uns, das gehört dazu, ist ja nicht immer nur der Patient, wir müssen ja auch vertrauen, und wenn wir es nicht hinkriegen dann machen sie es gar nicht, also (...)*

*Sprecher 2: Kommt auch darauf an, ein bisschen, ob du ein Stück gibst, von dir (...) wie man die Beziehung lebt. » (FGI 1, Z. 587 – 593)*

So gehen Mitarbeitende davon aus, dass im System der Bezugspflege noch viel Potential für Recovery – orientiertes Arbeiten steckt. Insbesondere, wenn es um individuelle Massnahmen geht, kann hier mehr getan werden, um Patient:innen auf ihrem Genesungsweg zu unterstützen. Auch bereits bestehende Gruppenangebote können in Richtung Recovery-Orientierung angepasst werden, indem auch hier den Patient:innen mehr Mitgestaltung z.B. in einer Kochgruppe oder das Leiten einer Gruppe zu einem spezifischen Thema ermöglicht und zugetraut wird. Da werden viele Möglichkeiten gesehen, allerdings müssen diese dann von den Patient:innen reflektiert und in die je eigene Situation integriert werden.

### *Die Gestaltung von Übergängen bei Austritten*

Dieses Thema hätte durchaus auch unter der Überschrift Milieugestaltung aufgeführt werden können. Da es in zwei Fokusgruppeninterviews prominent diskutiert wurde, wird es hier als eigenständiges Thema aufgeführt.

In einem Fokusgruppeninterview wurde debattiert in wessen Aufgabenbereich die Gestaltung eines Übertritts eigentlich fällt. Von einigen Mitarbeitenden wird dies offenbar als reine Aufgabe des Sozialdienstes angesehen, während sich die Sozialarbeiterin dabei auch mehr Verantwortungsübernahme von den Pflegenden wünscht. Einigkeit besteht aber darüber, dass eine solcher Übergang eine wichtige Phase darstellt von der das Gelingen oder Scheitern des weiteren Genesungsweges abhängen kann, so dass es wichtig wäre, diese Übergänge gut zu begleiten.

In einem weiteren Interview wurde die Frage nach der Gestaltung solcher Übergänge und die Vorbereitung der Patient:innen auf den Austritt aber gerade von den Pflegenden aufgeworfen. Sie thematisieren, dass dies je individuell gestaltet wird und es dazu keine Vorgabe gibt und sehen hier auch noch Potential für mehr Recovery-Orientierung auch und gerade vor dem Hintergrund der doppelten Stigmatisierung der forensischen Patient:innen.

Unabhängig davon, ob nun Recovery-Orientierung und Rehabilitation das Gleiche meinen, zeigt sich hier ein Mangel konzeptioneller Verankerung der Idee, dass Patient:innen auf den Austritt vorbereitet werden müssen und das Übergänge begleitet werden sollten.

In den Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen war dies auch ein Thema. Es beschäftigte sie die Frage wie sie in einem Lebenslauf lange Lücken durch Aufenthalte in der forensischen Klinik erklären könnten und wurde dort unter dem Thema Stigmatisierung beschrieben.

## **3.4 Die Kontrollgruppe am Standort Königsfelden**

Auf den beiden Abteilungen am Standort Königsfelden, die als Kontrollgruppe dienten, wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt keine qualitativen Daten erhoben. D.h. es wurden weder Teilnehmende Beobachtungen durchgeführt noch Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen noch mit Mitarbeitenden geführt. Wie im Abschnitt Allfällige Konzeptänderungen beschrieben, wurde dies zum zweiten Erhebungszeitpunkt verändert: es sollten nun auch Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen und Mitarbeitenden der beiden Abteilungen in Königsfelden geführt werden. Leider fand sich von den Mitarbeitenden niemand zu einem Fokusgruppeninterview bereit, so dass nachfolgend nur die Ergebnisse aus den beiden Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen dargestellt werden können.

Obwohl sie chronologisch zum Erhebungszeitpunkt  $T_1$  gehören, werden sie aufgrund der Art der Daten und der thematischen Nähe zu den Themen der Patient:innen aus der Interventionsgruppe zum Erhebungszeitpunkt  $T_0$  an dieser Stelle beschrieben.

### **3.4.1 Die Abteilung K 1**

Auf der Abteilung K 1 beteiligten sich insgesamt fünf männliche Patienten an dem Fokusgruppeninterview, das am 10.02.2022 in der Zeit zwischen 12.30 – 13.30 Uhr stattfand. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose    | Delikt | VD in FOR |
|----|------------|-------|-------------|--------|-----------|
| 1  | ♂          | 26    | F20.0       | Gewalt | 36 Monate |
| 2  | ♂          | 23    | F20.0       | Gewalt | 18 Monate |
| 3  | ♂          | 33    | F20.0       | Gewalt | 3 Monate  |
| 4  | ♂          | 21    | Ohne Angabe | Gewalt | 8 Monate  |
| 5  | ♂          | 41    | Noch offen  | Gewalt | 1 Monat   |

Tabelle 7: Überblick Teilnehmende FGI K1

Da die Patient:innen der Kontrollgruppe weder eine initiale Schulung erhalten, noch den Verlauf des Modellversuchs miterlebt hatten, wurde als erzählungsgenerierende Aufforderung folgende Formulierung genutzt: «Uns interessiert wie Sie Ihren Aufenthalt hier erleben. Wollen Sie dazu miteinander ins Gespräch kommen? »

Das Fokusgruppeninterview dauerte tatsächlich nur 38 Minuten, was auch daran lag, dass zwei Teilnehmende nur sehr gebrochen Deutsch sprachen. Dies erschwerte es den Teilnehmenden miteinander in einen Gesprächsfluss zu kommen, so dass die Redebeiträge im Wesentlichen von drei Teilnehmern stammen. Die anderen zwei Patienten signalisierten ihre Zustimmung überwiegend körpersprachlich. Ihre seltenen Redebeiträge sind zudem in der digitalen Aufzeichnung des Fokusgruppeninterviews kaum zu verstehen.

### 3.4.2 Die Abteilung K2

Auf der Abteilung K2 beteiligten sich insgesamt vier männliche Patienten an dem Fokusgruppeninterview, das am 10.02.2022 in der Zeit von 10.30 – 11.30 Uhr stattfand. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt | VD in Forensik |
|----|------------|-------|----------|--------|----------------|
| 1  | ♂          | 36    | F20.3    | Gewalt | 17 Monate      |
| 2  | ♂          | 39    | F20.9    | Gewalt | 12 Monate      |
| 3  | ♂          | 35    | F20.0    | Gewalt | 47 Monate      |
| 4  | ♂          | 30    | F 20.0   | Gewalt | 36 Monate      |

Tabelle 8: Überblick Teilnehmende FGI K2

Wie bei den Patienten der Abteilung K1 wurde aus den gleichen Gründen als erzählungsgenerierende Aufforderung folgende Formulierung genutzt: «Uns interessiert wie Sie Ihren Aufenthalt hier erleben. Wollen Sie dazu miteinander ins Gespräch kommen? »

## 3.5 T<sub>1</sub>: Die Themen der Patient:innen der Kontrollgruppe

### Fremdbestimmung

Ebenso wie bei den Patient:innen der Interventionsgruppe führte die Analyse der beiden Fokusgruppeninterviews zum Oberthema Fremdbestimmung, dem die Subthemen Zwang, Misstrauen, Warten und Langeweile, Hoffnungslosigkeit sowie mangelnde Verbundenheit zugeordnet werden konnten.

Die Teilnehmer am Fokusgruppeninterview erleben sich im Rahmen der Behandlung in einer forensischen Psychiatrie prinzipiell fremdbestimmt:

*«Also grundsätzlich empfinde ich das wie einen Staat im Staat. Also es herrscht wie eine Diktatur hier drin. Also man regt sich schnell auf hier drin: Ab dem Personal, ab*

*den Regeln, ab dem, dass es ein geschlossener Bereich ist».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 7)

Aus Sicht der Teilnehmer liegt dabei ein Fehler im System vor, das mehr auf Transparenz, Information und Beratung setzen sollte; dies würde die Patient:innen eher motivieren sich auf eine Therapie einzulassen. Eine weitere prinzipielle Kritik bezieht sich auf die Verhältnismässigkeit der Massnahme mit Bezug auf die Schwere des Delikts und die Dauer der Massnahme:

*«Ich persönlich finde, dass eigentlich die Forensik eine Zielvorgabe haben muss, je nach Delikt, wie sie mit einem Patienten arbeiten müssen, dass er vielleicht in einem Jahr oder zwei Jahren rausgehen kann. Ich meine, ich bin jetzt fünf Jahre hier. Ich sitze gleich lang wie ein Mörder. Und ich habe nur einen Satz ins Internet geschrieben und die Enter-Taste gedrückt».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 86)

### *Zwang*

Bei dem Subthema Zwang muss unterschieden werden zwischen Zwangstherapie, Zwangsmaßnahmen wie Zwangsmedikation und Isolation und informellem Zwang. Um Letzteren handelt es sich im Erleben der Teilnehmenden. Sie haben den Eindruck, dass ihr gesamter Alltag kontrolliert wird:

*«Alles wird kontrolliert. Alles ist in Begleitung. Wenn wir auf den Balkon gehen, muss jemand dabei sein, wenn wir essen, Begleitung, wenn wir rausgehen, Begleitung. [...] Ich weiß nicht, wie Sie sich fühlen würden, wenn ständig jemand hintendran ist und immer schaut, was Sie machen».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 57)

Einige haben bereits Erfahrungen mit zivilrechtlich angeordneten Unterbringungen in der Allgemeinpsychiatrie gemacht und beziehen diese in ihr Erleben ein:

*«Und ich habe in der Allgemeinpsychiatrie erlebt, wie ich eigentlich körperlich unversehrt sein wollte, aber sie mich trotzdem zwangsmediziert haben, obwohl nicht einmal eine Psychose bestand oder so. Sondern einfach, jedes Mal, wenn ich hier eingewiesen wurde, dachte ich; jetzt muss ich in den Krieg gehen, oder? Mich wehren gegen das. Medikamente, Mitspracherecht, ist nicht wirklich ausgeprägt».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 7)

Die Einnahme von Medikamenten ist für die Interviewpartner übereinstimmend auch in der forensischen Psychiatrie ein Problem. Zwar kann man mit den Behandelnden über Medikamente sprechen, aber eine echte Wahl Medikamente auch ablehnen zu können, hat man nicht:

*«Es wird schon besprochen. Aber keine Medikamente kann man nicht nehmen».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript-TR220946: 27)

Eng verbunden mit der Einnahme von Medikamenten, ist die sogenannte Krankheitseinsicht. Die Teilnehmer gehen davon aus, dass es dem eigenen Vorankommen im Sinn der Lockerung dient, wenn sie sich krankheitseinsichtig zeigen:

*«Man muss immer als Patient hier die gleiche Meinung haben wie der Therapeut, oder? Also vom Arzt. Man muss immer die gleiche Meinung haben. Sonst sind wir nicht - Sonst kommt man nicht voran und so. Und ich zum Glück habe eine gewisse Krankheitseinsicht bekommen, seit ich die Diagnose habe. Und bei mir läuft es eigentlich im Grossen und Ganzen gut».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946, Pos. 129-130)

### Misstrauen

Der informelle Zwang führt dazu, dass die Patienten den Mitarbeitenden misstrauen und nicht bereit sind den Behandelnden alles zu glauben. Dabei spielt es keine Rolle, ob es um die Wirkung und möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten oder deren dauerhafte Einnahme geht.

*«Sie haben mir gesagt, ja, wenn man einmal ein Delikt begangen hat, oder wenn man diese Erkrankung hat, dann - zum Beispiel bei mir sagen sie, meine Erkrankung bleibt das ganze Leben und ich muss das ganze Leben Medikamente nehmen. Ich vertraue ihnen nicht, ich vertraue auf mich».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 50)

Dieses Misstrauen geht soweit, dass die Teilnehmer sich eine dauerhafte unabhängige juristische Beratungsstelle wünschen, an die sie sich wenden können.

Für andere Teilnehmende steht weniger das Misstrauen in Bezug auf eine korrekte Diagnose oder die medikamentöse Behandlung im Vordergrund, sondern die Abhängigkeit von der Beurteilung durch die Mitarbeitenden.

*«Sprecher 1: Das Problem ist einfach, man muss aufpassen, was man sagt. Also, wenn man mit den Mitarbeitenden spricht und irgendetwas sagt, was ein bisschen, wie soll ich sagen, vielleicht eher weniger positiv ist, dann wird das nachher gleich aufgeschrieben. Egal, was man sagt oder so. Und wenn man mit etwas unzufrieden ist, und das nur falsch erläutert*

*Sprecher 2: Nicht mal, man kann machen, wie man will, sie schreiben ...*

*Sprecher 1: Ja, eben, sie schreiben das einfach die ganze Zeit».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946: 122-124)

Wie dieses Zitat zeigt, gibt es auch hier den Eindruck, dass man nichts Falsches sagen dürfe ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen bzw., dass man keinerlei Einfluss darauf hat was dokumentiert wird.

Die Sorge, dass Negatives aufgeschrieben wird, gilt insbesondere der Dauer des Aufenthaltes d.h., dass dieser sich noch weiter in die Länge zieht bzw. dass die nächsten Lockerungsschritte sich verzögern. Der selben Sorge ist es auch geschuldet, dass die Teilnehmer den Mitarbeitern eher nicht sagen, wenn es ihnen schlechter geht:

*«Das Problem ist, wenn es einem schlecht geht und man sagt es, das kann sein, dass du eher nicht an die Stufen kommst, weil man sieht, dieser Person geht es schlecht. Vielleicht kann sie irgendwie deswegen nicht raus».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 178-179)

### Warten und Langeweile

Das Thema Warten und Langeweile birgt mehrere Aspekte in sich: zum einen geht es um die zeitliche Ungewissheit und zum anderen um die Dauer des Aufenthalts in der Forensik aber auch um lange Wartezeiten bis zum nächsten Lockerungsschritt. Ein weiterer daraus resultierender Aspekt ist die Langeweile, die sich aus den begrenzten Möglichkeiten sich in einem geschlossenen Setting sinnvoll zu beschäftigen, ergibt.

Die zeitliche Ungewissheit ist schwer auszuhalten.

*«Ja, also ich bin ... Ich weiß nicht, hier ist es nicht gerade sehr angenehm. Man sagt, es ist keine Strafe, es ist nicht wie das Gefängnis. Aber man hat genau so viele Freiheiten wie im Gefängnis. Ja. Das Unwissen ist halt, man weiß nicht, wie lange man hier ist. Das fängt an bei der U-Haft, nachher geht es hier weiter, nachher, wenn man ins Wohnheim geht, weiß man dort auch nicht, wann es fertig ist. Das ist schwierig».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 36-39)

In diesem Zitat schwingt die Sehnsucht nach Freiheit, nach einem selbstbestimmten Leben mit und weil der Zeitpunkt dafür ungewiss ist, scheint das Warten endlos zu sein. Dazu trägt auch der festgelegte Rahmen für Lockerungsschritte bei. Zum Warten gehört auch, dass Warten auf Antworten und Entscheidungen von den Mitarbeitenden und/oder den Behörden:

*«Das muss alles abgeklärt werden. Man kann nicht einfach so. Und wenn du eine Frage hast, dann geht das eine Woche, einen Monat, weil sie das im Kernteam noch besprechen müssen. Auch wenn es nur so etwas Kleines ist. Und dann irgendwann hast du auch keine Lust mehr, denn eben» - (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946: 114)*

Dieses «Vergehen der Lust» am aktiven für sich eintreten, hat mit der langen Dauer des Aufenthalts in dem geschlossenen und sehr reglementierten Setting zu tun.

Die viele freie Zeit und der Mangel an sinnvoll erlebten Möglichkeiten sich zu beschäftigen führen zu Langeweile. Die Langeweile scheint die geforderte Auseinandersetzung mit sich selbst eher zu behindern als zu fördern, denn die Impulse dazu müssen aus den Patienten selbst kommen. Die Langeweile trägt auch zur Dynamik unter den Patient:innen bei.

*«Die Freizeit hier drin ist traurig eigentlich gesagt. Und ich glaube auch, dass durch Langeweile wir uns ab und zu gegenseitig ein bisschen provozieren und Spaß machen. Und manchmal kommt es gut raus, bleibt es beim Spaß. Aber es können auch Konflikte entstehen, oder? Weil niemand sich richtig zurückziehen kann und mit etwas intensiv befassen». (FGI T1 PAT K FP5 - Transkript - TR220946: 59)*

Wenn Konflikte entstehen und womöglich eskalieren, kann dies negative Konsequenzen nach sich ziehen, so dass sich hier eine Art Teufelskreis ergibt.

### *Hoffnungslosigkeit*

Hoffnung bedeutet zuversichtlich in die Zukunft zu blicken und darauf zu vertrauen, dass man Lebensziele wie z.B. ein selbstbestimmtes Leben erreichen und selbst dazu beitragen kann.

Die Teilnehmer berichten übereinstimmend, dass sie von den Mitarbeitenden zwar nach ihren Lebenszielen gefragt werden, ihnen aber gleichzeitig vermittelt wird, dass sie diese aufgrund ihrer psychischen Störung nicht erreichen können. Dabei kann es sich um unterschiedliche Ziele wie Berufsausübung, selbständiges Wohnen oder den Wunsch nach einer eigenen Familie handeln:

*«Man wird schon gefragt, was für Ziele wir haben und so. Aber es wird so wie - wie soll ich sagen? Sie sagen: Nein, aufgrund deiner Krankheit kannst du deine Ziele vergessen und so. Weil, Du bist krank und so. Ja. Solche Sachen, oder? Und damit hilft man eigentlich nicht an Ziele zu kommen. Verstehen Sie meine Meinung»? (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 95)*

In Verbindung mit der Information, dass *die Erkrankung bleibt das ganze Leben* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 50) kann daraus Hoffnungslosigkeit resultieren, selbst wenn es in der Therapie Fortschritte gibt:

*«Und ich zum Glück, ich habe eine gewisse Krankheitseinsicht bekommen, seit ich die Diagnose habe. Und bei mir läuft es eigentlich im Großen und Ganzen gut. Nur eben, dass sie das Gefühl geben, dass ich aufgrund von meiner Krankheit keine Zukunftsperspektiven habe. Das hilft mir nicht weiter. Ja». (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946, Pos. 130-132)*

### *Mangel an Verbundenheit*

Verbundenheit bezieht sich auf die soziale Verbundenheit mit anderen Menschen. Die Teilnehmer an den Fokusgruppeninterviews beschreiben hinsichtlich dieser Verbundenheit einen vierfachen Mangel. Dabei geht es einerseits um einen Mangel an sozialer Verbundenheit innerhalb der Gruppe der Patient:innen, der von den Teilnehmern auf die vielen verschiedenen Kulturen zurückgeführt wird.

*«Sprecher 1: Hier ist ein bisschen schwierig [unverständlich]*

*Sprecher 2: Herkunftsland.*

*Interviewerin: Herkunftsland. Wie viele Kulturen gibt es denn hier auf der Station?*

*Sprecher 3: Viele. Fast gleich viele, wie es Leute gibt».* (FGI T1 PAT K 1- Transkript - TR220946, Pos. 10-12)

Wie bereits an der Zusammensetzung der Fokusgruppe deutlich wird, sprechen die Teilnehmer unterschiedlichste Sprachen und verständigen sich in mehr oder weniger gebrochenem Deutsch miteinander, da es keine gemeinsame Sprache gibt.

Der zweite Mangel bezieht sich auf den Zugang zur Aussenwelt via Internet. Sie dürfen zwar für eine umschriebene Zeit einmal wöchentlich das Internet in Begleitung nutzen, um Kleidung und andere Dinge zu kaufen, aber gerade den jüngeren Patienten, die mit der Nutzung von social media herangewachsen sind, fehlt diese Kontaktform sehr.

*«Man hat keine Handynummer, man hat keine Telefonnummer. Und gegen außen geht sehr wenig, oder? (...) Aber so, eben zum Beispiel wir könnten auf Facebook gehen, oder Twitter».* (FGI T1 PAT K2 - Transkript - TR220946: 109)

Der dritte Mangel bezieht sich auf den fehlenden Kontakt zu den Familien. Insbesondere für Patienten, die aus weite entfernten Herkunftsländern kommen, ist es schwer den Kontakt zu ihren Herkunftsfamilien aufrecht zu erhalten.

*«Das Problem ist, wir haben zwar ein Telefon hier, wo man anrufen kann, egal wem. Aber wir dürfen irgendwie keine Mails schreiben oder was auch immer, SMS oder was auch immer».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 52)

Das Telefonieren ist möglicherweise für die Angehörigen z.B. aus afrikanischen Ländern zu teuer und umgekehrt ist es auch für Patienten teuer dort anzurufen.

*«Mit Familie in Afrika kann ich nicht. Zum Beispiel meine Eltern haben [unverständlich]. Ich habe nicht gewusst, was-, niemand hat gerufen. Letzte Woche ist meine Mutter gestorben, ich habe all mein Geld vertelefoniert. Und das kostet viel Geld».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 59-60)

Besser geht es den Teilnehmern, deren Angehörige ebenfalls in der Schweiz leben, denn sie dürfen für eine Stunde zu Besuch kommen. Allerdings dürfen die Besucher:innen nichts mitbringen. Und umgekehrt dürfen die Teilnehmer ihre Familien nicht unterstützen:

*«Das ist ein bisschen schwierig, ein bisschen Geld an seine Familie zu schicken. Man darf nicht mehr Geld schicken an seine Familie, das ist schwierig. Mehr als Gefängnis».* (FGI T1 PAT K 1 - Transkript - TR220946, Pos. 76)

Das ist schwer für die Teilnehmer gerade, wenn die Familie in Ländern lebt, in denen Krieg und Hunger herrschen.

Ein weiteres Thema bezogen auf die Verbundenheit mit anderen Menschen ist die Sexualität. Die Teilnehmer haben den Eindruck, dass Sexualität in der forensischen Klinik keinen Platz haben darf.

### Fazit zu den Fokusgruppeninterviews in der Kontrollgruppe

Aus der thematischen Analyse der beiden Fokusgruppeninterviews wird ersichtlich, dass sich die beteiligten Patienten der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt  $T_1$  in einer sehr ähnlichen Situation befinden wie die Patient:innen der Interventionsgruppe zum ersten Erhebungszeitpunkt  $T_0$  : Die jeweils aktuelle Situation wird als Fremdbestimmung erlebt und auch die Subthemen gleichen einander. Vergleicht man die Subthemen direkt miteinander, so fallen auch Unterschiede auf.

| <b>Subthemen PAT Interventionsgruppe <math>T_0</math></b> | <b>Subthemen PAT Kontrollgruppe <math>T_1</math></b> |
|---|--|
| Stigmatisierung   |  |
| Scham   |  |
| Zwang   | Zwang  |
| Mangelnde Unterstützung                                   |  |
| Misstrauen  | Misstrauen   |
| Warten und Langeweile                                     | Warten und Langeweile                                |
| Strukturelle Erschwernisse                                |  |
|   | Hoffnungslosigkeit                                   |
|   | Mangel an Verbundenheit                              |

*Tabelle 9 Vergleich der Subthemen zum Fremdbestimmung PAT Interventionsgruppe  $T_0$  und Kontrollgruppe  $T_1$*

Die Patient:innen der Interventionsgruppe thematisierten am ersten Erhebungszeitpunkt  $T_0$  Stigmatisierung, Scham und den Mangel an Unterstützung durch die Mitarbeitenden, während die Patienten der Kontrollgruppe dies zum Zeitpunkt  $T_1$  nicht taten. Sie thematisierten hingegen die Hoffnungslosigkeit und den Mangel an Verbundenheit, der wiederum für die Patient:innen der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt  $T_0$  kein Thema war. Mit Ausnahme des Subthemas 'Mangel an Verbundenheit', haben diese Unterschiede vermutlich mit der gemeinsamen Recovery-Schulung von Patient:innen und Mitarbeitenden der Interventionsgruppe zu tun. Dort war (vgl. Anlage 1) unter anderem erläutert worden was Stigmatisierung bedeutet und dass die Hoffnung ein zentrales Element von Recovery ist. Am Beispiel eines niederländischen Peermitarbeiters mit forensischem Hintergrund wurde Hoffnung in der Schulung praktisch erlebbar (vgl. Kap 3.2) aber auch ersichtlich welche Bedeutung der Unterstützung durch Mitarbeitende dabei zukommt. Insofern ist die gemeinsame Recovery-Schulung in der Interventionsgruppe bereits als eine erste Intervention zu verstehen, welche die Patienten der Kontrollgruppe nicht erhalten hatten. Möglicherweise fehlte ihnen deshalb eine, wenn auch nur vorgestellte, Alternative zum Status quo.

Der Mangel an Verbundenheit, den die Patienten der Kontrollgruppe beschrieben, insbesondere der Mangel an Verbundenheit mit Mitpatient:innen hat womöglich mit der multikulturellen Zusammensetzung der Patient:innen zu tun. Insbesondere auf der Abteilung K1 war beschrieben worden, dass es dort zum Zeitpunkt des Fokusgruppeninterviews annähernd so viele Herkunftsländer wie Patient:innen auf der Abteilung gab, was eine sprachliche Verständigung miteinander nicht einfacher macht. Wie im Abschnitt 3.6. beschrieben, stellte dies auch im Fokusgruppeninterview mit den Patienten der Abteilung K1 eine Herausforderung dar. Allerdings brachte genau diese Herausforderung ein Subthema hervor, das andernfalls nicht aufgetaucht wäre. Wie sich zeigte ist es gerade für Patient:innen, die aus weit entfernten Herkunftsländern kommen nicht einfach die Verbindung zu ihren Herkunftsfamilien aufrecht zu erhalten, wenn digitale Medien wie SMS, Emails usw. nur in sehr begrenztem Umfang oder gar nicht genutzt werden dürfen. Dies macht den Wunsch nach Nutzung des Internets oder anderer sozialer Medien noch nachvollziehbarer, als er ohnehin in der heutigen Zeit ist.

Im praktischen Alltag auf einer forensisch-psychiatrischen Abteilung ist die Kommunikation und Verständigung miteinander von grosser praktischer Relevanz für alle Aspekte der Behandlung.

### 3.6 Die abteilungsspezifischen Ergebnisse (T<sub>1</sub>) der Interventionsgruppe

Nachfolgend werden die Ergebnisse abteilungsspezifisch vorgestellt.

Da der Schwerpunkt der Erhebung auf den qualitativen Daten liegt, wird mit deren Beschreibung begonnen. Dabei werden die Daten der Prozessevaluation, also die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Arbeitsgruppensitzungen, nur auszugsweise beschrieben. Vollumfänglich sind sie in den Anlagen 2-6 zu finden. Daran schliessen sich die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen und Mitarbeitenden an.

Im Anschluss erfolgt die Vorstellung der abteilungsspezifischen Ergebnisse aus der quantitativen Erhebung. Im Fokus der Darstellung der quantitativen Daten stehen die Scores und Subscores des RSA-R und des EssenCES. Dabei werden die Werte der Patient:innen und die der Mitarbeitenden zu den Zeitpunkten T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub> verglichen. Da das *n* der abteilungsspezifischen Vergleiche zu gering ist, um sinnvoll Verfahren der schliessenden Statistik einsetzen zu können, werden diese Daten hier deskriptiv wiedergegeben. Dabei beziehen sich die abteilungsspezifischen Vergleiche auf unabhängige Stichproben.

Die Daten derjenigen Patient:innen und Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten, wurden dabei zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> von den Analysen ausgeschlossen, und wurden so nur zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> berücksichtigt. Dieses Vorgehen wurde gewählt weil partielle Verbesserungen und Veränderungen, die auf eine intrapersonellen Entwicklung bei Patient:innen und Mitarbeitenden zurückzuführen sind, bereits nachgewiesen wurden.

Zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> nahmen 18 Patient:innen aus dem Zentrum für stationäre forensische Therapie der Psychiatrischen Universitätskliniken Zürich am Standort Rheinau und 17 Patient:innen aus der Universitären Psychiatrischen Klinik für Forensik in Basel teil. Zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> waren es 17 Patient:innen aus der Klinik am Standort Rheinau und 23 Patient:innen aus der Klinik am Standort Basel. Von den Mitarbeitenden nahmen zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> 24 aus der Klinik am Standort Rheinau und 45 aus der Klinik am Standort Basel, und zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> 15 Mitarbeitende aus der Klinik am Standort Rheinau und 18 Mitarbeitende aus der Klinik am Standort Basel teil. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

|                       | t <sub>0</sub> | t <sub>1</sub> |
|-----------------------|----------------|----------------|
| Patient:innen Basel   | 17             | 23             |
| Mitarbeitende Basel   | 45             | 18             |
| Patient:innen Rheinau | 18             | 17             |
| Mitarbeitende Rheinau | 24             | 15             |

Tabelle 10: Überblick Teilnehmende PAT & MA Interventionsgruppe quantitativ

#### 3.6.1. Rheinau Abteilung 1 (RA 1)

##### 3.6.1.1 Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA1 an insgesamt 14 Tagen jeweils am Beginn eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von

durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. In den Monaten Dezember 2020 und Mai 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden.

### Das Milieu

Unter den Begriff 'Milieu' wird nachfolgend das Zusammenspiel räumlicher und zeitlicher Strukturen sowie das soziale Miteinander der beteiligten Personen subsumiert.

Die Abteilung wird geschlossen in einem wiederum geschlossenen Gebäude geführt. Sie macht einen sehr aufgeräumten und wohnlichen Eindruck, ist ansprechend möbliert und teilweise kindlich dekoriert (TNB-P 06). Auf der Abteilung werden 12 Patient:innen behandelt, die in Einzelzimmern untergebracht sind. Diese werden von den Patient:innen auch als Rückzugsmöglichkeit genutzt (TNB-P 06). Eine weitere Rückzugsmöglichkeit stellt eine Ecke im hinteren Teil der Abteilung dar. Sie ist möbliert und mit Pflanzen als Sichtschutz gegenüber dem Abteilungsflur abgegrenzt (TNB-P 09). Darüber hinaus verfügt die Abteilung über einen Aufenthaltsraum, einen Billardraum und einen Raucherraum für die Patient:innen, sowie über eine Terrasse. Diese darf von den Patient:innen nur in Begleitung von Mitarbeitenden genutzt werden (TNB-P 09). Bei schönem Wetter halten sich sowohl die Mitarbeitenden als auch die Patient:innen gerne auf der Terrasse auf, wo sie eher informell und zwanglos miteinander über Alltagsthemen kommunizieren (TNB-P 06,07,12), auch miteinander scherzen, was aber leicht in Zurechtweisungen von Patient:innen münden kann (TNB-P 1.1). Insofern kann die Terrasse auch als Ort für informelle Begegnungen begriffen werden.

Im Flur steht ein TV-Gerät, welches auch zum Abspielen von Musik genutzt wird d.h. bei schwarzem Bildschirm läuft Musik (TNB-P 01, 07, 11) und die Patient:innen sitzen teilweise vor diesem schwarzen Bildschirm oder gehen ziellos die Gänge auf und ab (TNB-P 05). Die Atmosphäre und das Klima auf der Abteilung sind sehr ruhig, eher schläfrig, die Patient:innen wirken teilweise lethargisch und unterhalten sich auch nicht miteinander (TNB-P 01,02, 04, 08, 09, 10, 11, 12), so dass sich der Eindruck von Langeweile ergibt. Zwei Patientinnen bereiten sich nachmittags häufig gemeinsam eine Zwischenmahlzeit zu, einfach um beschäftigt zu sein wie sie dem Beobachter mitteilen (TNB-P 05).

Die Tür zum Abteilungsbüro bleibt gelegentlich zu (TNB-P 04) und Mitarbeitende sind überwiegend bei Routineaufgaben zu sehen (TNB-P 04). Es fällt auf, dass Mitarbeitende, die Freude an ihrer Arbeit haben, sich mehr mit Patient:innen unterhalten oder Pingpong spielen (TNB-P 07) und fixe Veranstaltungen im Tagesablauf wie die Aktivierungsrunde kreativ gestalten und dabei auch die Ideen von Patient:innen (TNB-P 06) einbeziehen, weil dann alles lebendiger wirkt.

Einige Patient:innen suchen die Nähe zu den Mitarbeitenden, was z.B. bei gemeinsamen Spaziergängen auffällt (TNB-P 07). Leider fallen diese Spaziergänge öfter aus, was viele Patient:innen sehr bedauern (TNB-P 011) und dies – so die Patient:innen – nicht nur aufgrund von Personalknappheit, sondern auch aufgrund von mangelnder Motivation einzelner Mitarbeitender. So teilen sie dem Beobachter z.B. mit, dass bei einigen Mitarbeitenden Spaziergänge immer möglich seien, bei anderen hingegen nie (TNB-P 04).

### Die Recovery - Orientierung und ihre Grenzen

Der Code «Recovery-Orientierung» bzw. «Grenzen der Recovery-Orientierung» wurde in den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung auf alle beobachteten Situationen oder Mitteilungen von Patient:innen und Mitarbeitenden angewendet, die entweder in direktem Bezug zu dem Modellversuch stehen oder sich auf eines der Prinzipien des CHIME-Modells beziehen. Zu diesen gehören: Die Verbundenheit mit anderen Menschen, die Vermittlung von Hoffnung, die Arbeit an der eigenen Identität in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung und/oder dem Delikt, das Finden von Sinn und Bedeutung im eigenen Leben und die (Selbst-)Ermächtigung.

Diese Prinzipien wurden, in Vorbereitung auf den Modellversuch, von den Mitarbeitenden der Abteilung aufgegriffen und vor Beginn der ersten Arbeitsgruppensitzung (vgl. Prozessevaluation Analyse Arbeitsgruppen RA 1) erneut mit den Patient:innen durchgegangen und besprochen (TNB- P1.1). Die Patient:innen melden dem Beobachter in informellen Gesprächen während der Beobachtungssituationen immer wieder zurück, dass sich der Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient:innen deutlich verbessert habe und die Mitarbeitenden sehr viel verlässlicher geworden seien was z.B. Absprachen miteinander betrifft (TNB-P 03, 04, 08). Die gemeinsame Arbeit in den Arbeitsgruppensitzungen wird sehr positiv empfunden (TNB-P 04) und den Patient:innen sind Möglichkeiten bewusst geworden, die ihnen – mit Bezug zu gemeinsamen Aktivitäten – vorher nicht klar gewesen sind (TNB-P 08).

Auch auf individueller Ebene der einzelnen Patient:innen zeigen sich Veränderungen: So kann ein Patient, der bald entlassen wird, die medikamentöse Behandlung inzwischen als Teil seines Genesungsweges sehen. Er teilt seinen Mitpatient:innen mit, dass er die Medikamente in jedem Fall weiter einnehmen werde, weil sie dazu beitragen, dass er auch wieder arbeitsfähig sei und so seiner Zukunft wieder hoffnungsvoll entgegen sehen kann (TNB-P 07). Ein anderer Patient, der zuvor sehr unter der Fremdbestimmung gelitten hatte, kann inzwischen auch gelegentlich die Perspektive der Mitarbeitenden einnehmen und sich auf Kompromisse, die seiner Weiterentwicklung dienen, einlassen. Insbesondere ein weiterer Patient arbeitet, aus Sicht der Mitarbeitenden, mit so grossem Engagement im Modellversuch mit, dass sie Sorge haben, dass andere Patient:innen deswegen weniger zum Zuge kämen (TNB-P 06).

Wenn Patient:innen aufgrund von Verlegung oder Entlassung nicht mehr mitarbeiten können, überlassen es die Mitarbeitenden den anderen Patient:innen für eine Mitarbeit bei Mitpatient:innen zu werben und Nachfolgende zu suchen (TNB-P 08). Dies kann einerseits dem Respekt der Mitarbeitenden für die Autonomie der Patient:innen bezogen auf die Recovery – Orientierung zugeschrieben werden (TNB-P 08), es kann aber auch damit zu tun haben, dass nicht alle Mitarbeitenden die Motivation der Patient:innen, sich zu beteiligen und sich auch auf den je eigenen Recovery-Weg zu machen, als ihre Aufgabe verstehen (TNB-P 04). Auch die Transparenz gegenüber den Patient:innen, z.B. bezogen auf die Dienstplanung der Mitarbeitenden, ist für Mitarbeitende ungewohnt und teilweise auch ungewollt (TNB-P 05). Sie ist aber eine Voraussetzung dafür, dass die Patient:innen die selbständige Planung von gemeinsamen Aktivitäten vornehmen können. Hier deuten sich die Grenzen der Recovery-Orientierung bei den Mitarbeitenden bereits an. Sie selbst sehen diese Grenzen aber eher extern durch die Behörden und die Justiz gesetzt (TNB-P 1.1) und erleben dies teilweise auch als eine Begrenzung ihrer Möglichkeiten.

### *3.6.1.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden jeweils einer Abteilung zusammen. Jede Arbeitsgruppe hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe, die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Auf der Abteilung RA 1 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 15 Sitzungen stattgefunden, weil eine Sitzung, die Corona-bedingt ausgefallen war, aufgrund von Termenschwierigkeiten nicht nachgeholt werden konnte. An der Arbeitsgruppe nahmen im Wesentlichen kontinuierlich drei Patient:innen und eine Mitarbeitende teil.

Aus der Analyse der Protokolle ergaben sich vier Themen: Die organisatorische Herausforderung der Planung der Arbeitsgruppe, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen.

Aus der thematischen Analyse der Arbeitsgruppensitzungen wurde ersichtlich, dass dieser Prozess Einiges in Bewegung gebracht hat auf der Abteilung RA 1. Durch die ganze Anlage des Modellversuchs wurden Patient:innen und Mitarbeitende miteinander ins Gespräch gebracht und durch die wissenschaftliche Begleitung des Prozesses gab es ein Regulativ von aussen, das für die Einhaltung der Rahmenbedingungen gesorgt hat (z.B. konnten Arbeitsgruppensitzung nicht einfach abgesagt werden im Fall von Personalengpässen und dergleichen). Im Verlauf dieses Prozesses scheinen die Patient:innen und die Mitarbeitenden einander näher gekommen zu sein, worauf die Verbesserung des kommunikativen Klimas auf der Abteilung hindeutet. Obgleich die Massnahme Beschwerde/Kummerkasten ins Leere gelaufen ist und die Massnahme gemeinsame Aktivitäten zunächst den Anschein erweckt als ginge es «nur um mehr Lebensfreude», hat vermutlich die erfolgreich Planung und Umsetzung dieser Massnahme zur Ermächtigung der Patient:innen und zur Verbesserung der Gruppenkohäsion beigetragen. Darauf deutet der Wunsch nach einer von Mitarbeitenden angeleiteten deliktbezogenen Gesprächsgruppe hin, der ein starkes Signal darstellt.

Damit hätte auch eine zunächst einfach erscheinende Massnahme wie die Planung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten die Recovery-Orientierung vorwärtsgebracht: denn Recovery in der Forensik bedeutet nicht nur sich mit seiner Erkrankung auseinander zu setzen, sondern auch mit den begangenen Delikten.

### 3.6.1.3 Die Fokusgruppeninterviews

#### Die Patient:innen

Das zweite Fokusgruppeninterview (T<sub>1</sub>) mit Patient:innen der Abteilung RA 1 fand am 24.01.2022 in der Zeit von 10.30-11.07 Uhr in einem Raum auf der Abteilung statt. Dieses Fokusgruppeninterview war mit einer Dauer von 37 Minuten vergleichsweise kurz. Dies lag daran, dass sich nur zwei Patient:innen an dem Fokusgruppeninterview beteiligten. Dabei handelte es sich um einen Patienten, der sich seit 18 Monaten in der stationären forensischen Behandlung befindet. Er hat die Diagnose F 20.0 und ist wegen eines Gewaltdelikt untergebracht. Die Patientin ist seit 15 Monaten in der stationären Behandlung. Sie hat ebenfalls die Diagnose F 20.0 und ist auch wegen eines Gewaltdelikt untergebracht.

Aufgrund der geringen Anzahl an Teilnehmenden kann kaum von einem Fokusgruppeninterview gesprochen werden, zumal beide Teilnehmenden eher leise und zurückhaltend waren mit ihren Äusserungen und einen eher introvertierten Eindruck machten. Dass sich nur so wenige Interessenten für die Teilnahme meldeten hat wiederum damit zu tun, dass die Abteilung gerade einen grösseren Wechsel in der Gruppe der Patient:innen vollzogen hatte, so dass lediglich diese Beiden am Modellversuch beteiligt waren bzw. ihn zumindest miterlebt hatten.

Das Interview begann mit der Frage, wie die beiden Teilnehmenden das Projekt und dessen Verlauf erlebt haben. Im Verlauf des Interviews kam das Gespräch mehrfach ins Stocken und musste von der Interviewerin immer wieder neu angestossen werden, indem das vorher Gesagte zusammengefasst oder eine weitere Frage nach dem konkreten Erleben einer der umgesetzten Massnahmen gestellt wurde. Insofern unterschied sich dieses Interview deutlich von den anderen Fokusgruppeninterviews.

#### Rückblick

Im Rückblick fanden die beiden interviewten Personen, dass das Projekt gut war so wie es durchgeführt wurde.

Dies bestätigt sich durch die Überzeugung, dass das Projekt ohne externe Begleitung durch den wissenschaftlichen Mitarbeiter nicht so verlaufen wäre:

*Interviewerin: Denken Sie, Sie hätten das selbe auch erreicht, wenn Herr (...) [der wiss. Mitarbeiter] da jetzt nicht dabei gewesen wäre?*

*Sprecher 2: Nein.*

*Interviewerin: Glauben Sie nicht?*

*Sprecher 2: Nein.*

*Interviewerin: Wie sehen Sie das?*

*Sprecher 1: Ja bei mir ist es ein bisschen schon auch zum Sagen. Also ich weiss nicht, ob es mir in den Sinn gekommen wäre, so etwas anzusprechen. Oder etwas solches in Gang zu setzen. (...) Ja, ist so denke ich auch, ja: Ich bin eher halt ein verschlossener Typ. Und ich weiss nicht, ob es wirklich-, ob mir das überhaupt in den Sinn gekommen wäre. Ja. (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 119-126)*

In dieser Gesprächssequenz zeigt sich sehr deutlich, dass die Interviewten sich ohne externe Begleitung nicht zugetraut hätten den Einbezug ihrer Vorstellungen und Meinungen von den Mitarbeitenden einzufordern. So sagt Sprecher 2 im Tonfall zweimal sehr energisch «Nein», äussert den Grund dafür aber nicht. Sprecher 1 stimmt diesem «Nein» in etwas relativierter Form zu, führt dies aber gleichzeitig auf die persönliche Eigenschaft, ein «verschlossener Typ» zu sein, zurück. Dies könnte einerseits als Selbststigmatisierung gedeutet werden, andererseits aber auch als eine Exkulpation der Mitarbeitenden und dadurch eine mögliche Konfliktvermeidung. Für letztere Deutungsmöglichkeit spricht das starke «Nein» von Sprecher 2 ohne die weitere Nennung einer Begründung.

Trotzdem gehen die interviewten Personen davon aus, dass sich mit dem Modellversuch etwas verändert hat:

*« Ich denke schon, dass es ein bisschen mehr hereingekommen ist. Also wirklich auch besser auch umgehen. Aber halt-, so etwas braucht, glaube ich, halt auch noch Zeit. » (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 133)*

Dass weitere Veränderungen noch mehr Zeit benötigen, deutet darauf hin, dass diese Interviewpartnerin sich mehr als nur ein «bisschen» Partizipation wünscht.

### **Eingeführte Massnahmen**

Auf der Abteilung RA 1 waren als Recovery-orientierte Massnahmen zum einen die selbständige Planung und Gestaltung von Freizeitaktivitäten und zum anderen der Kummer- bzw. Vorschlagskasten eingeführt worden. Die Interviewpartner:innen sprachen über beide Massnahmen. Die selbständige Planung von Freizeitaktivitäten war sehr positiv erlebt worden wohingegen der Kummer- bzw. Vorschlagskasten praktisch nicht genutzt wurde.

*«Ich finde das hat es gut-, gegeben, dass wir Vorschläge machen konnten, was für Aktivitäten in der Gruppe, oder halt-, wenn mal halt nur die, welche möglich sind-, mit der richtigen Stufe mitzumachen. War eigentlich ganz toll, dass wir so Vorschläge machen konnten. Ja. Beim Kummerkasten hat es nicht so viele Dings gegeben-, wie heisst es-, Blätter. Oder Beschwerden, auch. Aber sonst-, das mit der Aktivitäten Planen habe ich sehr gut gefunden». (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 3)*

Dass der Kummer- bzw. Vorschlagskasten so wenig genutzt wurde, lag nach Ansicht der Teilnehmenden einerseits daran, dass es nur wenige Beschwerden gab:

*«Aber es sind einfach wirklich wenige Beschwerden geschrieben worden. Es sind schon vielleicht um die drei, vier gewesen. Aber ich habe jetzt nicht mehr im Kopf, was es genau war. » (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 27)*

Dies wurde auch im Rahmen einer der Arbeitsgruppensitzungen so bestätigt (vgl AG-Protokoll 9). Einen anderen Grund sah die am Interview teilnehmende Patientin aber auch in der Weiterverarbeitung der in den Kummer- bzw. Vorschlagskasten

eingeworfenen «Beschwerden». Diese wurden im Rahmen einer Abteilungsversammlung, an der alle Patient:innen der Abteilung und die anwesenden Mitarbeitenden teilnehmen, besprochen. Dieser Rahmen erschien ihr zu gross, um sich dort einzubringen.

### Negative Erfahrungen

Beide Interviewteilnehmer:innen berichten auch von negativen Erfahrungen. Diese beziehen sich insbesondere auf die Teilnahme an Therapien und/oder Abteilungsversammlungen. Wenn jemand eine Therapie – wie z.B. die Arbeitstherapie – nicht bis zum Ende durchhält, weil er sich zu krank fühlt, darf er für den Rest des Tages auch nicht mehr zu begleiteten Spaziergängen mitkommen. Anscheinend gilt hier die Haltung: Wer zu krank ist um sich an der Therapie oder an der Abteilungsversammlung zu beteiligen, ist auch zu krank um spazieren zu gehen.

*«Zum Beispiel, wenn man zur Arbeitstherapie geht, und man fühlt sich nicht wohl bei der Arbeitstherapie. Und zum Beispiel der Arbeitsleiter dort muss hier telefonieren, dass jemand kommt-, diesen Patienten abholen, dann wird man bestraft. Weil das ist ein Moment, wo man sich nicht gut fühlt. Dann wird man bestraft durch den ganzen Tag. Dann darf man den ganzen Tag nicht rausgehen. (...) Sie denken, dass nachher-, dass die ganze-, den ganzen Tag so permanent ist, dass man da nicht später einmal ein bisschen rausgehen kann. Und das finde ich fies. So etwas zu machen. Im Laufe des Tages kann sich alles ändern (...) Und das finde ich einfach fies. Jemanden zu bestrafen in dieser Manier. Wenn ich könnte, dann würde ich etwas in der Zeit mitmachen.» (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 53-55)*

Wie aus diesem Zitat deutlich wird, wird nicht nur die Konsequenz der nicht vollständigen Teilnahme an einer Therapie als Strafe empfunden, sondern das eigentlich «Fiese» scheint die darin enthaltene Unterstellung zu sein, dass die Patient:innen nicht wirklich zu krank sind oder sich zu schlecht fühlen, um über die gesamte Zeitdauer an der Therapie teilzunehmen. Es gibt also so etwas wie ein darin verborgenes Misstrauen den Patient:innen gegenüber. Diese Interviewpartnerin sagt ausdrücklich, dass sie über die gesamte Zeitdauer einer Therapieeinheit mitmachen würde, wenn sie sich dazu in der Lage fühlte. Entsprechend hat sie den Eindruck nicht ernst genommen zu werden:

*«Man wird nicht ernst genommen. Und bestraft noch dazu, ja. Für den ganzen Tag.» (FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 61)*

### Ausblick

Unter der Bezeichnung «Ausblick» wird hier der Frage nachgegangen, wie sich die Patient:innen die weitere Entwicklung in Bezug auf die Recovery-Orientierung nach dem Abschluss des Modellversuchs vorstellen.

Eine der hier interviewten Personen möchten die Arbeitsgruppe ohne externe Begleitung nicht fortsetzen:

*« Interviewerin: Sie könnten jetzt sagen: Wir machen die Arbeitsgruppe trotzdem. Wir setzen uns trotzdem zusammen mit den Mitarbeitern. Wir wollen das weitermachen.*

*Sprecher 2: Mit dem Pflegepersonal? Eher nicht, nein.*

*Interviewerin: Eher nicht?*

*Sprecher 2: Nein. Wie ich schon gesagt habe, die Meisten nehmen einen nicht ernst. Und das ist nicht so schön für mich.»*

*(FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 86-89)*

D.h. sie will sich verständlicherweise dem Gefühl nicht ernstgenommen zu werden, nicht aussetzen. Die andere interviewte Person hingegen würde die gemeinsam begonnene Arbeit gerne fortführen.

*«Also ich fand es einfach cool, dass halt mehr reingekommen ist. Dass man mehr unternehmen konnte. Also ich würde eigentlich schon sagen, dass es sicher gut wäre, wenn es fortgesetzt wird. Noch ein bisschen mehr aus einer anderen Sicht-, also mit den anderen Patienten. Und ja-zusammen etwas vorschlagen. »*  
(FGI2 PAT RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 93)

Sie schlägt deswegen vor als externe Begleitung, deren Notwendigkeit auch sie sieht, die Seelsorgerin der Klinik zu nutzen. Diese scheint sich ohnehin öfter auf der Abteilung aufzuhalten, so dass sie für die Patient:innen präsent ist. Im weiteren Verlauf des Interviews beim Nachdenken über die Fortführung der Arbeitsgruppe fallen den Interviewten dann auch noch weitere Personen – auch Pflegefachpersonen - ein, von denen sie sich ernst genommen fühlen und mit denen sie sich eine Weiterführung vorstellen können.

### Die Mitarbeitenden

Das zweite Fokusgruppeninterview mit Mitarbeitenden der Abteilung RA 1 fand am 24.01.2022 statt und dauert 60 Minuten. Es nahmen vier Mitarbeitende aus dem Pflegedienst (2 ♂ & 2 ♀) teil. Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum, miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Ihr an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denkt, was geht Euch dann durch den Kopf? » Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

### Rückblick

Das Thema «Rückblick» ergibt sich aus der erzählungsgenerierenden Aufforderung des Fokusgruppeninterviews, das die Teilnehmenden stimulierte, auf das Projekt zurückzuschauen. Dabei erinnern sie sich zunächst an den Beginn des Projekts:

*«Ich weiß als das angefangen hat, dass das auch auf Abteilung doch ein bisschen eine positive Unruhe gab. Dass plötzlich Patienten uns angesprochen haben, ob wir auch da dabei sind, was da für Veränderungen kommen, und dass man endlich etwas mache. »*  
(FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 3)

Wie dieses Zitat zeigt, ist der Beginn des Projekts mit einer freudigen Erwartung der Patient:innen verbunden, was die Mitarbeitenden positiv erleben, denn es scheint zu mehr Bewegung auf der sonst eher ruhigen bis schläfrigen Abteilung (vgl. Analyse TNB, Thema Milieu) zu führen. Aus der Perspektive der Mitarbeitenden wirken die Patient:innen aktiver auch im Kontakt mit den Mitpatient:innen.

*«Dann gab es Situationen- Wir haben am Freitag Abteilungsversammlung. Und dann haben Leute Sachen angesprochen, die dann plötzlich von andere Mitpatienten korrigiert wurden, die sagten; du, das gehört nicht hierhin, das besprechen wir dann in der Reforma [Name des Modellversuchs]. Also schon eine Wichtigkeit. Es ist angekommen»* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 3)

Deswegen haben die Mitarbeitenden durchaus den Eindruck, dass das Projekt auch für sie lohnenswert war. Aus ihrer Sicht wurde es damit möglich, den Patient:innen mehr Verantwortung zu übergeben.

*«Ja. Aber ich glaube wir konnten alle davon profitieren. Und ein bisschen mehr Verantwortung übergeben auch. Selbstverantwortung ein bisschen mehr tragen, dass*

*die Patienten; aha, eigentlich bin ich dafür verantwortlich. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 9)*

Aus Sicht der Mitarbeitenden waren die Patient:innen deutlich motiviert und haben öfter Ideen eingebracht und Dinge angesprochen. Allerdings galt dies nicht für alle Patient:innen gleichermaßen. Es waren insbesondere zwei bis drei Patient:innen, die sich sehr engagiert haben und auch in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet haben. Nachdem diese Patient:innen entlassen oder weiter verlegt worden waren, ist das Engagement deutlich zurück gegangen.

*«Anfangs hat das super funktioniert. Und es war viel engagierter. Und dann sind diese Patienten gegangen, die viel Energie in dieses Projekt hineingebracht haben. Und dann ist jetzt irgendwie Passivität. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 9)*

In der Selbstreflektion der Mitarbeitenden hat das auch mit ihrem eigenen Verhalten zu tun. So haben sie selbst auch nachgelassen in der Verbindlichkeit der Umsetzung des Modellversuchs und sind selbst auch in eine gewisse Passivität gefallen.

*«Ich habe halt auch das Gefühl, dass von der pflegerischen Seite das Ganze vielleicht auch nicht mehr so aktuell war. Also gerade mit dieser Beschwerden-Box. Dass man da nicht den Raum gegeben hat. (...) Hey, in dieser Abteilungsversammlung habt ihr dann nochmal Zeit, gell, um das Ganze aufzugreifen von dieser Beschwerdebox zum Beispiel. Das haben wir auch nicht mehr gemacht, seit Monaten. Also ich wüsste nicht, wann das letzte Mal. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 34-35)*

Im Fokusgruppeninterview erfährt diese Aussage einerseits viel Zustimmung, andererseits aber auch Widerspruch, denn eigentlich erwarten zumindest einige der Mitarbeitenden, dass die Patient:innen intrinsisch motiviert sind und von sich aus die Initiative ergreifen.

*«Eben, es geht ja um Selbstverantwortung und Selbstbestimmung der Patienten. Also ich sage jetzt mal, wenn ich das jetzt ganz einfach sehe, dann müsste es ja von denen kommen. Sie müssen eigentlich nur wissen, dass das existiert, dieses Reforma. Ja, dass wir so etwas anbieten oder wie auch immer. Aber da wird, ich sage jetzt mal bei der Patientengruppe die jetzt im Moment da ist- das läuft wahrscheinlich so wie der Rheinfall jeden Tag. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 16)*

Dies steht im Zusammenhang mit den Grenzen der Recovery-Orientierung, die sich einerseits aus den Vorgaben der Justizbehörden aber auch aus den Vorgaben der Klinik als Gesamtinstitution ergeben. So fühlt sich z.B. eine Mitarbeitende, die nach dem Beginn des Projektes auf der Abteilung zu arbeiten begonnen hat, als Spaßbremse, weil sie immer wieder auf Grenzen durch diese Institutionen hinweisen muss. Diese Grenzen empfindet sie als:

*«Hoffnungskiller oder was auch immer. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 119)*

Trotz solcher Rückschläge von denen die Patient:innen gelegentlich auch enttäuscht waren, ist es immer wieder gelungen Lösungen zu finden.

*«Was vielleicht von forensischen Anteil mit den Stufen nicht ganz möglich war oder nicht umsetzbar war. Haben sie ein paar Ideen gebracht. Aber man hat immer so ein bisschen einen Kompromiss gefunden. » (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 8)*

Andere Teilnehmende genießen es, dass wieder mehr Ruhe eingekehrt ist und wollen die Ergebnisse der Evaluation abwarten, bevor sie darüber nachdenken wie es ohne den Modellversuch mit der Recovery- Orientierung weitergehen kann.

### Ausblick

Der Übergang vom Modellversuch zur Integration der Recovery-Orientierung in das alltägliche Leben auf der Abteilung scheint für die Mitarbeitenden nicht ganz einfach zu sein und einige zeigen sich ratlos in Bezug darauf, wie es weitergehen kann.

*«Das ist dann wirklich auf den Patienten runtergebrochen, der es will, oder der es machen möchte. Und wenn der wegfällt, dann schläft das Ganze wieder ein. Und da weiß ich jetzt nicht, wie man das jetzt demnächst implementieren kann oder soll. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 12)

Wie dieses Zitat zeigt, stützen sich die Mitarbeitenden – einige der Teilnehmenden stimmten hier bekräftigend zu – sehr auf die Motivation einzelner Patient:innen. Diese sollen dann ihrerseits die Mitpatient:innen motivieren. Die Mitarbeitenden selbst haben bislang noch keine Idee, wie sie selbst diese Aufgabe wahrnehmen könnten oder sollten. Dabei deutet das Wort «soll» daraufhin, dass diese Mitarbeitenden davon ausgehen, dass von ihnen erwartet wird die Recovery-Orientierung weiterzuführen und dies nicht zwingend ihre eigene Überzeugung ist. Diese Ratlosigkeit zeigt sich auch darin, dass das Handlungsrepertoire der Mitarbeitenden nicht unerschöpflich ist und es für sie auch ermüdend ist, wenn ihre Interventionen nicht die gewünschte Wirkung zeigen.

*«Aber dieser Gedanke jetzt, Selbstverantwortung, wenn wir mit den Patienten einzeln reden, wollen sie alle Verantwortung übernehmen. Logisch. Aber sie erwarten dann doch von uns, dass wir ihnen alles vorgeben. Ja, von daher weiß ich nicht wie es weitergeht oder weitergehen kann. Denn, natürlich, wenn ich das Bild jetzt nehme- Natürlich bin ich der Fahrlehrer. Aber wenn ich jetzt schon 20 Stunden mit dem Fahrschüler gefahren bin, dann erwarte ich auch schon, dass er zumindest weiß wo die Gänge sind, ja. Sonst bringt es nichts. »*(FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 18)

Das bedeutet auch, dass die Mitarbeitenden sich auf die Mitarbeit der Patient:innen angewiesen fühlen und zunächst nicht den Eindruck haben, dass sie die Patient:innen dazu anregen könnten. Im Verlauf dieser Diskussion entstehen dann aber doch Ideen wie die Mitarbeitenden dieser Ratlosigkeit begegnen können, indem sie z.B. die Schulungsunterlagen vom Beginn des Modellversuchs nutzen, um den nun ganz neuen Patient:innen (fast die gesamte Patient:innengruppe hat inzwischen gewechselt, vgl. FGI2 PAT RA 1) etwas von der Idee von Recovery zu vermitteln.

*«Jetzt vorhin als du gesagt hast zum Beispiel wie soll das Schiff weitergehen, dass es als Wir funktioniert. Könnte man sehr gut auch ein Zeitfenster anbieten einmal im Monat. Ist an irgendeinem Vormittag oder an einem Nachmittag; wie ist das Thema denn, Recovery, oder? Und diese Leute, die neu sind, werden dort erfahren was das überhaupt bedeutet. Dass man wieder Basiswissen weitervermittelt. Eben im Wir, weil wir so viel begleiten, oder auch eingeladen werden. Oder sie sagen: wir möchten das untereinander machen und stellen uns dann etwas vor. So könnte das möglich sein, dass das weitergeht, dass das Schiff weiterfährt, mit Steuer. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 87)

Diese Idee stößt auf sehr viel Zustimmung bei den Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews. Allerdings gibt es dabei auch die Bedingung, dass nicht nur die

Pflegenden «die ganze Arbeit machen», sondern dass sich die Patient:innen darauf einlassen.

*«Es geht einfach darum, wie weit müssen wir als ein Teil der Gruppe uns jetzt einfach aus dem Fenster lehnen und die ganze Arbeit machen. Weil, dann hat es für mich jetzt keinen Sinn. Wenn nur eine Partei da alles macht und die anderen sind einfach nur Zuhörer und Nutznießer aber leisten nichts dafür, dann hat es irgendwo das Ziel verfehlt. Aber wenn aus den Schulungen heraus Interesse kommt, dann gerne. Ja. Weil, das ist für mich essentiell. Von den anderen muss etwas kommen. Sie wollen es ja. Sie wollen mehr Selbstbestimmung, sage ich, behaupte ich. Dann sollte auch ein bisschen etwas kommen. Und wenn da ein Interesse zurückkommt, kein Problem, für mich. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 108)

Ob sich das Team der Abteilung RA1 auf dieses «Wagnis» einlassen will, muss noch weiterverhandelt werden und braucht noch ein wenig Zeit.

*«Ich glaube da sind wir uns noch nicht so einig. Das braucht wahrscheinlich noch ein bisschen Gesprächsbedarf. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 107)

### Empfehlungen

Obwohl es noch keine Einigkeit gibt, würden die Teilnehmenden anderen Einrichtungen empfehlen die Erfahrungen, die sie selbst im Verlauf des Modellvorhabens gemacht haben, zu wiederholen.

Dabei sollte speziell auf Verbindlichkeit in der Einhaltung von Terminen geachtet werden, was durch eine externe Begleitperson erleichtert wird:

*«Ich glaube es ist einfach wichtig, dass man eine Ansprechperson hat. Dass man immer, also wirklich immer diese Zeit einhält. Dass man immer alles in den Kalender einschreibt, jedes Datum, jedes! Also ich glaube da fängt es schon an, dass man die Rahmenbedingungen überhaupt schafft, dass das mega wichtig ist. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 136)

Zu diesen Rahmenbedingungen gehöre auch, dass die Patient:innen diese Termine kennen, um sich vorbereiten zu können. Und die Inputs zum Thema sollten öfter wiederholt werden.

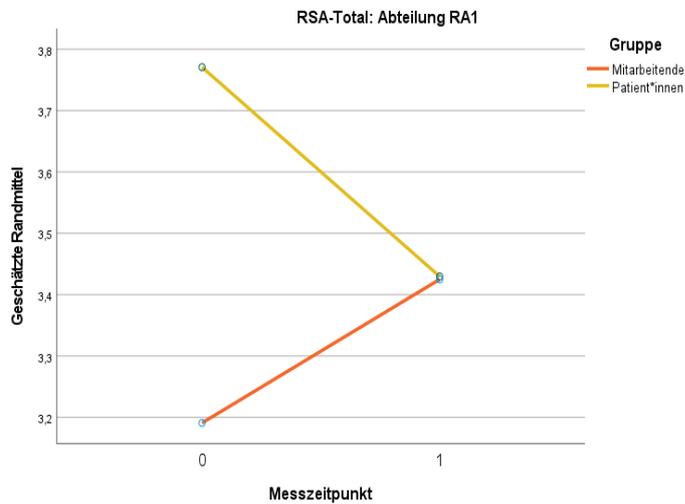
*«Man sagt ja, eine Aufklärung ist keine Aufklärung. Also ich glaube es braucht halt immer wieder so Inputs. Und ich glaube, das hätte bei uns wahrscheinlich auch viel abgenommen. Hätten wir es von Anfang an wirklich immer so gemacht, wäre es vielleicht auch jetzt nach wie vor so stabil. Vielleicht. Wer weiß. Man weiß es nicht. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 138)

In diesem Zitat schwingt ein leichtes Bedauern darüber mit, selbst die eigene Empfehlung zu wenig umgesetzt zu haben und damit möglicherweise eine Chance auf eine stabile Implementierung der Recovery-Orientierung vertan zu haben. Was in einer Recovery-Gruppe erarbeitet wird, muss auch zu den nichtbeteiligten Patient:innen und Mitarbeitenden zurückfließen.

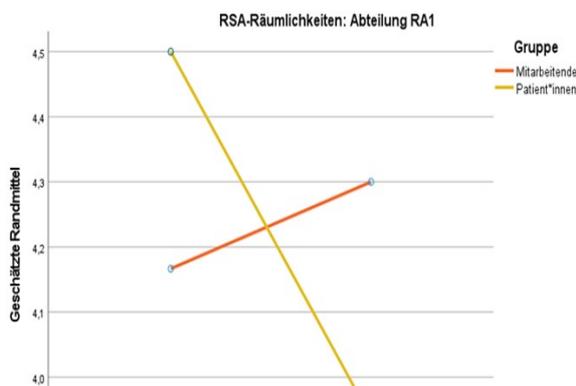
*«Ja, richtig. Dass das wieder zurückfließt. Ah, es läuft etwas. Sind sie jetzt an dem dran oder an dem dran. Das muss nichts Gewaltiges sein. Das kann kurz und bündig sein. Aber das am Leben erhalten auch. Dass man merkt, es funktioniert etwas. »* (FGI2 MA RA 1 - Transkript - TR220654, Pos. 141)

### 3.6.1.4 Die quantitativen Ergebnisse

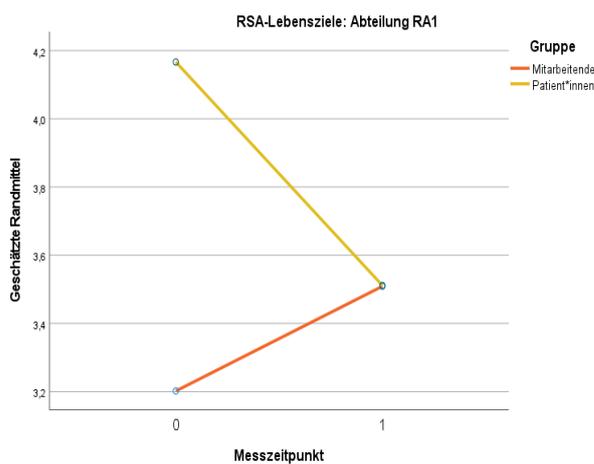
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung RA1 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



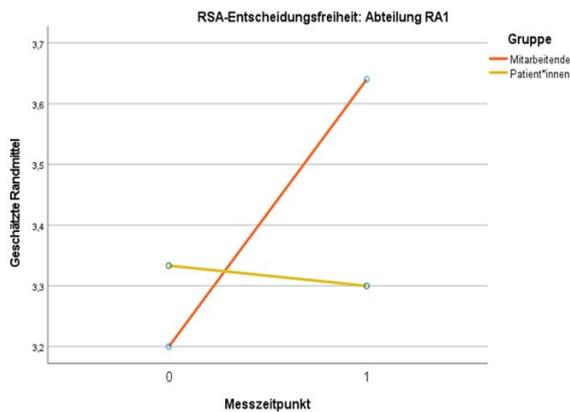
Wie aus der Abbildung hervorgeht, sinken die Werte der Patient:innen, während diejenigen der Mitarbeitenden steigen; ferner treffen sich die Werte zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> auf einem fast identischen Niveau. Patient:innen und Mitarbeitende nähern sich in ihren Einschätzungen einander an.



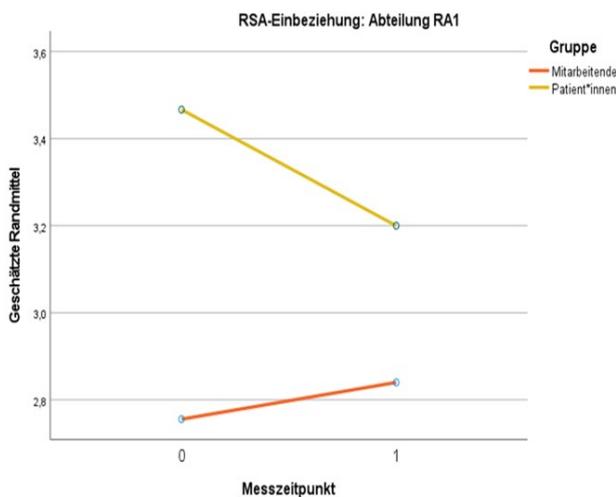
Wie ersichtlich ist, sinkt die Attraktivität der Räumlichkeiten aus der Perspektive der Patient:innen im Verlauf, während sie aus derjenigen der Mitarbeitenden etwas ansteigt.



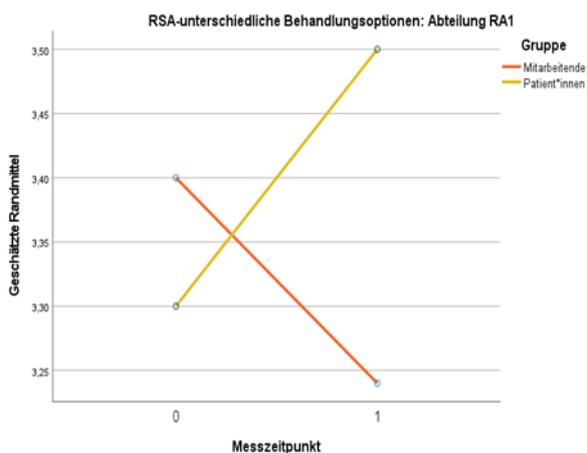
Aus den Daten geht hervor, dass bezüglich der Unterstützung bei den Lebenszielen die Werte der Patient:innen sanken, während diejenigen der Mitarbeitenden stiegen, um sich schliesslich auf einem identischen Niveau zu treffen. Auch hier nähern sich die Einschätzungen einander an.



Hier kommen deutliche Unterschiede zum Ausdruck: Die Werte bezüglich der Entscheidungsfreiheit blieben bei den Patient:innen annähernd gleich, während diejenigen der Mitarbeitenden deutlich stiegen.

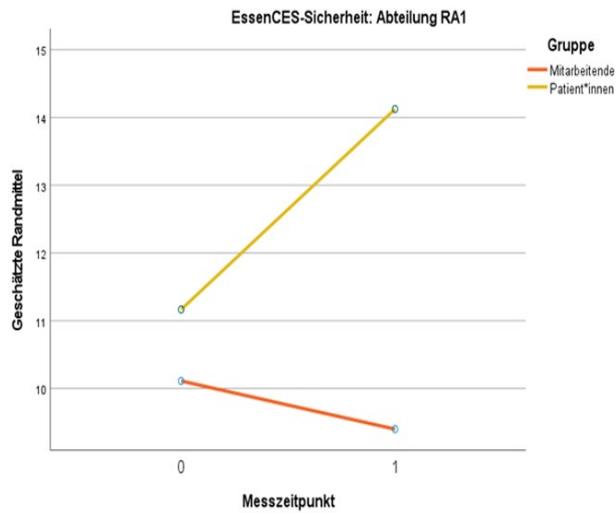


Während die Werte des RSA-Scores 'Einbeziehung' bei den Mitarbeitenden annähernd konstant blieben, verschlechterten sich diese in der Gruppe der Patient:innen.

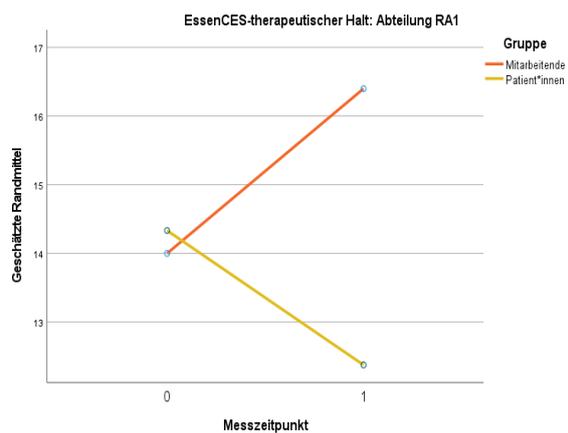


Die Wahrnehmung der unterschiedlichen Behandlungsoptionen nimmt in der Wahrnehmung der Patient:innen zu, während sie aus der Perspektive der Mitarbeitenden im Lauf der Zeit abnimmt.

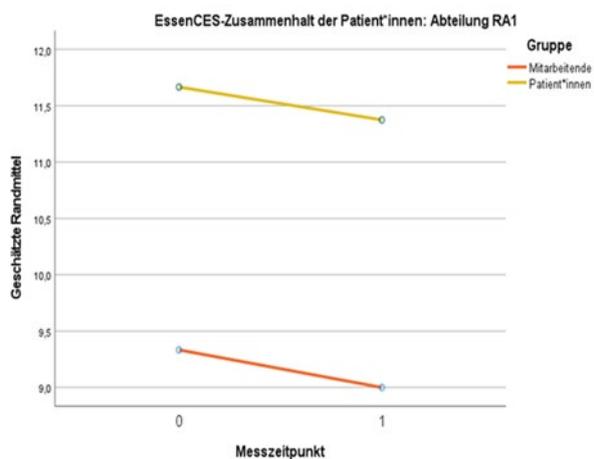
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Aus Sicht der Patient:innen nahm die Sicherheit auf der Abteilung zu, während sie aus derjenigen der Mitarbeitenden leicht abnahm.



Wie ersichtlich ist, nahm der therapeutische Halt ausgehend von einem ähnlichen Niveau- in der Wahrnehmung der Patient:innen ab, während er in derjenigen der Mitarbeitenden zunahm.



Die Wahrnehmung des Zusammenhaltes der Patient:innen blieb sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden konstant (mit einer leichten Abwärtstendenz).

### *3.6.1.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Ergebnisse*

Wie anhand der Verläufe der Werte der Patient:innen und Mitarbeitenden auf der Abteilung RA 1 ersichtlich ist, zeigt sich eine Art Muster: Während die Mitarbeitenden die Situation tendenziell besser einschätzten als zum Ausgangszeitpunkt, schätzen die Patient:innen die Situation tendenziell eher schlechter ein.

Tatsächlich wich nur einer der sieben RSA-R-Scores, nämlich die unterschiedlichen Behandlungsoptionen sowie die beiden EssenCES Dimensionen empfundene Sicherheit und Zusammenhalt in der Patientengruppe von diesem Muster ab.

Nimmt man die Dimensionen des RSA-R unterschiedliche Behandlungsoptionen genauer in den Blick, so zeigt sich, dass drei der fünf Items sich auf die Art der Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen beziehen. Dabei geht es um die Frage nach einem toleranten Kommunikationsklima und um die Transparenz der Kommunikation hinsichtlich der Behandlung. Dies stimmt mit den qualitativen Daten insofern überein, als dass die Analyse der Teilnehmenden Beobachtung zeigt, dass die Patient:innen eine Verbesserung des Kommunikationsklimas im Prozessverlauf erlebten. Hier lässt sich vermuten, dass die Mitarbeitenden möglicherweise kritischer auf ihren eigenen Kommunikationsstil und auf den ihrer Kolleg:innen achteten, und die allgemeine Situation daher kritischer bewerteten. Andererseits beschreiben die Mitarbeitenden im Fokusgruppeninterview wie engagiert und motiviert sie wiederum die Patient:innen im Verlauf des Modellversuchs erlebt haben, so dass sich hier möglicherweise eine gewisse Reziprozität ergibt. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Spannweite der Werte bei Patient:innen und Mitarbeitenden zwischen den Zeitpunkten T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub> mit maximal 0,2 Punkten zu gering ist, um in dieser Interpretation mehr als eine vorsichtige Erklärung für die Verschiedenheit des Verlaufes dieses Score-Wertes sehen zu können.

Gründe für den Anstieg der empfundenen Sicherheit bei den Patient:innen liegen möglicherweise in einer veränderten Zusammensetzung in der Gruppe der Patient:innen. Es ist aber auch zu vermuten, dass die Patient:innen sich durch die gemeinsamen Aktivitäten besser kennengelernt haben und sich deswegen sicherer fühlen. Dafür spricht, dass die Patient:innen den Wunsch nach einer Deliktgruppe geäußert haben, um dieses Thema miteinander zu bearbeiten. Insgesamt scheinen die Massnahmen allerdings nichts am Zusammenhalt der Patient:innen verändert zu haben.

## **3.6.2 Rheinau Abteilung 2 (RA 2)**

### *3.6.2.1 Die Teilnehmende Beobachtung*

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA 2 an insgesamt 15 Tagen jeweils zwischen Beginn und Mitte eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. Im Monat Dezember 2020 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden.

### **Das Milieu**

Unter Milieu wird nachfolgend das Zusammenspiel räumlicher und zeitlicher Strukturen sowie das soziale Miteinander der beteiligten Personen subsumiert.

Die Abteilung wird als geschlossene Abteilung in einem wiederum geschlossenen Gebäude geführt. Das Gebäude wurde erst im Verlauf der Teilnehmenden Beobachtungen geschlossen. Zu Beginn war es noch offen gewesen. Nachdem es im Verlauf von zwei Monaten zwei Entweichungen gegeben hatte, in Folge einer Unachtsamkeit von Mitarbeitenden, wurde auch das Gebäude geschlossen (TNB P06). Die Abteilung selbst ist durchgängig geschlossen.

Im hinteren Bereich der Abteilung befinden sich die Zimmer der Patient:innen, während im vorderen Bereich das Dienstzimmer der Mitarbeitenden und der öffentliche Raum der Abteilung also der Aufenthaltsbereich angesiedelt ist (TNB P07). Ferner gibt es einen

Balkon, der als Raum für informelle Begegnungen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen beim gemeinsamen Rauchen dient (TNB P 02), sowie einen Raucherraum, der aufgrund der Pandemie nur für zwei Personen gleichzeitig zugänglich ist (TNB P11). Dies erfordert eine gewisse Rücksichtnahme der Patient:innen untereinander. Trotzdem scheint der Raucherraum derjenige Ort zu sein an dem die Patient:innen am ehesten miteinander kommunizieren (TNB P 07).

In den Gängen und Aufenthaltsbereichen gibt es Aushänge z.B. zu verschiedenen «Ämtli» oder anderen organisatorischen Informationen (TNB P 05).

Die Abteilung wirkt ziemlich ruhig und Patient:innen sind eher selten in den öffentlichen Räumen der Abteilung zu sehen (TNB P 01, 02, 04, 05, 06, 09), weil sie entweder in Therapien sind oder sich in ihren Zimmern aufhalten (TNB P05). Ein Patient kommt regelmässig zum Dienstzimmer, um sich Zigaretten abzuholen, die offenbar für ihn eingeteilt werden (TNB P 05). Andere Patient:innen sitzen vor dem schwarzen Fernsehapparat und starren ins Leere (TNB P 03, 06, 07, 08, 09, 11) oder laufen scheinbar ziellos auf der Abteilung umher (TNB P 10), wenn sie nicht in der Therapie oder in ihren Zimmern sind. Gelegentlich ist das Fernsehgerät auch eingeschaltet und es laufen Dating-Shows (TNB P 08) oder Musikvideos (TNB P06). Anders als das Radio darf das Fernsehgerät nicht während der Therapiezeiten eingeschaltet sein (TNB P 06). Aus der Perspektive eines Patienten gestaltet sich das Zusammenleben auf der Abteilung wie in einer Wohngemeinschaft, nur mit einigen Einschränkungen (TNB P01).

Zweimal täglich findet eine Aktivierungsrunde statt, die aus einer Befindlichkeitsrunde und einem Teil kognitivem Training besteht (TNB P06, 07), das teilweise von den Patient:innen selbst angeleitet wird (TNB P07). Dabei wird Wert auf Pünktlichkeit gelegt (TNB P06). In dieser Aktivierungsrunde ist die Stimmung an manchen Tagen eher mässig, ohne dass es dafür offensichtliche Gründe gibt (TNB P02) und an anderen Tagen dafür auch harmonisch im Umgang miteinander (TNB 03). Neben den Aktivierungsrunden gibt es auch Arbeitstherapie und Einzelgespräche mit den Mitarbeitenden des psychologischen Dienstes. Zwischen den Therapien nehmen die Patient:innen ihre «Ämtli» wahr wie z.B. Küche putzen oder stopfen sich ihre Zigaretten (TNB P06).

Die Mahlzeiten werden anscheinend von den Patient:innen gemeinsam eingenommen, so wird das Mittagessen mit einer Kuhglocke eingeläutet, worauf sich die Patient:innen im Aufenthaltsbereich versammeln (TNB P13). Den Patient:innen scheint das Essen zu schmecken, allerdings sei die Menge gelegentlich nicht ausreichend, so dass am Nachmittag eine Zwischenmahlzeit eingenommen wird. Am Wochenende kochen die Patient:innen hin und wieder selbst (TNB P 09, 13).

Begleitete Spaziergänge werden annähernd täglich angeboten (TNB 07, 08, 09, 14), allerdings muss man sich für diese auf einer ausgehängten Liste eintragen (TNB P08) und es ist nicht immer klar, ob und wann genau die Spaziergänge stattfinden (TNB 07,14), so dass sich für die Patient:innen daraus gelegentlich auch Wartezeiten ergeben. Diese Unklarheit bezüglich des Inhalts und des Zeitpunkts von Aktivitäten tritt nicht nur bei Spaziergängen, sondern auch bei geplanten Ausflügen auf.

Für die Patient:innen sind die Spaziergänge von grosser Bedeutung (vgl. thematische Beschreibung AG und thematische Beschreibung FGI 2 PAT) und so werden sie von ihnen zeitweise offensiv eingefordert (TNB P04). Dies wird von den Mitarbeitenden im Rahmen der Aktivierungsrunde in eher scharfem Tonfall angesprochen und klargestellt, dass es für die Patient:innen kein Recht auf Spaziergänge zu bestimmten Zeiten gibt (TNB P04).

Die Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen gestalten sich insgesamt sehr unterschiedlich. So konnte beobachtet werden, wie sensibel Mitarbeitende die Privatsphäre der Patient:innen respektieren z.B. beim Betreten eines Zimmers (TNB P08) oder wie sich die Stimmung auf der Abteilung durch die Anwesenheit von gesprächsbereiten Mitarbeitenden hob (TNB 08), oder das Mitarbeitende einem Patienten zur nächsten Lockerungsstufe gratulierten (TNB P02). Andererseits gab es über weite Strecken kaum Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen

(TNB P08, 10) oder Mitarbeitende zogen die Eigenschaften oder Neigungen von Patient:innen ins Lächerliche (TNB P09) und wandten 'pädagogische' Massnahmen an. Z.B. hat ein Patient vergessen anzuklopfen beim Betreten des Dienstzimmers, daraufhin wurde er zurückgeschickt und musste anklopfen bevor er betont freundlich hereingebeten wurde (TNB P13). Einige Mitarbeitende reagierten unwirsch auf Kontaktversuche (TNB P10) oder wirkten 'entnervt' im Umgang mit den Patient:innen (TNB P10).

### Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen

Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen zeigen sich im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung sowohl auf individueller Ebene der einzelnen Patient:innen als auch auf der Ebene der Gesamtgruppe der Patient:innen. Auf der Ebene der Gesamtgruppe geht es immer wieder um die getroffenen Massnahmen Regelgruppe und Aktivitäten-Gruppe (TNB P05, 06, 09, 11, 12, 15). Dabei geben die Patient:innen dem Beobachter einerseits positive Rückmeldungen (TNB P07) und haben den Eindruck es komme etwas in Gang (TNB P05, 06), andererseits beklagen sie auch ihre Enttäuschung, wenn sie mit einem Thema wie z.B. Sexualität nicht durchdringen (TNB P11). Dass von der Abteilungsleitung im Projektverlauf die Teilnahme der Patient:innen an der Aktivitäten-Gruppe von der Teilnahme an der Regelgruppe abhängig gemacht wurde (vgl. Thematische Beschreibung Arbeitsgruppe), empfinden die Patient:innen als typisch für die Forensik: Sobald etwas nicht rund laufe, erfinde man eine neue Regel die auf indirektem Zwang basiere. Auch die Mitarbeitenden geben gegen Ende der TNB also bereits vor dem FGI 2 (TNB P15) die Rückmeldung, dass die getroffenen Massnahmen sehr am Engagement einzelner Patient:innen hingen und es nur schwer vorstellbar wäre wie es nach deren Entlassung weitergehen solle (vgl. thematische Beschreibung FGI 2 MA).

Eine deutliche Grenze für die Massnahme Bildung bzw. selbständige Planung von Aktivitäten liegt in der Nutzung des Internets (TNB P03). Diese ist im Abteilungskonzept, das anscheinend nicht in Frage gestellt wird, nicht vorgesehen. Dabei haben auch die Mitarbeitenden den Eindruck, dass ihnen in dieser Frage die Hände gebunden sind (vgl. Thematische Beschreibung FGI 2 MA).

Auf der individuellen Ebene einzelner Patient:innen wird die Verfolgung persönlicher Hobbies wie z.B. Musik machen und Aufnahmen durch das Einrichten eines kleinen Tonstudios im Patientenzimmer ( TNB P 01, 03, 07, 09) ermöglicht. Auch die Wahrnehmung individueller Bürgerrechte wie die Beteiligung an Volksabstimmungen wird ermöglicht (TNB P 06). Bezüglich der Bildung haben Patient:innen die Möglichkeit sich z.B. Bücher via begleiteter Internetnutzung zu kaufen, was zumindest von zwei Patienten, die eher an philosophischer Literatur interessiert sind, genutzt wird (TNB 09, 15). Andererseits gibt es aber auch eine fürsorgliche Bevormundung z.B. beim Einteilen von Zigaretten (TNB P02, 05) oder Energydrinks (TNB P05) oder bezüglich der Angemessenheit von Bekleidung (TNB P13). Diese kann auch in Sanktionen münden, wenn eine Regel gebrochen wird. Eine weitere Grenze auf individueller Ebene liegt in der von der Justiz angeordneten Verlängerung von Massnahmen (TNB P 11), in der langen Dauer bis zur richtigen medikamentösen Einstellung (TNB P 12), aber auch in der mangelnden therapeutischen Kontinuität. So erlebte ein Patient in seiner bisherigen Behandlung auf der Abteilung bereits drei verschiedene Therapeutinnen (TNB P 12).

#### 3.6.2.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppen setzten sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden jeweils einer Abteilung zusammen. Jede Arbeitsgruppe hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu

planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert. Auf der Abteilung RA 2 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 14 Sitzungen stattgefunden, weil zwei Sitzungen, die Corona-bedingt ausgefallen waren, aufgrund von Termenschwierigkeiten nicht nachgeholt werden konnten. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich drei Patienten und eine Mitarbeitende teil; die anderen Teilnehmenden wechselten.

Aus der Analyse der Protokolle ergaben sich vier Themen: Die organisatorische Herausforderung, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen. Die thematische Analyse der Sitzungsprotokolle zeigt, dass im Verlauf der Arbeitsgruppe der Eindruck entstand, dass es bei den Mitarbeitenden der Abteilung RA 2 kein gemeinsames Commitment bezüglich der Recovery-Orientierung gibt und es bleibt auch unklar, ob es ein konstruktives Ringen um dieses Commitment geben wird, da das Weiterführen der Maßnahmen in der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe von der Finanzierung der Aktivitäten abhängig gemacht wurde. Dies ist zwar ein wichtiger aber kein ausschlaggebender Aspekt für eine Recovery-orientierte Arbeit. Vermutlich hätte die vertiefte Auseinandersetzung mit den für die Recovery Orientierung notwendigen Haltungsfragen ohne die Einschränkungen durch die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie, insbesondere die Beschränkung der Personenzahl, eine breitere Basis gefunden.

### 3.6.2.3 Die Fokusgruppeninterviews

#### Die Patient:innen

Das Fokusgruppeninterview mit den Patienten (da ausschließlich männliche Patienten an diesem Fokusgruppeninterview beteiligt waren, wird hier nur die männliche Bezeichnung verwendet) der Abteilung RA 2 fand am 25.01.2022 in der Zeit von 10.00-11.00 Uhr statt. Insgesamt nahmen drei Patienten an dem Interview teil. Davon hatte ein Patient den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt       | VD in FOR |
|----|------------|-------|----------|--------------|-----------|
| 1  | ♂          | 30    | F20.1    | Gewalt       | 40 Monate |
| 2  | ♂          | 38    | F20.0    | Gewalt       | 26 Monate |
| 3  | ♂          | 51    | F20.8    | Sexualdelikt | 35 Monate |

Tabelle 10 Teilnehmende Patienten FGI T<sub>1</sub> RA 2

Dass trotz der langen Verweildauer der beteiligten Patienten nur ein Patient den gesamten Modellversuch miterlebt hat, hat damit zu tun, dass die anderen beiden Patienten zuvor auf anderen Abteilungen behandelt wurden. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete:

«Wenn Sie an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denken, was geht Ihnen dann durch den Kopf?» Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

#### Rückblick

Die Patienten waren insgesamt sehr zufrieden mit der Einführung der Recovery Orientierung und den von ihnen in der gemeinsamen Arbeitsgruppe geplanten Massnahmen, einer Regelgruppe und einer Aktivitäten-Gruppe. Sie erlebten dies als einen grossen Schritt, auch wenn es für einzelne Patienten schwierig gewesen ist die Sitzungsdauer auszuhalten. Dabei denken sie durchaus nicht nur daran wie sie selbst von

den Veränderungen profitieren können, sondern betrachten es als Vorarbeit auch für nachfolgende Patient:innen.

Neben der eigenen Mitarbeit in der Arbeitsgruppe, der Regelgruppe oder in der Aktivitäten-Gruppe, fanden die Patienten die Anwesenheit des wissenschaftlichen Mitarbeiters auf der Abteilung hilfreich. Hier wird nicht weiter zwischen Mitarbeit in der Arbeitsgruppe und der Anwesenheit des wissenschaftlichen Mitarbeiters im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung differenziert. Es steht aber zu vermuten, dass hier Letztere gemeint ist:

*«Und ich finde auch gut, dass Sie regelmäßig auf die Station kamen, um mal ein paar Worte mit einem, also fremd, ja einfach mit jemandem zu reden, der etwas neutral ist, oder so. Bei dem man sagen konnte, eine Last abladen konnte. Zu dem man sagen konnte, was gut ist oder etwas zeigen konnte, was man gemacht hatte. Der sich Zeit genommen hat, ein Ohr geschenkt hat. Das hat mir sehr gut gefallen und stark. Ja, der Einsatz».* (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 8)

Offensichtlich erlebten die Patienten hier ein Interesse an ihnen als Personen, das für sie nicht selbstverständlich vorhanden zu sein scheint. Im Rahmen der Analyse der Teilnehmenden Beobachtung wurde hierfür das Thema «sich zur Verfügung stellen» gefunden, ein Verhalten das der wissenschaftliche Mitarbeiter immer wieder zeigte und das bei vielen Patient:innen dazu führte, dass sie sich öffneten und über Dinge sprachen, die sie sehr beschäftigten. In jedem Fall empfanden die Patienten Dankbarkeit für den Modellversuch.

*«Ich bin schon auch dankbar, dafür, was wir haben. Ja und so es ist nicht alles schlecht, oder ja. Ich bin dankbar».* (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 26)

Aus der Analyse der TNB zeigte sich, dass es sehr mit den anwesenden Mitarbeitenden zu tun hat, ob Partizipation ermöglicht wird. Dies zeigt sich auch im Fokusgruppeninterview mit den Mitarbeitenden der Abteilung RA 2. Dort wurden grosse Unterschiede ersichtlich zwischen Mitarbeitenden, die aus Sicherheitsgründen alles unter Kontrolle haben wollen und Mitarbeitenden, die aus therapeutischen Gründen davon ausgehen, dass gelegentlich auch positive Risiken eingegangen werden sollten. Dabei ist teilweise für die Patient:innen nicht einschätzbar wer von den Mitarbeitenden wie reagieren wird.

*«Dass sie das zuerst einmal als gut empfunden hat und so. Also die eine hat gesagt, dass finde ich gut, dass könnt ihr so machen. Das finde ich stark von euch. Dann haben wir das das nächste Mal auch durchgezogen. Dann haben wir sozusagen einen Anschiss bekommen. Zum Teil gibt es schon so, wie soll ich das sagen. Ich weiß nicht, wie ich das ausdrücken soll».* (FGI2 PAT RA2 - Transkript - TR220654, Pos. 19)

Trotz solcher «Herausforderungen» (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 21), können die Patienten auch sehen was sie erreicht haben, insbesondere in Bezug auf die Aktivitäten-Gruppe. Dort wurden Aktivitäten teilweise selbständig und teilweise mit Unterstützung der Mitarbeitenden geplant und umgesetzt.

Diese Form der Zusammenarbeit wünschen sich die Patienten auch weiterhin und darüber hinaus fänden sie es auch schön, wenn es mehr informelle - oft beim Rauchen - und nicht nur zweckgerichtete Kontakte mit den Mitarbeitenden gäbe. Dabei haben die Patienten durchaus Verständnis dafür, dass die Mitarbeitenden teilweise personell schlecht besetzt sind, viel zu tun haben und dann auch noch Berichte schreiben müssen.

«Das ist halt hier so. Das ist halt schon ein Dilemma». (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 60)

### Ausblick

Im Grundsatz sind die Patienten sehr zufrieden mit dem im Modellversuch Erreichten, sehen aber gleichzeitig die Herausforderungen und den aus ihrer Sicht immer noch bestehenden Klärungs- und Veränderungsbedarf. Und so sehen sie auch der Zukunft der von ihnen mitentwickelten Massnahmen entgegen. Hier wird von Ihnen unterschieden zwischen der Regelgruppe und der Aktivitätengruppe.

Sie hoffen auf Weiterführung, sind aber auch skeptisch, dass dies von den Mitarbeitenden gewollt wird.

«Wie soll ich sagen, jetzt mal ganz offen und ehrlich: Das wird schwierig. Sagen wir mal vom Personal aus, wenn es jetzt nicht geht, dass es später geht, das denke ich nicht (...)». (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 92)

Anders sieht es mit der Aktivitäten-Gruppe aus: Hier sind sie eher optimistisch, dass weitere gemeinsame Aktivitäten möglich sind und weiter bereit sich zu beteiligen:

«Ich habe mir auch schon Vorschläge aufgeschrieben, die sie machen müssen, was auch nicht viel kostet und so. Finde ich auch. Ich plane auch etwas. Mal schauen». (FGI2 PAT RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 100)

Im Grunde offenbart sich im Fokusgruppeninterview mit den Patienten ein feines Gespür für die Befindlichkeit der Mitarbeitenden insbesondere des Pflegedienstes. Denn ihre Einschätzung spiegelt ziemlich genau die Diskussion der Mitarbeitenden in deren Fokusgruppeninterview wider.

### Die Mitarbeitenden

Das zweite Fokusgruppeninterview mit Mitarbeitenden der Abteilung RA 2 fand am 25.01.2022 statt und dauert 60 Minuten. Es nahmen vier Mitarbeitende aus dem Pflegedienst (2 ♂ & 2 ♀) teil. Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Ihr an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denkt, was geht Euch dann durch den Kopf?». Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

### Rückblick

«Also die Grundlagen fand ich gut. Ich fand gut, dass es zuerst so eine Schulung gab, dass die Patienten überhaupt auch wissen: okay, das ist Recovery, und dass es miteinander war, dass sie dort schon gesehen haben: ah, es geht darum wir machen das zusammen, schon als Grundlage. Aber ich finde sonst in der Umsetzung - Ich fand das gut. Und ich fand auch gut, dass Patienten die Rückmeldung bekommen haben was ist jetzt der Zwischenstand, was haben wir aus diesen Interviews herausgezogen. Dass sie auch sehen: aha, ja, unsere Rückmeldungen werden auch einbezogen. Und das fand ich gut». (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 169)

Die Unterbrechung des Projekts aufgrund der Pandemie war gleichwohl eine Erschwernis, weil deshalb die diesbezügliche Planung auf der Abteilung untergegangen ist.

Trotzdem waren die Massnahmen Regelgruppe und Aktivitäten-Gruppe (vgl. Thematische Beschreibung AG-Sitzungen) geplant und eingeführt worden. Im Rückblick zeigt sich, dass es, aus der Perspektive der Mitarbeitenden, zunächst eine engagierte Mitarbeit der Patient:innen gab:

*«Also in der Arbeitsgruppe selber habe ich das Gefühl, gerade am Anfang war recht viel wirklich Engagement zu spüren, und auch die Gedanken».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 105)

Allerdings wird dies von den Mitarbeitenden sehr mit der Stärke einzelner Patient:innen in Zusammenhang gebracht.

Die Mitarbeitenden versuchten die verbleibenden Patient:innen mehr in die Regelgruppe einzubeziehen, erlebten dies aber als eine Herausforderung, weil sie immer wieder die Grenzen des Machbaren vertreten mussten.

Teilweise fühlten sie sich von den Patient:innen nicht verstanden. Entsprechend wurden die kognitiven Fähigkeiten der Patient:innen als Grenze für die Recovery-Orientierung wahrgenommen.

*«Um einen Zwischenschritt zu erkennen, muss jemand diese Verknüpfung machen können. Das und das muss ich erfüllen können, um das zu bekommen. Und je eingengter er natürlich ist oder symptombelastet, desto weniger halt wie nicht umsetzbar. Ja, und die paar Wenigen die wirklich ein gutes kognitives Niveau hatten, die haben sich auch eingebunden, oder? Oder zumindest auch sich dort verbessert, oder weniger Symptomatik. Bei denen hat man es gemerkt. Aber halt ganz viele - Und das merkt man auf unserer Station. Dass sie halt doch relativ viel Unterstützung brauchen. Und deswegen hat man es auch gerade bei so Regelsachen gemerkt».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 53)

In der Aktivitäten-Gruppe hingegen, stellte sich die Situation für die Mitarbeitenden deutlich einfacher dar. Dort konnten sie mehr Partizipation der Patient:innen zulassen und verstanden dies als Empowerment:

*«Okay, gehen wir grillieren, was brauchen wir für das, was müssen wir alles organisieren. Das, mehr so ein bisschen wirklich dieses Empowerment halt. Sie planen das Ganze».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 5)

Andererseits wird gerade die Vermittlung von Freude nicht von allen Mitarbeitenden als Auftrag oder als therapeutisch sinnvoll verstanden.

*«Also zum Beispiel war, Ichbezogene Bedürfnisse wollen sie ums Verrecken umsetzen. Da hatten wir sehr viele Probleme zu erklären oder Hilfe zu geben. Was mir da ein bisschen gestört hat, also diese Patienten, also sie haben gar nicht viel- warum machen die das, oder wie profitieren die davon. Und das hat ein bisschen so gefehlt. Und die haben das ausgenutzt damit sie ein bisschen mehr rausgehen, damit sie ein bisschen mehr so Spaß haben. Aber eigentlich vom therapeutischen Nutzen? Also ging es mehr um eigene Bedürfnisse zu stillen, und dann haben sie das ausgenutzt».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 52)

Hier zeichnen sich deutliche Unterschiede in der Haltung von Mitarbeitenden ab, die sich auf die Balance zwischen Sicherheit und Therapie beziehen.

Stellt man sich die Pole Sicherheit und Therapie als ein Kontinuum vor, dann bezieht sich die stark sicherheitsorientierte Haltung auf die Gefährlichkeit der Patient:innen.

Hier ist für die Mitarbeitenden nicht einschätzbar wann die Gefährdung anderer Menschen eintreten kann:

*«Und da muss man vielleicht sich vorher beschäftigen, was dürfen sie, was sind die Rahmenbedingungen hier. Und nicht, dass wir dieser Rahmenbedingungen selber sprengen hier. Wir haben immer noch mit Straftäter zu tun, wo wir nicht wissen genau wie sie reagieren, wenn sie in diese Freiheit kommen, mit Gruppendynamik und so weiter».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 52)

Dabei wird es eher als Zumutung erlebt, wenn Patient:innen Regeln in Frage stellen oder das Bedürfnis nach gelebter Sexualität äussern.

Und andererseits kann man aus einer heiklen Situation, ein Patient war anscheinend beim Besuch auf einem Wochenmarkt von den vielen Reizen überflutet und musste beruhigt werden, auch etwas lernen:

*«Aber wir ziehen Rückschlüsse daraus, okay, wir müssen auch schauen können wie geht es der Patientengruppe im Moment, wer kann mitkommen, wer nicht, auf welchem Niveau stehen sie im Moment. Ich finde, das sind ja alles eigentlich gute Rückschlüsse, die man auch wieder integrieren kann im ganzen Prozess. Und ich finde aus dem lernt man ja auch».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 169)

Diese Aushandlungsprozesse der Mitarbeitenden zur Frage wieviel Eigenverantwortung den Patient:innen zugestanden werden sollte, fanden während des gesamten Fokusgruppeninterviews statt und zeigten sich auf den unterschiedlichsten Ebenen z.B. auch bei der Frage ob Patient:innen sich Süßigkeiten selbst einteilen dürften oder ob auch das kontrolliert werden sollte. Dabei wurde insgesamt ersichtlich, dass stark sicherheitsorientierte Mitarbeitende auch wenig Hoffnung hatten, dass ihre Patient:innen jemals wieder ohne Hilfe und Unterstützung würden leben können:

*«Und das ist noch ... Die werden nur stärker mit Unterstützung. Das muss man auch vermitteln, diese Erwartung für die Zukunft, dass sie das selbst gestalten ihre Leben. Das wird nicht funktionieren, weil sie sind schwerkrank. Und genau deswegen sind sie hier. Und in der Regel; von darauf, unserer Klientel sind 96 oder 98 Prozent Leute, die werden ihr ganzes Leben Unterstützung benötigen. Also steuern werden die nie alleine können».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 65-66)

### Ausblick

Die oben beschriebenen Aushandlungsprozesse unter den Mitarbeitenden setzten sich auch beim Ausblick also der Frage wie es weitergehen würde, fort. Nun lag der Fokus aber eher darauf, ob die Patient:innen immer als Gesamtgruppe betrachtet werden müssen, oder ob auch individuelle Regelungen denkbar und notwendig seien. Es gibt aber auch die Position, dass man nicht darauf warten muss bis wieder Patient:innen mit «besseren» kognitiven Fähigkeiten auf der Abteilung sind, sondern gerade bezogen auf die Aktivitäten-Gruppe mit niederschweligen Aktivitäten weitermachen könnte.

*«Wir haben auch evaluiert, dass gerade Aktivität wo sie selber etwas planen, gerade die Außen-Aktivitäten, wo es wirklich mit der Aktivierung von Ressourcen geht, dass sie auch Freude haben, wenn sie etwas machen, planen konnten und das funktioniert hat. Das ist so eine wichtige Erkenntnis wo man sagen kann, diese Tätigkeit- Oder wir können ja uns merken, das und das geht eigentlich auch wenn die Leute eher ein schwaches, auch kognitiv schwaches Niveau haben. Und das vielleicht, wenn mehr Leute plötzlich mit guten kognitiven Fähigkeiten- Wo man sagen kann; okay, denen kann man zutrauen, da würde ich an den PC miteinander sitzen und Tickets*

reservieren. Dass man das so ein bisschen dann auch anpassen kann». (FGI2 MA RA 2 - Tran-skript - TR220654, Pos. 89)

Hier wird sozusagen ein möglicher Kompromiss vorgeschlagen, nämlich, dass nicht alles für alle Zeiten festgelegt werden muss, sondern dass man es auch vom Befinden und Zustand der Patient:innen abhängig machen kann, wenn die Massnahmen entsprechend adaptiert werden und, dass diese Leistung von den Mitarbeitenden erbracht werden muss.

### Empfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf den Gesprächsabschnitten der Fokusgruppeninterviews in denen die Teilnehmenden ihre Arbeit im Projekt reflektierten und überlegten was sie im Nachhinein anders machen würden. Zu diesen Dingen gehört es, sich bei anderen Abteilungen zu erkundigen welche Massnahmen dort eingeführt wurden und wie die dortigen Erfahrungen sind. Es geht also darum den eigenen Horizont zu erweitern und sich inspirieren zu lassen.

Speziell für die Regelgruppe wäre es günstiger gewesen die Zeitintervalle zwischen den Sitzungen kürzer zu wählen, um noch besser präsent zu haben welche Themen beim letzten Mal besprochen wurden. D.h. hier geht es um Kontinuität und das lebendig halten einer Arbeitsgruppe.

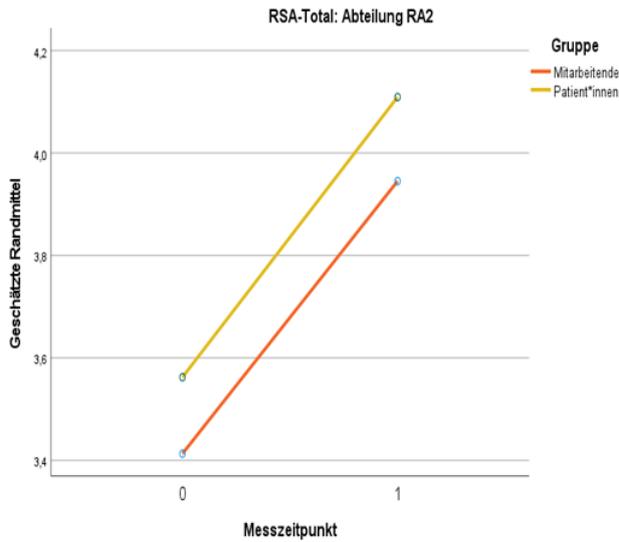
Eine weitere Überlegung dazu war, dass die Erkenntnisse, die aus dem Modellversuch gewonnen wurden wie z.B., dass die Massnahmen an den Zustand und das Befinden der Patient:innen adaptiert werden müssen, in die zukünftige Ausrichtung der Arbeit einbezogen werden müssen.

*«Was sicher aber wichtig ist, welche Erkenntnis haben wir gezogen. Und das können wir in Zukunft besser machen. Vielleicht schauen was eben- Wo sind die Ressourcen, wie können wir mehr das fördern, und gleichzeitig aber auch mehr Aktivität reinbringen. Und so können wir unseren Fokus leiten».* (FGI2 MA RA 2 - Transkript - TR220654, Pos. 166-167)

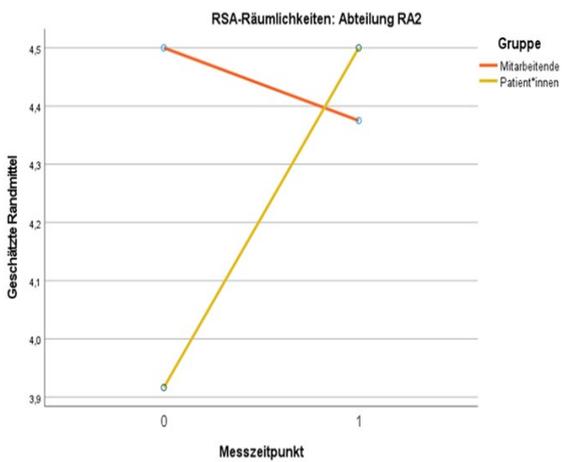
Es geht also auch darum gemeinsam zu lernen.

#### 3.6.2.4 Die quantitativen Ergebnisse

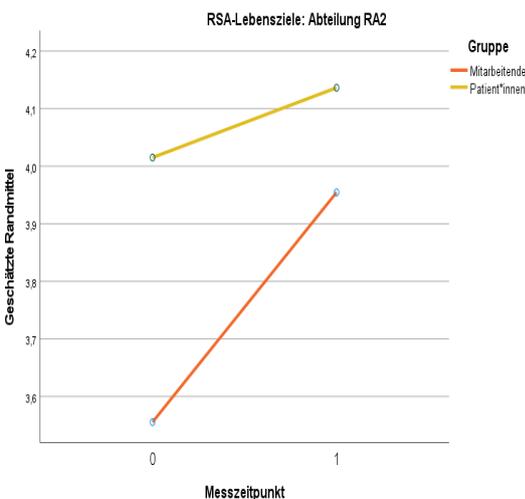
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung RA 2 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



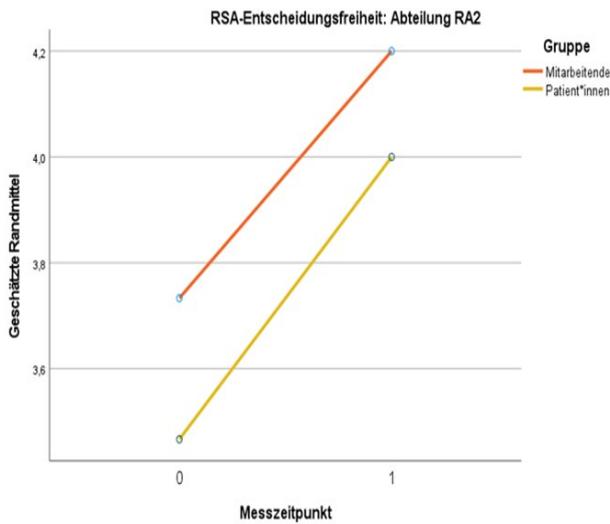
Die Daten zeigen, dass die Wahrnehmung der Bedingungen insgesamt sowohl von Patient:innen als auch von Mitarbeitenden im Verlauf der Zeit als vorteilhafter wahrgenommen werden.



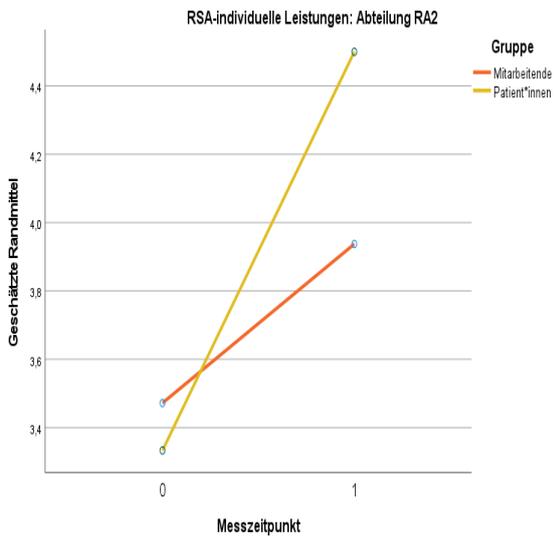
Während die Patient:innen die Räumlichkeiten im Verlauf der Zeit als geeigneter ansehen, wird die Einschätzung der Mitarbeitenden im Verlauf leicht schlechter.



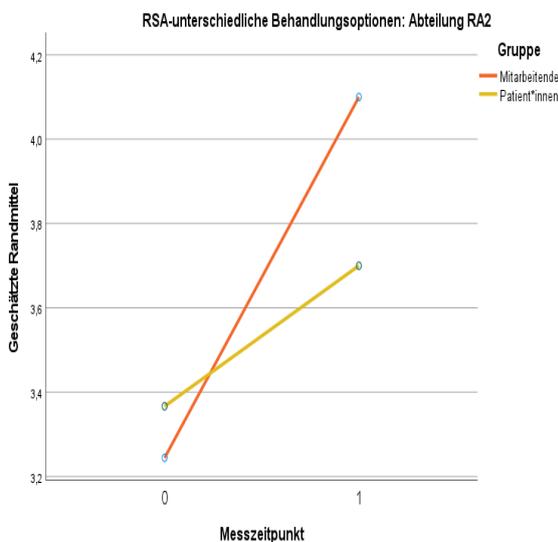
Während die Werte der Mitarbeitenden im Verlauf der Zeit eine Steigerung erfahren, bleiben diejenigen der Patient:innen weitgehend konstant.



Aus der Abbildung geht hervor, dass die Werte bezüglich des RSA-Scores 'Entscheidungsfreiheit' sich sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden verbessern.

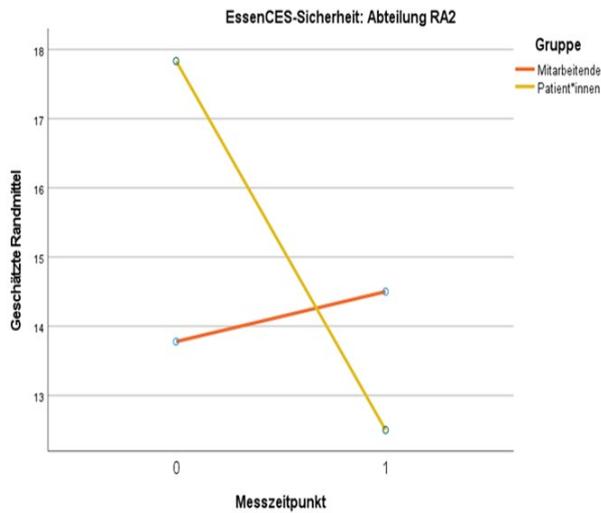


Wie ersichtlich wird steigen die Werte des RSA-Scores 'individuelle Leistungen' sowohl aus Sicht der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden

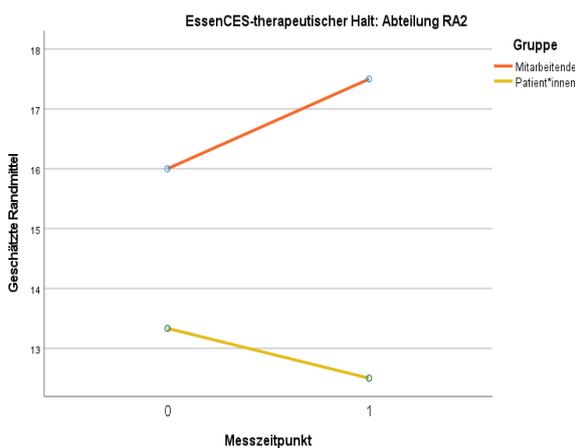


Wie aus der Abbildung hervorgeht, verbessern sich die Werte sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden in Bezug auf die unterschiedlichen Behandlungsoptionen.

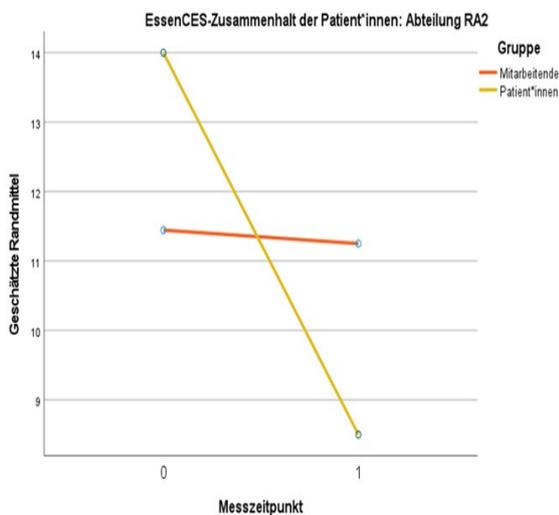
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Die Daten zeigen, dass die Werte bezüglich der wahrgenommenen Sicherheit auf der Abteilung aus Perspektive der Patient:innen sinken, während sie aus derjenigen der Mitarbeitenden weitgehend konstant bleiben.



Während der wahrgenommene therapeutische Halt auf der Abteilung aus der Perspektive der Mitarbeitenden etwas anzusteigen scheint, bleibt er aus Sicht der Patient:innen weitgehend konstant.



Hier zeigt sich, dass sich die Wahrnehmung des 'Zusammenhaltes der Patient:innen' aus deren Perspektive verschlechtert, während die Einschätzung der Mitarbeitenden konstant bleibt.

### *3.6.2.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Daten*

Beim RSA-R haben sich in der Einschätzung der Patient:innen im Modellversuchs alle Scores verbessert. Wie aus den Abbildungen hervorgeht, fallen diese Verbesserungen hinsichtlich der Dimensionen Einbeziehung, individuelle Leistungen, Entscheidungsfreiheit und der Räumlichkeiten am Stärksten aus. Bei den Dimensionen Lebensziele und unterschiedliche Behandlungsoptionen gibt es nur leichte Verbesserungen.

Bei den Einschätzungen der Mitarbeitenden der Scores des RSA-R lässt sich hingegen kein systematischer Trend ausmachen. Der deutlichste Anstieg bei den Mitarbeitenden ergibt sich bei dem Score-Wert unterschiedliche Behandlungsoptionen. Aber auch die Score-Werte Einbeziehung und Entscheidungsfreiheit haben klare Verbesserungen erfahren.

Vergleicht man die Verläufe der Werte der Patient:innen und Mitarbeitenden, insbesondere bei den Scores Einbeziehung und Entscheidungsfreiheit, vor dem Hintergrund der beschlossenen Massnahmen, so zeigt sich eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen der qualitativen Daten: Sowohl die Regelgruppe als auch die Aktivitäten- Gruppe zielten auf die vermehrte, selbstverantwortliche Einbeziehung von Patient:innen in organisatorische Aspekte der Abteilung und der Freizeitgestaltung. Die Werte des RSA-R Scores 'individuelle Leistungen' verbessern sich bei den Patient:innen deutlich, und diejenigen des Scores 'unterschiedliche Behandlungsoptionen' verbessern sich bei den Mitarbeitenden deutlich. Umgekehrt fällt das Ergebnis moderater aus. Dies mag daran liegen, dass die Patient:innen ihren verstärkten Einbezug und ihre gewonnene Entscheidungsfreiheit eher als individuelle Verbesserung wahrnehmen, wenngleich sie im Fokusgruppeninterview betonen, dass sie mit den kleinen Veränderungen eine gute Basis auch für die ihnen nachfolgenden Patient:innen gelegt haben, also das Ganze auch überindividuell betrachten. Vermutlich begreifen die Mitarbeitenden diese 'kleinen Veränderungen' gar nicht als klein, sondern nehmen sie eher als strukturelle Erweiterung des Behandlungsangebotes wahr. Während die, an der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe beteiligten, Mitarbeitenden eher dazu tendierten den Fortbestand der Aktivitäten- Gruppe von den Finanzierungsmöglichkeiten abhängig zu machen, wurde im Fokusgruppeninterview deutlich, dass die dort Beteiligten die Aktivitäten-Gruppe aus inhaltlichen Gründen gerne beibehalten würden, was tatsächlich eine strukturelle Veränderung und Erweiterung des Angebots bedeuten würde.

Im Fragebogen EssenCES verschlechtert sich die Einschätzung der Patient:innen in allen Dimensionen: Bei der empfundenen Sicherheit und der Gruppenkohäsion unter den Patient:innen ist dies sehr deutlich und beim Therapeutischen Halt eher moderat. Dies mag damit zu tun haben, dass die Patient:innen auf der Abteilung RA 2 zum Zeitpunkt der Datenerhebung T<sub>1</sub> gerade einen grösseren Belegungswechsel hinter sich hatten und sich untereinander entsprechend schlechter kannten, und den Zusammenhalt und die Sicherheit daher weniger gut einschätzen konnten.

## **3.6.3 Rheinau Abteilung 3 (RA 3)**

### *3.6.3.1 Die Teilnehmende Beobachtung*

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA 3 an insgesamt 9 Tagen jeweils in der letzten Monatshälfte Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. In den Monaten Oktober, November, Dezember 2020 sowie Januar 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden. Im Mai 2021 sowie im September 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung aufgrund organisatorischer Gegebenheiten ebenfalls nicht stattfinden.

## Das Milieu

Die Abteilung RA 3 wird als geschlossene Abteilung in einem ebenfalls geschlossenen Gebäude geführt. Es gibt einen persönlichen und einen öffentlichen Bereich auf der Abteilung. Zum persönlichen Bereich gehören die Zimmer der Patient:innen, die in der Grösse variieren und im Stil an eine Jugendherberge erinnern (TNB P03). Zum öffentlichen Bereich gehören die Aufenthaltsräume, in denen es auch eine Möglichkeit gibt Billard zu spielen (TNB P10). Im Unterschied zu den Abteilungen RA 1 und RA 2 sind alle Therapie- und Computerräume offen (TNB P04) und an den Wänden hängen Fotocollagen, die Patient:innen und Mitarbeitende bei gemeinsamen Aktivitäten zeigen (TNB P04). Daneben hängen, offenbar von Patient:innen angefertigt, die Abteilungsregeln und Pläne für das Kochen (TNB P08). Zwischenzeitlich ist die Abteilung sorgfältig rund um das Thema Fussball dekoriert (TNB P06). Zusätzlich gibt es eine Terrasse, die sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden genutzt wird (TNB P04) und sowohl als Raum für informelle Begegnungen als auch für therapeutische Einzelgespräche (TNB P04) dient.

Obwohl zeitweise nur wenig Patient:innen auf der Abteilung anwesend sind, entsteht nicht der Eindruck von schläfriger Ruhe (TNB P07), sondern die Atmosphäre wirkt angeregt. Die Patient:innen gehen zur Arbeitstherapie (TNB P04), und haben therapeutische Einzelgespräche mit dem Stationsarzt (TNB P06) oder der Psychologin (TNB P08). Die Patient:innen kochen einmal täglich selbst (TNB P10) und erhalten für den Küchendienst ca. 2 CHF (TNB P03). Die Mahlzeiten werden durch das Läuten einer Kuhglocke angekündigt (TNB P04). Zusätzlich gelten die Tage von Mittwoch bis Samstag als «Kochtage», was bedeutet, dass die Patient:innen sich selbstständig eintragen und ihr Wunschessen zubereiten können (TNB P03). Entsprechend erledigen zwei Patient:innen den Einkauf in Begleitung von Mitarbeitenden (TNB P10).

Darüber hinaus gibt es gemeinsame Aktivitäten wie z.B. eine Winterwanderung zu einem Grillplatz im Wald an denen sich alle Patient:innen und die anwesenden Mitarbeitenden beteiligen (TNB P02). Die Wanderung wird in einer schnelleren und einer langsameren Gruppe absolviert und musikalisch begleitet. Die Patient:innen sind zuständig für das Grillieren und bereiten Würstchen und Poulet-Flügel zu, die mit Brot gegessen werden. Während des Essens bilden sich kleine Grüppchen in denen sich vornehmlich Patient:innen mit Patient:innen und Mitarbeitende mit Mitarbeitenden unterhalten. Gemeinsame Aktivitäten scheinen von Bedeutung zu sein auf dieser Abteilung, wie einerseits die hier beschriebene Aktivität, aber auch die Fotocollagen an den Wänden und die Tatsache, dass die TNB im September 2021 aufgrund von gemeinsamen Ferien der Abteilung RA3 ausfallen musste, zeigen.

## Die Recovery-Orientierung und ihre Grenzen

Die Recovery-Orientierung zeigt sich deutlich im Engagement der Patient:innen auch ausserhalb der Arbeitsgruppe. Sie haben viele Vorschläge für Massnahmen gesammelt (TNB P01) und zeigen sich sehr daran interessiert welche Massnahmen sich die anderen, am Modellversuch beteiligten Abteilungen überlegt haben (TNB P02). Auch neu auf der Abteilung aufgenommene Patient:innen beteiligen sich gerne daran (TNB P09). Für ihre Abteilung haben sie den Plan gefasst das Angebot eines Englischkurses für die Patient:innen zu schaffen und feststehende Fitnessgeräte im Aussenbereich der Abteilung aufzustellen, so dass sie diese selbständig ohne Begleitung durch Mitarbeitende nutzen können (vgl. Protokoll AG 2 & 3). Die erste Massnahme bezieht sich auf das Thema «Bildung», das für die Patient:innen nach wie vor sehr wichtig ist (TNB P02, 03, 09), was bereits im ersten Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen zum Ausdruck kam. Insofern ist die Planung dieser Massnahme konsequent.

Bezüglich der zweiten Massnahme, der Montage von feststehenden Fitnessgeräten, inspizieren die Patient:innen den Aussenbereich, um eine geeignete Stelle für deren Platzierung zu finden (TNB P03) und überlegen wie sie diese Planung bei dem leitenden Arzt anbringen können (TNB P04). Die Mitarbeitenden unterstützen die Patient:innen dabei, weil sie die Massnahme ebenfalls für sinnvoll halten und den Patient:innen gerne

die Möglichkeit bieten wollen ohne ständige Aufsicht trainieren zu können (TNB P 09). Sie bringen zum Ausdruck, dass sie bei den Patient:innen grosse Fortschritte in deren persönlichen Entwicklungen sehen (TNB P07) und achten gezielt auf deren Ressourcen (TNB P08).

Andere Mitarbeitende wiederum glauben nicht an die Fähigkeit von Patient:innen diese Fitnessgeräte selbständig organisieren zu können und wollen diesen Teil des Projekts lieber abbrechen (TNB P 03) bzw. schildern den Patient:innen die damit verbundenen Hürden, was von den Patient:innen eher als mangelndes Interesse interpretiert wird (TNB P03).

Bezüglich des Englischkurses gibt es im Projektverlauf etliche Hürden. So wird vom übergeordneten Management diskutiert, ob die Patient:innen überhaupt in der Lage seien ein Bildungsangebot wahrzunehmen (TNB P09) und ob nicht ein Computerkurs geeigneter wäre. Dies ist für die Mitarbeitenden der Abteilung keine einfache Situation, da sie das Gefühl haben, eine aus ihrer Sicht sinnvolle Massnahme von der die Patient:innen profitieren würden, gegen viele Widerstände durchsetzen zu müssen (TNB P08, 09).

### *3.6.3.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Auf der Abteilung RA3 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 14 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzungen vom Dezember 2020 und Januar 2021 mussten Corona-bedingt ausfallen. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich zwei Patient:innen und ein Mitarbeitender teil.

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorische Herausforderung, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit der Patient:innen in den Arbeitsgruppen.

Die thematische Analyse der Sitzungsprotokolle zeigt, dass bis zum Ende der Prozessbegleitung auf dieser Abteilung keine Massnahme umgesetzt werden konnte. Trotzdem haben die Mitarbeitenden und die Patient:innen engagiert in der Arbeitsgruppe weiter gearbeitet, sich nicht von unterschiedlichen Einschätzungen abschrecken lassen, Zeiten der «Ungewissheit» ausgehalten und waren am Ende erstaunt und erfreut, dass die Massnahmen schliesslich doch genehmigt worden sind. Das bedeutet, dass hier doch ein Ermächtigungsprozess stattgefunden hat und dass sich die Patient:innen mit Unterstützung der Mitarbeitenden auf angemessene Weise für ihre Wünsche einsetzen und argumentativ überzeugen konnten, was sicherlich zum Erleben von Selbstwirksamkeit beigetragen hat.

### *3.6.3.3 Die Fokusgruppeninterviews*

#### *Die Patient:innen*

Das Fokusgruppeninterview mit den Patienten – da ausschliesslich männliche Patienten an diesem Fokusgruppeninterview beteiligt waren, wird hier nur die männliche Bezeichnung verwendet – der Abteilung RA 3 fand am 27.01.2022 von 11.00-12.00 Uhr statt. Insgesamt nahmen vier Patienten an dem Interview teil. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt | VD in Forensik |
|----|------------|-------|----------|--------|----------------|
| 1  | ♂          | 38    | F25.0    | Gewalt | 16 Monate      |
| 2  | ♂          | 33    | F20.0    | Gewalt | 6 Monate       |
| 3  | ♂          | 22    | F20.0    | Gewalt | 7 Monate       |
| 4  | ♂          | 37    | F20.0    | Gewalt | 24 Monate      |

Tabelle 11 Überblick Teilnehmer FGI T<sub>1</sub> PAT RA 3

Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Sie an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denken, was geht Ihnen dann durch den Kopf?» Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

### Rückblick

Im Rückblick sind die Patienten sehr zufrieden mit dem Verlauf des Modellversuchs und loben den wissenschaftlichen Mitarbeiter, der die Arbeitsgruppe begleitet hat und zu den Teilnehmenden Beobachtungen anwesend gewesen ist. Sie haben ihn als Unterstützung erlebt, auch wenn noch nicht beide Massnahmen umgesetzt sind.

Auch von den Mitarbeitenden fühlen sich die interviewten Patienten unterstützt und haben den Eindruck, dass es ihnen in dieser Konstellation gelungen ist mehr zu erreichen als anderen Abteilungen.

*«Sprecher 2: Die Mitarbeiterinnen haben das sehr unterstützt.*

*Sprecher 3: und das Ganze sehr, sehr gefördert.*

*Sprecher 2: Ja, Frau [Mitarbeiterin] war auch mal da. Und Frau [Mitarbeiterin] war auch noch hier. Viel. Es hat eben, sosehr eine gute Kombination-, und dann ist es eigentlich so ein Ergebnis geworden.*

*Sprecher 1: Und ich habe das Gefühl, die anderen Stationen haben nicht so die Möglichkeit, so etwas Großes wie jetzt die Fitnessgeräte zu organisieren». (FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 176-180)*

Dass die Fitnessgeräte nach diesem langen «hin und her» (FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 8) (vgl. auch thematische Beschreibung Protokolle Arbeitsgruppe RA 3) nun tatsächlich da und aufgestellt sind, erfüllt die Patienten mit Freude:

*Sprecher 1: Für mich ist es eine Mega- Veränderung, eigentlich. Ja.*

*Sprecher 3: Und jetzt noch, da es kalt ist, aber wenn das Wetter schön wird und so, dass die Stange nicht mehr so kalt ist (...)*

*Sprecher 1: Ja, dieses Mal bin ich wirklich-, ich konnte es fast nicht glauben, als die dagestanden sind. Es hat mich so mit Freude erfüllt, wirklich. Also ich weiß nicht-, Ihnen kann man auch nochmal danke sagen, für das? Oder?*

*Sprecher 2: Sicher, ja! (FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 67-71)*

Dabei denken sie nicht nur an den Gewinn, den sie selbst davon haben, sondern auch daran, dass es für nachfolgende Patient:innen ebenfalls eine Verbesserung darstellt. Dies gilt auch für den Englischunterricht, auch wenn dieser noch nicht begonnen hat, weil die dortigen Mitarbeitenden anscheinend den Kontakt mit den Patienten scheuen (vgl. auch thematische Beschreibung Protokolle Arbeitsgruppe RA3).

Im Unterschied zum Englischkurs sind die Fitnessgeräte aus der Perspektive der Patienten aber eine sichtbare und vor allem nachhaltige Verbesserung.

«Es steht hier und es bleibt 20, 30 Jahre hier. Dann hatte ich persönlich-, ich habe das Gefühl, ich bin Patient hier, aber doch ein bisschen, ein kleines bisschen, habe ich auch mit bewirkt. Wo für die anderen-, also Verbesserung kann man ja immer machen. Und das hat ja mit allem auch eigentlich gut geklappt».

(FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 45)

Dies vermittelt Ihnen das Gefühl etwas geschafft zu haben. Das erfüllt sie einerseits mit Stolz und andererseits scheint es ihnen auch Sinn zu vermitteln.

### Ausblick

Die Patienten würden gerne gemeinsam mit den Mitarbeitenden weiter in einer Gruppe zusammenarbeiten, denn sie fühlen sich von ihnen ernst genommen und unterstützt:

«Ja, auf jeden Fall. All Jahr kommen neue Patienten hier. Und die haben auch andere Wünsche als wir jetzt da. Und eine Verbesserungsmöglichkeit gibt es ja immer. Also ich würde eigentlich, es ist auch so Beschäftigung: Aha, man nimmt es wahr, man fragt jemanden. Als Patient hier ist man nicht einfach abgestellt und fertig. Sondern man macht mit denen was. Man holt ja auch Ideen oder ja-, was-, Vorschläge von denen mit. Und dann-, ja. Weil es gibt vieles noch, wo man machen könnte».

(FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 90-92)

Allerdings sehen sie auch, dass nicht kontinuierlich finanzielle Investitionen wie für die Fitnessgeräte vorgenommen werden können. Deswegen diskutieren sie, ob es nicht sinnvoll wäre so etwas alle zwei bis drei Jahre zu wiederholen, damit auch später aufgenommene Patient:innen ihre womöglich ganz anderen Ideen einbringen könnten. Diese Beschränkung gilt in ihrer Perspektive aber nur, wenn Veränderungsmassnahmen Geld kosten. Wenn dies nicht der Fall ist, gibt es keinen Grund nicht kontinuierlich weiter zu machen.

«Also Sie, wenn es nicht Geld kostet, versuchen könnten wir eigentlich immer. Wir haben die Zeit zur Verfügung hier, wir haben die Räumlichkeiten, und Leute die mitmachen, gibt es auch immer wieder». (FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 126)

Denn:

«Das Potenzial ist vorhanden. Immer. Und es ist-, ich würde das bejahen».

(FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 100-101)

### Empfehlungen

Die Arbeitsgruppe durch eine externe Begleitung moderieren zu lassen, ist die einzige Empfehlung, die von den am Fokusgruppeninterview teilnehmenden Patienten abgegeben wird.

«Aber es ist eben ganz anders, wenn jemand von dort kommt, von Basel [gemeint ist der wiss. Mitarbeiter], das heißt: Jemand schickt ihn. Hier zu schauen, was die Patienten gerne möchten. Ist er dafür bezahlt. Jemand unterstützt dieses System. Das macht genau einen anderen Punkt». (FGI2 PAT RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 127)

Wie dieses Zitat zeigt, entsteht der Unterschied durch das Gewicht welches dem Ganzen durch eine externe Begleitperson – die einen Auftrag dafür hat, von jemandem bezahlt wird damit sie ihre Zeit zur Verfügung stellt – verliehen wird. Und dieses Gewicht bedeutet, dass die Arbeitsgruppe ernst genommen werden muss.

## Die Mitarbeitenden

Das zweite Fokusgruppeninterview mit Mitarbeitenden der Abteilung RA3 fand am 27.01.2022 in der Zeit von 16.00-17.00 Uhr statt. Es nahmen drei Mitarbeitende aus dem Pflegedienst (1 ♂ & 2 ♀) und eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes teil. Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Ihr an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denkt, was geht Euch dann durch den Kopf? » Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

## Rückblick

Im Fokusgruppeninterview nahmen sich die Beteiligten Zeit für einen Rückblick, der im Wesentlichen der Chronologie des Modellversuchs folgte. Auf der Abteilung RA 3 gibt es hierbei eine Besonderheit. Die pflegerische Abteilungsleitung, die zu Beginn des Modellversuchs noch arbeitete, ging im Verlauf – nach ca. dem ersten Drittel – in den Ruhestand. Die neue pflegerische Abteilungsleitung kam von einer nicht am Projekt beteiligten Abteilung und musste sich nicht nur in die für sie neue Abteilung, sondern auch in die neue Rolle einarbeiten. Die Beteiligung an dem Modellversuch war eine zusätzliche Herausforderung:

*«Also ich bin ja, ich bin quasi hineingestossen worden, erzwungenermassen. Spass. Und habe mich dann ein bisschen damit auseinandergesetzt. Ich war nicht von Beginn an dabei, was es ein bisschen schwieriger gemacht hat, um nachvollziehen zu können, was der Sinn dahinter ist, was hat man alles schon gemacht, was muss man noch machen».*

(FGI2 MA RA 3 – Transkript – TR220654, Pos. 3)

Dies führte teilweise auch zu Missverständnissen z.B. bezogen auf die Mitarbeit der Patient:innen. Aus ihrer Sicht haben diese dem für den Modellversuch zuständigen Mitarbeitenden häufig Arbeitsaufträge wie Telefonate und/oder Emails gegeben, was sie in dieser Form nicht als sinnvoll erachtete. Der Mitarbeitende konnte dann aber erklären, dass diesen gar keine andere Wahl geblieben war, weil die Adressaten der Telefonate und Mails insbesondere die Sprachschulen nicht mit den Patient:innen kommunizieren wollten. Es gab also eine deutliche Stigmatisierung.

Den grössten Teil des Fokusgruppeninterviews diskutierten die Teilnehmenden aber die Frage wie es gekommen ist, dass der geplante Englischkurs bislang immer noch nicht stattgefunden hat und die Fitnessgeräte auch erst zum Ende des Modellversuchs aufgestellt werden konnten, d.h. sie versuchten den Hergang zu rekonstruieren und sprachen über die «Stolpersteine» (FGI2 MA RA3 - Transkript - TR220654, Pos. 3). Einer dieser Stolpersteine war eindeutig die Corona-Pandemie und die daraus resultierenden Schutzmassnahmen. Vor der Pandemie war der Modellversuch als gut aufgeleitet und vor allem als interdisziplinäres Projekt verstanden worden.

*«Also ich war jetzt zwar von Beginn an dabei, aber da war es eigentlich aufgestellt auf das interdisziplinäre Team. Das fand ich ganz lebendig und angenehm. Und plötzlich kam Corona und dann war es irgendwie-, hiess es nur noch so und so viele Leute dürfen dabei sein. Und dann haben wir beschlossen, dann machen es von der-, ja, es waren-, die Sozialarbeiter war dann auch draussen wegen Corona bedingt. Eigentlich waren alle weg, die Ärzte waren eh plötzlich alle weg».* (FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 4)

Wie das Zitat zeigt, hat sich das mit Beginn der Pandemie verändert. Erschwerend kam die anscheinend länger dauernde, krankheitsbedingte Abwesenheit einer leitenden Mitarbeiterin hinzu, die zuvor sehr engagiert mitgearbeitet hatte.

Das Corona-Schutzkonzept sah vor, dass sich nur eine begrenzte Anzahl von Menschen gleichzeitig in einem Raum aufhalten durfte. Dies führte dazu, dass sich nur noch ein bis zwei Mitarbeitende aus dem Pflegedienst in der Arbeitsgruppe engagieren konnten, damit doch zwei bis drei Patient:innen mitarbeiten konnten. Im Erleben der Mitarbeitenden des Pflegedienstes hat damit das Projekt die Anbindung verloren:

*«Dann war sie krank, dann fiel sie aus, eben dann war einfach durch die äusseren Umstände. Und dann war es eigentlich nirgends mehr angesiedelt».*

(FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 87)

Auch bezogen auf die geplante Massnahme Englischkurs hatte das Corona-Schutzkonzept in zweifacher Hinsicht direkten Einfluss. Einerseits sind durch die Verschiebung von Arbeitsplätzen in das Homeoffice, z.B. der Sozialarbeiterin, wichtige Informationen zur Vorarbeit bezgl. des Sprachkurses, trotz Email-Nachrichten, verloren gegangen:

*«Auch das finde ich jetzt eben zum Beispiel schade, da war das Wissen und die Arbeit dahinter, von der ich auch nichts gewusst habe, weil das einfach so vor sich hinlief und man sich nicht mehr treffen durfte, du nicht mehr auf die Station durftest».*

(FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 66)

Und andererseits hätte aufgrund des Schutzkonzeptes weder die Möglichkeit des Präsenzunterrichts noch die Beteiligung von Patient:innen anderer Abteilungen an demselben stattfinden können.

Dass die Mitarbeitenden den Englischkurs «schon abgeschrieben» hatten, hat mit dem Sicherheitskonzept der Einrichtung zu tun. Es scheint vorzusehen, dass ein Internetzugang für Patient:innen nur über einen einzelnen Rechner auf der Abteilung möglich ist. Obwohl etliche Patient:innen anscheinend über eigene Laptops verfügen, dürfen sie damit nicht online gehen.

*«Wir haben die Infrastruktur nicht, ich habe es schon gesagt, ihr müsst präsent sein, weil nur einen externen PC, der da über die Klientel zugänglich, da haben wir nur einen. Sonst hätten wir ganz viel auf private Infrastruktur setzen müssen und das ist wahrscheinlich auch nicht so gewollt, weil viele von den Patienten, die haben halt einen Laptop, aber halt kein Internetzugang. Und dann wird es halt schwierig. Und deswegen haben wir das Englisch beerdigt. Online wäre es natürlich am besten gewesen, aber die IT hat von Beginn gesagt, eben auch Hotspot braucht ein WLAN, das gibt es nicht. Das sind diese Sicherheitsvorschriften. Aber da sind uns da wie die Hände gebunden und etwas organisieren, was man dann schlussendlich gar nicht durchführen kann, ist dann auch wie im Sande verlaufen».*

(FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 22- 24)

Andererseits beinhaltet das Pandemie-Schutzkonzept für die zweite Massnahme «Aufstellen von Fitnessgeräten im Aussenbereich der Abteilung» auch eine Chance, da alle Bewegungstherapien und Sportangebote nicht mehr stattfinden konnten (vgl. Thematische Beschreibung der Arbeitsgruppe RA3).

Ein zweiter Stolperstein lag darin, dass es anscheinend in der Klinikleitung unterschiedliche Haltungen dem Modellversuch gegenüber gegeben hat.

*«Was ich noch schwierig fand ist, so die Kommunikation aller Beteiligten. Das heisst, von meinem Vorgesetzten und von der Klinikleitung, da hatte ich immer wieder das*

*Gefühl, es kommen von zwei Seiten zwei verschiedene Informationen und ich bin dann mittendrin und das hat mich verunsichert, was soll ich jetzt machen».*

(FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 3)

Diese Unsicherheit bezieht sich insbesondere auf den geplanten Englischunterricht, für den viel Aufwand betrieben werden musste, um überhaupt mit der Planung weiter zu kommen (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung Protokolle Arbeitsgruppe). Dabei gab es zunächst keine Bewilligung des Englischkurses von der Klinikleitung, die argumentierte, dass dieser die Belastbarkeit der Patient:innen übersteigen würde. Diese Einschätzung wurde weder von den Patient:innen noch von den Mitarbeitenden der Abteilung geteilt, die am Englischkurs festhalten wollten. Da den Mitarbeitenden unklar war, wen genau sie von ihrer Sichtweise überzeugen müssten, ergaben sich insgesamt lange Verzögerungen.

Obwohl der Prozess die Mitarbeitenden viel Arbeit und Energie gekostet hat, sehen sie das Projekt für die Patient:innen als Erfolg an.

*«Diese Selbstwirksamkeit ist schon, dass die immer dabeigeblichen sind, mit einer Energie. Die waren immer da, ich war ja dann auch, wenn du nicht da warst, habe ich auch Sitzungen mitgemacht. Die waren immer engagiert und die haben einfach nicht lockergelassen. Es hiess der Englischkurs ist nicht, das hat man ihnen mitgeteilt, die haben dann aber gesagt, sie wollen einen Englischkurs. Das fand ich schon gut. Also das wäre nie zustande gekommen, wenn die nicht gewesen wären. Also das kann man ihnen auch einmal so zurückmelden».* (FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 92)

Den Erfolg führen die Mitarbeitenden einerseits auf die engagierte Mitarbeit der Patient:innen zurück und andererseits darauf, dass die Patient:innen auch erlebt haben, dass die Mitarbeitenden sich für ihre Anliegen eingesetzt haben.

### Ausblick

Aktuell sind die Mitarbeitenden froh, dass die Fitnessgeräte nun da sind und benutzt werden können.

*«Ich bin jetzt auch froh, dass die Sportgeräte stehen und hoffe, dass das mit dem Englischkurs irgendwann wieder aufgegriffen wird».* (FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 122)

Am Englischkurs für die Patient:innen wollen sie weiter festhalten, auch wenn das auf den unbestimmten Zeitpunkt «Irgendwann» verschoben wird. Dies hat vor allem mit der Corona-Pandemie zu tun, weil weiterhin kein konkreter Präsenzunterricht geplant werden und Onlineunterricht aus Sicherheitsgründen nicht angeboten werden kann. Es bleibt ihnen ein Anliegen die Patient:innen in ihrem Bedürfnis nach Bildung ernst zu nehmen und weiter zu unterstützen:

*«Also für mich ist ehrlich gesagt der Englischkurs jetzt im Augenblick kein Thema mehr. Aber das ist auch mehr so Corona bedingt. Ich werde das sicher wiederaufnehmen, wenn jetzt der Bedarf weiter bestehen sollte bei den Patientengruppen, dass man das auch ernst nimmt und dann auch wirklich einmal organisiert».* (FGI2 MA RA 3 - Transkript - TR220654, Pos. 107)

### Empfehlungen

Aufgrund ihrer Erfahrungen im Projektverlauf, kommen die Mitarbeitenden zu dem Schluss, dass Transparenz, Information und Kommunikation den Dreh- und Angelpunkt für das Gelingen eines solchen Projektes darstellen.

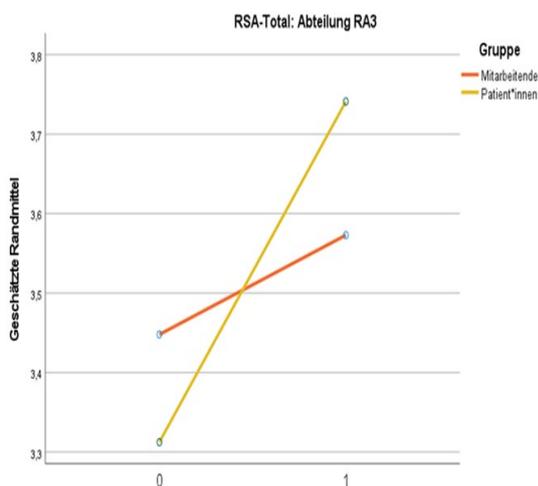
Transparenz bedeutet für sie, dass alle informiert sind. Zur Umsetzung dieses Anspruchs haben sie unterschiedliche Vorschläge wie z.B. ein Projektlogbuch zu führen oder alle involvierten Mitarbeitenden im projektbezogenen Mailverkehr in den Verteiler zu nehmen.

Damit wird gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden und den Patient:innen gefördert.

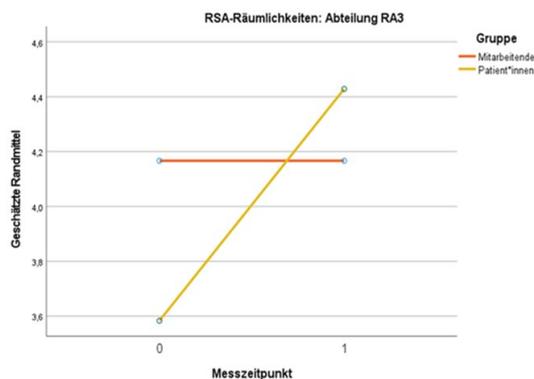
Darüber hinaus wird empfohlen diese Form der Transparenz nicht nur auf der eigenen Abteilung zu fördern, sondern auf die anderen Abteilungen auszudehnen und auch dort zu informieren, um damit Missstimmungen vorzubeugen und mehr Verständnis füreinander zu schaffen.

### 3.6.3.4 Die quantitativen Ergebnisse

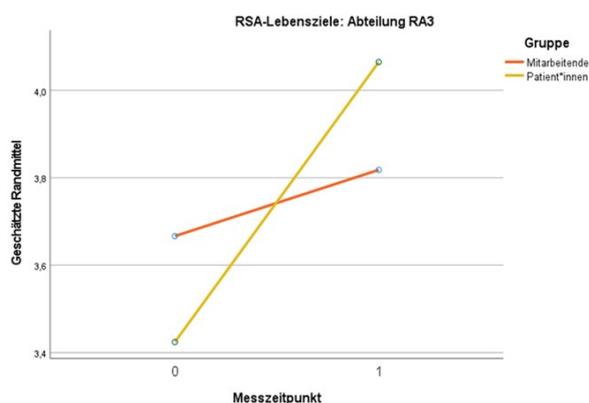
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung RA 3 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



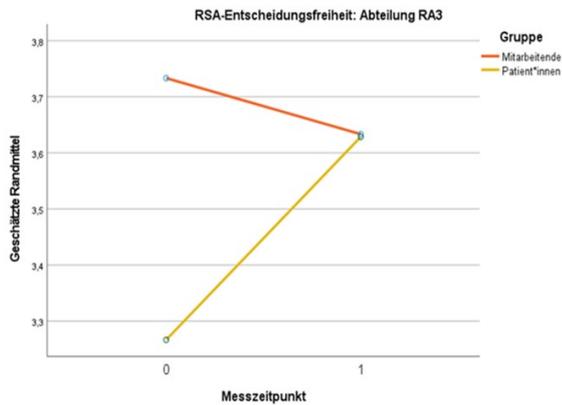
Die Grafik zeigt, dass sich die Werte in Bezug auf den «RSA-Total»-Score bei den Patient:innen deutlich, und bei den Mitarbeitenden leicht verbessern.



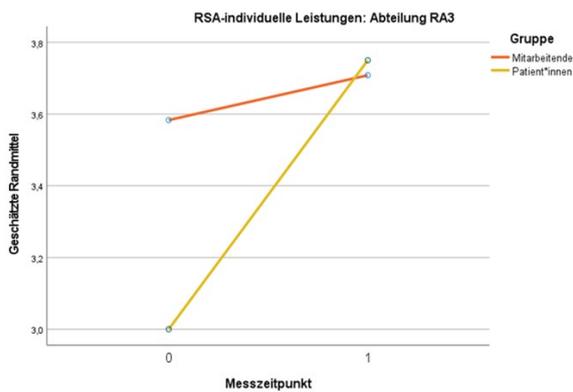
Mit Sicht der Mitarbeitenden bleiben die Werte in Bezug auf den RSA-Score 'Räumlichkeiten' über den Verlauf der Zeit konstant, während sie sich aus der Perspektive der Patient:innen deutlich, verbessern.



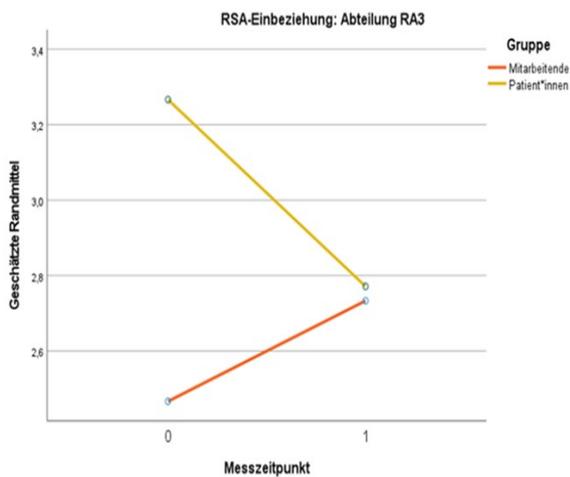
Die Daten zeigen, dass sich die Unterstützung der «Lebensziele» aus Sicht der Patient:innen im Verlauf des Modellversuchs verbessert hat, während sie aus Sicht der Mitarbeitenden konstant blieb, mit einer leichten positiven Tendenz.



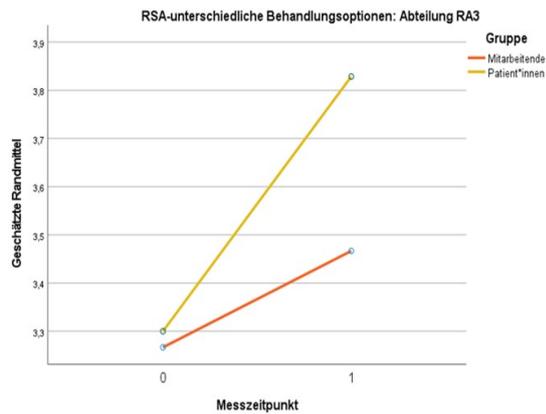
Die Abbildung zeigt, dass der Verlauf der wahrgenommenen «Entscheidungsfreiheit» aus Sicht der Mitarbeitenden mit einer negativen Tendenz weitgehend konstant bleibt, während er sich aus Perspektive der Patient:innen verbessert



Auf der Abteilung blieb das Angebot der «individuellen Leistungen» aus Sicht der Mitarbeitenden weitgehend konstant, während es sich aus Perspektive der Patient:innen verbesserte.

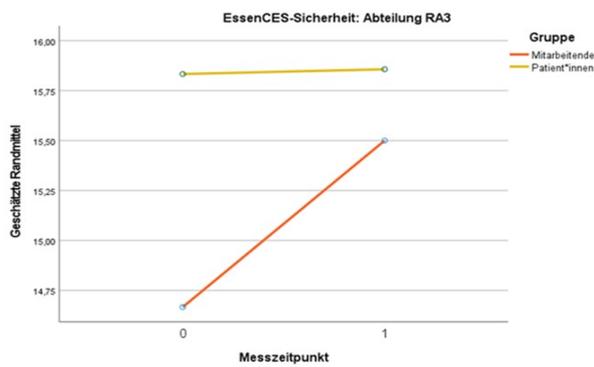


Wie aus den Daten hervorgeht, verschlechterte sich die wahrgenommene Einbeziehung aus Sicht der Patient:innen, während sie sich aus Sicht der Mitarbeitenden etwas verbesserte.

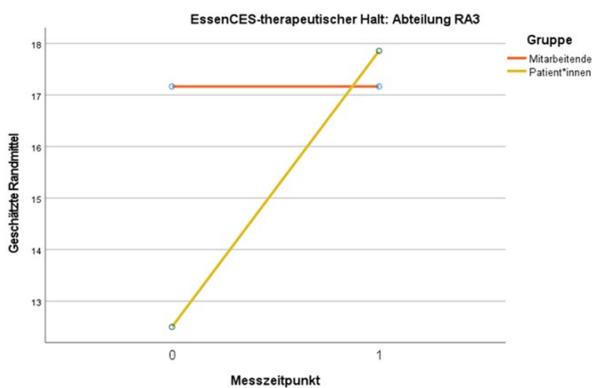


Wie aus den Daten hervorgeht, nahmen die unterschiedlichen Behandlungsoptionen aus Sicht der Patient:innen zu, und zwar in einem deutlich stärkeren Masse, als bei den Mitarbeitenden.

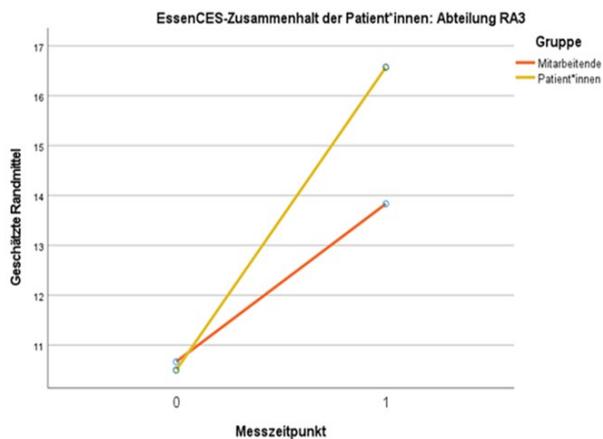
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Während die wahrgenommene «Sicherheit» aus Sicht der Patientinnen konstant blieb, nahm sie aus Perspektive der Mitarbeitenden leicht zu.



Der therapeutische Halt blieb in der Wahrnehmung der Mitarbeitenden konstant, während er sich aus Sicht der Patient:innen deutlich verbesserte



Wie aus den Daten hervorgeht, verbesserte sich der wahrgenommene Zusammenhalt in der Patient:innengruppe sowohl aus Sicht der Patient:innen als auch aus Sicht der Mitarbeitenden deutlich.

### 3.6.3.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

Wie aus den qualitativen Daten ersichtlich wurde, haben sowohl Patient:innen als auch Mitarbeitende trotz oder möglicherweise gerade wegen widriger Umstände bei der Umsetzung der geplanten Massnahmen den Eindruck gemeinsam etwas erreicht zu haben. Dies scheint sich durch die quantitativen Daten zu bestätigen. Beim RSA-R Gesamtscore zeigen sich deutliche Verbesserungen in beiden Gruppierungen. In der Gruppe der Patient:innen wird dies am deutlichsten bei der Frage nach der Recovery – Tauglichkeit der räumlichen Umgebung. Dies hat vermutlich damit zu tun, dass es gelungen ist die Fitnessgeräte im Aussenbereich der Abteilung zu installieren. Wie insbesondere im Fokusgruppeninterview mit den Patienten deutlich wird, sind sie sehr stolz, dass dies gelungen ist und haben den Eindruck damit etwas Nachhaltiges geschaffen zu haben.

Die Möglichkeit, selbstbestimmt (Kraft-)Sport treiben zu können, könnte zumindest teilweise auch die Verbesserungen der anderen Scores bedingt haben. Zuvor war es den Patient:innen nur zu bestimmten Zeiten und mit einer Anmeldung möglich, unter Aufsicht die Fitnessgeräte in einem ausserstationären Raum für eine bestimmte Zeit zu verwenden.

Bei den Patient:innen verschlechterte sich nur der RSA-R Score 'Einbeziehung', so dass sich zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> ein identisches Niveau mit der Einschätzung der Mitarbeitenden ergibt. Dies mag damit zu tun haben, dass die Patient:innen im Verlauf des Modellversuchs erlebt haben, dass sie in vielen Bereichen an für sie nicht überwindbare Grenzen der Einbeziehung stossen wie z. B. bei der Kommunikation mit den Dienstleistungsanbietern für Englischkurse oder den Herstellern der Fitnessgeräte oder den organisatorisch übergeordneten Ebenen der Institution.

Dem gegenüber stehen die Dimensionen des EssenCES, nämlich Therapeutischer Halt und Zusammenhalt unter den Patient:innen, die sich beide aus der Sicht der Patient:innen deutlich verbessert haben, welche wiederum die Ergebnisse aus den qualitativen Daten zu bestätigen scheinen. In der Auseinandersetzung mit den 'widrigen Umständen' haben sich sowohl die Patient:innen untereinander als auch die Mitarbeitenden mit den Patient:innen solidarisiert. Zumindest ersteres scheinen auch die Mitarbeitenden so zu sehen, denn in der Dimension 'Zusammenhalt in der Patientengruppe' ist aus ihrer Sicht die einzige Verbesserung eingetreten, während alle anderen Scores in etwa konstant geblieben sind.

### 3.6.4 Basel Abteilung 1 (BA 1)

#### 3.6.4.1 Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung BA 1 an insgesamt 16 Tagen jeweils gegen Ende eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich vier Stunden Dauer durchgeführt. Davon galten vier Teilnehmende Beobachtungen ausschliesslich dem «Meeting», das als eine Massnahme auf der Abteilung eingeführt worden war. Das «Meeting» ist eine extern, von der Seelsorgerin der Klinik, moderierte Gesprächsrunde zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden von ca. einer Stunde Dauer.

Die thematische Analyse (Braun & Clarke 2006) der Beobachtungsprotokolle unter Nutzung der Software MAXQDA 20 ergab folgende Themen: Das Milieu der Station, die Tätigkeiten der Mitarbeitenden, die Recovery-Orientierung und deren Grenzen sowie die Rolle des Beobachters.

#### Das Milieu

Die Abteilung BA 1 ist eine geschlossen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes. Der Zutritt zum Gebäude erfolgt für Mitarbeitende getrennt von Patient:innen und Besucher:innen durch einen separaten Eingang, der gleichwohl von den Mitarbeitenden des Empfangs des Klinikgebäudes geöffnet werden muss. Anders als in der Interventionseinrichtung Rheinau verfügt der wissenschaftliche Projektmitarbeiter, als Angestellter der Klinik in Basel, über einen Schlüssel, so dass er zwar nicht das Gebäude jedoch die Stationen selbständig betreten kann.

Die Abteilung verfügt mehrheitlich über Dreibettzimmer, die grösstenteils unaufgeräumt bis verwahrlost wirken, weil z.B. Kleidung, Tabak, Videospiele, Elektronikgeräte und Weiteres über Betten und Stühle verteilt sind (TNB P02), so dass sich insgesamt der Eindruck von Enge und räumlicher Beschränkung (TNB P01) ergibt. Einige der Patient:innen erleben dabei insbesondere den öfter vorkommenden Wechsel der Zimmernachbar:innen als belastend, weil es in diesen Zimmern ohnehin kaum Privatsphäre gibt, die bei solchen Wechseln dann mit neuen Menschen geteilt werden muss (TNB P05). Jemand von den Patient:innen äussert diesbezügliche Protest auf einem Zettel, der auf dem Flur neben der Zimmertür aufgehängt ist. Darauf ist zu lesen: «Wir sind keine Patienten, wir sind Kunden», was mit Angaben zu den monatlich verursachten Kosten illustriert wird (TNB P05).

Am Eingang der Station befindet sich ein grosser Multifunktionsraum, der sowohl als Besucherraum, Raum für Gesprächsgruppen, teilweise Einzelgespräche, Sportangebote (TNB P03) und auch als Raum für den Rapport der Mitarbeitenden – insbesondere während der Pandemie mit begrenzter Personenzahl pro Raumgrösse (TNB P04) – genutzt wird. Für Sportangebote gibt es im Keller des Gebäudes einen weiteren grossen Raum, der von den Patient:innen nicht unbegleitet benutzt werden kann (TNB P03), aber genutzt werden muss, wenn der Multifunktionsraum auf der Abteilung anderweitig besetzt ist. Dies bedeutet, dass die Patient:innen vor dem Sportangebot vor der Stationstür versammelt werden müssen, was ein umständliches Procedere darstellt, weil sie sich während des Wartens auf die Vollständigkeit der Gruppe immer wieder auf der Abteilung verstreuen (TNB P03).

Auf dem Flur der Abteilung, der zu einem weiteren, grösseren Aufenthalts bzw. Essbereich führt (TNB P04), sind Tafeln aufgehängt auf denen ersichtlich ist, welche Pflegefachperson für welche Patient:innen als Bezugsperson in der jeweiligen Schicht zuständig ist (TNB P04). Von dem Essbereich aus, dem eine kleine Küche vorgelagert ist, ist das Raucherzimmer, das mit einer Glaswand abgetrennt ist, zu betreten (TNB P04). Dort halten sich Patient:innen häufig auf, während der Zutritt den Mitarbeitenden aufgrund der Pandemie nicht gestattet ist (TNB P03). Eine Ausnahme hiervon scheint die Begleitung von in Isolierzimmern abgesonderten Patient:innen darzustellen. Deren

Absonderung wird gelegentlich für den Konsum von Kaffee und Zigaretten, der von Pflegefachpersonen begleitet wird, unterbrochen (TNB P07). Der Raucherraum ist während der Therapiezeiten abgeschlossen (TNB P07), trotzdem stehen dort viele halbvolle Kaffeetassen (TNB P05).

Neben dem grösseren Essbereich gibt es, den Zimmern der Patient:innen vorgelagert, einen weiteren kleineren Aufenthaltsbereich wo sich ein Computer und eine Tischtennisplatte befinden (TNB P04) und gelegentlich Bücher herumliegen (TNB P09). In der Wahrnehmung des Beobachters wirkt die jahreszeitliche Dekoration, verglichen mit den anderen Abteilungen, eher lieblos (TNB P14).

Der Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient:innen wirkt eher formell (TNB P01), gleichwohl bemühen sie sich sehr darum die wenige Privatsphäre der Patient:innen zu respektieren indem sie z.B. anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten oder um Erlaubnis bitten z.B. dem Beobachter ein Zimmer zeigen zu dürfen (TNB P01). Die Patient:innen haben anscheinend «Ämtli» wie z.B. Putzen der Tische im Essbereich (TNB P07) nach dem Frühstück.

Das Mittagessen nehmen die Patient:innen mehr oder weniger gemeinsam und ziemlich still ein, während die Mitarbeitenden die Schichtübergabe machen (TNB P05). Das Abendessen bereiten die Patient:innen hingegen gemeinsam in einer geselligen Atmosphäre zu, wobei sie kaum Unterstützung durch die Mitarbeitenden benötigen (TNB P11). Im Unterschied zu den weitgehend der Gestaltung der Patient:innen überlassenen Mahlzeiten, werden jahreszeitliche Ereignisse wie z.B. die Gestaltung des Weihnachtsfestes von den Mitarbeitenden und den Patient:innen gemeinsam besprochen, geplant und Aufgaben zugeordnet (TNB P02). Es scheint auch einen regelmässig stattfindenden, gemeinsamen Stationsputz zu geben, bei dem die Mitarbeitenden und die Patient:innen spielerisch zusammenarbeiten (TNB P04) und gerne miteinander interagieren.

Trotz dieses partizipativen Ansatzes, wünschen sich die Patient:innen aber die Unterstützung der Mitarbeitenden, wenn es um Konflikte untereinander geht. Dabei scheint es sich überwiegend um Fragen gegenseitiger Rücksichtnahme zu handeln, z.B. Störungen durch Geruch oder die Möglichkeit Musik zu hören (TNB P02). Hier befürchten die Patient:innen das Ausufern von Konflikten, wenn die Mitarbeitenden nicht unterstützend eingreifen. So erlebt denn auch ein Patient den Umgang der Patient:innen miteinander «irgendwie immer angespannt» (TNB P12) und häufig beleidigend. Dies scheint insbesondere von einem Patienten auszugehen, von dem sich die anderen Patient:innen belästigt fühlen und in manchen Situationen auch Angst haben (TNB P13). Dies mag dazu führen, dass Patient:innen bei den Mitarbeitern auf eine strenge Einhaltung der Stationsregeln gegenüber den Mitpatient:innen pochen, was für die Mitarbeitenden wiederum irritierend ist (TNB P02).

Ansonsten scheint es für die Patient:innen auf der Abteilung auch viel Langeweile und Monotonie zu geben, da sie häufig ziellos über die Abteilung laufen ohne den Kontakt zueinander oder zu den Mitarbeitenden aufzunehmen (TNB P 03, 04, 05, 07) oder permanent zwischen ihren Zimmern und dem Raucherraum hin und her wechseln (TNB 14). Dies wird begleitet von gelegentlichen lauten Schreien aus dem Isolationszimmer (TNB P05) oder lauter Musik, die aus einem der Zimmer von Patient:innen kommt. Dieses Verhalten scheint sich auch während des Aufenthalts im geschlossenen Garten nicht zu verändern. Auch dort wirkt die Stimmung «apathisch», die Patient:innen gehen ihre Runden alleine oder in kleinen Gruppen, ohne sich zu unterhalten, während die Mitarbeitenden in einer Ecke stehen und die Patient:innen beobachten (TNB P 03, 12). Die Kommunikation zwischen den Patient:innen scheint ausschliesslich im Raucherzimmer, das von den Mitarbeitenden nicht betreten werden darf, stattzufinden (TNB P04).

Anscheinend gibt es Mitarbeitende, welche nicht so gerne im Kontakt mit den Patient:innen sind und z.B. die Zeit im geschlossenen Garten lieber nutzen, um sich miteinander über ihre privaten Erfahrungen auszutauschen (TNB P 11, 14) oder die Kochgruppe mit den Patient:innen an die Auszubildende delegieren (TNB P16). Es gibt immer wieder Zeiträume in denen keinerlei Interaktionen zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden zu beobachten sind (TNB P 09, 16). Zu diesen Zeiten halten sich die Mitarbeitenden entweder im Pausenraum auf oder sind im Dienstzimmer beschäftigt (TNB P09). Einige Mitarbeitende scheinen es zu begrüßen, wenn Patient:innen z.B. eine Frist versäumen, um Aktivitäten für einen externen Gruppenausgang vorzuschlagen, denn das bedeutet, dass sie sich auf die versäumte Frist berufen und den Gruppenausgang ausfallen lassen können (TNB P05, 14). Die anscheinend mangelnde Freude an der Arbeit wird von den Patient:innen durchaus wahrgenommen. So erklärt eine Patientin, dass sie dem Vorschlag eines Mitarbeitenden – den Rapport gemeinsam mit den Patient:innen zu gestalten –, nicht folgen wolle. Sie habe den Eindruck, dass etliche Mitarbeitende gar keine Lust auf die Patient:innen hätten und wenn man sie dazu nötige mehr mit den Patient:innen zu sprechen, würde diese «Unlust» noch verschlimmert (TNB P 16).

Innerhalb der Gruppe der Mitarbeitenden wird vom Beobachter eine «Kultur der Verschwiegenheit» beobachtet, die sich darauf bezieht einander im Falle eines Fehlverhaltens nicht darauf anzusprechen oder dieses vor den Vorgesetzten zu decken. Jemand von den Mitarbeitenden bestätigt diese Wahrnehmung und führt dies darauf zurück, dass dahinter die Angst stehe, im Falle von eigenem Fehlverhalten vor dem Team blossgestellt zu werden. Zusätzlich sei es für jüngere Mitarbeitende auch schwer ältere und erfahrenere Mitarbeitende auf Fehler an- und ihnen damit ihre Kompetenz abzusprechen (TNB P14). So lernen jüngere Mitarbeitende schnell z.B. auf der Einhaltung von Regeln zu bestehen, auch wenn sie diese als unsinnig empfinden, weil man andernfalls vor den Patient:innen als Laissez-faire und bei den anderen Mitarbeitenden als «Regelaufweicher» gelte (TNB P12). Dies wird von anderen Mitarbeitenden wiederum als mangelnde Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel empfunden, was dazu führe, dass zwar «hintenherum gemeckert werde, vorneherum aber so getan werde als sei alles in Ordnung» (TNB P07). Zusätzlich gebe es auch so etwas wie eine Abstumpfung gegenüber herausforderndem Verhalten von Patient:innen, an das man sich rasch gewöhne (TNB P05). Schwieriger scheint es zu sein sich an die Arbeit unter Corona Bedingungen zu adaptieren und auch der von den Mitarbeitenden wahrgenommene Mangel an Psychologen sei eine Herausforderung (TNB P01).

### Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen

Der Beginn der Implementierung von Recovery-orientierten Massnahmen verlief eher zögerlich (TNB P 02). So folgte eine der geplanten Massnahmen dem Wunsch der Patient:innen, in einem geschützten und extern moderierten Rahmen, für sie heikle Themen mit den Mitarbeitenden ansprechen zu können. Diese externe Moderation sollte von der Seelsorgerin der Klinik wahrgenommen werden. Die Massnahme konnte aber nicht direkt, sondern erst einige Wochen später beginnen, da dafür noch Etlisches zu planen war (TNB P 04).

Tatsächlich fand das erste «Meeting», wie die Massnahme genannt wird, zum ersten Mal im April 2021 statt. Thematisch wurde über das Erleben von Zwangsmassnahmen, sowohl aus der Sicht der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden gesprochen (TNB P 06). Dabei zeigte sich, dass Patient:innen auch erleichtert sind, wenn aus ihrer Sicht gefährliche Mitpatient:innen isoliert werden, speziell wenn diese zu sexuellen Übergriffen unter den Patient:innen neigen. Die Mitarbeitenden waren bestürzt darüber, dass die Patient:innen sich nicht schon früher mit dieser Information an sie gewandt hatten, was diese einerseits mit Scham und andererseits mit einem fehlenden Raum für solche Gespräche begründeten.

Das Thema sexualisierte Sprache und beleidigendes Verhalten unter den Patient:innen, was ganz überwiegend im Raucherzimmer vorkommt (das von den Mitarbeitenden nicht betreten werden soll), tauchte eine ganze Zeit später nochmal im Rahmen einer thematischen Gruppe auf, wo es von den Patient:innen direkt thematisiert werden konnte, was sie als Erleichterung empfanden (TNB P 13).

Ein zweites «Meeting» folgte vier Wochen später mit der Beteiligung von drei Patient:innen und drei Mitarbeitenden. Allerdings war die externe Moderatorin unzufrieden mit der Organisation des «Meetings», sie wünschte sich vorab darüber informiert zu werden, wer teilnehmen würde und um welches Thema es gehen sollte (TNB P08), was mit den anwesenden Patient:innen vier Wochen im Vorhinein nur schwer zu realisieren ist. Das Thema des «Meetings» war der Einsatz von Peer-Mitarbeitenden in der forensischen Psychiatrie (TNB P 08). Für die Patient:innen war es wichtig zu betonen, dass ein Peer-Mitarbeitender über eigene Erfahrungen in der Forensik verfügen und die Funktion eines Bindegliedes zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden wahrnehmen sollte. Allein durch seine Anwesenheit würde eine andere Perspektive in die Forensik eingebracht werden und ausserdem seien Peer-Mitarbeitende hoffnungstiftend (TNB P08).

Am dritten «Meeting» (TNB P10) beteiligten sich zwei Patient:innen und drei Mitarbeitende. Thematisiert wurde das mangelnde Interesse der anderen Patient:innen sich an diesem «Meeting» zu beteiligen sowie die Frage der Umstrukturierung des wöchentlichen Einkaufs für die Abteilung durch Patient:innen. Hintergrund für das zweite Thema war, dass die Patient:innen abends nur noch selten gemeinsam kochen. Es mangle an Lebensmitteln dafür, was wiederum mit der begrenzten Anzahl an Waren, die bei einem Einkauf erworben werden dürfen, in Zusammenhang stehe. Dabei zeigte sich, dass die Begrenzung der Waren eine Regel darstellte, die irgendwann wegen einer Person, die längst nicht mehr da war, eingeführt, aber nie mehr abgeschafft wurde. Dies wollten die beteiligten Mitarbeitenden in einem Teamgespräch veranlassen, was sie am darauffolgenden Tag auch taten (TNB P11).

Das vierte «Meeting» fand unter Beteiligung von zwei Patient:innen und vier Mitarbeitenden statt (TNB P 15). Der thematische Schwerpunkt lag auf dem Lockerungsstufensystem. Wie das Gespräch ergab, hatten die Patient:innen nur wenige Informationen dazu und die informative Erklärung von den Mitarbeitenden wurde von den Patient:innen als sehr hilf-reich empfunden.

Trotz der beklagten mangelnden Beteiligung von Patient:innen an dem Meeting (TNB P10) und an anderen Recovery-orientierten Gesprächsrunden – nach der Ankündigung, dass man in der thematischen Gruppe nun über Recovery sprechen würde und es den Patient:innen freistellte die Gruppe zu verlassen, blieben nur drei Patient:innen (TNB P16) –, melden einzelne Patienten dem Beobachter auch zurück, dass sie persönlich sehr von dem Modellversuch profitiert hätten im Sinn von Einsichten in ihre persönliche Entwicklung (TNB P11). Im Einzelfall scheint vieles möglich zu sein, so erhält eine Patientin die Möglichkeit sich weiterzubilden und eine neue Fremdsprache zu lernen (TNB P07).

Auch die Mitarbeitenden äussern in Einzelgesprächen mit dem Beobachter Ideen, wie man Patient:innen weiter unterstützen könnte z.B. indem man mit ihnen trainiert ihre Medikamente selbständig zu richten und einzunehmen (TNB P03) oder wie man die Aufenthalte im geschlossenen Garten sportlich besser nutzen könnte (TNB P04). Allerdings setzen sie diese Ideen nicht um.

Anders sieht es aus, wenn gemeinsam etwas getan wird wie z.B. beim Sportangebot wo Patient:innen und Mitarbeitende sich gemeinsam bewegen: Die Patient:innen wirken dann aktiver und die 'Kluft' zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen scheint kleiner zu werden (TNB P03). Ähnliches scheint auch für begleitete Gruppenausgänge in die

Stadt zu gelten (TNB P12), welche von den Patient:innen besonders geschätzt werden. Dies trifft auch zu, wenn gemeinsam Gesellschaftsspiele wie z.B. 'Siedler von Catan' gespielt werden (TNB P11) und alle Beteiligten zu Mitspielenden werden.

Auch innerhalb der Gruppe der Patient:innen gibt es gelegentlich mehr Lebendigkeit und vermehrte Interaktionen: Dann wird geschäkert, sich über Zeitungsartikel ausgetauscht oder gemeinsam geraucht (TNB P 11). Einige Patient:innen interessieren sich für das Befinden von Mitpatient:innen fragen explizit nach z.B. wenn eine Standortgespräch stattgefunden hat oder wenn bei jemandem neue Medikamente angesetzt wurden (TNB P 14) oder der Einkauf für die Patient:innen, den diejenigen mit entsprechender Lockerungsstufe übernehmen, geplant wird (TNB P04).

Hindernisse für oder Grenzen der Recovery-Orientierung liegen aus Sicht der Mitarbeitenden vor, wenn Patient:innen sich nicht krankheitseinsichtig zeigen oder aufgrund einer anderen kulturellen Herkunft ein sich deutlich unterscheidendes Krankheitsverständnis haben (TNB P11) und entsprechend nicht mit den psycho-educativen Empfehlungen von Mitarbeitenden konform gehen (TNB P11). Für die Mitarbeitenden kann in derlei Situationen auch ein Konflikt entstehen, weil sie einerseits die Selbstbestimmung der Patient:innen respektieren und fördern wollen und sich andererseits aber auch der Gesundheitsfürsorge der Patient:innen verpflichtet sehen, so dass sie gelegentlich auch mit strengen Massnahmen reagieren. So verbieten sie z.B. jemandem mit starkem Übergewicht, sich zusätzlich zu den normalen Mahlzeiten, sogenanntes 'Junkfood' wie Pizza, Hamburger oder Pommes frites zu bestellen oder einem anderen Patienten sich Zigaretten aus aufgelesenen Kippen, getrockneten Blumen und Gräsern zu drehen (TNB P04). Dies kann bis zur Nutzung von informellem Zwang gehen z.B. wenn ein eher untergewichtiger Patient aufgefordert wird zuerst etwas zu essen bevor auf eine andere Bitte von ihm eingegangen werden wird (TNB P05).

Auch die 'Einmischung' von Angehörigen in die Behandlung z.B., wenn diese die Rechte von Patient:innen mit vertreten oder entsprechend Anwälte finanzieren (TNB P04), so dass die betreffenden Patient:innen sich nicht auf die Behandlung einlassen, wird als Hindernis verstanden. Dies kann dazu führen, dass Mitarbeitende eine Zwangsmedikation begrüssen, weil aus ihrer Sicht medikamentös behandelte Patient:innen für sie leichter erreichbar sind (TNB P11). Andererseits wird durchaus respektiert, wenn Patient:innen eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Dann kann es aber sein, dass die Symptomatik der psychischen Erkrankung so zunimmt, dass diese Patient:innen isoliert werden müssen. In so einem Fall sehen Mitarbeitende eine Zwangsmedikation auch als Ultima Ratio an, um die Absonderung der betreffenden Patient:innen aufheben und sie wieder in die Gruppe der Patient:innen integrieren zu können (TNB P 05, 07). Über Absonderungen von Patient:innen in den Isolationszimmern sprechen die Mitarbeitenden nur hinter verschlossenen Türen (TNB P04) und auch die Patient:innen sind bedrückt und ratlos, wenn sie Situationen mit Zwangs-kontext auf der anderen Seite der Tür miterleben (TNB P05).

#### *3.6.4.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppen setzte sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen und hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Auf der Abteilung BA 1 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 12 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzungen von Januar und April 2021 mussten Corona-bedingt ausfallen. Im Oktober und November 2021 fanden keine AG-Sitzungen mehr statt. An

der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich zwei Patient:innen und zwei Mitarbeitende teil; die anderen Teilnehmenden wechselten.

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorischen Herausforderungen, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe.

Wie die ausführliche Beschreibung der Themen der Arbeitsgruppe zeigt (vgl. Anlage 5) ist es allem Anschein nach hier nicht gelungen einen Effekt für die Patient:innen im Sinn von Erleben von Selbstwirksamkeit zu erreichen. Die Enttäuschung der beteiligten Patient:innen und Pflegefachpersonen bezieht sich auf das mangelnde Interesse der Mitpatient:innen und den Mangel an Engagement der pflegerischen Kolleg:innen («sie sitzen mit im Boot aber sie rudern nicht» Protokoll 10, Abschnitt 5) sowie den Mangel an Unterstützung durch das multiprofessionelle Team (vgl. hierzu FGI 2 MA).

Die Massnahme «Meeting» wurde als zu komplex und nicht niederschwellig genug eingeschätzt (vgl. FGI 2 MA). Und die Massnahme «Patient:innen sind von Beginn an bei ihren Standortgesprächen dabei» wird von den Patient:innen (vgl. Protokoll AG 7) zwar positiv beurteilt aber gleichzeitig als Leistung den beteiligten Mitarbeitenden und nicht sich selbst zugerechnet (vgl. FGI 2 PAT). Insofern konnten sie sich auch nicht selbstwirksam erleben.

#### 3.6.4.3 Die Fokusgruppeninterviews

##### Die Patient:innen

Das Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen der Abteilung BA 1 fand am 01.02.2022 in der Zeit von 10.30-11.30 Uhr statt. Insgesamt nahmen fünf Patienten und eine Patientin an dem Interview teil. Davon hatten die Patientin und ein Patient den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt, während die anderen Patienten erst im Verlauf dazu gekommen sind. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt | VD in FOR |
|----|------------|-------|----------|--------|-----------|
| 1  | ♂          | 26    | F 20     | Gewalt | 6 Monate  |
| 2  | ♂          | 37    | F 20     | Gewalt | 16 Monate |
| 3  | ♀          | 32    | F 20     | Gewalt | 17 Monate |
| 4  | ♂          | 29    | F 25     | Gewalt | 7 Monate  |
| 5  | ♂          | 46    | F 20     | Gewalt | 23 Monate |
| 6  | ♂          | 41    | F 25.2   | Gewalt | 62 Monate |

Tabelle 12 Überblick Teilnehmende FGI T<sub>1</sub> PAT BA 1

Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Sie an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denken, was geht Ihnen dann durch den Kopf?» Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

##### Rückblick

Die Patient:innen finden den Modellversuch sehr positiv, haben aber den Eindruck, dass speziell auf der Abteilung auf der sie behandelt werden, eher Rückschritte als Fortschritte gemacht wurden.

Sie erinnern sich lebhaft an die initiale Schulung und wie hoffnungsvoll sie in das Projekt gestartet sind. Insbesondere die Berichte von Peers, die in der Schulung verwendet worden waren, eröffneten ihnen eine andere Perspektive. Entsprechend wünschen sie sich Peer-Mitarbeitende, die über ähnliche Erfahrungen wie sie selbst verfügen, also

auch eigene Erfahrungen mit der forensischen Psychiatrie haben (vgl. Thematische Beschreibung TNB BA1).

In der Arbeitsgruppe der Abteilung, die sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden zusammensetzte, waren zwei Massnahmen vorgeschlagen, geplant und umgesetzt worden. Dabei handelt es sich zum einen um die Teilnahme der Patient:innen an ihrem Standortgespräch von Gesprächsbeginn an. Bis dahin waren Standortgespräche zwischen den Mitarbeitenden und Vertreter:innen der Behörden geführt worden, und die Patient:innen wurden zum Ende des Gesprächs hinzugerufen. Diese Massnahme wird von den Patient:innen sehr positiv beurteilt.

Die Patient:innen haben einerseits den Eindruck, dass respektvoller mit ihnen umgegangen wird und sie andererseits auch aktiv an ihrem Standortgespräch und damit an ihrer Behandlung mitwirken können.

Bei der anderen Massnahme, dem sogenannten «Meeting» (vgl. Thematische Beschreibung TNB BA1), war es den Patient:innen darum gegangen mit den Mitarbeitenden in einem geschützten Rahmen über für sie wichtige und gelegentlich auch heikle Themen sprechen zu können.

Allerdings gab es auch schon während der Planung des «Meetings» Bedenken, ob diejenigen Patient:innen, die nicht in der Arbeitsgruppe waren, sich an einer solchen Gesprächsrunde beteiligen würden. In der Wahrnehmung der Patient:innen gab es auch von den Mitarbeitenden Einwände; sie wollten die im «Meeting» zu besprechenden Themen auswählen.

*«Also ich weiß noch, dass drei, vier Leute dieses Thema [Mitarbeit in der Arbeitstherapie solle den Patient:innen vergütet werden] bereden wollten beim «Meeting» und plötzlich die Mehrheit der Pfleger wollten ganz andere Themen. Und das hat mich auch irgendwie gedünkt, dass was ihnen nicht gepasst hat, einfach sagen: Nein! »* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 75)

Durch dieses Vorgehen, für das sie mehrere Beispiele anführen, fühlen sich einige Patient:innen an ihre Kindheit erinnert, während der die Eltern über sie bestimmen durften. D.h. sie fühlen sich als erwachsene Menschen nicht ernst genommen und nicht wirklich an dem «Meeting» beteiligt. Auch die Form der Moderation erleben sie nicht als wirklich partizipativ, weil immer wieder bei den Mitarbeitenden nachgefragt wird:

*«(...) wie es wirklich ist und so. Sie hat dann gleichzeitig immer davon geredet, dass wir auf Augenhöhe sein sollen- Also es war ein bisschen»* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 72)

Das Zusammenspiel solcher Faktoren führt dazu, dass sich immer weniger Patient:innen an dem «Meeting» beteiligen und sich stattdessen eher frustriert zurück ziehen. Die am Fokusgruppeninterview beteiligten Patient:innen gehen davon aus, dass es unter den Pflegenden niemanden gab, der sich für das Projekt verantwortlich gefühlt hat und dass deswegen die Umsetzung einer gemeinsamen Gesprächsgruppe sozusagen gescheitert ist

Insgesamt sehen die Patient:innen die Mitarbeitenden aus der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen eher kritisch. Sie haben den Eindruck, dass diese nicht wirklich an ihnen interessiert sind, sondern sich oft in das Büro zurückziehen wo sie sich über private Dinge unterhalten und ihre Bedürfnisse über diejenigen der Patient:innen stellen.

Die Mitarbeitenden werden von den Patient:innen nicht als gute Vorbilder betrachtet, weil sie sich nicht an die Regeln halten, die sie selbst aufstellen z.B. in der Frage wo der richtige Ort für welche Gesprächsinhalte ist oder bei Fragen von Pünktlichkeit.

Dabei haben die Patient:innen gleichzeitig den Eindruck, dass von den Mitarbeitenden ein eher konservatives Normverständnis vertreten wird, was in der allgemeinen gesellschaftlichen Öffentlichkeit längst überholt ist, z.B. in Bezug auf den Bekleidungsstil insbesondere der Patientinnen. Auch Sanktionen sind für die Patient:innen nicht immer nachvollziehbar, insbesondere wenn sie nicht in einen direkten Zusammenhang mit dem sanktionsauslösenden Verhalten gebracht werden oder der Zweck des erwünschten Verhaltens nicht kommuniziert wird.

Dies führt dazu, dass Patient:innen sich teilweise ungerecht behandelt fühlen, ärgerlich reagieren oder ihren Ärger nur den Mitpatient:innen mitteilen, um nicht weitere Sanktionen auszulösen. In jedem Fall stört es das Vertrauensverhältnis zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden und führt dazu, dass sich Patient:innen innerlich abwenden.

*«Ja, es ist grauenvoll. Und ich muss ehrlich sagen, ich versuche irgendwie in dieses Korsett reinzupassen. Ich mache mich schmal, um hier rauszukommen und das alles hinter mir zu lassen. Aber nachher, die können mich alle mal, ich mache was ich will. Ich nehme vielleicht Medis. Das ist noch das einzige was ich gut finde. Ja, ist wahr. »* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 299)

Ein weiteres Thema, das die Patient:innen sehr bedrückt ist der Umgang mit Sexualität. Sie vermissen es ihrer Sexualität Ausdruck verleihen zu können:

*«Ich habe jetzt sechs Jahre oder sechseinhalb Jahr schon eine Sexsperre. Auch sonst keine Zärtlichkeiten. Nicht mal Küssen. Ich habe nicht mal geküsst. Und das ist eine viel zu harte Strafe. »* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 193)

Wie dieses Zitat zeigt, geht es nicht nur um den reinen Vollzug des Geschlechtsakts, sondern auch um den inhärenten Wunsch nach Zärtlichkeit, Intimität und Nähe. So wie der Umgang mit Sexualität auf der Abteilung geregelt ist, haben die Patient:innen den Eindruck keine erwachsene Form von Sexualität leben zu können:

*«Ja, aber wir sind einfach momentan auf eine Sexualität gezwungen, die normalerweise Zwölfjährigen und 14-Jährigen zu eigen ist. »* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 203)

Wie anhand des bisher beschriebenen deutlich wird, gibt es unter den Patient:innen viel Enttäuschung und den Eindruck über weite Strecken fremdbestimmt leben zu müssen und kein Mitspracherecht zu haben, auch wenn sie die Beteiligung an den Standortgesprächen positiv beurteilen.

Trotzdem bringen die Patient:innen auch Versöhnliches zum Ausdruck, indem sie das Verhältnis zwischen sich und den Mitarbeitenden mit einem Mannschaftssport vergleichen:

*«Ich finde, es gibt so wie beim Volleyball vielleicht das Pfleger-Team, Patienten-Team, spielt mal gegeneinander, spielt ein bisschen fies, blockt ein bisschen oder so. Aber man ist trotzdem Freund und Hauptsache das Spiel läuft und so, oder? »* (FGI T1 PAT BA 1 - Transkript - TR220750: 50)

### Ausblick

Einen tatsächlichen Ausblick darauf wie es mit der Recovery-Orientierung auf der Abteilung BA 1 weitergehen könnte, unternahmen die am Fokusgruppeninterview beteiligten Patient:innen nicht und sie geben auch keine Empfehlungen ab. Aber es ist ihnen wichtig zu sagen, dass ein solches Projekt auch für die nach ihnen kommenden Patient:innen von Bedeutung ist, auch wenn sich Veränderungen nur sehr, sehr langsam vollziehen.

*«Und das ist eigentlich auch das, was ich schlussendlich zu diesem ganzen Projekt so als Meinung äussern möchte. Dass es wirklich eine gute Sache ist und die Idee dahinter absolut super, und vom menschlichen Aspekt her genau das, was es braucht. Aber ja, man sagt ja steter Tropfen höhlt den Stein. » (FGI T1 PAT BA1 - Transkript - TR220750: 273 -274)*

### Die Mitarbeitenden

Das Fokusgruppeninterview mit den Mitarbeitenden der Abteilung BA 1 fand am 31.01.2022 in der Zeit von 13.30-14.30 Uhr statt. Insgesamt nahmen acht Mitarbeitende an dem Interview teil. Davon hatten vier Mitarbeitende den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt, während vier Mitarbeitende erst im Verlauf dazu gekommen sind. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Ihr an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denkt, was geht Euch dann durch den Kopf? » Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

### Rückblick

Die Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews sind sich rückblickend einig, dass die Motivation und das Engagement sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden zu Projektbeginn deutlich grösser war und dann im Projektverlauf merklich abgesunken ist. (vgl. auch Thematische Beschreibung TNB und thematische Beschreibung FGI 2 Patient:innen). Dafür machen sie in der Diskussion verschiedene Ursachen aus. Einen der Gründe sehen sie in den Massnahmen zur Eindämmung der Pandemiesituation. Neben der Verschlechterung der Kommunikationssituation, bedingt durch die Corona – Massnahmen, war die pflegerische Abteilungsleitung für längere Zeit krankheitsbedingt ausgefallen. Diese hatte sich sehr dafür eingesetzt die Recovery-Orientierung zu implementieren. Dies war nicht von allen Mitarbeitenden gleichermassen begrüsst worden, denn es gab auch Unsicherheit und Ängste. Einigen Mitarbeitenden war nicht wohl bei dem Gedanken, dass die Patient:innen von Anfang an beim Standortgespräch anwesend sein sollten und sie fühlten sich bei der Entscheidung übergangen.

*«Das ist eine Vorbesprechung. Dort gehört ein Patient nicht hin. Einfach nicht. Einfach nicht. Das ist meine Meinung. Ich habe mit so vielen Leuten geredet, und alle sagen genau das gleiche. Aber man macht es einfach mal. Und das gibt Widerstände. Das gibt Widerstände auch bei [Namen von MA], bei den anderen Leuten wo ich darüber geredet habe. Das hat mit Partizipation zu tun. Es ist etwas Anderes, wenn jemand kommt und sagt: hey, wir haben eine Idee. Könnt ihr euch vorstellen, einen Patienten mitzunehmen an einen Standort, fühlt sich völlig anders an als wenn es heißt; der Patient kommt mit an den Standort. Das hat mit Führung zu tun. » (FGI T1 MA BA 1 - Transkript - TR220946: 17)*

Wie das Zitat deutlich werden lässt, hatten diese Mitarbeitenden den Eindruck, dass die Partizipation, die den Patient:innen vermehrt zugestanden werden sollte, ihnen verweigert wurde. Ihre Sorge war, dass ihnen mit der Anwesenheit der Patient:innen ein Sitzungsgefäss in welchem sie sich interdisziplinär und ungeschminkt besprechen und ihren eigenen Gefühlen Ausdruck verleihen können, weggenommen wird.

*«Es ist der einzige Ort wo wir ein interdisziplinäres Gefäß haben. Das ist der einzige Ort wo ich mit dem Oberarzt und der Psychologin oder der Assistenzärztin an einem Tisch sitze, und meinen Patienten in einem gegebenen Rahmen kurz zusammenfassen kann und sagen: hey, so und so ist es, das ist mir eher gut gelungen, das ist mir eher schlecht gelungen. Und es ist anders, wenn da das Team zusammensitzt ohne die Patienten. Es ist einfach wie es jemand gesagt hat. Ich muss nicht jedes Wort*

*professionell auswählen. Ich kann auch mal ein nicht ganz sauberes Wort benutzen, um meinen Gefühlen Ausdruck zu geben. Weil da ja auch unser Frust, unsere Persönlichkeit, alles mit reinspielt. Und die müssen wir einfach dann zur Seite nehmen, wenn der Patient da ist. » (FGI T1 MA BA 1 - Transkript - TR220946, Pos. 15)*

Insgesamt werden sehr unterschiedliche Haltungen deutlich: Einerseits die im obigen Zitat zum Ausdruck kommende Attitüde, dass die Recovery-Orientierung und die vermehrte Beteiligung der Patient:innen die Arbeit unnötig erschwert. Und andererseits die Auffassung, dass gerade der vermehrte Einbezug der Patient:innen die Arbeit erleichtert und die eigene Arbeitszufriedenheit verbessert.

Bezüglich des «Meetings» werden auch noch andere Ursachen für das Abflachen des Engagements bei Patient:innen und Mitarbeitenden gesehen. So seien das «Meeting» und die von der externen Moderatorin gestellten Anforderungen zu komplex für das Setting und nicht niederschwellig genug.

Es wurde auch thematisiert, dass diejenigen Mitarbeitenden, die sich am «Meeting» beteiligten nicht genügend über das Besprochene informiert haben, so dass die anderen Mitarbeitenden, denen es auch offen gestanden hatte zum «Meeting» zu gehen, nicht neugierig darauf werden konnten und deswegen auch ihre Patient:innen nicht mehr motiviert haben sich zu beteiligen.

Hinzu kommt, dass die Mitarbeitenden des Pflegedienstes den Eindruck hatten, dass es gerade bezogen auf das «Meeting» an multidisziplinärer Unterstützung mangelte. Daraus erwuchs die Sorge, dass für die Patient:innen ersichtlich werden könnte, dass es im Team auch Konflikte und unterschiedliche Meinungen gibt, was wiederum für Mitarbeitende zu einer weiteren Schwierigkeit im Umgang mit den Patient:innen werden könnte.

Trotz all dieser Probleme war es gut, dass es das Projekt gegeben hat, denn es gab auch Mitarbeitende, die sich damit einer anderen Perspektive öffnen konnten:

*«Ich hatte zwei Aha-Erlebnisse. Und für mich hat sich dieses Projekt nur schon deshalb gelohnt. Es war das Meeting betreffend Isolation und Zwangsmaßnahmen auf der Abteilung, was das mit uns macht und was das mit den Patienten macht. Wo ich eine sehr belebende Runde gefunden habe, und wo ich das Gefühl hatte, man hat sich eine Stunde lang wirklich auf Augenhöhe- ist sich auf Augenhöhe begegnet und konnte da ein Gefäß teilen, das für alle dasselbe war. Das war ein Moment, der für mich wichtig war. Und wo ein Peer-Mitarbeitender uns in der thematischen Gruppe besuchen gekommen ist. Was auch aus dem Recovery-Gedanken und aus den Überlegungen entstanden ist, die wir als professionelles Team hintendran gemacht haben. Das heißt, ich habe zwei Momente gehabt, die für mich ausschlaggebend sind, und wo für mich Motivation bringen, zu sagen: hey, wie können wir es schaffen, solche Momente öfter anzubieten? Und wie können wir es schaffen, dass die Patienten solche Momente verlangen? Und das ist das, was für mich hängenbleibt. » (FGI T1 MA BA 1 - Transkript - TR220946: 91)*

### **Ausblick**

Aus dieser veränderten Perspektive heraus können sich einige gut vorstellen auch nach Abschluss des Modelversuches weiter an der Recovery-Orientierung zu arbeiten. Dabei sind sich die Teilnehmenden im Fokusgruppeninterview darüber im Klaren, dass dies bedeutet sich je individuell mit der Frage, welche Position man dabei einnehmen will, auseinander zu setzen, sehen aber die Zusammenarbeit in ihrem Team als eine gute Ausgangsbasis an:

*«Und ich glaube wir haben eine gute Basis dafür, weil wir sehr viel Raum für Individualität als Person mitbringen dürfen ins Team. Und ich glaube, das wird uns irgendwann guttun oder noch mehr bringen als wir jetzt so sehen. Dass ich so sei kann wie ich bin und die anderen um mich herum, habe ich das Gefühl, können auch so sein wie sie sind. Und die Stärken einbringen, die sie haben. Und ich glaube, das ist eine*

*Ressource, die nicht alle Teams haben und das macht mich eigentlich recht zuversichtlich, trotz allem.* » (FGI T1 MA BA 1 - Transkript - TR220946: 124)

### Empfehlungen

Die Empfehlungen resultieren aus der Frage, die sich die Teilnehmenden am Fokusgruppeninterview selbst gestellt haben, nämlich was müssten wir anders machen, damit es uns besser gelingt die Patient:innen auf ihrem Recovery Weg zu unterstützen. Eine Empfehlung lautet demnach das Thema Recovery in allen auf der Abteilung existierenden Gefässen zum fixen Thema zu machen d. h. in den Teamsitzungen, der Stationsversammlung, in Übergaberapporten und Fallbesprechungen immer auch das Thema Recovery mit anzusprechen.

Eine weitere Empfehlung ist es die Mitarbeitenden mehr zu schulen als bislang und zwar nicht nur diejenigen Mitarbeitenden deren Ausbildung schon lange zurückliegt, sondern alle Mitarbeitenden

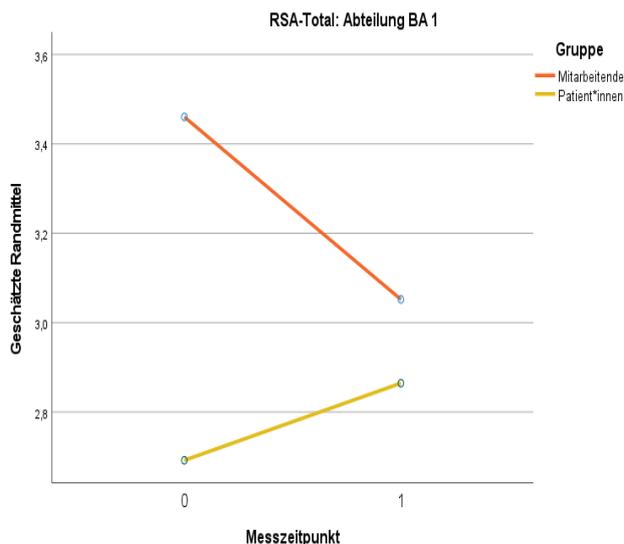
D.h. es genügt nicht initial zu schulen und dann Unterlagen und Materialien zur Verfügung zu stellen, sondern es sollten Möglichkeiten sich gemeinsam mit diesen Materialien auseinanderzusetzen eingeräumt und geschaffen werden.

Schliesslich, last but not least, die Erkenntnis:

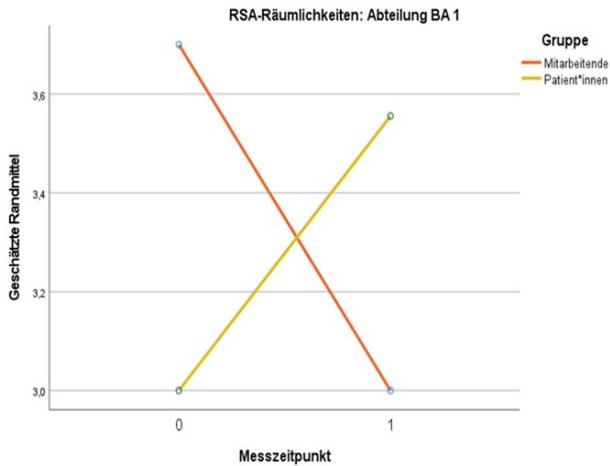
*Wir müssen verbindlicher werden und Verbindlichkeit schaffen.* (FGI T1 MA BA 1 - Transkript - TR220946, Pos. 131)

#### 3.6.4.4 Die quantitativen Ergebnisse

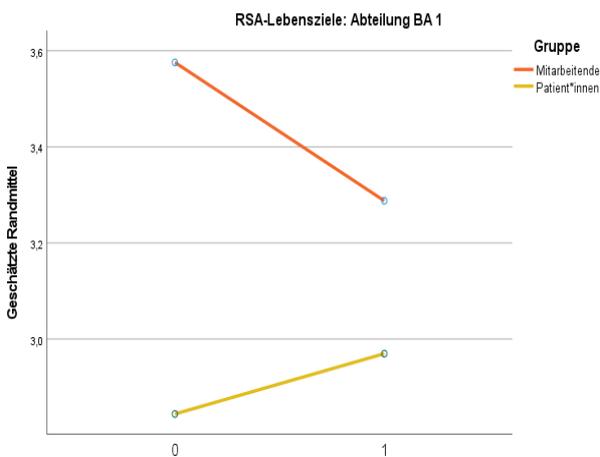
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung RA 3 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



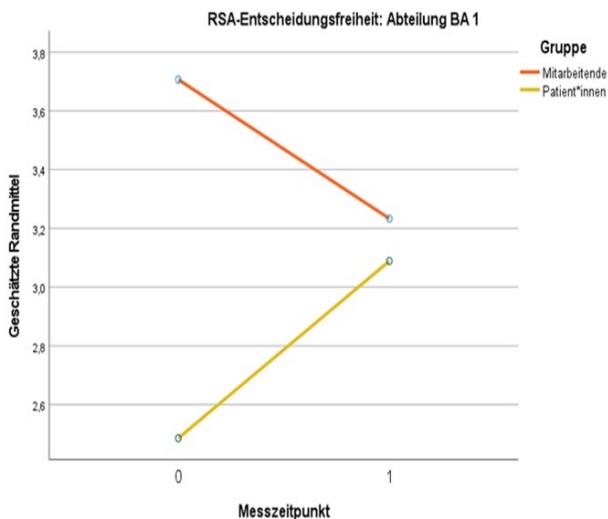
Wie aus der Abbildung ersichtlich ist, sinken die Werte des RSA-Total-Scores aus Sicht der Mitarbeitenden, während sie aus Perspektive der Patient:innen weitgehend konstant bleiben.



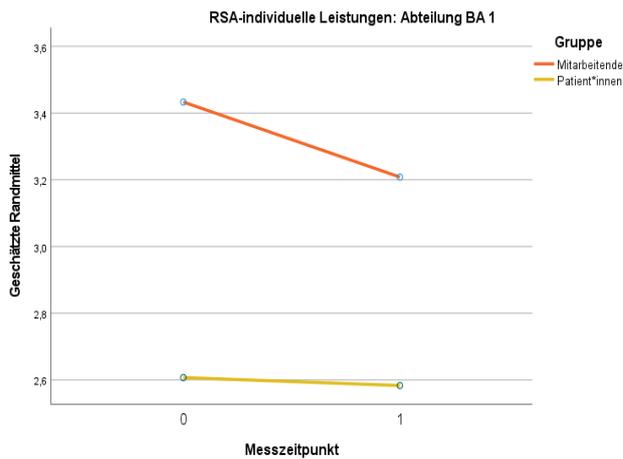
Wie aus den Daten hervorgeht, schätzen die Mitarbeitenden die Räumlichkeiten zum Zeitpunkt  $t_1$  deutlich schlechter ein als zum Zeitpunkt  $t_0$ , wohingegen es sich aus der Perspektive der Patient:innen umgekehrt verhält.



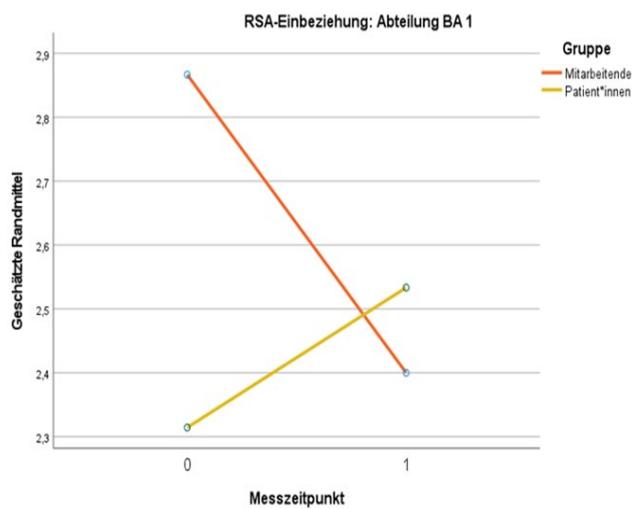
Bei den Mitarbeitenden wird die Einschätzung bei der Unterstützung der Lebensziele der Patient:innen schlechter, während sie aus Sicht der Patient:innen – mit einem positiven Trend – weitgehend konstant bleibt.



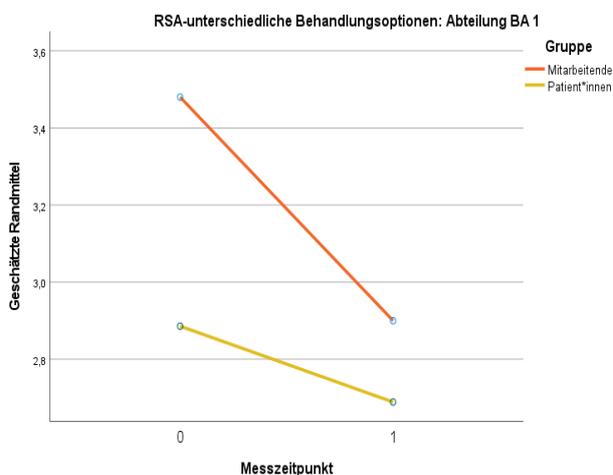
Wie aus den Daten hervorgeht, steigt die wahrgenommene Entscheidungsfreiheit aus Sicht der Patient:innen, wohingegen sie aus Sicht der Mitarbeitenden sinkt. Beide Scores treffen sich zum Zeitpunkt  $t_1$  auf einem ähnlichen Niveau.



Während die Wahrnehmung der «individuellen Leistungen» in der Gruppe der Mitarbeitenden sanken, blieben die Werte auf Seiten der Patient:innen auf einem niedrigeren Niveau konstant.

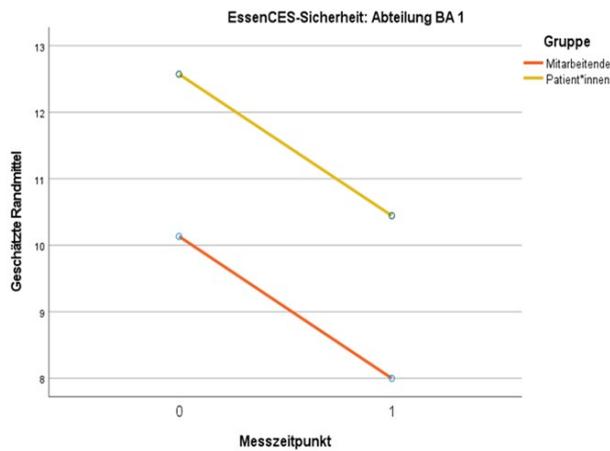


Wie die Abbildung zeigt, verschlechterten sich die Werte in Bezug auf die «Einbeziehung» bei den Mitarbeitenden, wohingegen sie sich aus Sicht der Patient:innen verbesserten. Schliesslich befanden sich die Werte zum Zeitpunkt  $t_1$  auf einem ähnlichen Niveau.

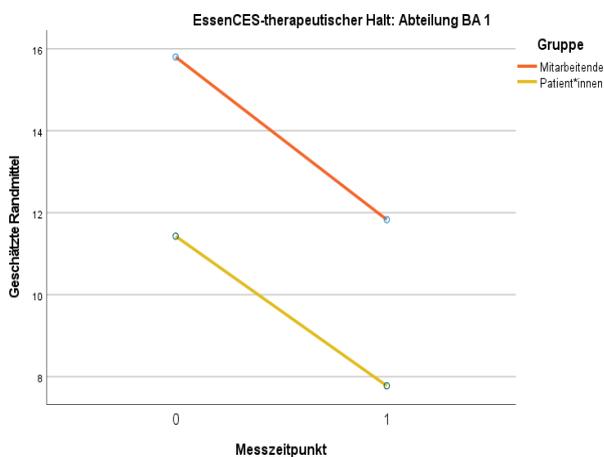


Aus den Daten geht hervor, dass die wahrgenommene «Unterschiedlichkeit der Behandlungsoptionen» sowohl aus Sicht der Mitarbeitenden, als auch aus derjenigen der Patient:innen sinkt.

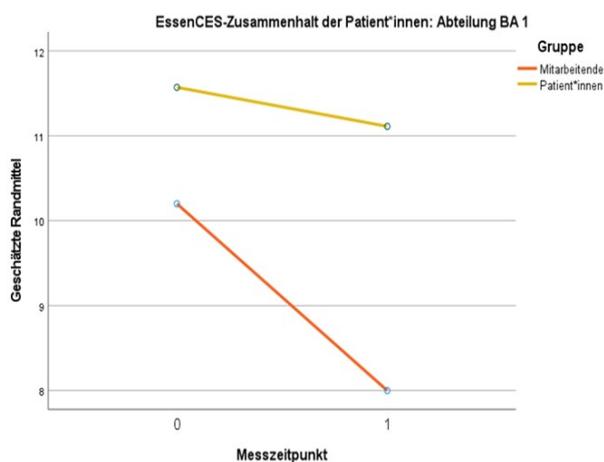
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden verschlechtert sich die empfundene Sicherheit im Verlauf.



Aus der Abbildung geht hervor, dass der Therapeutische Halt sowohl aus Sicht der Patient:innen als auch aus derjenigen der Mitarbeitenden auf der sinkt.



Bezüglich des EssenCES-Scores «Zusammenhalt der Patient:innen» zeigt sich, dass die Werte in der Gruppe der Patient:innen weitgehend konstant blieben, während sie in der Gruppe der Mitarbeitenden sanken.

#### *3.6.4.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Ergebnisse*

Abgesehen von den beiden Scores 'Räumlichkeiten' und 'Entscheidungsfreiheit' wird aus den Werten des RSA-R ersichtlich, dass die Mitarbeitenden die entsprechenden Bedingungen auf der Abteilung zum Zeitpunkt  $T_0$  deutlich besser einschätzten als zum Zeitpunkt  $T_1$ .

Im Unterschied zu den Mitarbeitenden, verändert sich bei der quantitativen Befragung die Einschätzung der Patient:innen kaum. Dies steht im Kontrast zu den qualitativen Daten der Patient:innen: Sie waren ziemlich enttäuscht gewesen, weil sich aus ihrer Sicht weder die Mitpatient:innen noch die Mitarbeitenden stark genug für die eingeführten Massnahmen, insbesondere für das «Meeting» engagierten. Aus diesem Grund haben sie ihre Mitarbeit in der Arbeitsgruppe vorzeitig abgebrochen, so dass die letzten zwei bis drei geplanten Sitzungen der Arbeitsgruppe nicht mehr stattfanden. Auch im Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen wird deren Enttäuschung deutlich, denn sie schildern, dass sich aus ihrer Sicht während des Modellversuchs alles verschlechtert habe.

In Bezug auf die Scores 'Einbeziehung' und 'Entscheidungsfreiheit' lässt sich im Verlauf des Modellversuches ein Perspektivabgleich zwischen der Wahrnehmung der Patient:innen und derjenigen der Mitarbeitenden feststellen. Die Scorewerte der Mitarbeitenden verschlechtern sich, die der Patient:innen hingegen verbessern sich und treffen sich zum Zeitpunkt  $T_1$  schliesslich auf einem ähnlichen Niveau. Die Vermutung liegt nahe, dass dies auf die beiden Interventionen der 'Anwesenheit der Patient:innen beim Standortgespräch von Beginn an' und 'Das Meeting' zurückzuführen ist, welche beide auf mehr Transparenz und Partizipation ausgerichtet waren.

Die grundsätzliche Verschlechterung der Werte der Mitarbeitenden mag auch auf der Sensibilisierung durch den Modellversuch beruhen. Es könnte sein, dass die Mitarbeitenden dadurch auf abteilungsinterne Defizite aufmerksam wurden, sich aber nicht in der Position fühlten, etwas zu verändern. Aus den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung geht hervor, dass mehrere Mitarbeitende dem Beobachter mitteilten, dass sie Ideen zur Förderung der Recovery-Orientierung haben wie z.B. die Einführung eines Medikamententrainings für die Patient:innen, diese Ideen aber weder in der Arbeitsgruppe noch anscheinend an anderer Stelle wie z.B. in einer Teamsitzung einbrachten. Dies wird von ihnen damit begründet, dass es schwer sei als jüngere Mitarbeitende den älteren, oder erfahreneren Mitarbeitenden Vorschläge zu machen ohne dass diese sich in ihrer Kompetenz in Frage gestellt sahen. Hinzu kommt, dass ein nicht unerheblicher Teil des Implementierungsprozesses und die komplette quantitative Datenerhebung zum Zeitpunkt  $T_1$  in eine Periode fiel, in der die Leitung der Abteilung erkrankungsbedingt ausfiel. Die Leitung hatte den Modellversuch und die Einführung der Recovery-Orientierung sehr begrüsst.

Mit Blick auf die Werte des Essen CES-Fragebogen lässt sich feststellen, dass sich die Einschätzung der 'empfundenen Sicherheit' und des 'therapeutischen Halts' bei den Patient:innen und bei den Mitarbeitenden in gleichem Masse verschlechterten. Der 'Zusammenhalt der Patient:innen' hingegen verschlechtert sich nur aus Perspektive der Mitarbeitenden, während er aus derjenigen der Patient:innen weitgehend konstant blieb.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse die Unzufriedenheit der Mitarbeitenden und die Enttäuschung der Patient:innen, wenngleich weniger deutlich, wider.

### 3.6.5 Basel Abteilung 2 (BA 2)

#### 3.6.5.1 Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von Oktober 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung BA 2 an insgesamt 7 Tagen jeweils zwischen Mitte und Ende eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich fünf Stunden Dauer durchgeführt.

Die thematische Analyse ergab folgende Themen: Das Milieu der Station, die Tätigkeiten der Mitarbeitenden, die Recovery-Orientierung und deren Grenzen sowie die Rolle des Beobachters.

#### Das Milieu

Die Abteilung BA 2 ist eine geschlossen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes.

Die Abteilung verfügt über ein Einbett- und mehrere Zweibettzimmer sowie drei Isolationsräume. Es gibt einen grossen Ess- und Aufenthaltsbereich mit vorgelagerter Küche für die Patient:innen, in denen diese gemeinsam mit Mitarbeitenden Mahlzeiten zubereiten (TNB P 06), einen von Mitarbeitenden und Patient:innen viel frequentierten Raucherraum (TNB P 02, 03, 04, 06, 07) sowie einen kleinen Aufenthaltsbereich mit Sofas, Tischfussball und Fernsehgerät (TNB P 04). In diesem kleinen Aufenthaltsbereich hat zeitweise der gemeinsame Übergabe-Rapport mit den Patient:innen stattgefunden (TNB P 06). An den Wänden des Flurs hängen 'lustige' Poster und Bilder mit pädagogischen Botschaften (TNB P 03). Zusätzlich gibt es ein Schulzimmer und einen dazu gehörenden Lehrer (TNB P 05) und ein Abteilungsbüro vor dem sich die Patient:innen gerne aufhalten, wenn sich die Mitarbeitenden darin befinden (TNB P 05, 07). Im Abteilungsbüro gibt es eine Übersichtstafel zu den Patient:innen, die mit Fotos derselben ergänzt sind (TNB P 05). Hinzu kommt ein kleiner Besprechungsraum (TNB P 01). Insgesamt macht die Station einen sehr ordentlichen und aufgeräumten Eindruck (TNB P 02).

Wenn die Isolationszimmer belegt sind, kann dies zu einer erheblichen Lärmbelastung führen, da die darin abgesonderten Jugendlichen häufig aus Langeweile klingeln (TNB P 05, 06). Gelegentlich werden Jugendliche auch in ihren Zimmern isoliert (TNB P 06), eine Massnahme, die als Sanktion bei Fehlverhalten oder Regelverletzungen durch die Jugendlichen sowohl angedroht (TNB P 06) als auch eingesetzt wird (TNB P 01). Eine Situation, in der es öfter zu solcherlei Androhungen kommt, sind die gemeinsamen Mahlzeiten (TNB P 01, 06). Die Jugendlichen dürfen erst mit dem Essen beginnen, wenn alle Patient:innen etwas auf dem Teller haben, was sie gerne nutzen, um die Mitarbeitenden zu provozieren (TNB P 06). Auch unter den Jugendlichen selbst kommt es zu Spannungen und gegenseitigen Provokationen während der Mahlzeiten (TNB P 01). Dies mag auch damit zu tun haben, dass die Mitarbeitenden während der Mahlzeiten nicht mehr mit den Jugendlichen an einem Tisch sitzen dürfen, aufgrund der Massnahmen zur Einschränkung der Corona-Pandemie (TNB P 04). Beim gemeinsamen Spielen von Gesellschaftsspielen sollen die Jugendlichen entsprechend auch Masken tragen, was von ihnen auch genutzt wird, um zu provozieren, z.B. indem sie die Maske nicht korrekt tragen oder vorgeben kontinuierlich zu trinken. Auch dann wird die Sanktion Absonderung im Zimmer für einen begrenzten Zeitraum eingesetzt (TNB P 06).

Auch jenseits dieser Massnahmen gibt es einiges an Stationsregeln zu beachten: So dürfen die Jugendlichen z.B. maximal zwölf Zigaretten/Tag rauchen (TNB P 03) und diese nur an einem fest in der Wand des Raucherraumes installierten Gerät anzünden. Die Jugendlichen dürfen nicht schlecht übereinander sprechen: Sagt ein Jugendlicher über eine andere jugendliche Person «sie habe schwanger getan», so wird er gemassregelt (TNB P 02) und der Beobachter gewinnt zunehmend den Eindruck, dass das Reglement der Abteilung darauf ausgerichtet ist Konflikte zwischen den

Jugendlichen oder zwischen den Jugendlichen und den Mitarbeitenden zu vermeiden bzw. am Ausbruch zu hindern (TNB P04).

Die Mitarbeitenden halten die Jugendlichen zumindest für anstrengend und/oder für gefährlich (TNB P 02) und so ist es aus Sicht eines Mitarbeitenden von grosser Bedeutung, dass die Regeln grundsätzlich befolgt werden, weil man andernfalls für die Jugendlichen keine Autoritätsperson sei und sie dies ausnützen würden (TNB P 05). Einige Mitarbeitende beklagen, dass der Umgang mit den Patient:innen zu uneinheitlich sei (TNB P04) während andere den Eindruck haben, dass es nicht genug Transparenz in Bezug auf Sicherheitsvorschriften gebe (TNB P02). Gerade neue Mitarbeitende, von denen es viele gibt (TNB P 07), erhalten diesbezüglich auch widersprüchliche Botschaften. So wird einem Mitarbeitenden, der befristet als Vertretung auf der Abteilung tätig ist, einerseits der Auftrag erteilt, nach dem Essen nach einer verlorenen Gabel zu suchen und andererseits mitgeteilt, dass man hier nur verschwundene Messer als potentielle Waffen ernst nimmt (TNB P 02).

Die Atmosphäre unter den Mitarbeitenden kann sehr entspannt und angenehm sein (TNB P 02, 06), sie kann aber auch unmittelbar latent angespannt wirken (TNB P 03). Dies führt dazu, dass Mitarbeitende sich emotional ausgelaugt fühlen und dies auf die unterschwellig aggressive Stimmung sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden zurückführen (TNB P 03). Diese Stimmung wiederum habe mit der «schlechten Kommunikationskultur zwischen den Mitarbeitenden» (TNB P03) zu tun, die als eine Mischung aus «Misstrauen und Konformität» (TNB P 03) gegenüber Vorgesetzten beschrieben wird. Hinzu käme die mangelhafte Organisation bzw. die mangelnde Transparenz bezüglich der Tagesplanung für die Patient:innen (TNB P 03). Insgesamt wirken die Mitarbeitenden sehr mit sich beschäftigt, erzählen sich schon zu Schichtbeginn im Frühdienst Geschichten über Entweichungen und Ängste, die sie in diesem Zusammenhang umtreiben (TNB P 04). Trotzdem überlegen etliche Mitarbeitende gemeinsam wie sie der angebotenen Supervision, die sie als hinderlich wahrnehmen, aus dem Weg gehen können (TNB P 03).

Diese Bandbreite an Einschätzungen und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden untereinander spiegelt sich auch im Umgang mit den Jugendlichen wider: So kann eine gemeinsame Zeit im geschlossenen Garten ausgelassen und fröhlich sein (TNB P 03), während ein begleiteter Ausgang im Park der Klinik vollkommen schweigend und ohne jedweden Kontakt zwischen den Patient:innen und den Mitarbeitenden verlaufen kann (TNB P 03). Die Patient:innen können direktiv und verdriesslich angesprochen werden (TNB P 06), sie können auf dem Flur mitgeteilt bekommen, dass man den Eindruck habe ihr Zustand verschlechtere sich (TNB P 06), aber die Mitarbeitenden können auch sehr rücksichtsvoll sein z.B. beim morgendlichen Wecken (TNB P04) und sich gemeinsam mit einem Patienten über dessen bevorstehende Entlassung freuen (TNB P 07).

### Die Recovery-Orientierung und ihre Grenzen

Auf dieser Abteilung waren als Recovery-orientierte Massnahmen einmal der 'gemeinsame Rapport mit den Patient:innen' und einmal die 'selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Jugendlichen' festgelegt worden.

Der gemeinsame Rapport sollte zu mehr Partizipation der Jugendlichen beitragen. Allerdings scheint es die intendierte Auswirkung nicht zu geben. Zunächst wird dieser gemeinsame Rapport in einem kleinen Besprechungszimmer durchgeführt (TNB P 01, 02), wo die Jugendlichen einzeln zu den Mitarbeitenden gerufen werden, was dem Ganzen einen Tribunal-Charakter verleiht, insbesondere, da mit den Jugendlichen sehr direktiv gesprochen wird (TNB P 01, 02). Dieser direktive Ton führt dazu, dass die Patient:innen einsilbig reagieren, kaum Blickkontakt aufnehmen und sich eher zurückziehen oder ärgerlich reagieren, weil sie sich wie Kinder behandelt fühlen (TNB P 01, 02). In der Folge wird der gemeinsame Rapport in den kleinen Aufenthaltsbereich der Abteilung auf die dort stehenden Sofas verlagert (TNB P 03). Die Jugendlichen

reagieren hier eher trotzig pubertär und fläzen sich während des Rapports auf den Sofas (TNB P 03), was wiederum die Mitarbeitenden veranlasst im Ton noch direkter zu werden (TNB P 03).

Der gemeinsame Rapport wird von den Mitarbeitenden vorbesprochen bevor er durchgeführt wird (TNB P 04). Trotzdem scheinen sich die Mitarbeitenden bezüglich des Rapports nicht einig zu sein (TNB P 04). So gibt es Mitarbeitende, die eine eher fürsorgliche Haltung zum Ausdruck bringen und Mitarbeiter, die dies durch gewollte Strenge verhindern wollen (TNB P 07). Insbesondere ein Mitarbeitender signalisiert den Patient:innen mit seiner Haltung, dass er von ihnen keine sinnvollen Beiträge erwartet (TNB P 04). In der Folge wird der gemeinsame Rapport in die Zimmer der Patient:innen verlagert, um den Tribunal-Charakter zu reduzieren (TNB P 06). Dies verlangt mehr Flexibilität von den Mitarbeitenden, da es vorkommt, dass Patient:innen gerade unter der Dusche stehen oder zur Toilette sind, so dass andere Patient:innen in anderen Zimmern vorgezogen werden (TNB P 06).

Die zweite Recovery-orientierte Massnahme, 'die selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Patient:innen', weckt bei den Mitarbeitenden keine Begeisterung und sie hoffen, dass sich diese Massnahme nicht durchsetzt (TNB P 02). Dieser Wunsch scheint in Erfüllung zu gehen, weil der Gesundheitszustand eines der Patienten, der die Zubereitung des Abendessens massgeblich mittragen sollte, sich so verschlechtert, dass er dies nicht übernehmen kann (TNB P 04).

Die Kommunikation einiger Mitarbeitender mit den Jugendlichen ist eher geprägt von knappen Anweisungen, oder mürrischer Ablehnung (TNB P 01, 02). So wendet sich z.B. ein Patient, der zum Kochen eingeteilt war, mit einer Frage an einen Mitarbeitenden im Abteilungsbüro. Dieser antwortet nicht auf die Frage des Patienten, sondern fragt seinerseits in unwirschem Tonfall, ob das Essen schon fertig sei (TNB P 02) und unterstellt damit, dass der Patient seiner Verpflichtung nicht nachgekommen ist, obgleich dies sehr wohl der Fall war. Die Patient:innen werden von den Mitarbeitenden für vermeintliches Fehlverhalten zur Rede gestellt, etwa wenn sie bei weiteren Mitarbeitenden die gleiche Frage stellen (TNB P 02) oder ein vorgegebenes Ziel anders als auf dem vorgegebenen Weg erreichen wollen (TNB P 07) und die Mitarbeitenden überlegen gemeinsam welche Strafe hart genug ist für den Diebstahl einer Zigarette (TNB P 07).

Einigen Mitarbeitenden ist der Umgang mit den Patient:innen zu 'lasch' (TNB P 04) und sie würden gerne strenger sein. Sie gehen davon aus, dass die Patient:innen durch einen verständnisvollen Umgang lernen, dass sie sich alles erlauben können, was verhindert werden müsse. Bei den Jugendlichen handle es sich nicht um kranke, sondern um pubertierende Menschen und deswegen funktionierten auch Konzepte wie Trauma-Pädagogik nicht (TNB P 04). Andere Mitarbeitende reagieren auch auf eine unangemessen vorgetragene Frage von Patient:innen verständnisvoll z.B. bietet eine Mitarbeiterin einer Patientin, die sehr fordernd Zigaretten verlangt, an, gemeinsam mit ihr einen 'Haushaltsplan' für das Taschengeld zu erstellen, so dass genügend Geld für Zigaretten übrig bleibt (TNB P 05).

Es ist möglich, dass Mitarbeitende und Patient:innen gemeinsam Freude und Fröhlichkeit erleben z.B. bei einem gemeinsamen Basketballspiel (TNB P 07) und auf individueller Ebene fördern die Mitarbeitenden 'ihre' Bezugspatient:innen auch gezielt und überwiegend unterstützend. So definiert ein Mitarbeitender genau mit welchen Überlegungen er seine Bezugspatientin am Boxtraining teilnehmen lässt und was sie davon profitieren kann (TNB P 07). Hier wird deutlich, dass die Recovery-Orientierung auf dieser Abteilung zumindest kontrovers betrachtet wird.

### *3.6.5.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der

Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Auf der Abteilung BA 2 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 12 Sitzungen stattgefunden. In den Monaten März, Juli, August und September 2021 fanden keine Sitzungen der Arbeitsgruppe statt. Ein Patient nahm bis zur einschliesslich neunten Sitzung kontinuierlich an der Arbeitsgruppe teil, während die anderen Patient:innen wechselten. Ab der zehnten Sitzung wechselten die teilnehmenden Patient:innen sitzungsweise. Ein Mitarbeitender nahm kontinuierlich teil, die anderen teilnehmenden Mitarbeitenden wechselten sitzungsweise.

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorischen Herausforderungen, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen.

Wie deren Beschreibung zeigt, gab es etliche Herausforderungen sowohl organisatorischer wie auch inhaltlicher Art. Trotzdem scheint es am Ende gelungen zu sein die beiden geplanten Massnahmen - die selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Jugendlichen und den gemeinsamen Übergaberapport- umzusetzen und eine dritte Massnahme – die Recoverygruppe - einzuführen. Insbesondere der gemeinsame Übergaberapport mit den Patient:innen hat im Prozessverlauf viele Anpassungen erfordert. Mit der Beteiligung der pflegerischen Abteilungsleitung in der neunten Sitzung der Arbeitsgruppe schien der Prozess an Fahrt aufzunehmen.

### 3.6.5.3 Die Fokusgruppeninterviews

#### Die Patient:innen

Das Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen der Abteilung BA 2 fand am 03.02.2022 in der Zeit von 10.30-11.30 Uhr statt. Insgesamt nahmen sechs Patienten und drei Patientinnen an dem Interview teil, d.h. es haben alle Patient:innen, die aktuell auf der Abteilung in Behandlung gewesen sind, am Fokusgruppeninterview teilgenommen. Diese grosse Motivation hatte auch mit der erwarteten finanziellen Aufwandsentschädigung zu tun, wie die Patient:innen bei dessen Auszahlung anmerkten. Wie anhand der Verweildauer ersichtlich wird, hatte niemand von den Patient:innen den gesamten Projektverlauf miterlebt. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt       | VD in FOR  |
|----|------------|-------|----------|--------------|------------|
| 1  | ♂          | 17    | F 20.0   | Gewalt       | 3 Monate   |
| 2  | ♂          | 17    | F 84.5   | Gewalt       | 19 Monate  |
| 3  | ♂          | 16    | F 90.1   | Sexualdelikt | 2 Monate   |
| 4  | ♂          | 14    | F 92.0   | Eigentum     | 5 Monate   |
| 5  | ♀          | 16    | F 92.9   | Gewalt       | 7 Monate   |
| 6  | ♀          | 16    | F 90.1   | Eigentum     | 2,5 Monate |
| 7  | ♂          | 16    | F 91.2   | Gewalt       | 11 Monate  |
| 8  | ♂          | 17    | F 91.2   | Gewalt       | 5 Monate   |
| 9  | ♀          | 16    | F 91.2   | Gewalt       | 6 Monate   |

Tabelle 13 Teilnehmende FGI T1 Pat BA 2

Es zeichnet sich ein deutlicher Unterschied zu den Fokusgruppeninterviews mit den erwachsenen Patient:innen ab. Anders als diese, können die Jugendlichen aufgrund der Kürze ihrer Verweildauer nicht auf den Verlauf des Modellversuchs zurückblicken – es hatte auch niemand in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet – und so diskutierten sie stattdessen ihre aktuelle Situation auf der Abteilung. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: Wir sind an allem interessiert was mit Recovery zu tun hat. Wie sind da Eure Erfahrungen hier? Dazu diskutierten die Jugendlichen bereitwillig und engagiert miteinander und es waren nur wenige Interventionen der Interviewerin notwendig.

### Positive Erfahrungen

Offensichtlich hat das Stichwort Recovery bei den Jugendlichen die Assoziation mit der Recovery-Gruppe (vgl. Thematische Beschreibung Protokolle Arbeitsgruppe BA2) ausgelöst, denn sie begannen sofort mit einer Bewertung derselben. Übereinstimmend beschrieben sie, dass sie sehr zufrieden sind mit dieser Gruppe, weil sie sich dort gesehen, gehört und ernstgenommen fühlen. Es ist ein Forum in dem sie die Themen ansprechen können, die sie bewegen und in dem sie Antworten bekommen von den 'Erwachsenen'.

Dabei ist es anscheinend von Bedeutung, dass die pflegerische Abteilungsleitung, die von den Jugendlichen Chefin genannt wird, und der Klinikleiter Pflege in der Gruppe anwesend sind, weil dies die Möglichkeit gibt, Mitarbeitende mit denen es etwas zu klären gibt, direkt in die Gruppe dazu zu holen. Diese Unmittelbarkeit wird von den Jugendlichen sehr geschätzt:

*«Und auch die Leitung, also Frau [Name] schaut dann, dass immer alle betroffenen Personen gleich da sind, die wir ansprechen wollen. Dann probieren wir zu schauen, ja, geht das jetzt mit dieser Person, können wir jetzt diese Person dazu holen oder nicht».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 36-38)

Den Patient:innen ist es wichtig, dass nicht nur praktische Dinge wie Essensbestellungen besprochen werden, sondern dass es auch um die zwischenmenschlichen Erfahrungen geht.

*«Sprecher 5: Genau. Also die [mögliche Konflikte] werden jetzt nicht dort besprochen, aber es werden Sachen besprochen wie Lösungsvorschläge oder wie geht man miteinander um. So lebenswichtige Sachen ein bisschen.*

*Sprecher 1: Um den Aufenthalt einfach leichter zu machen.*

*Sprecher 5: Genau. Ja, die Pflege kommt dann auch uns entgegen und nimmt uns ernst und hört unseren Vorschlägen auch zu».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 22-26)

Nicht nur die Jugendlichen können in dieser Gruppe ihnen wichtige Themen ansprechen, sondern auch die Mitarbeitenden.

*«Also unsere Bedürfnisse werden definitiv berücksichtigt. Und das ist auch, also gerade in der Gruppe merkt man das. Das finde ich auch noch schön. Es werden nicht nur jugendliche Sachen angeschaut. Sondern zum Beispiel auch wenn Erwachsene, also Mitarbeiter irgendwie finden, ja, das läuft nicht so oder so».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 29-30)

Hier kommt zum Ausdruck, dass die Jugendlichen in der Recovery-Gruppe eine Verbundenheit miteinander und mit den Mitarbeitenden erleben, die es nicht immer so gegeben hat und die aus Sicht der Jugendlichen auch einen positiven Einfluss auf das Verhalten weniger verständnisvoller Mitarbeitenden hat.

*«Ja gut, es gab immer solche die mehr Geduld haben als die anderen. Also man kann jetzt nicht sagen das ganze Personal so. Aber die gewissen Leute, die es betroffen hat, haben einen großen Fortschritt gemacht, den wir merken. Also hat sich schon verbessert».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 84)

Dinge, die in der Recovery-Gruppe besprochen werden, werden dann auch im Alltag umgesetzt. Beispielhaft führen die Jugendlichen hierfür das Frühstück an den Wochenenden an, an denen keinen Therapien stattfinden. Es kann wohl festgehalten werden, dass die Recovery-Gruppe für die Jugendlichen ein wesentliches Moment in ihrem Aufenthalt auf der Abteilung ist und dazu beiträgt, dass sie sich selbstwirksam erleben können.

### Negative Erfahrungen

Zu den weniger guten Erfahrungen gehört die zweite Massnahme, die mit der Einführung der Recovery-Orientierung implementiert wurde. Dabei geht es um den gemeinsamen Übergaberapport von Mitarbeitenden und Patient:innen (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung Arbeitsgruppe). Laut Wochenplan soll dieser täglich zur Mittagszeit in den Zimmern der Patient:innen stattfinden, was tatsächlich aber anscheinend nicht so gehandhabt wird. Die Patient:innen führen das auf die mangelnde Kommunikation unter den Mitarbeitenden zurück und beschreiben, dass der gemeinsame Übergaberapport nur stattfindet, wenn es keinen 'Stress' in der Gruppe gibt und niemand von den Mitarbeitenden ausfällt d.h. wenn eine Regelbesetzung vorhanden ist. Den Zeitpunkt des gemeinsamen Übergaberapportes könnte man aus ihre Sicht noch besser planen und organisieren (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung Arbeitsgruppe), denn er fällt mit der Mittagspause der Patient:innen zusammen, die von ihnen häufig zum Duschen genutzt wird.

Einen Mangel an Kommunikation unter den Mitarbeitenden erleben die Patient:innen nicht nur in Bezug auf den gemeinsamen Übergaberapport, sondern auch in Bezug auf andere Dinge:

*«Oder die einen sagen: ja, also, dann machen wir das morgen so und so. Nachher kommt das nächste Personal am nächsten Tag. Ja, Sie, die und die Mitarbeiter haben gesagt wir dürfen. Nein, jetzt arbeite ich, nein, jetzt ist es nicht so. Das heißt, die Kommunikation, die müssen mehr untereinander miteinander reden und so. Und das weiß die Leitung jetzt auch».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 106)

Dies führt dazu, dass die Patient:innen sich nicht auf die Vorhersehbarkeit der Tagesgestaltung verlassen können und das ist für sie frustrierend.

Was die Patient:innen ebenfalls als Mangel erleben, sind positive Rückmeldungen, wenn sie etwas gut gemacht haben. Allerdings ordnen sie das als normales menschliches Verhalten ein:

*«Also es ist schon so dass- Es ist ja immer so im Leben, man sieht die schlechten Sachen schneller als die guten. Und wenn man es mal eine Zeit lang gut macht, dann kriegt man vielleicht mal ein Lob, dass man es gut macht. Oder zum Beispiel beim Standort, dann kriege ich mal ein Lob von meiner Bezugsperson, wo ich dachte: ah, das haben Sie mir aber noch nie gesagt. Das ist ein bisschen das- Zum Beispiel, wenn ich meiner Mutter nicht sage: ich liebe dich, sie weiss es, aber es ist schön zu hören. Und das finde ich sollte auch noch ein bisschen hier bearbeitet werden».* (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 118)

Sie gehen davon aus, dass nicht alle Mitarbeitenden genau über sie und die Themen an denen sie in der Therapie arbeiten Bescheid wissen und haben deswegen, zumindest teilweise, auch Verständnis dafür, dass sie nicht immer ein positives Feedback bekommen, auch wenn sie es aus ihrer Sicht verdient hätten.

Darüber hinaus gibt es den klaren Wunsch bei den Standortgesprächen von Anfang an beteiligt zu sein. Dies wird im Fokusgruppeninterview durchaus kontrovers diskutiert, wie der nachfolgende Abschnitt aus dem Interview zeigt:

*«Sprecher 5: Oder weißt du was ich will? Ich will, dass wenn ich Standort habe, dass ich von Anfang an dabei bin und nicht erst bei den letzten zehn Minuten.*

*Sprecher 6: Ja gut, aber das ist etwas, das ist nichts was man kann-*

*Sprecher 8: Sie müssen das zuerst besprechen und dann-*

*Sprecher 5: Aber es geht ja um dich selber. In jedem Heim, wo ich bis jetzt war wo ich Standort hatte, bin ich immer von Anfang an dabei gewesen.*

*Sprecher 8: Das ist kein Heim, das ist eine Scheiß Psychiatrie für straffällige Jugendliche.*

*Sprecher 5: Aber es geht ja um dich. Du weißt ja nicht an was du arbeiten musst, wenn sie dich hinterher kritisieren.*

*Sprecher 1: Nein, das Ding ist bei meinen Standorten ist, die kommen hierhin und einer weiß etwas, die Jugendanwältin weiß nichts, und die klären zuerst mal auf. Die müssen der zuerst mal sagen, um was geht es heute, was ist das Ziel heute von dem Ding. Und nachher wiederholen sie das ja meistens.*

*Sprecher 5: Ja schon, aber wieso darf ich das nicht wissen?*

*Sprecher 1: Das hat nichts mit Wissen- dürfen oder so zu tun, sondern einfach Aufklärung. Die sagen es dir ja dann schon- Die sagen nicht Sachen hinter deinem Rücken.*

*Sprecher 5: Ja schon, aber trotzdem will ich von Anfang an dabei sein». (FGI T1 PAT BA 2 - Transkript - TR220750, Pos. 124-133)*

Überraschenderweise – auf den beiden darunter und darüber liegenden Etagen liegen die beiden Abteilungen für erwachsene Patient:innen, wo dies als Massnahme eingeführt wurde – scheint hier für die jugendlichen Patient:innen selbst eine Grenze der Recovery-Orientierung erreicht zu sein und sie können sich nicht vorstellen, dass dieser Wunsch durchsetzbar sein könnte. Sprecher 1 wirbt stattdessen dafür den am Standort beteiligten Mitarbeitenden zu vertrauen, dass sie nach dem Standortgespräch die wichtigen Informationen an die betreffenden Patient:innen weiter geben.

Anders sieht es mit durch Abteilungsregeln gesetzten Grenzen aus. Diese werden von den Jugendlichen teilweise als absurd angesehen, weil sie ein von ihnen als normales jugendliches Verhalten empfundene Dinge wie das Tauschen von Bekleidung, Büchern, MP3-Playern oder auch Körperkontakt verbieten. Dabei nehmen sie manche Diskussionen mit den Mitarbeitenden auch als pseudo-partizipativ wahr z.B., wenn es um Sexualität und das Verbot von Körperkontakt geht. Hier haben sie den Eindruck, dass ganz klar feststeht, dass diese Regel unumstößlich ist, es aber trotzdem immer wieder Angebote gibt darüber zu sprechen.

### Die Mitarbeitenden

Auf der Abteilung BA 2 wollten so viele Mitarbeitende an dem Fokusgruppeninterview teilnehmen, dass zwei Interviewgruppen stattgefunden haben. Das erste Fokusgruppeninterview (FGI MA BA 2-1) fand am 31.01.2022 in der Zeit von 15.00 h – 16.00 h statt. Insgesamt nahmen sieben Mitarbeitende an dem Interview teil. Davon hatten drei Mitarbeitende den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt, während vier Mitarbeitende erst gegen Ende des Modellversuchs dazu gekommen sind.

Das zweite Fokusgruppeninterview (FGI MA BA 2-2) fand am 01.02.2022 in der Zeit von 13.30h – 14.35h statt. Insgesamt nahmen sechs Mitarbeitende an dem Interview teil. Davon hatten drei Mitarbeitende den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt, während drei Mitarbeitende erst im Verlauf des Modellversuchs dazu gekommen sind. Im Unterschied zum ersten Fokusgruppeninterview, das multi-professionell besetzt war, war dieses ausnahmslos mit Mitarbeitenden des Pflegedienstes besetzt.

Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Ihr an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denkt, was geht Euch dann durch den Kopf? » Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

### Rückblick

Im Rückblick unterscheiden sich die Statements der beiden Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden: Die Teilnehmenden am Fokusgruppeninterview MA BA 2-2 erlebten den Modellversuch als gelungen und konnten sich gut an die Entwicklung, Implementierung und Adaption der eingeführten Massnahmen erinnern.

*«Aber zum Beispiel was Essen angeht hat sich viel geändert durch die Patienten. Also wie zum Beispiel eben individuelles Gestalten des Essens, oder mehr Kochgruppen gab es auch. Fand ich super, bin recht zufrieden».* (FGI T1 MA BA2-2 - Transkript - TR220750, Pos. 3)

Wohingegen die Teilnehmenden am Fokusgruppeninterview MA BA 2-1 den Projektstart als schwerfällig empfanden einen Mangel an Kontinuität im Projektverlauf feststellten.

*«Ja, aus meiner Sicht lief es am Anfang sehr, sehr zäh an. Ist denke ich der Abteilung auch geschuldet, dass die Patienten sehr häufig wechseln. Dann kommt dazu, dass sie sehr lebhaft sind, dass teilweise wir Phasen hatten, wo diese Gruppen nur minimal besetzt stattfinden konnten, weil sie sich Auszeiten genommen haben im Zimmer oder noch enger, in der Isolation».* (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 8 - 8 o)

Dieser Mangel an Kontinuität wird einerseits mit der vergleichsweise kurzen Verweildauer der Patient:innen in Zusammenhang gebracht und andererseits mit der Dynamik innerhalb der Gruppe der Patient:innen, welche Zimmereinschlüsse und Absonderungen im Isolationsraum zur Folge hatte.

Dies macht sich auch bei den Mitarbeitenden bemerkbar. Die hohe Personalfuktuation führt dazu, dass es kein gemeinsames Verständnis von Recovery gibt.

*«Also, da ich erst seit sechs Monaten auf der Jugendabteilung bin, weiss ich weder genau was jetzt es mit diesem RE-FOR-MA-Projekt auf sich hat, noch genau, was mit Recovery gemeint ist».* (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 5 - 5 o)

Die Mitarbeitenden haben demnach zwar die häufigen Wechsel der Patient:innen im Bewusstsein, nicht aber die Fluktuation unter den Mitarbeitenden. Zusätzlich scheint der klinische Alltag sehr situativ ausgerichtet zu sein, so dass Dinge, die nicht unmittelbar erledigt werden können, in Vergessenheit geraten. So wurde in diesem Fokusgruppeninterview auch kaum oder gar nicht über die anderen beiden Massnahmen – den gemeinsamen Übergaberapport und die selbständige Zubereitung eines Abendessens durch die Jugendlichen – gesprochen. Dies war aus der Perspektive der Teilnehmenden auch das ‘Schicksal’ der Arbeitsgruppe.

*«Also ich glaube am Anfang waren wir recht breit aufgestellt. Und da muss man fairerweise sagen, hat es sich aber auch ein bisschen verlaufen [...]. Und ich glaube einfach, der der hartnäckig war und immer da war, war [Name]. Also diese RE-FOR-MA- Arbeitsgruppe war in allen Berufsgruppen aufgestellt, aber hat irgendwie nicht überlebt».* (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 78 - 78 (o))

Tatsächlich hat die Arbeitsgruppe überlebt (vgl. hierzu Thematische Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe), was von den Mitarbeitenden so aber nicht wahrgenommen wurde. Dies wird einerseits mit einem mangelhaften Informationsfluss in Zusammenhang gebracht und andererseits damit, dass die Intervalle zwischen den

Sitzungen der Arbeitsgruppe zu lange waren, um die Inhalte präsent zu halten. Dies wird insbesondere im Vergleich mit der Recovery-Gruppe deutlich.

Die Recovery-Gruppe findet wöchentlich statt und wird von der pflegerischen Abteilungsleitung und gelegentlich vom pflegerischen Klinikleiter moderiert und von den Patient:innen sehr geschätzt (Vgl. dazu auch Thematische Beschreibung FGI 2 PAT BA 2). Die Gruppe bietet den Patient:innen die Möglichkeit Fragen zu stellen, Änderungsvorschläge zu machen und ihnen wichtige Themen zu besprechen. An der Recovery-Gruppe nehmen alle Patient:innen und alle im Dienst befindlichen Mitarbeitenden teil. Wie sich im Fokusgruppeninterview zeigt, sind nicht nur die Jugendlichen, sondern auch die Mitarbeitenden von der Sinnhaftigkeit dieser Veranstaltung überzeugt:

*Und seit Einführung dieser Gruppe, dieser Recovery-Gruppe, die einfach obligatorisch ist, wo auch möglichst viele Mitarbeiter teilnehmen, kommt es zu sehr, sehr lebhaften Diskussionen, mit sehr konstruktiven Vorschlägen und Reaktionen von den Jugendlichen. So dass ich denke, so aus der Erfahrung, wenn man das nochmal anbahnt, solche Gruppen sind sehr fruchtbar. Ich muss auch sagen, das ist sehr lebhaft, alle bringen sich ein, es kommen Themenvorschläge». (FGI T1 MA BA 2 -1 - Transkript - TR220750: 8 - 8 (o))*

Dies wird auch von den Teilnehmenden am Fokusgruppeninterview MA BA 2-2 so gesehen. Sie stimmen völlig darin überein, dass diese Gruppe etwas sehr Wertvolles ist, was eindeutig Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den jugendlichen Patient:innen hat.

In der Recovery-Gruppe wird viel über die Stationsregeln und deren Sinnhaftigkeit gesprochen, wie z.B. warum die Jugendlichen Samstagmorgens geweckt werden und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt gefrühstückt haben müssen, obwohl es am Wochenende keine Therapien gibt und das sogenannte 'Samstagsprojekt' – eine externe Freizeitaktivität – aufgrund der Pandemie nicht stattfinden kann. Das war für die Mitarbeitenden nachvollziehbar und so beschlossen sie einen Testlauf zu machen und die starre Struktur am Wochenende aufzuheben. Die Jugendlichen waren davon begeistert (vgl. dazu FGI T1 PAT BA2), während es für die Mitarbeitenden zunächst eine grosse Umstellung bedeutete.

Die Recovery-Gruppe hat nicht nur Auswirkungen auf die Jugendlichen, sondern auch auf die Arbeitssituation der Mitarbeitenden, die das durchaus als eine Herausforderung wahrnehmen.

*«Das heisst aber auch für uns, wir können- Es gibt kein 0815. Ja? Ich muss sicherlich jeden einzelnen angucken. Ich muss auch genauer hinschauen und auch verstehen lernen aus der Biografie des einzelnen, wo vielleicht auch Bedürfnisse für den Einzelnen sein könnten, um ihm Möglichkeiten aufzuzeigen. Weil, manchmal ist erstmal überhaupt Möglichkeiten zu sehen für einen Betroffenen, ganz, ganz schwierig. Und wenn ich mich aber mit der Biografie- Und deswegen finde ich diese Kernteam-Gespräche und alles sehr, sehr wichtig. Weil man da auch ein bisschen näher an die Biografie rankommt. Dann kann ich dort versuchen, etwas für mich rauszunehmen, um es den Patienten wieder möglich zu machen; schau doch mal in die Richtung, gibt es da Ideen? Aber immer mit dem Merksatz: ihm nicht Lösungen zu präsentieren, sondern immer Aufforderungen, selber zu denken. Also immer mehrere Möglichkeiten. Selten eine Möglichkeit, sondern versuchen, mehrere Möglichkeiten, damit er Entscheidungen treffen kann. So. Und ich glaube das ist diese riesige Herausforderung auch für die Mitarbeiter». (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 123 - 123 (o))*

Eine weitere Herausforderung stellt der Arbeitsauftrag der forensischen Psychiatrie, also die Sicherung und Besserung der zugewiesenen Patient:innen dar. Die Mitarbeitenden finden diesen Balanceakt nicht einfach, insbesondere wenn es Vorgaben von der Justiz gibt.

## Ausblick

Den Mitarbeitenden ist es wichtig, dass die Patient:innen ein Mitspracherecht haben:

*Also ich finde wichtig, dass die Patienten ein gewisses Mitspracherecht haben. Ich glaube das geht in die gleiche Richtung wie das was du gesagt hast. Dass es nicht einfach heißt sie sind jetzt hier im Gefängnis und ja, fertig und müssen einfach folgen, und wenn sie etwas falsch machen, gibt es eine Bestrafung. (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 99 - 99 (0))*

Für dieses Mitspracherecht bildet die Recovery-Gruppe einen guten Rahmen. Diese soll weiterhin wöchentlich stattfinden, weil aus Sicht der Mitarbeitenden nur diese recht hohe Frequenz Kontinuität ermöglicht und damit erfolgsversprechend ist. Allerdings sollte auch hier eine gewisse Flexibilität bestehen bleiben, so dass immer auch die Sicherheit auf der Abteilung mitgedacht werden muss:

*«Es kann ja auch jederzeit kippen in der Gruppe [gemeint ist die Dynamik unter den Patient:innen]. Und dann können wir so Sachen gar nicht machen, weil wir erst mal die Sicherheit herstellen müssen, ja. Und das finde ich ganz, ganz wichtig, dass wir da nicht zu eng werden und sagen, jetzt muss es so laufen. Sondern dass man so sagen kann: wenn Sicherheit da ist, dann haben wir diese Augenhöhe, dass wir miteinander so gut wie möglich auf Bedürfnisse eingehen. Und wenn es nicht geht, dann ist der Rahmen enger». (FGI T1 MA BA 2-2 - Transkript - TR220750, Pos. 56)*

## Empfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf den Erfahrungen welche die Interviewteilnehmenden miteinander diskutiert haben. Die Mitarbeitenden sind sich sicher, dass es eine solche Recovery-Gruppe geben muss.

Dies ist, aus Sicht der Mitarbeitenden, insbesondere in einem forensisch-psychiatrischen Setting notwendig, weil die Begegnung auf Augenhöhe die Beziehung zwischen den Patient:innen und Mitarbeitenden verbessert oder sogar erst ermöglicht und weil Beziehung wiederum Sicherheit schafft. Dementsprechend ist es besonders wichtig:

*«Das Ernstnehmen der Patienten ernst zu nehmen. Und es muss wahrhaftig sein. Auch wenn man über den Schatten springen muss. Sorry». (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 95 - 95 (0))*

Damit ist gemeint, dass man sich in einer Recovery-Gruppe in erster Linie als Mensch und nicht in einer Berufsrolle oder Funktion beteiligen muss.

Neben der aktiven Beteiligung und Offenheit der Mitarbeitenden, erfordert dies auch gelegentlich ein überschaubares Risiko einzugehen, um den Patient:innen Erfahrungen zu ermöglichen.

*«Und ich muss akzeptieren können, dass jemand Fehler macht und ein Recht hat die zu machen. Aber wenn ich dann nach dem Fehler wieder da sein kann und wieder auffangen kann - Der kam noch ein zweites Mal. Es ist so passiert wie alle dachten [dass der vom Patienten präferierte Wohnheimplatz nicht der Richtige für ihn sei]. Ich auch. Aber er war immer noch im Kontakt. Und das war der ganz grosse Unterschied. Und das ist für mich Recovery. Weil, ich in meinem Leben darf ja auch Fehler machen. [...] Ja, lass ihn doch lernen». (FGI T1 MA BA 2-2 - Transkript - TR220750, Pos. 133)*

Darüber hinaus wird Verbindlichkeit benötigt d.h. dass eine solche Gruppe auch eine Pflichtveranstaltung sein kann. Dabei wird darauf vertraut - und die Teilnehmenden haben dies auch so erlebt - dass sich weniger motivierte Personen im Prozessverlauf 'anstecken' lassen und den Sinn erkennen können. Und es ist von grosser Bedeutung:

«Dass man jemanden hat, der sich verantwortlich fühlt und der das ein Stück steuert diesen ganzen Prozess». (FGI T1 MA BA 2-2 - Transkript - TR220750, Pos. 146)

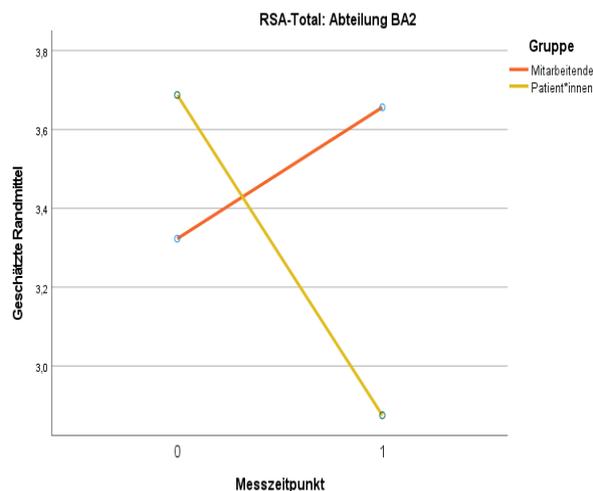
Darüber hinaus muss den Mitarbeitenden Zeit zur Verfügung gestellt werden, um sich mit zentralen Prinzipien von Recovery vertraut machen zu können d.h es sollen alle Mitarbeitenden bei der Einführung neuer Konzepte mitgenommen werden.

«Dass man irgendwie ja versucht da niemanden unterwegs zu verlieren». (FGI T1 MA BA 2-1 - Transkript - TR220750: 109 - 109 (0))

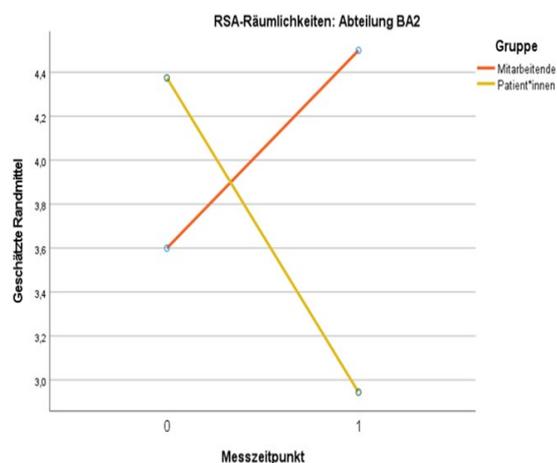
Dafür kann es hilfreich sein eine Art von Logbuch einzurichten, in dem alle Informationen, Begebenheiten, Abmachungen, Abklärungen welche die Einführung von Recovery betreffen, für alle zugänglich festgehalten werden.

### 3.6.5.4 Die quantitativen Ergebnisse

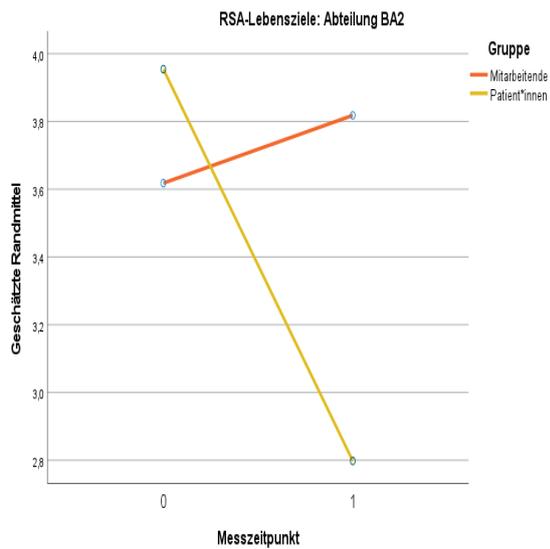
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung BA 2 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



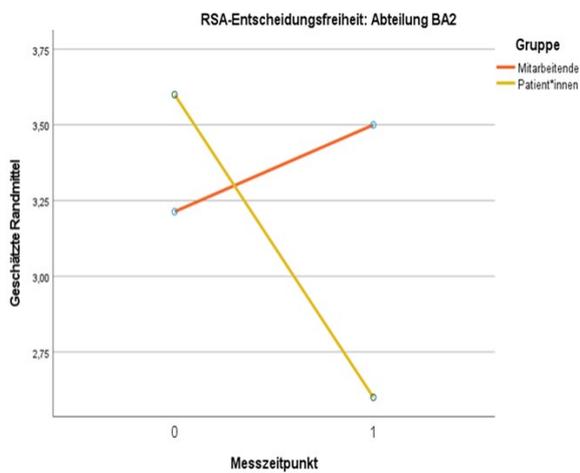
Aus der Abbildung geht hervor, dass der RSA-Total-Score sich in der Wahrnehmung der Patient:innen verschlechtert, während er aus derjenigen der Mitarbeitenden eine leicht positive Tendenz aufweist.



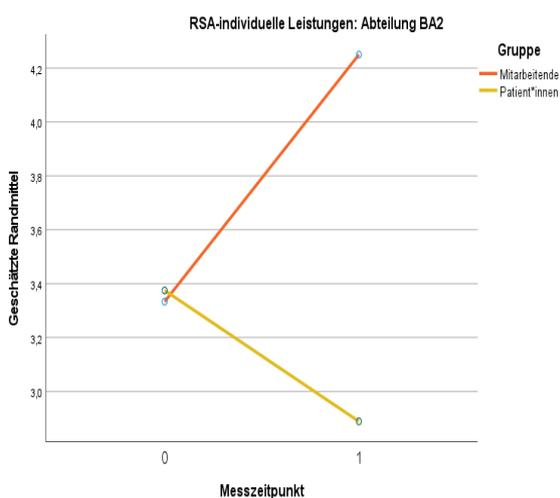
Aus den Daten geht hervor, dass sich die Einschätzung der Räumlichkeiten aus Sicht der Mitarbeitenden verbessert, während es sich bei den Patient:innen umgekehrt verhält.



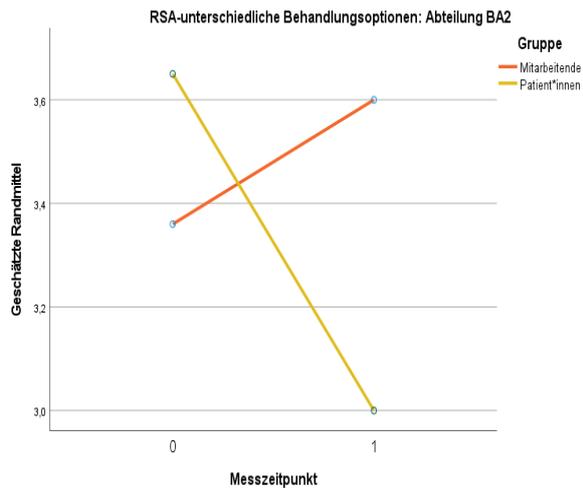
Hier zeigt sich, dass die wahrgenommene Unterstützung bezüglich der Lebensziele aus Sicht der Mitarbeitenden weitgehend konstant blieb, während sie sich aus Sicht der Patient:innen im Verlauf verschlechterte.



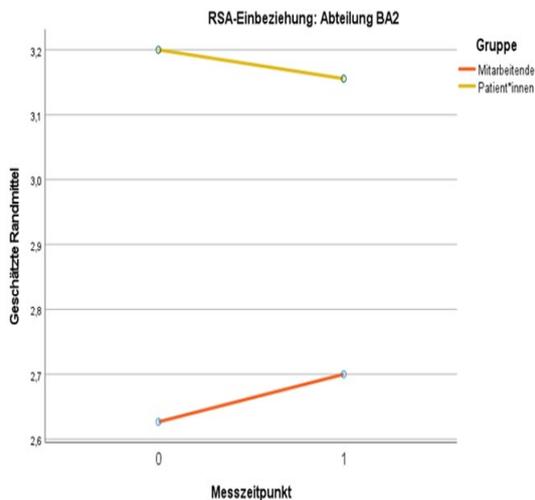
Wie die Abbildung zeigt, nahm die wahrgenommene Entscheidungsfreiheit aus Sicht der Patient:innen ab, während sie aus Sicht der Mitarbeitenden weitgehend konstant blieb.



Wie die Abbildung zeigt, nahm das wahrgenommene individuelle Leistungsangebot aus Sicht der Mitarbeitenden im Verlauf der Zeit zu, während es aus Sicht der Patient:innen – ausgehend von einem annähernd identischen Niveau – abnahm.

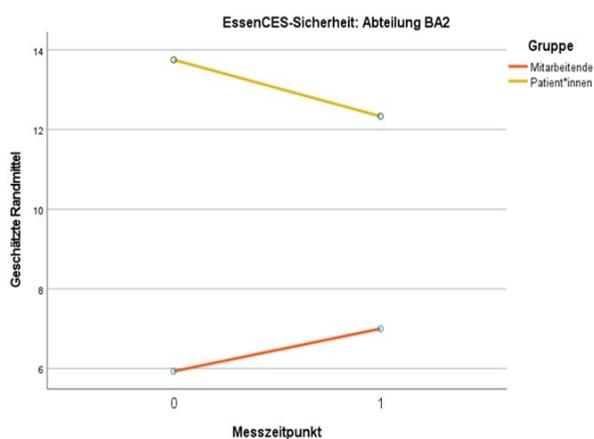


Bei den unterschiedlichen Behandlungsoptionen sehen die Mitarbeitenden eine geringe Verbesserung, während die Patient:innen eine deutliche Verschlechterung wahrnehmen

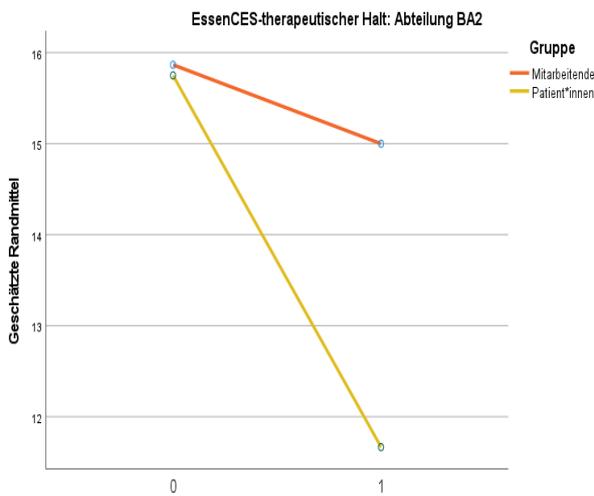


Wie die Daten zeigen, blieben die Werte zur «Einbeziehung» sowohl in der Gruppe der Patient:innen, als auch in derjenigen der Mitarbeitenden weitgehend konstant, allerdings in der Gruppe der Patient:innen grundsätzlich auf einem höheren Niveau.

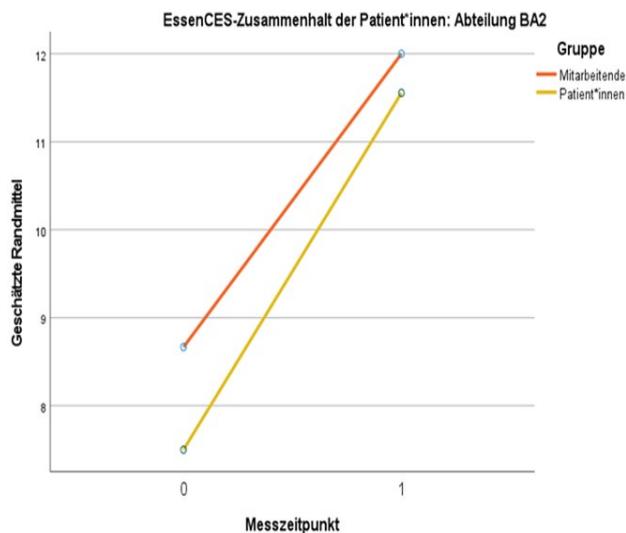
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Die empfundene Sicherheit bleibt sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden weitgehend konstant, wobei die Mitarbeitenden die Sicherheitssituation grundsätzlich schlechter einschätzten als die Patient:innen.



Ausgehend von einem annähernd identischen Niveau schätzen die Patient:innen den Therapeutischen Halt schlechter ein, während die Einschätzung der Mitarbeitenden weitgehend konstant blieb.



Wie aus den Daten hervorgeht, verbesserte sich der Zusammenhalt der Patient:innen sowohl aus Sicht der Patient:innen als auch aus derjenigen der Mitarbeitenden.

### 3.6.5.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

Anhand der Score-Verläufe des RSA-R-Fragebogens ist auf der Abteilung BA 2 ein Muster klar ersichtlich: In jedem der Verläufe verbessern sich die Werte auf Seiten der Mitarbeitenden zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> gegenüber dem Zeitpunkt T<sub>0</sub>, während sich die Werte der Patient:innen grundsätzlich verschlechtern.

Die Werte der Patient:innen verschlechtern sich tendenziell in einem stärkeren Ausmass, als sich die Werte der Mitarbeitenden verbessern: Dies trifft auf den RSA-Total Score und auf die Scores 'Räumlichkeiten', 'Lebensziele', 'Entscheidungsfreiheit' und 'unterschiedliche Behandlungsoptionen' zu. Diesen Score-Verläufen ist zudem gemeinsam, dass sich die Patient:innen zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> auf einem höheren Niveau befanden als die Mitarbeitenden, während sich dieses Verhältnis zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> umkehrt. Ausnahmen hiervon bilden die Verläufe der Scores 'individuelle Leistungen' und 'Einbeziehung'. Bezogen auf die 'individuellen Leistungen' fällt die Verbesserung der Scores der Mitarbeitenden stärker aus als die Verschlechterung der Werte bei den Patient:innen während beide auf einem annähernd identischen Niveau starten. Bezogen auf die 'Einbeziehung' schätzen die Patient:innen die Gesamtsituation grundsätzlich deutlich besser ein als die Mitarbeitenden, wobei die messbaren Veränderungen sowohl

bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden über den Zeitraum sehr klein ausfallen.

Mit Blick auf die Scores des EssenCES-Fragebogens liess sich keine vergleichbare zentrale Tendenz festmachen: während der 'therapeutische Halt' in der Wahrnehmung sowohl der Mitarbeitenden als auch der Patient:innen in seiner Qualität sank – bei den Mitarbeitenden in einem weniger auffälligen Ausmass als bei den Patient:innen– stieg der Zusammenhalt der Patient:innen in beiden Gruppe in etwa gleichem Masse. Die 'wahrgenommene Sicherheit' war zu beiden Messzeitpunkten bei den Patient:innen höher als bei den Mitarbeitenden, wobei sie bei ersteren im Verlauf des Projektes leicht absank, und bei letzteren leicht zunahm.

Die zentrale Tendenz in den Verläufen des RSA-R-Fragebogens – namentlich die, dass die Score-Werte bei den Mitarbeitenden sich verbessern, sich bei den Patient:innen hingegen verschlechtern, - unterstützt die Ergebnisse aus den qualitativen Daten. Die Jugendlichen sind zwar mit der Recoverygruppe sehr zufrieden und haben den Eindruck dort gesehen, gehört und ernst genommen zu werden, sie machen aber auch viele negative Erfahrungen. So schildern sie die Auswirkungen der, aus ihrer Sicht, mangelnden Kommunikation unter den Mitarbeitenden, die dazu führt, dass der Tagesablauf für sie wenig vorhersehbar ist und dass von ihnen absurd empfundene Stationsregeln zu Sanktionen führen, die von den Mitarbeitenden in unterschiedlichem Ausmass eingesetzt werden. Dieser Eindruck scheint durch die Daten aus der Teilnehmenden Beobachtung bestätigt zu werden. Dort wurden die unterschiedlichen Vorstellungen der Mitarbeitenden wie mit den Jugendlichen umzugehen ist, sehr deutlich.

In den Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden hingegen, wird dies nicht reflektiert. Dort steht in beiden Interviews die Recoverygruppe und die positiven Effekte, welche die Mitarbeitenden damit verbinden wie z.B. Begegnung auf Augenhöhe im Vordergrund. Dies könnte als «Effort-Justification»-Effekt im Sinne der Theorie der kognitiven Dissonanz (Rosenfeld et al 1984) interpretiert werden. Wie aus den Daten der Teilnehmenden Beobachtung ersichtlich wird, haben die Mitarbeitenden sich auch engagiert z.B. mit der mässig erfolgreichen Massnahme 'gemeinsamer Übergaberapport' und auch Konflikte untereinander ausgetragen. Nun wollen sie ihre Investition in die Arbeit nicht als Fehlleistung betrachten und messen deswegen den Resultaten eine grössere Bedeutung bei.

### 3.6.6 Basel Abteilung 3 (BA 3)

#### 3.6.6.1 Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von Oktober 2020 bis Oktober 2021 wurden auf der Abteilung BA3 an insgesamt 10 Tagen Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich 5,5 Stunden Dauer durchgeführt. Eine der Teilnehmenden Beobachtungen galt ausschliesslich einer Sitzung des Patientenrates und dauerte eine Stunde.

#### Das Milieu

Die Abteilung BA 3 ist eine geschlossen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes. Die Abteilung verfügt mehrheitlich über Dreibettzimmer, die sehr ordentlich wirken (TNB P 01, 02) und im hinteren Teil der Abteilung liegen. Dieser wird bei Neuaufnahmen durch eine zu verschliessende Tür für kurze Zeit vom vorderen Teil der Abteilung abgetrennt wodurch Patient:innen möglicherweise kurz warten müssen, bevor sie in ihr Zimmer gehen können (TNB P 06).

Die Patient:innen haben aussen an ihren Zimmertüren Persönliches wie Mandalas, Fotos, Poster usw. angebracht (TNB P04). Weiter stehen den Patient:innen ein grosser Aufenthalts- und Essbereich (TNB P03), wo auch Informationsbroschüren zu

psychischen Erkrankungen ausliegen (TNB P03), ein mit Sofas ausgestatteter kleiner Aufenthaltsbereich im hinteren Teil der Abteilung (TNB P 10), ein Raucherraum (TNB P01) und ein am Stationseingang gelegenes Besucherzimmer (TNB P01), das multifunktional genutzt wird, zur Verfügung. Zusätzlich scheint es ein Telefonzimmer zu geben, wo Patient:innen ab 12.00 Uhr telefonieren dürfen. Dies führt dazu, dass sich um diese Uhrzeit dort eine Schlange bildet (TNB P01). Darüber hinaus gibt es ein Abteilungsbüro sowie einen nahe des Aufenthalts-raums der Patient:innen gelegenen Pausenraum für die Mitarbeitenden (TN P01), dessen Tür offen bleibt, wenn die Mitarbeitenden dort ihre Pause machen, so dass sie für die Patient:innen präsent und ansprechbar bleiben (TNB P06, 10). Der Raucherraum wird hier nicht nur von den Patient:innen sondern auch von den Mitarbeitenden genutzt (TNB P 01) und scheint der 'Ort der relativen Normalität' (TNB P 03, Abs. 12) zu sein, an dem Patient:innen und Mitarbeitende sich begegnen (TNB P 03, 05) und miteinander reden und lachen (TNB P 02). Vor dem Abteilungsbüro stehen immer wieder etliche Patient:innen, die darauf warten ihre Anliegen vorbringen zu können (TNB P01).

Auf der Abteilung findet eine Morgenversammlung statt, bei der es keine Anwesenheitspflicht gibt (TNB P 03). Insgesamt scheinen die Stationsregeln auf der Abteilung sehr individualisiert auf die Patient:innen und deren Zustand adaptiert zu werden. So geht ein relativ neuer Patient über den Stationsflur und trägt dabei provokativ Kopfhörer, was die Stationsregeln eigentlich untersagen. Eine Mitarbeitende spricht den Patienten darauf an, entscheidet aber anhand seiner Reaktion eher deeskalierend zu wirken und insistiert nicht weiter (TNB P 04). Andere Patient:innen werden, wie die Regeln es vorsehen, bei Anliegen an die Mitarbeitenden an ihre Tagesbezugspersonen verwiesen (TNB P 04). Damit scheint das Klima auf der Abteilung nicht sehr restriktiv zu sein.

Die Patient:innen nehmen die Mahlzeiten gemeinsam und ziemlich schnell ein (TNB P 06), dabei wirkt die Atmosphäre durchaus familiär und die Patient:innen erkundigen sich z.B. nach dem Befinden anderer Patient:innen (TNB P 07). Die Patient:innen haben 'Ämtli' wie Küchendienst rund um die Mahlzeiten zu erledigen (TNB P 01). Nach dem Mittagessen scheinen sich die Patient:innen häufig hinzulegen (TNB P 01), bevor weitere Aktivitäten wie der gemeinsame Stationsputz (TNB P 02, 04), die thematische Gruppe (TNB P 05) oder der Einkauf für die Kochgruppe (TNB P 04) anstehen. Beim Einkauf für die Kochgruppe wird nur das eingekauft was für die zu kochende Mahlzeit notwendig ist (TNB P 04), wohingegen beim Stationseinkauf Patient:innen mit ausreichender Lockerungsstufe auch persönliche Dinge für ihre Mitpatient:innen besorgen. Der Stationseinkauf ist unter den Patient:innen nicht sehr beliebt (TNB P 04), da er durchaus zu Konflikten untereinander führen kann, z.B. wenn der gewünschte Gegenstand nicht mehr vorrätig war und stattdessen ein Ersatz eingekauft und mitgebracht wird (TNB P 04). In solchen Situationen halten sich die Mitarbeitenden eher beobachtend zurück, weil sie wollen, dass die Patient:innen lernen solche Probleme selbständig zu klären (TNB P 07). Auch auf dieser Abteilung wandern die Patient:innen gelegentlich ziellos umher (TNB P 08).

Die Mitarbeitenden dieser Abteilung verbringen die Pausen teils gemeinsam in ihrem Pausenraum, dessen Tür für die Patient:innen offen bleibt (TNB P 06, 10). Sie frühstücken miteinander (TNB P 06) und nehmen in der Spätschicht auch das Abendessen, das Mitarbeitende teilweise zu Hause schon vorbereitet haben (TNB P 05) gemeinsam ein. In den Pausen ist die Stimmung locker und fröhlich (TNB P 01, 03, 05) und es werden die verschiedensten berufsbezogenen Themen diskutiert. Dabei stehen einzelne Mitarbeitende immer wieder auf, um auf die Anliegen von Patient:innen, welche den Kopf zur Tür hereinstrecken, zu reagieren (TNB P 03).

### Die Recovery-Orientierung und ihre Grenzen

Die Arbeit an der Recovery-Orientierung ist auf dieser Abteilung präsent. Die Patient:innen arbeiten teilweise sehr engagiert daran mit und die Mitarbeitenden

unterstützen sie dabei, z.B. indem sie Recovery zum Thema in der thematischen Gruppe machen (TNB P 02) wobei die Patient:innen es übernehmen das Besprochene zu protokollieren. Auch in Bezug auf das Bedürfnis nach Lebensfreude unterstützen die Mitarbeitenden die Patient:innen: So hatte eine Patientin den Vorschlag gemacht an Halloween einen Filmabend mit Popcorn zu veranstalten, worauf die Abteilungsleitung erklärte, dass sich die Abteilung möglicherweise an den Kosten beteiligen würde, wenn die Patient:innen einen Kostenplan erstellten (TNB P 01).

Im Zuge des Modellversuches wurden auf dieser Abteilung folgende Massnahmen etabliert: Die Patient:innen sind von Beginn an ihren jeweiligen Standortgesprächen beteiligt – ein solcher wurde im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung aufgrund des Respekts vor der Privatsphäre der Patient:innen nicht beobachtet – und als zweite Massnahme wurde der Patientenrat gegründet. Die Aufgabe des Patientenrates ist es, die Anliegen der Patient:innen zu sammeln und gegenüber der Abteilungsleitung zu vertreten. Zum Zeitpunkt der Teilnehmenden Beobachtung war der Patientenrat bereits in der zweiten ‘Amtszeit’ tätig, d.h. es hatten bereits zwei Wahlen stattgefunden. In der zweiten Wahl hatte sich ein relativ neuer Patient aufstellen lassen und ist auch gewählt worden. Er begründete sein Interesse damit, dass er einerseits direkt einen guten Eindruck machen wollen, andererseits aber auch interessiert daran gewesen wäre, seine Zeit auf der Abteilung mit etwas Sinnvollem zu verbringen. Inzwischen hätten sich schon öfter Patient:innen an ihn gewandt – u.a. mit Wünschen nach Fitnessgeräten auf der Abteilung und der Einrichtung eines ‘Liebeszimmers’ – und er habe Spass an der Verantwortung dieser Funktion (TNB P 05).

In einer der Teilnehmenden Beobachtungen (TNB P 09) wurde eine gemeinsame Sitzung des Patientenrats mit den Patient:innen beobachtet. Da die Gruppe der Patient:innen recht gross ist (vgl. dazu auch thematische Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe), wurde die Gruppe halbiert wobei die beiden Vorsitzenden- Patienten parallel jeweils eine Kleingruppe leiteten und sie anschliessend in einem Plenum wieder zusammenführten. Die Sitzung der Kleingruppe wurde mit einer Befindlichkeitsrunde eingeleitet, bei der die anwesenden Patient:innen deutlich offener als gewöhnlich über ihre Sorgen, Probleme und Hoffnungen sprachen und sich dabei aufeinander bezogen (TNB P 09). Danach ging es um das Thema ‘Geld’. Für die Patient:innen ist nicht nachvollziehbar, dass es in dieser Klinik für sie keine Möglichkeit gibt einer entlohnten Arbeit nachzugehen. So stünden Patient:innen welche keine IV-Rente beziehen und kein eigenes Vermögen besitzen durchschnittlich 7-10 CHF/Tag zur Verfügung. Eine Möglichkeit für einen Stundenlohn von 3,50 CHF mit einer Arbeit in der Klinik zu verdienen, wäre deshalb eine sehr willkommene Aufbesserung des Budgets (TNB P 09). Insgesamt, so die Auffassung der beiden Vorsitzenden des Patientenrates, laufe es sehr gut (TNB P 08).

Eine dritte Massnahme, die ausserhalb der Arbeitsgruppe zusätzlich entwickelt und umgesetzt wurde ist das ‘Forensic Surfing’. Dafür wurde in einem Gebäude, ausserhalb der Psychiatrischen Klinik für Forensik, ein Raum gefunden, den die Patient:innen mit der entsprechenden Lockerungsstufe abteilungsübergreifend und selbständig nutzen können, um im Internet zu surfen. Den Raum konnten die Patient:innen nach ihren Wünschen gestalten (TNB P 08).

Auf der individuellen Ebene der Patient:innen finden sich ebenfalls Recovery-Themen. So gibt es einen Patienten, der das Gitarrenspielen übt und berichtet, dass er vier Jahre lang Unterricht gehabt habe, damals aber nicht geübt habe. Auf der Abteilung habe er zwar keinen Unterricht, aber immerhin die Möglichkeit Noten auszudrucken und mit den Noten zu üben, was ihm sehr helfe (TNB P 06). Die Mitarbeitenden unterstützen Patient:innen auch in individuellen Gesprächen auf Augenhöhe. Ein Patient berät sich z.B. mit einem Mitarbeitenden darüber wie er seinem Sohn, der in der Schule gefragt werde was sein Vater mache, vermitteln könne, dass er psychisch beeinträchtigt sei und deswegen in einer psychiatrisch-forensischen Klinik untergebracht (TNB P 04). Ein

anderer Patient lernt neben seinem Deutschunterricht noch Französisch und Englisch, weil er so hofft, einmal eine Arbeit in der Tourismusbranche zu finden. Den Englischunterricht gibt ihm ein Mitpatient in sehr strukturierter Form (TNB P 08).

Insgesamt sind die Patient:innen in gutem Kontakt miteinander. Dies zeigt sich daran, dass sie z.B. im geschlossenen Garten nicht sprachlos ihre Runden laufen, sondern gemeinsam etwas machen (TNB P 10) oder nach dem Abendessen zusammensitzen, sich unterhalten, Spiele spielen oder Serien im Fernsehen anschauen (TNB P 10) oder sich beim gemeinsamen Mittagessen nach ihrem jeweiligen Befinden erkundigen (TNB P 06, 07).

Trotzdem gibt es auch hier Grenzen der Recovery-Orientierung, die im Wesentlichen bereits in der ersten Datenerhebung beschrieben wurden (vgl. dazu thematische Beschreibung der ersten Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen). So glichen im Abteilungsalltag die Tage einander in ihrer Monotonie, was einen lethargisch werden lasse und jeglichen Eigenantrieb raube (TNB P 05). Der mit den Isolationszimmern verbundene Lärm, der durch das Klingeln der abgesonderten Patient:innen entsteht und auf der gesamten Abteilung zu hören ist, sei eine sehr grosse Belastung (TNB P 07). Hinzu komme die räumliche Enge in den Dreibettzimmern, in denen den Patient:innen jeweils abgetrennte Nischen als persönlicher Raum zur Verfügung stehen, was teilweise über Jahre ausgehalten werden muss (TNB P 04) und häufig zu Konflikten unter den Patient:innen führte, z.B. wenn Mitpatient:innen sich nicht waschen würden oder laut schnarchten (TNB P 04).

Ein weiterer Aspekt hat mit der Entfernung zu den Familien und der Lockerungspraxis zu tun. Wenn Patient:innen nur einen 'Urlaubstag' haben und die Familien weit entfernt wohnen, kann die Anfahrt so zeitaufwändig sein, dass ein Besuch zeitlich nicht möglich ist (TNB P 04), was den Erhalt der Verbundenheit erschwert.

Einige Patient:innen haben auch den Eindruck, das Mitarbeitende ihnen grundsätzlich misstrauen und gehen davon aus, dass sie deswegen in der Therapie keine Fortschritt machten. Als Beispiel wurde eine Situation angeführt in der ein Patient einen Mitpatienten fragte wie es ihm im Standortgespräch gelungen sei sich so gut darzustellen. Daraufhin hätten die Mitarbeitenden angenommen, dass er in seinem eigenen Standortgespräch schauspielern wolle (TNB P 07).

### *3.6.6.2 Die Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die Arbeitsgruppen setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten.

Auf der Abteilung BA3 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 15 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzung vom Dezember 2021 hat, bedingt durch die Corona-Pandemie, nicht stattgefunden. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich drei bis vier Patient:innen und ebenfalls drei bis vier Mitarbeitende teil. Die anderen Teilnehmenden wechselten. Anders als in den Sitzungen der Arbeitsgruppe auf den anderen Abteilungen schien auf dieser Abteilung die Organisation der Arbeitsgruppe keinerlei Herausforderung darzustellen. Zwei der Sitzungen begannen mit einer fünfminütigen Verspätung; zu allen anderen Sitzungen waren die Teilnehmenden jeweils pünktlich in dem dafür vorgesehenen Raum versammelt.

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen.

In der Beschreibung dieser Themen kann man sehr gut erkennen wie ein solcher Prozess mustergültig verlaufen kann. Die etablierten Massnahmen sind nachhaltig umgesetzt und um weitere Massnahmen ergänzt worden (forensic surfing), die Patient:innen und die Mitarbeitenden haben ein grösseres Verständnis füreinander entwickelt und sich in der Arbeitsgruppe wirklich als eine Gruppe, die gemeinsam Lösungen findet, wahrgenommen. Von der Veränderung der Standortgespräche haben viele Patient:innen profitiert und sind dadurch zu Beteiligten an der eigenen Behandlung geworden. Mit der Wahl des Patientenrats haben sie Demokratie ganz praktisch erfahren und diejenigen Patient:innen, die sich im Patientenrat engagieren, lernen mit welchen Herausforderungen solch eine Aufgabe verbunden ist. Dass dieser Prozess so gut verlaufen ist, hat vermutlich mit der grossen Kontinuität in der Arbeitsgruppe zu tun: Es war sicherlich sehr hilfreich, dass sechs bis acht Mitglieder (Patient:innen und Mitarbeitende) der Arbeitsgruppe bei jeder Sitzung anwesend waren. Darüber hinaus ist es hilfreich gewesen, dass die Beteiligten offen waren für die Recovery-Orientierung und sich damit auseinandergesetzt haben und insbesondere, dass die Abteilungsleitung und die fachverantwortliche Pflegefachperson kontinuierlich in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet haben.

### 3.6.6.3 Die Fokusgruppeninterviews

#### Die Patient:innen

Das Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen der Abteilung BA3 fand am 31.01.2022 in der Zeit von 13.30 -14.30 Uhr statt. Insgesamt nahmen sechs Patient:innen an dem Interview teil. Davon hatten zwei Patient:innen den gesamten Modellversuch von Beginn an miterlebt, während die anderen erst im Verlauf dazu gekommen sind. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| TN | Geschlecht | Alter | Diagnose | Delikt   | VD in FOR |
|----|------------|-------|----------|----------|-----------|
| 1  | ♂          | 31    | F 20     | Eigentum | 34 Monate |
| 2  | ♂          | 21    | F 20     | Gewalt   | 17 Monate |
| 3  | ♀          | 38    | F 20     | Eigentum | 73 Monate |
| 4  | ♀          | 40    | F 20     | Gewalt   | 19 Monate |
| 5  | ♂          | 40    | F 20     | Eigentum | 21 Monate |
| 6  | ♂          | 33    | F 20     | Eigentum | 12 Monate |

Tabelle 14 Überblick Teilnehmende FGI 2 BA 3 PAT

Die Teilnehmenden wurden informiert, dass es nicht um die Beantwortung konkreter Fragen geht, sondern darum miteinander ins Gespräch zu kommen. Die erzählungsgenerierende Aufforderung lautete: «Wenn Sie an das Projekt und die vergangenen zwei Jahre denken, was geht Ihnen dann durch den Kopf? » Die Interviewerin stellte gelegentlich Verständnisfragen, insgesamt waren kaum Interventionen durch die Interviewerin notwendig, um das Gespräch in Gang zu halten.

#### Rückblick

Die beiden Patient:innen, die den Modellversuch von Beginn an miterlebt haben, erinnern sich noch gut an die gemeinsame Schulung und insbesondere an das Video mit dem niederländischen Peer. Sie sind froh, dass es den Modellversuch gegeben hat. Sie haben den Eindruck, dass sich die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden verbessert hat und man gut miteinander sprechen kann.

*«Ich find es ziemlich kollegial. Wie man jeweils miteinander umgeht. Auch mit den Pflegern, man kann reden mit ihnen und ja».* (FGI T1 PAT BA 3- Transkript - TR220750, Pos. 123)

Trotzdem bleibt auch ein Stück Misstrauen zurück: So geht jemand von den Teilnehmenden davon aus, dass die ehrliche Auseinandersetzung mit dem begangenen Delikt in eine tiefe Talsohle führen könnte, so dass man *«gebrochen am Boden liegt»* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 198). Die Befürchtung dann nicht aufgefangen, sondern stattdessen isoliert zu werden, führt dazu sich diesem Prozess lieber nicht auszusetzen.

Insgesamt erleben die Teilnehmenden aber, dass sie mehr partizipieren und sich einbringen können und dabei auch gehört werden:

*«Und das wird auch gut umgesetzt. Also das, Mitbestimmung wird gut umgesetzt und das hat auch geklappt, ja».* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 23)

Mit den beiden implementierten Massnahmen sind sie sehr zufrieden und lachen, wenn sie an die von ihnen teilweise als chaotisch erlebten ersten Sitzungen mit dem Patientenrat denken. Es gibt aber eine grosse Übereinstimmung darin, dass der Patientenrat als Institution wichtig ist, weil dort die Dinge angesprochen werden können und dann auch an die Abteilungsleitung weitergegeben werden.

*«Ich bin ja eher gegen den Schluss eingestiegen jetzt. Ich habe eine Gruppe erlebt und ich habe es eigentlich recht sinnvoll gefunden, dass man Sachen bespricht, wo man verbessern kann. Und auch eben das mit dem Patientenrat finde ich super, dass man im Patientenrat nachher die Anliegen an die Stationsleitung bringen kann. Ja, das finde ich sinnvoll».* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 13)

Nicht alle Anliegen werden in den Sitzungen mit dem Patientenrat auch angenommen. Diese können individueller Natur sein z.B., dass sich jemand abends mehr Ruhe wünscht, während andere noch Fernsehen schauen. Sie können sich aber auch auf Vorschläge aus der Arbeitsgruppe beziehen. Dort war die Idee entstanden, dass man eine Deliktgruppe machen könne (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe), was dann über den Patientenrat an die Mitpatient:innen transportiert wurde. Dieser Vorschlag wurde dort nicht angenommen, weil viele Patient:innen fanden, dass dies zu persönlich wäre, um es in einer Gruppe zu besprechen. Es kann sich aber auch um Dinge handeln, welche die Patient:innen gerne anders hätten.

Auch mit den Veränderungen bezüglich der Standortgespräche sind die Teilnehmenden sehr zufrieden, denn sie finden, dass man nicht ohne sie über sie sprechen sollte.

*«Sprecher 1: Ja, dass man dabei sein kann, beim Standort, das finde ich sehr gut. Da kann man, bekommt man im vornerein alles noch mit was da vorab diskutiert wird und so. Das finde ich sehr gut, dass man dort von Anfang an dabei sein kann. Das finde ich sehr gut.»*

*Sprecher 2: Von uns wird ja auch Transparenz erwartet und es ist auch schön, wenn das Gegenüber transparent ist. Dann weiß man auch als Patient, woran man ist.*

*Sprecher 3: Sollte eigentlich nichts besprochen werden, wo man am Patienten auch nicht direkt selber sagen kann.*

*Sprecher 2: Ja schon.*

*Sprecher 3: Oder? Weil sonst muss man sich fragen, dass etwas nicht, ja, stimmt, wenn man Sachen bespricht, wo man am Patienten nicht sagen kann. Dann ja, finde ich das nicht ok. Und man sollte eigentlich alles besprechen, wo man dem Patienten auch selber direkt sagen kann. Darum finde ich es gut, dass man von Anfang her dabei ist».* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 55-59)

## Ausblick

Die Patient:innen gehen davon aus, dass die Arbeit an der Recovery–Orientierung weitergehen wird. Sie haben auch bereits Vorstellungen an welchen Themen man weiterarbeiten sollte. Eines dieser Themen dreht sich um die Frage, ob Patient:innen, die extern zur Arbeit gehen und dort einen freien Tag haben, also an diesem Tag auf der Abteilung sind, sich am Beschäftigungsangebot auf der Abteilung beteiligen müssen. Sie sind der Meinung man könne ihnen selbst die Entscheidung überlassen, ob sie sich lieber ausruhen oder lieber beteiligen wollen.

Ein anderes Thema bezieht sich auf die Zwangsgemeinschaft auf einer forensischen Station, die genauer in den Blick genommen werden sollte. Es geht also weiterhin darum Selbstbestimmung zurückzugewinnen. Dabei hilft die Recovery-Orientierung.

*«Schon, ja. Es sind ja paar Sachen passiert jetzt, also wie mit dem Patientenrat, das ist auch durch das Recovery entstanden. Und zum Beispiel auch das Thematisieren von verschiedenen Kliniken, wie, wo, was ist und so kleine Sachen eben wie Milch und Caotina oder Standort. Also ich finde, es hat sich schon was gemacht. Also ist nicht für nichts gewesen, diese Zeit. Und es kristallisiert sich mit der Zeit raus. Oder je nach Thema oder je nach Situation oder verschiedenen Menschen sind andere Themen mehr im Vordergrund als andere. (...) Und ja, so Sachen zu besprechen, hilft einem auch ein wenig besser Zuschlag zu kommen und einen guten Umgang zu finden mit dieser Situation, wo man ist. Weil man ist eingesperrt und muss Leistungen geben, muss Therapien machen, wo man vielleicht nicht so gerne macht. Also man ist recht unter Zwang und dann noch der Umgang miteinander ist wirklich auch noch tricky, weil jeder hat sein Päckchen zu tragen».* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 161-164)

## Empfehlungen

Es wurde deutlich, dass die beteiligten Patient:innen die Arbeit an der Recovery-Orientierung auch in der forensischen Psychiatrie als Gewinn betrachten. Dabei sind sie nicht unkritisch und sehen die Grenzen des Möglichen durchaus. Es ist ihnen auch wichtig zu betonen, dass es an jedem Einzelnen liegt sich zu beteiligen.

*«Sprecher 1: Man ist selber verantwortlich dafür. Also, es ist halt-, es geht Hand in Hand. Einerseits ist man abhängig von den anderen, aber andererseits muss man seinen Teil auch erfüllen. Und wenn man seinen Teil erfüllt, dann kann man in dem selbstständig sein.*

*Sprecher 2: Gut gesagt.*

*Sprecher 3: Man muss intensiv mitmachen um seinen Teil zu erfüllen. Intensiv an den Therapien teilnehmen und intensiv an sich arbeiten».* (FGI T1 PAT BA 3 - Transkript - TR220750, Pos. 141-143)

## Die Mitarbeitenden

Auf dieser Abteilung hatten sich insgesamt elf Mitarbeitende für ein Fokusgruppeninterview zur Verfügung gestellt. Mit dieser Anzahl an Personen hätte auch ein einziges Fokusgruppeninterview stattfinden können, allerdings war es für den Personaleinsatz auf der Abteilung einfacher zwei Interviews stattfinden zu lassen. Das erste Fokusgruppeninterview mit Mitarbeitenden der Abteilung BA 3 fand am 01.02.2022 in der Zeit von 15.00 – 16.00 Uhr statt. Hier nahmen vier Mitarbeitende teil, die den Modellversuch alle von Beginn an miterlebt haben. Das zweite Fokusgruppeninterview mit Mitarbeitenden der Abteilung BA 3 fand am 03.02.2022 in der Zeit von 13.30– 14.45 Uhr statt. Hier nahmen sieben Mitarbeitende teil, von denen sechs den Modellversuch von Beginn an miterlebt haben.

## Rückblick

Die Mitarbeitenden beurteilen den Modellversuch im Rückblick als eine spannende Herausforderung und als eine intensive Zeit mit vielen konstruktiven Auseinandersetzungen sowohl mit den Patient:innen als auch mit den Mitarbeitenden und ziehen ein positives Fazit.

*«Und aber für mich persönlich war es eine sehr konstruktive Sache. Ich habe das eigentlich sehr positiv erlebt».* (FGI T1 MA BA 3-2 - Transkript - TR220750, Pos. 5)

Die Recovery- Orientierung war ihnen teilweise aus der Allgemeinpsychiatrie bekannt und dies auf die forensische Psychiatrie zu übertragen, war etwas Neues an dem sie sich gerne beteiligten. Dabei stellten sie fest, dass sie wirklich gebraucht wurden, weil die Patient:innen ihre Unterstützung und Ermutigung benötigten. Die vermehrte Einbeziehung der Patient:innen bedeutete eine ziemliche Veränderung, so dass diese teils unsicher waren:

*«Eben gewisse Unsicherheiten noch, gell? Also wo können sie noch Mitspracherecht haben, wo können sie noch etwas herausholen, sage ich mal. Und wo sind sie in der Lage, in der man einfach nicht entscheiden kann. Wo es nichts gibt».* (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 15)

Die Teilnehmenden bedauern, dass der Modellversuch weitgehend von den Pflegenden getragen wurde und andere Berufsgruppen aus ihrer Sicht nicht genügend involviert gewesen sind. Dies führte dazu, dass die von ihnen als tonangebend erlebten Ärzt:innen teilweise andere Vorstellungen davon haben wie die Patient:innen auf einer forensisch-psychiatrischen Abteilung geführt werden sollten.

*«Ich finde, es müssten eigentlich auch Ärzte involviert werden in das ganze System. Es ist dann halt doch so, dass Gewisse halt sehr strikte Vorstellungen haben, wie eine Forensik funktioniert. Da können wir ja als Pfleger noch lange sagen, ja nein, wir finden es eigentlich gut mit der Eigenverantwortung. Aber da ist man so in einem Zwiespalt. Ich finde, es müssten die Ärzte, Therapeuten, was auch immer, die müssten auch alle darauf geschult werden. Also es muss ja, es ist ja auch so, es kann ja nur funktionieren, wenn wir als ein Team funktionieren und die Einstellung dann auch leben. Und das ist nichts».* (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 74)

D.h diese Zeit war auch mit Anstrengungen verbunden. So mussten einerseits Patient:innen motiviert werden sich zu beteiligen und andererseits neu hinzugekommene Mitarbeitende, die andere Vorstellungen davon hatten, wie Patient:innen in einer stationären forensisch-psychiatrischen Behandlung geführt werden sollten, immer wieder argumentativ überzeugt werden. Ähnlich wie die Patient:innen haben auch die teilnehmenden Mitarbeitenden gelegentlich den Eindruck, dass von der Klinikleitung Entscheidungen gefällt werden an denen sie in keiner Weise beteiligt sind und zu denen sie eine ganz andere Einschätzung haben. Als Beispiel wird hier das strikte Internetverbot für alle Patient:innen angeführt, das anscheinend erfolgte nachdem ein Patient missbräuchlich ein Gewaltvideo heruntergeladen hatte. Hier haben die Mitarbeitenden eine grössere Risikobereitschaft, weil die Patient:innen aus ihrer Sicht den Umgang mit derlei Medien lernen müssen. Dass es aktuell schwierig ist solche Dinge miteinander zu thematisieren, führen die Mitarbeitenden auch auf die Einschränkungen durch die Massnahmen zur Eindämmung der Corona – Pandemie zurück. So hat z.B. die Supervision über längere Zeit nicht stattgefunden und es gab, aufgrund der Beschränkungen der Personenzahl, auch keine Teamsitzungen wo dies hätte angesprochen werden können.

Trotz dieser Einschränkungen freuen sich die Mitarbeitenden über die eingeführten Massnahmen:

*«Ich finde, die drei Sachen, die ausgearbeitet sind, oder sich auch etabliert haben: Standort, Patientenrat und auch das Forensic Surfing sehr spannend».* (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 7)

Der Patientenrat wird so positiv wahrgenommen, weil die Patient:innen dort selbst erleben, dass es Grenzen gibt, dass es schwierig sein kann etwas auszudiskutieren, dass es nicht immer einfach ist Kompromisse zu schliessen usw. Dabei benötigen sie gelegentlich auch die Unterstützung der Mitarbeitenden, denen es nicht immer einfach erscheint den Patientenrat lebendig zu halten. Obwohl es auch Zeiten gibt in denen der Patientenrat weniger aktiv ist, haben die Mitarbeitenden den Eindruck, dass sich durch den Patientenrat der Zusammenhalt unter den Patient:innen verbessert hat:

*«Ich finde auch, dass die Unterstützung der Patienten untereinander zugenommen hat. Also sie unterstützen sich viel mehr selber, wie dass sie direkt zu uns kommen zum Beispiel. Also ist jetzt wie der von dir genannte Patient. Der unterstützt ja die anderen auch sehr. Und wenn da irgendwie etwas ist, die gehen dann eher erstmal auf die zu, die jetzt zum Beispiel im Patientenrat sind, bevor sie direkt zu uns kommen, zu uns rennen sage ich jetzt mal. Sondern sie versuchen schon untereinander sich ein bisschen mehr zu helfen, habe ich jetzt so das Gefühl».* (FGI T1 MA BA 3-2 - Transkript - TR220750: 60)

Das Forensic Surfing (Vgl. dazu auch thematische Beschreibung Sitzungen der Arbeitsgruppe und Thematische Beschreibung FGI T1 Patient:innen BA3), wird von den Mitarbeitenden auch sehr unterstützt. Sie sind etwas besorgt, weil es nur langsam startet und die Mitarbeitenden sind sich unsicher, ob das Angebot bekannt genug ist, ob die Vernetzung mit einer anderen Abteilung gut genug ist, ob es nicht genügend Patient:innen mit entsprechendem Lockerungsstatus gibt, oder, ob es daran liegt, dass die Patient:innen in dem dafür genutzten Raum nicht rauchen dürfen.

*«Was jetzt gerade ein wenig vielleicht noch schwierig ist, ich weiß nicht, wie es euch geht. Aber das Forensic Surfing, das eher so etwas schleppend anläuft. Es sind, glaube ich, Ein oder Zwei mal mitgekommen. Der Herr [Name eines Patienten] ist dann allein dort und findet das halt dann auch nicht so toll. Es ist schade, dass das wenig genutzt wird. Also wahrscheinlich braucht das noch etwas Anlaufzeit oder etwas mehr Werbung, oder?»* (FGI T1 MA R4-1 - Transkript - TR220750: 15)

Auch die Beteiligung der Patient:innen an den Standortgesprächen ist aus Sicht der Teilnehmenden erfreulich. Sie sehen, dass man einige Patient:innen mehr und andere weniger unterstützen muss und führen das darauf zurück, dass die Patient:innen es noch nicht wirklich gewohnt sind von Beginn an am Standortgespräch beteiligt zu sein. Entsprechend ist es ihnen ein Anliegen ihre Bezugspatient:innen gut dafür vorzubereiten. Gleichzeitig werden die gemeinsamen Standortgespräche mit den Patient:innen aber auch als besondere Herausforderung empfunden. Hier geht es insbesondere um zwei Aspekte.

*«So Standortgespräche finde ich immer ganz spannend. Eine rechte Herausforderung, muss ich sagen. Also da kann man jedes Mal wieder etwas dazu mitnehmen und so. Meine Bezugspatientin ist von Anfang an dabei. Also die Situation ist immer anders, die Themen sind immer anders und dann muss man auch, wie soll ich sagen, sehr flexibel denken können und wieder neu einsteigen, was jetzt gerade ist, mit dem Patienten zusammen. Ich finde das eine gute Sache, ja. Auch schwierig, also es ist (lacht) auch nicht einfach».* (FGI T1 MA BA3-1 - Transkript - TR220750: 15)

Wie dieses Zitat zeigt, ist einer dieser Aspekte, dass man sich immer wieder neu mit der Situation und den Patient:innen auseinandersetzen muss, so dass es keine starre Routine gibt, sondern man muss flexibel denken können. Der zweite Aspekt bezieht sich darauf wie man Patient:innen kritische Rückmeldungen angemessen mitteilen kann.

*«Standort finde ich auch eine recht große Herausforderung. Also mein Patient ist auch immer dabei von Anfang an. Ist dann eine Herausforderung, wenn wir es gut vorbereiten müssen und das ist, glaube ich, auch noch nicht allen so klar. Also jetzt von der Pflege schon und auch von den Therapeuten, aber so vielleicht die anderen Berufsgruppen, wie Ergotherapie oder so, dass man halt auch so, ja, dass man die Sachen auch sagt, die man denkt. Oder die wichtig sind und wenn es halt Kritik ist, dann halt angemessen kritisieren. Aber dass der Patient einfach weiß, woran er ist. Und das finde ich, ist so ein wenig eine Challenge an uns, dass wir das auch transparent machen können».* (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 18)

Hinter diesem Zitat scheint sich die Sorge zu verbergen, dass kritische Rückmeldungen entweder gar nicht mehr gegeben werden oder aber in einer Weise, welche die Patient:innen nicht gut akzeptieren könnten. Es scheint also wichtig zu sein, dass Mitarbeitende wertschätzend aber differenziert kommunizieren können.

Insgesamt ist die Information der nichtbeteiligten Personen ein Thema, was die Mitarbeitenden beschäftigt in Bezug auf die Frage wie man ein solches Projekt lebendig und im Bewusstsein Aller präsent hält.

### Ausblick

Eine Möglichkeit die Recovery-Orientierung präsent zu halten besteht darin die Arbeitsgruppe auch weiterhin bestehen zu lassen. Sie heisst jetzt nicht mehr Arbeitsgruppe RE-FOR-MA, sondern Arbeitsgruppe Recovery und wird im gleichen Rhythmus, einfach ohne externe Moderation weitergeführt. Damit soll auch sichergestellt werden, dass die Arbeit des Patientenrates weitergehen wird:

*«Und ich glaube, dass man das auch gut wieder nutzen kann, um den Patientenrat aufrechtzuerhalten. Im Sinn von Themen anquatschen Seitens der Patienten oder auch Seitens uns. Könnte man das in den Patientenrat geben. Oder Unsicherheiten klären, kann man es überhaupt anbringen. Das finde ich gut».* (FGI T1 MA BA 3-2 - Transkript - TR220750, Pos. 11)

Auch für die Standortgespräche gibt es noch Pläne, wie diese weiter adaptiert werden können, um es für die Patient:innen einfacher zu machen sich dort einzubringen.

Aber auch die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen sollen noch mehr lernen wie sie auch im Beisein von Patient:innen unterschiedliche Haltungen vertreten und miteinander diskutieren können. Dabei könnte es hilfreich sein, dass Mitarbeitende wie die pflegerische Abteilungsleitung oder die pflegerische Fachverantwortliche die Standortgespräche unterstützend begleiten, um sicherzustellen, dass die Mitarbeitenden der Berufsgruppe Pflege sich aktiv an der Diskussion beteiligen:

*«Also das finde ich, habe ich gemerkt, braucht es schon tatsächlich. Auch der Berufsgruppe gegenüber. Wenn dann auch irgendwie der Oberarzt etwas sagt, und die Pflege aber anders, dass ich beispielsweise dann aufnehme: aber wie hast jetzt du das gemeint? Dass es nicht einfach so abgehakt wird und dann ist fertig. Sondern, dass schon eine Diskussion entsteht. Die Diskussion würde nicht stattfinden, sondern es würde einfach dann aufhören, das Gespräch. Der eine sagt das, der andere sagt das, und der Oberarzt hat entschieden. So nach dem Motto, ganz krass ausgedrückt».* (FGI T1 MA BA 3-2 - Transkript - TR220750: 127)

Daneben gibt es vor allem Arbeit an sich selbst als Person zu tun. So stellen die Mitarbeitenden im Fokusgruppeninterview fest, dass sie tatsächlich über weite Strecken zur Reflektion ihrer Arbeit nutzen, dass es natürliche Hindernisse durch die Behörden gibt aber auch Hindernisse, die ihnen selbst begründet liegen.

«Und dort ist zum Teil sicher natürlich Sicherheitsgeschichten, die hinderlich sind. Behörden oder was auch immer, oder Strukturen. Aber das ist immer so einfach formuliert. Eigentlich ist es ja auch oft die eigene persönliche Vorstellung, Meinung, dass ich das jetzt nicht haben möchte oder nicht gutheisse». (FGI T1 MA BA 3-2 - Transkript - TR220750: 174)

Wie dieses Zitat zeigt, geht es eben auch darum sich selbst und seine eigenen Wertvorstellungen zu reflektieren und möglicherweise zu erkennen, wenn man selbst droht in 'alte', eher zu fürsorgliche und damit Entwicklung und Empowerment behindernde Verhaltensweisen zurück zu fallen.

### Empfehlungen

Die Empfehlungen entspringen der thematischen Analyse des Diskussionsverlaufs im Interview und beziehen sich auf die durch die Veränderungen hervorgerufene Verunsicherung, d.h.:

«Man muss sich im Klaren sein, was das bedeutet. Man muss es verstehen und man muss es leben. Und man muss es als ganzes Team, Behandlungsteam leben und probieren umzusetzen. Also es ist ganz wichtig, dass alle an einem Strang ziehen, weil sonst ist es ein bisschen verrissen. Also von den Patienten und auch von uns. Weil wir sind dann schon die, die für sie kämpfen schlussendlich. Ja ich glaube, das ist der wichtigste Punkt, dass sich alle bewusst sind, was das bedeutet, wenn man das so handhaben will». (FGI T1 MA BA3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 160)

Dazu gehört es auch das Stationskonzept entsprechend zu adaptieren, damit die Bedingungen diese Veränderungen unterstützen und nicht behindern.

«Sprecher 1: Also das Abteilungskonzept oder Stationskonzept muss einfach dazu angepasst werden, muss ich dazu sagen. Bei uns, was ich als Störung empfinde, sind die immer belegten Isolierzimmer bei uns, die bestimmte Sachen auch aufhalten oder gar nicht erst

Sprecher 2: Genau. Sehr. Wenn man 2:1 oder 3:1- Betreuungen hat, dann ist der Rest lahmgelegt. Die Voraussetzungen müssen einfach auch, wäre wünschenswert, wenn sie das wären». (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 166-168)

Dann ist es wichtig Verbindlichkeit zu schaffen z.B. durch eine externe Begleitung, so dass vereinbarte Termine wie z.B. die Sitzung von Arbeitsgruppen nicht einfach dem operativen Klinikalltag zum Opfer fallen:

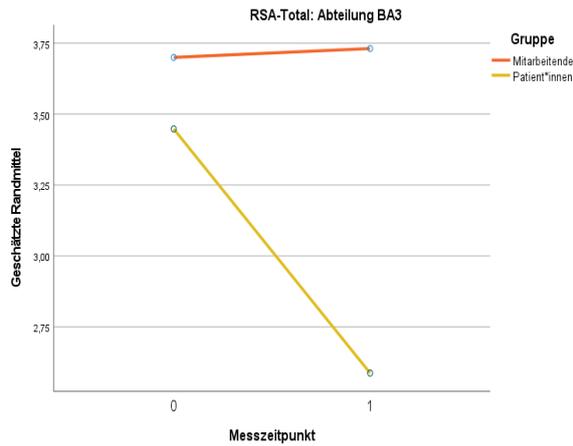
«Doch ich glaube auch, dass es gut so war. Auf jeden Fall, weil unser Tagesgeschäft [...] Und ich glaube, wenn es jetzt nicht begleitet gewesen wäre von Außen, wäre das versandet. Nicht komplett, aber es wäre schon irgendwo etwas versandet». (FGI T1 MA BA 3-1 - Transkript - TR220750, Pos. 171-174)

Und schliesslich muss der Stigmatisierung etwas entgegengesetzt werden.

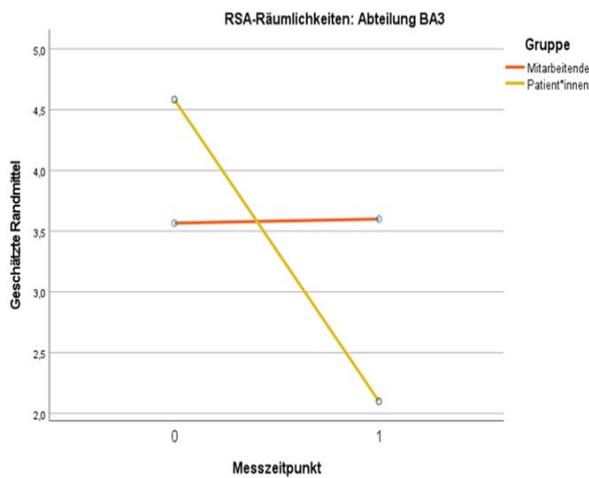
«Und auch das Bild: Straftäter sanktionieren, wegsperren. Das muss weg. Also, dass das Menschen bleiben». (FGI T1 MA BA 3 -1 - Transkript - TR220750, Pos. 162-164)

#### 3.6.6.4 Die quantitativen Ergebnisse

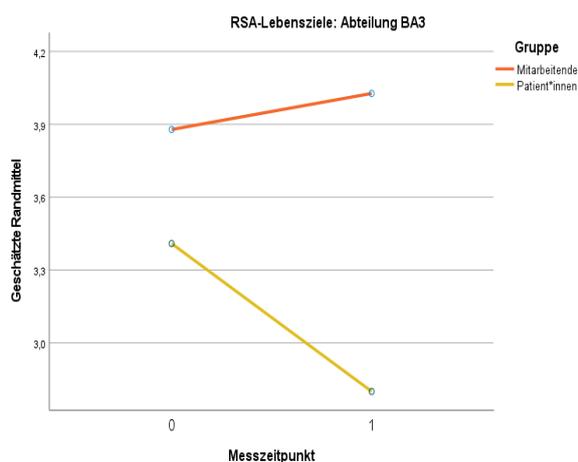
Nachfolgend werden die quantitativen Ergebnisse der Abteilung BA 3 anhand des RSA-R (Total-Score, Räumlichkeiten, Lebensziele, Entscheidungsfreiheit, individuelle Leistungen, Einbeziehung und unterschiedliche Behandlungsoptionen) dargestellt.



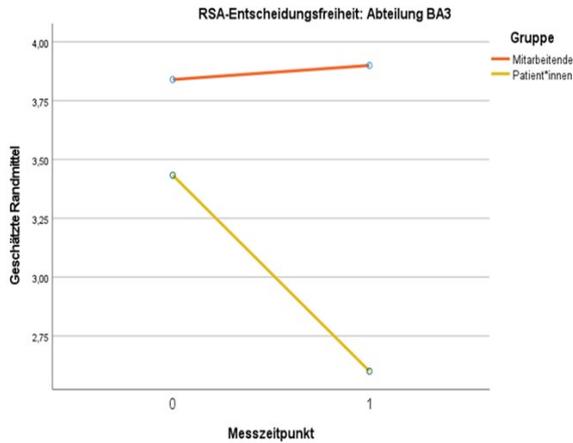
Wie die Abbildung zeigt, blieb der RSA-Total-Score aus Perspektive der Mitarbeitenden im Verlauf konstant, und sank – ausgehend von einem vergleichbaren Niveau – in der Gruppe der Patient:innen.



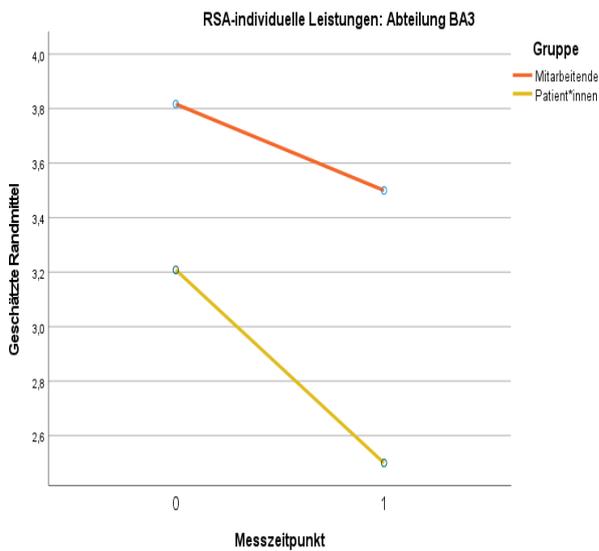
Während die Werte der Mitarbeitenden in Bezug auf die Räumlichkeiten zu den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  identisch sind, verschlechtern sich die Werte in der Wahrnehmung der Patient:innen deutlich.



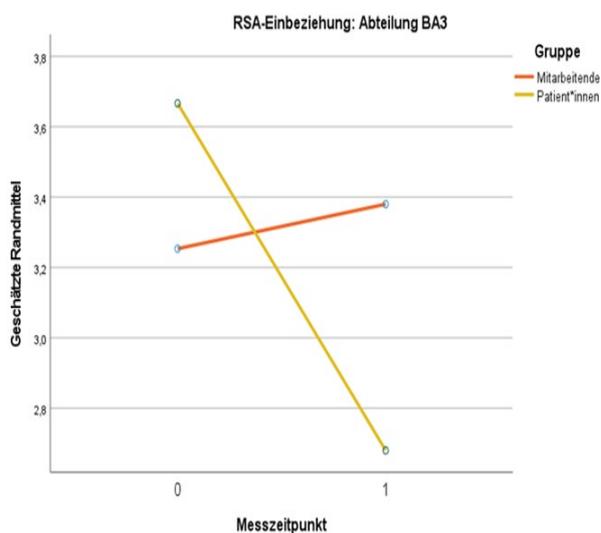
Hier zeigt sich, dass die Score-Werte der Mitarbeitenden in Bezug auf die Unterstützung der Lebensziele der Patient:innen weitgehend konstant bleiben, während diejenigen der Patientinnen sich verschlechtern.



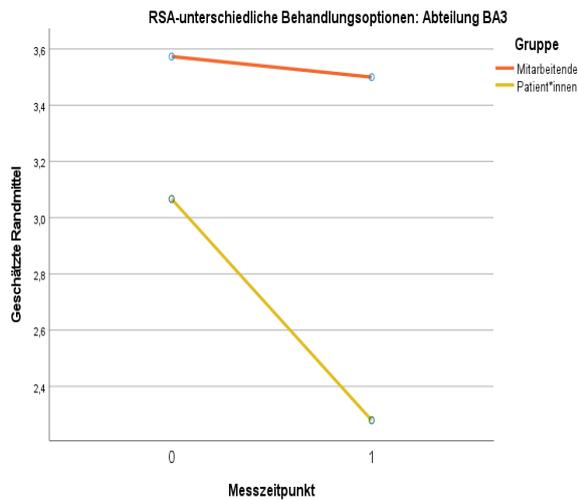
Die Daten zeigen, dass die Score-Werte der Mitarbeitenden hinsichtlich der Entscheidungsfreiheit der Patient:innen weitgehend konstant bleiben, während sie sich in der Gruppe der Patient:innen verschlechtern.



Sowohl die Mitarbeitenden als auch die Patient:innen schätzen das Angebot bezüglich individueller Leistungen zum Zeitpunkt  $t_1$  niedriger ein als zum Zeitpunkt  $t_0$ .

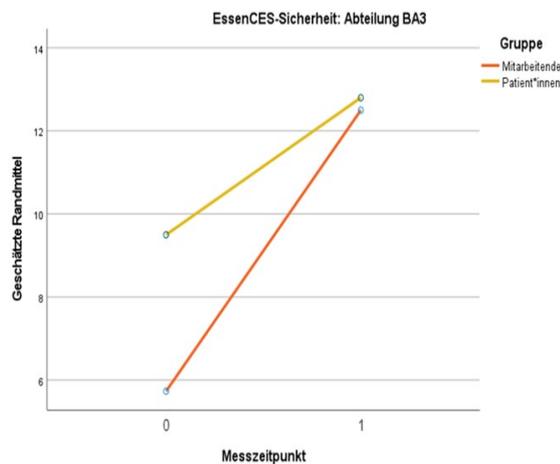


Hier zeigt sich, dass die Mitarbeitenden die Einbeziehung der Patient:innen im Verlauf annähernd gleich – mit einer leicht positiven Tendenz – einschätzen, während die entsprechenden Werte der Patient:innen sich verschlechtern.

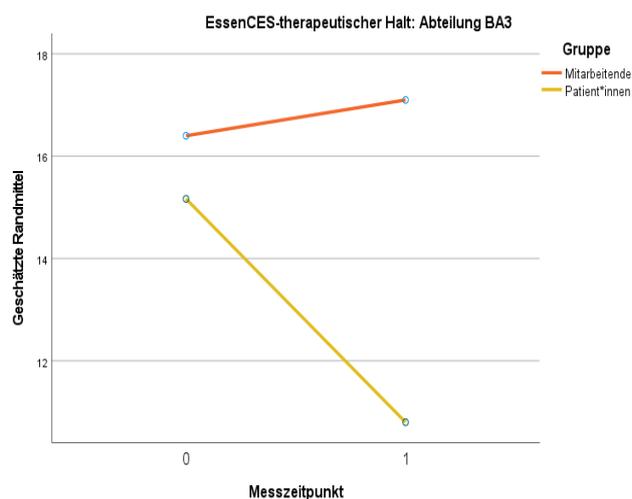


Das Angebot an unterschiedlichen Behandlungsoptionen blieb aus Sicht der Mitarbeitenden konstant, während es aus Sicht der Patient:innen – ausgehend von einem niederen Niveau – abnimmt.

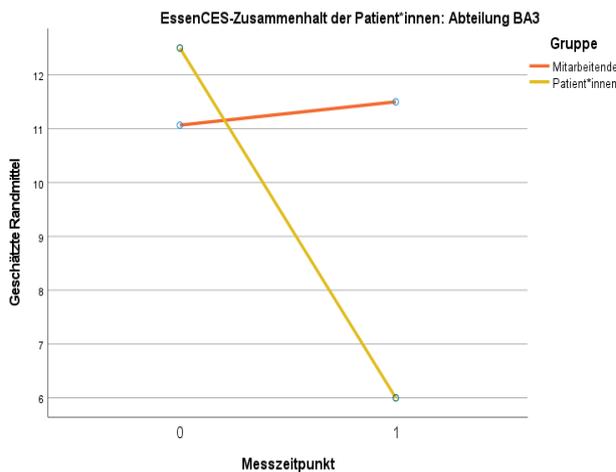
Auch der EssenCES wurde sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden bearbeitet. Er misst die Dimensionen empfundene Sicherheit, Therapeutischer Halt und Gruppenkohäsion unter den Patient:innen.



Wie aus der Abbildung hervorgeht, verbesserten sich die Scores bezüglich des EssenCES-Scores «Sicherheit» sowohl aus Perspektive der Patient:innen als auch aus derjenigen der Mitarbeitenden, und befanden sich zum Zeitpunkt  $t_1$  schliesslich auf einem fast identischen Niveau.



Aus der Abbildung geht hervor, dass sich der therapeutische Halt aus Sicht der Patient:innen verschlechterte, während er in der Gruppe der Mitarbeitenden weitgehend konstant blieb.



Während der Zusammenhalt der Patient:innen aus Perspektive der Mitarbeitenden im Verlauf konstant blieb, sank er – ausgehend von einem vergleichbaren Niveau – in der Gruppe der Patient:innen deutlich.

### 3.6.6.5 Synthese der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

Mit Blick auf die Verläufe der Scorewerte der Patient:innen und Mitarbeitenden ergibt sich aus den quantitativen Daten der Abteilung BA 3 ein klares Bild: Während sich die Mittelwerte zwischen den Zeitpunkten  $T_0$  und  $T_1$  bei den Mitarbeitenden im Kontrast zu denen der Patient:innen kaum voneinander unterschieden, verschlechterten sich die Werte der Patient:innen deutlich.

Ausnahmen von diesem Muster betrafen lediglich die Verläufe der Scorewerte «RSA-individuelle Leistungen» und «EssenCES-Sicherheit». Bei den «individuellen Leistungen» verschlechterten sich auch die Werte der Mitarbeitenden deutlich.

Wohingegen sich die Werte des EssenCES in der Dimension Sicherheit bei Patient:innen und Mitarbeitenden eindeutig verbesserten.

Diese Entwicklung auf der Abteilung BA3 ist im Kontrast zu den Ergebnissen aus den qualitativen Daten erstaunlich, da aus diesen hervorgeht, dass die Arbeitsgruppen hier, am regelmässigsten und effizientesten durchgeführt werden konnte. Zusätzlich zeigen die Daten aus den Teilnehmenden Beobachtungen, dass die sozialen Voraussetzungen auf dieser Abteilung sehr günstig für die Etablierung von Recovery-Orientierung sind, so schien es z.B. niemanden zu geben, der deren Einführung skeptisch sah oder gar ablehnte.

Im Fokusgruppeninterview des zweiten Erhebungszeitpunktes diskutierten die Patient:innen, dass sich ihre Situation auf der Abteilung deutlich verbessert habe: Die Kommunikation mit den Mitarbeitenden hat sich verbessert, die Situation mit den Standortbestimmungen erlaubt nun mehr Partizipation in der eigenen Behandlung und der Patientenrat wird als sinnvolle 'Institution' betrachtet. Hinzu kommt, dass sowohl die Fachverantwortliche für die Pflege als auch die Abteilungsleitung engagiert in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet und beschlossene Massnahmen sehr aktiv unterstützt haben.

Andererseits gab es aber auch auf dieser Abteilung Grenzen für Ideen und Forderungen wie z.B., dass der sinnvollen und öfter vorgebrachten Forderung nach der Möglichkeit von bezahlter Arbeit institutionell nicht Rechnung getragen werden konnte. Auch die Arbeit des Patientenrates verlief nicht ganz reibungslos und benötigte Zeit, um sich zu etablieren.

Aus den qualitativen Ergebnissen geht ebenfalls hervor, dass die Patient:innen aufgrund von fehlendem Wissen über ihre Mitpatient:innen und der teilweise daraus resultierenden Angst vor ihnen, systematisch dazu tendieren, Konflikte zu vermeiden, und mögliche soziale Verantwortlichkeit im Sinne einer Befähigung zur eigenständigen sozialen Konfliktlösung vor diesem Hintergrund an die Mitarbeitenden zu delegieren.

Die Verschlechterung der Score-Werte auf Seiten der Patient:innen lässt sich vor diesem Hintergrund durchaus auch als ein Sensibilisierungseffekt interpretieren, der sie die Verhältnisse auf der Abteilung kritischer betrachten lässt.

Für diesen Sensibilisierungseffekt spricht, dass die Wahrnehmung der Räumlichkeiten sich aus Sicht der Patient:innen im Verlauf des Modellversuchs deutlich verschlechtert hat, obwohl sich an den Räumlichkeiten nichts verändert hat.

Wie in den beiden Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden zum Zeitpunkt  $T_1$  deutlich wird, hat sich gerade die Arbeit des Patientenrates aus Sicht der Mitarbeitenden gut eingespielt und sie sind eher erstaunt darüber wie gut es den Mitgliedern des Patientenrates gelingt die Sitzungen mit ihren Mitpatient:innen zu strukturieren und zu gemeinsamen Lösungen zukommen. Ebenfalls deutlich wird, dass diejenigen Mitarbeitenden, die an der Arbeitsgruppe beteiligt gewesen sind, die dortigen Gespräche und Begegnungen mit den Patient:innen sehr schätzten. D.h. sowohl die Patient:innen untereinander als auch die Mitarbeitenden und die Patient:innen haben sich durch die gemeinsame Arbeit besser und anders kennengelernt. Dies könnte ein möglicher Grund für das verbesserte Sicherheitsgefühl sowohl bei Patient:innen als auch bei Mitarbeitenden sein. Eine mögliche Ursache für die verschlechterte Einschätzung des therapeutischen Halts durch die Patient:innen, sowie der individuellen Leistungen durch Patient:innen und Mitarbeitende könnte mit einer strukturellen Veränderung zu tun haben: Auf der Abteilung gab es einen Wechsel in der ärztlichen Leitung. Die neue ärztliche Leitung hatte eine deutlich andere Vorstellung davon wie forensische Patient:innen zu führen seien, was Anlass war für viele Diskussionen mit den Mitarbeitenden und sich auch auf die Behandlung der Patient:innen ausgewirkt hat.

### 3.7 Der quantitative Vergleich der drei Standorte

Nachfolgend werden, nach dem vorausgegangenen Vergleich der Werte der einzelnen Interventionsabteilungen, nun die standortspezifischen Werte, also die Werte der jeweiligen Gesamteinstitution, gegenübergestellt.

Da es nur wenige signifikante Werte der Patient:innen und Mitarbeitenden gab, werden aus Gründen der Lesefreundlichkeit nachfolgend ausschliesslich die signifikanten Werte der Patient:innen und der Mitarbeitenden dargestellt. Eine vollständige Übersicht aller Werte findet sich in Anlage 8.

#### 3.7.1 Analysen für unverbundene Stichproben

Die nachfolgend dargestellten Werte beziehen sich auf die Eigenschaften der Abteilungen (der RSA-R und der EssenCES) und werden in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wiedergegeben. Diese Form der Darstellung soll ermöglichen, die Effekte der Interventionen abzuschätzen. Dies sowohl in Abhängigkeit von Standorten – welche, als Institutionen mit verschiedenen strukturellen Eigenschaften, unterschiedliche Rahmenbedingungen aufweisen – als auch in Abhängigkeit der sozialen Rollen, die den Teilnehmenden als Patient:innen und als Mitarbeitenden zukamen.

Bei den standortabhängigen Vergleichen wurden in der Stichprobe der Patient:innen und derjenigen der Mitarbeitenden Varianzanalysen durchgeführt. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich jeweils rechts neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt  $T_0$  und  $T_1$  wiedergeben.

Sowohl der abteilungsspezifische Vergleich als auch die standortabhängigen Vergleiche beziehen sich auf unabhängige Stichproben.

Die Daten derjenigen Patient:innen und Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten, wurden zum Zeitpunkt  $T_1$  von den Analysen ausgeschlossen, und nur zum Zeitpunkt  $T_0$  berücksichtigt. Partielle Verbesserungen und Veränderungen, die auf eine intrapersonellen Entwicklung der Patient:innen und Mitarbeitenden basieren, werden unter 3.7.2 bei den Werten der verbundenen Stichprobe beschrieben.

In Bezug auf den Hauptscore des RSA-R Total wurde ein Signifikanzniveau von 5% gewählt. Bezüglich der Subscores: RSA-R Räumlichkeiten, RSA-R Lebensziele, RSA-R Entscheidungsfreiheit, RSA-R individuelle Leistungen, RSA-R Einbeziehung und RSA-R unterschiedliche Behandlungsoptionen wurde ein – entsprechend der Bonferroni-Korrektur für multiples Testen – Signifikanzniveau von  $5\% / 6 = 0.83\%$  festgelegt. Die Scores des EssenCES: Sicherheit, Therapeutischer Halt und Zusammenhalt in der Gruppe der Patient:innen – welche auf unterschiedliche Phänomene abzielen, und sich nicht zu einem Gesamtscore vereinheitlichen lassen – wurden auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet.

Zum Zeitpunkt  $T_0$  nahmen 18 Patient:innen vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe) , 18 vom Standort Rheinau und 17 vom Standort Basel teil. Zum Zeitpunkt  $T_1$  nahmen 12 Patient:innen vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe), 17 vom Standort Rheinau und 23 vom Standort Basel teil. Dabei wurden zweifach vorhandene Teilnehmende zum Zeitpunkt  $T_1$  ausgeschlossen. Von den Mitarbeitenden nahmen zum Zeitpunkt  $T_0$  24 Mitarbeitende vom Standort Rheinau und 45 vom Standort Basel teil. Zum Zeitpunkt  $T_0$  waren die Mitarbeitenden am Standort Königsfelden (Kontrollgruppe) nicht befragt worden. Zum Zeitpunkt  $T_1$  nahmen 16 Mitarbeitende vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe), 15 vom Standort Rheinau und 18 vom Standort Basel teil. Auch hier wurden zweifach vorhandene Teilnehmende zum Zeitpunkt  $T_1$  ausgeschlossen. Die nachfolgenden Tabellen geben die Teilnehmenden in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wieder.

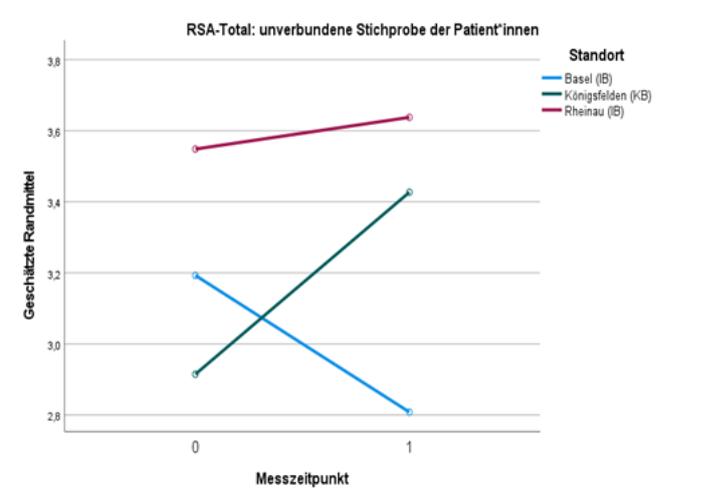
| <b>Patient*innen</b> | Messzeitpunkt $t_0$ | Messzeitpunkt $t_1$ | <b>Gesamt</b> |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| Königsfelden         | 18                  | 12                  | <b>30</b>     |
| Rheinau              | 18                  | 17                  | <b>35</b>     |
| Basel                | 17                  | 23                  | <b>40</b>     |
| <b>Gesamt</b>        | <b>53</b>           | <b>52</b>           | <b>105</b>    |

*Tabelle 15 Überblick n Patient:innen in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt*

| <b>Mitarbeitende</b> | Messzeitpunkt $t_0$ | Messzeitpunkt $t_1$ | <b>Gesamt</b> |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| Königsfelden         | 0                   | 16                  | <b>16</b>     |
| Rheinau              | 24                  | 15                  | <b>39</b>     |
| Basel                | 45                  | 18                  | <b>63</b>     |
| <b>Gesamt</b>        | <b>69</b>           | <b>49</b>           | <b>118</b>    |

*Tabelle 16 Überblick n Mitarbeitende in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt*

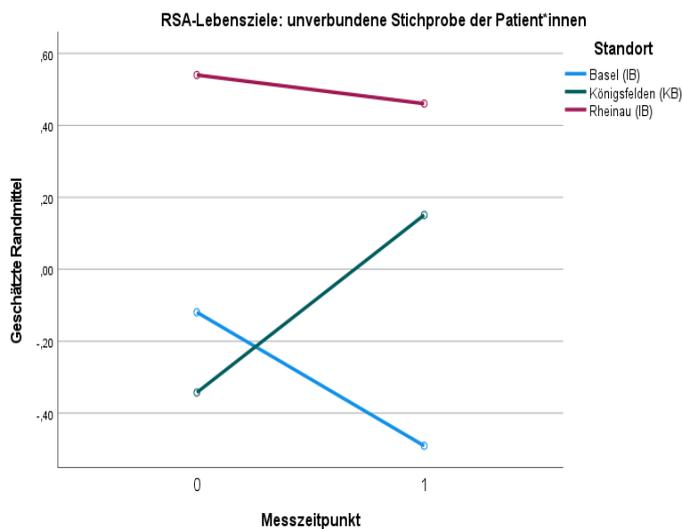
### 3.7.1.1 Der RSA-R



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.005* |
| Messz.    | 0.641  |
| Interakt. | 0.066  |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Ein Interaktionseffekt der Faktoren «Ort» und «Zeit» verpasste dabei knapp das gewählte Signifikanzniveau. Die Abbildung legt nahe, dass ersterer auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist. Die Verläufe sind insofern standortspezifisch, als dass die Werte am Standort «Rheinau» weitgehend konstant bleiben, sich in Basel verschlechtern und in Königsfelden verbessern.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich kein Effekt feststellen.

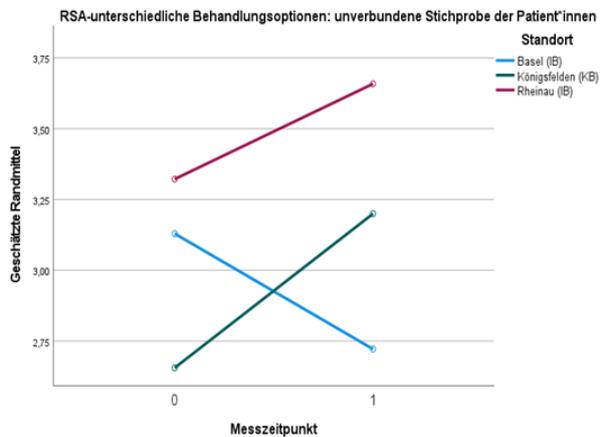


| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.001* |
| Messz.    | 0.936  |
| Interakt. | 0.147  |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 0.83\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Die Abbildung legt nahe, dass dieser auf den Unterschied zwischen dem

Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich kein Effekt feststellen.



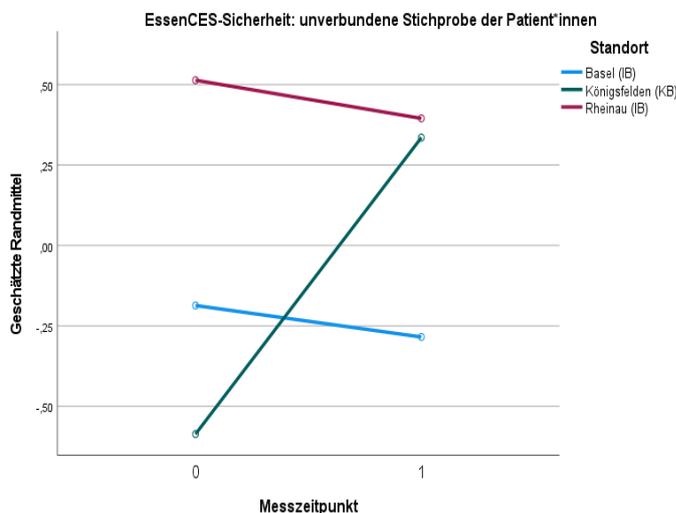
| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.008* |
| Messz.    | 0.353  |
| Interakt. | 0.051  |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 0.83\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Die Abbildung legt nahe, dass dieser auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist.

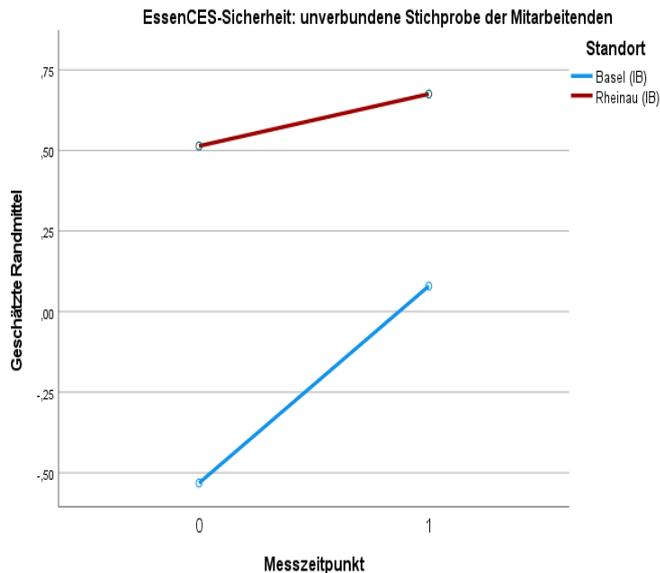
In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich kein Effekt feststellen.

Von den insgesamt 14 möglichen statistischen Berechnungen zu den Werten des RSA-R in der unverbundenen Stichprobe der Patient:innen erreichten nur drei Werte das vorgesehene Signifikanzniveau: der RSA-Total-Score, der RSA Score 'Lebensziele' und der RSA Score 'unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten' und zwar jeweils bezogen auf den Standort Rheinau. In der unverbundenen Stichprobe der Mitarbeitenden liessen sich im RSA-R keine Effekte nachweisen.

### 3.7.1.2 Der EssenCES



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.003* |
| Messz.    | 0.183  |
| Interakt. | 0.033* |

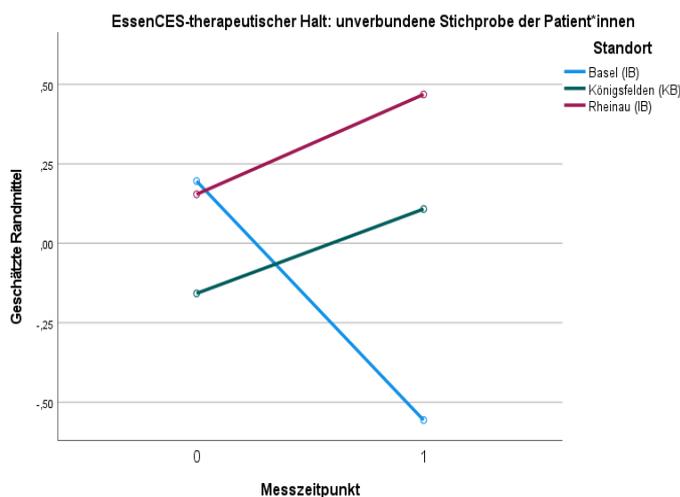


| 2 x 2 ANOVA |        |
|-------------|--------|
| Faktor      | Sig.   |
| Standort    | 0.001* |
| Messz.      | 0.032* |
| Interakt.   | 0.208  |

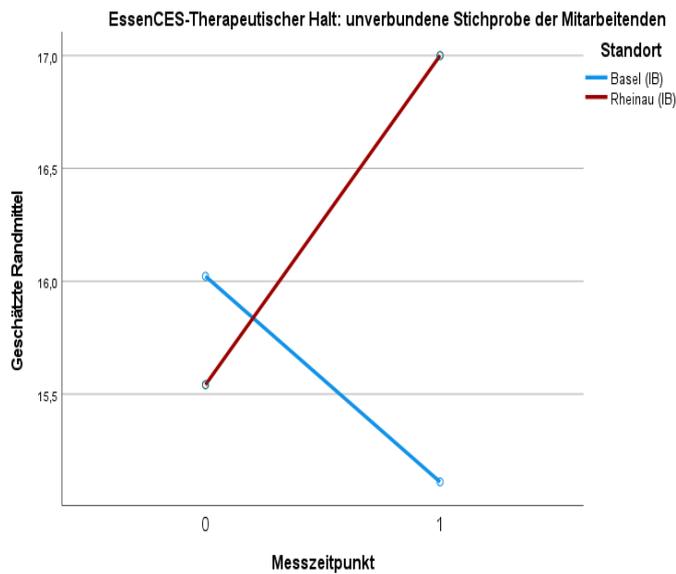
| Kruskal-Wallis-Test<br>t1          |       |
|------------------------------------|-------|
| Mittlere Rangsummen<br>am Standort |       |
| Basel (KB)                         | 20.00 |
| Königsf. (IB)                      | 25.91 |
| Rheinau<br>(KB)                    | 30.03 |
| Signifikanz: 0.124                 |       |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des Faktors «Ort» nachweisen, wobei am Standort «Rheinau» die Werte grundsätzlich am besten ausfielen. Ferner blieben die Werte an den Standorten «Rheinau» und «Basel» weitgehend konstant, während sie am Standort «Königsfelden» stiegen. Der entsprechende Interaktionseffekt verfehlte das gewählte Signifikanzniveau nur knapp.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden wies der Standort «Rheinau» grundsätzlich die besten Werte auf (signifikanter Effekt des Ortes in der 2 x 2 ANOVA), während sie in Basel ( $\alpha = 5\%$ ) im Verlauf der Zeit stiegen. Ein Unterschied zwischen den drei Standorten zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> liess sich nicht feststellen.



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.069  |
| Messz.    | 0.752  |
| Interakt. | 0.022* |



| 2 x 2 ANOVA |        |
|-------------|--------|
| Faktor      | Sig.   |
| Standort    | 0.222  |
| Messz.      | 0.634  |
| Interakt.   | 0.041* |

| 3-faktorielle ANOVA t1       |                 |
|------------------------------|-----------------|
| Mittelwerte (SD) am Standort |                 |
| B. (IB)                      | 15.11<br>(4.13) |
| K. (KB)                      | 16.13<br>(1.67) |
| R. (IB)                      | 17.00<br>(1.46) |
| Signifikanz: 0.165           |                 |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) verbesserten sich die Werte an den Standorten Rheinau und Königsfelden, während sie sich am Standort Basel verschlechterten.

Bei den Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich dieselbe Interaktion zwischen den Standorten Rheinau und Basel feststellen. Ein Unterschied zwischen den drei Standorten zum Zeitpunkt  $T_1$  liess sich nicht feststellen.

Von insgesamt sechs möglichen statistischen Berechnungen ergaben sich beim Essen CES in der unverbundenen Stichprobe jeweils 2 signifikante Effekte bei den Patient:innen und bei den Mitarbeitenden. Diese bezogen sich auf die Scores 'empfundene Sicherheit' und 'therapeutischer Halt' während sich im Score 'Gruppenkohäsion unter den Patient:innen' kein Effekt zeigte.

### 3.7.2 Analysen für verbundene Stichproben

Nachfolgend werden diejenigen Werte der Patient:innen und der Mitarbeitenden, die sich auf die Eigenschaften der Teilnehmenden beziehen (RSA-R und EssenCES), welche zu beiden Zeitpunkten an der quantitativen Datenerhebung teilgenommen haben, dargestellt. Damit soll die Abschätzung der Effekte der Interventionen auf diejenigen Teilnehmenden, die den gesamten Modellversuch von Anfang bis Ende miterlebt haben, ermöglicht werden.

Dabei wird zwischen Patient:innen und Mitarbeitendem unterschieden. In Hinblick auf die Vergleiche für abhängige Stichproben wurden Varianzanalysen (mixed-ANOVA mit «Gruppe» als Intersubjekt- und «Messzeitpunkt» als Intrasubjekt-Faktor) durchgeführt. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich jeweils neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt  $T_0$  und  $T_1$  wiedergeben.

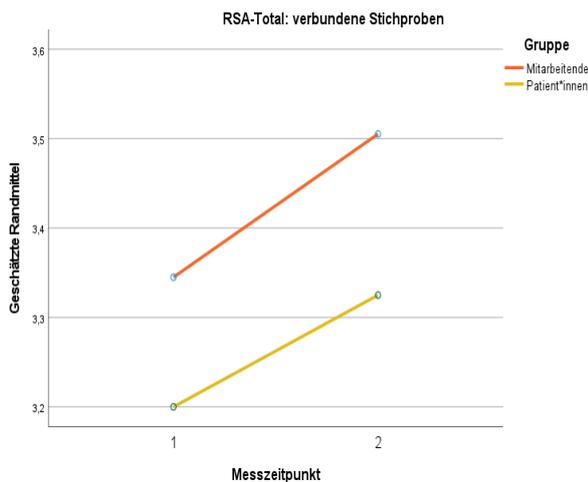
Ebenso wie in den Analysen für die unverbundenen Stichproben, wurde in Bezug auf die Hauptscore des RSA-Total ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  gewählt. Dies geschah

aufgrund des verhältnismässig kleinen  $n$  und des initialen, explorativen Charakters des Modellversuches. Bezüglich der Subscores; RSA-R Räumlichkeiten, RSA-R Lebensziele, RSA-R Entscheidungsfreiheit, RSA-R individuelle Leistungen, RSA- R Einbeziehung und RSA-R unterschiedliche Behandlungsoptionen wurde – entsprechend der Bonferroni-Korrektur für multiples Testen – ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\% / 6 = 0.83\%$  festgelegt. Die Scores des EssenCES: EssenCES-Sicherheit, EssenCES-therapeutischer Halt und EssenCES-Patientenzusammenhalt zielen auf unterschiedliche Phänomene und lassen sich nicht zu einer Gesamtscore vereinheitlichen. Sie wurden auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet. Die nachfolgende Tabelle gibt die Anzahl der Teilnehmenden in Abhängigkeit von ihrer Gruppenzugehörigkeit wieder.

| Gruppe        | $n$ |
|---------------|-----|
| Patient:innen | 5   |
| Mitarbeitende | 24  |

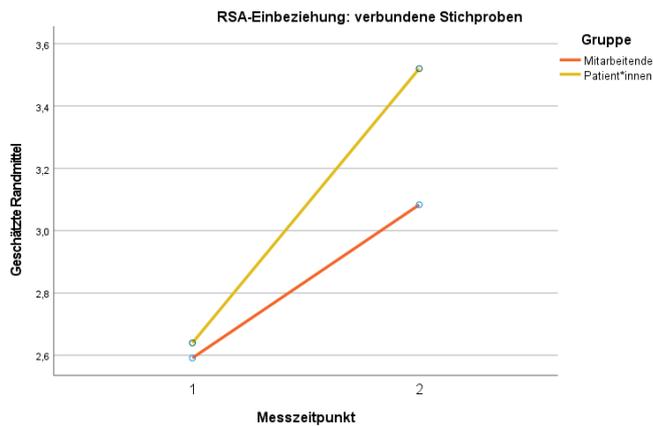
Tabelle 17 Anzahl Patient:innen und Mitarbeitende der verbundenen Stichprobe

### 3.7.2.1 Der RSA-R



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.414       |
| Messzeitpunkt | 0.078*      |
| Interaktion   | 0.823       |

Wie aus den Daten hervorgeht, verfehlte der Faktor «Messzeitpunkt» das Niveau von  $\alpha = 5\%$  knapp, während auch der Faktor «Gruppe» und der Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» nicht signifikant waren. Dies heisst, dass sich die Werte des RSA-Total-Scores im Verlauf der Zeit bei den Patient:innen und Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten an der quantitativen Erhebung teilgenommen hatten, verbesserten, und dies – wie anhand der Grafik ersichtlich ist – in einem etwa gleich starken Ausmass, während ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zwar vorhanden, aber nicht signifikant war.

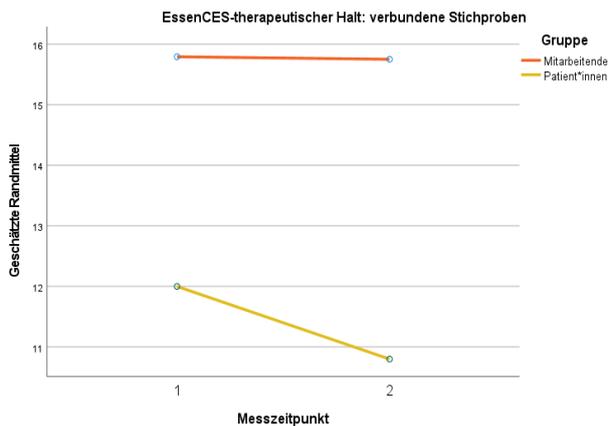


| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.458       |
| Messzeitpunkt | 0.002*      |
| Interaktion   | 0.346       |

Wie die Daten zeigen, war der Faktor «Messzeitpunkt» auf dem Niveau von  $\alpha = 0.83\%$  signifikant, während der Faktor «Gruppe» und der Interaktionsfaktor «Gruppe\*Messzeitpunkt» nicht signifikant waren. Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit verbesserte sich insofern die Einbeziehung der Patient:innen aus Sicht sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden in der verbundenen Stichprobe.

Von sieben möglichen statistischen Berechnungen konnten nur in Zweien, dem RSA-Totalscore und im RSA-Score 'Einbeziehung' signifikante Effekte nachgewiesen werden. Dies aber sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden.

### 3.7.2.2 Der EssenCES



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.001*      |
| Messzeitpunkt | 0.280       |
| Interaktion   | 0.313       |

Wie aus den Daten hervorgeht, schätzen die Mitarbeitenden der verbundenen Stichprobe den therapeutischen Halt grundsätzlich höher ein als die Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ). Andere Effekte zeigen sich nicht.

Von den drei Dimensionen des EssenCES liess sich leider nur in der Dimension 'therapeutischer Halt' ein Effekt nachweisen, der sich auf die unterschiedliche Einschätzung von Mitarbeitenden und Patient:innen bezieht.

### 3.8. Vergleich der Themen aus den Fokusgruppeninterviews von Patient:innen und Mitarbeitenden der Interventionsgruppe insgesamt

Nachfolgend werden, zusätzlich zur abteilungsspezifischen Darstellung der Themen aus den Fokusgruppeninterviews (vgl. Kapitel 3.1 – 3.6) mit den Patient:innen und den Mitarbeitenden der Interventionsgruppe, die Themen vom zweiten Erhebungszeitpunkt  $T_1$  in gleicher Form wie zum Erhebungszeitpunkt  $T_0$  dargestellt, also lediglich differenziert in Patient:innen und Mitarbeitende. Diese Vorgehensweise soll dazu beitragen die mit der Implementierung einhergehenden Veränderungen zu verdeutlichen.

#### 3.8.1 Die Patient:innen

Zu Beginn des Modellversuchs war die Ausgangslage der Patient:innen erhoben worden und unter den Oberthemen ‘Fremdbestimmung’ und ‘Selbstbestimmung zurückgewinnen’ mit den jeweiligen Subthemen beschrieben worden.

Analysiert man die Fokusgruppeninterviews aus der Evaluationsphase nicht stationsweise, sondern einfach differenziert nach Patient:innen und Mitarbeitenden der Interventionsgruppe, so lautet das Oberthema aus den Fokusgruppeninterviews der Patient:innen ‘Veränderungen erleben’. Diesem Oberthema konnten folgende Subthemen zugeordnet werden: ‘Stolz sein und Selbstwirksamkeit erleben’, ‘Beteiligt sein und den Beginn eines Recovery-Weges erkennen’, ‘Sich respektiert fühlen’, ‘Sinn in den gemeinsamen Arbeitsgruppen finden und Freude haben’. Stellt man diese Themenblöcke einander gegenüber, dann ergibt diese folgendes Bild:

| $T_0$                     |   | $T_1$  |
|---------------------------|---|--|
| Fremdbestimmung           | Selbstbestimmung zurück gewinnen                        | Veränderung erleben  |
| Stigmatisierung und Scham | Lernen mit der Erkrankung zu leben und an sich arbeiten | Stolz sein und Selbstwirksamkeit erleben                       |
| Zwang                     | Partizipation   | Beteiligt sein und beginnen einen Recovery Weg zu erkennen     |
| Mangel an Unterstützung   | Verbundenheit   | Sich respektiert fühlen  |
| Misstrauen                | Vertrauen   |  |
| Warten und Langeweile     | Persönliche Entwicklung & Lebensfreude                  | Sinn finden in den gemeinsamen Arbeitsgruppen und Freude haben |
| Strukturelle Hindernisse  |   |  |

Abbildung 4 Gegenüberstellung Themen Patient:innen  $T_0$  und  $T_1$

Dabei ist gut zu erkennen, dass Stigmatisierung und Scham nicht mehr diskutiert wurden. Stattdessen tauschten sich die Patient:innen darüber aus, wie erstaunt sie selbst sind, dass Veränderungen mit ihrer Beteiligung möglich sind, auch wenn diese nicht immer so gross wie erhofft ausgefallen sind. Das bedeutet, die Patient:innen haben Selbstwirksamkeit an Stelle von Selbststigmatisierung empfunden. Und sie sind stolz auf das von ihnen in dem Modellversuch Erreichte und haben den Eindruck damit nicht nur für sich selbst, sondern auch für die ihnen nachfolgenden Patient:innen einen guten Grundstein gelegt zu haben.

«Sprecher 1: Aber ja. Und das ist cool, dass das-, ein Fitnesscenter-.

Sprecher 2: Es entsteht hier und es bleibt 20, 30 Jahre hier. Dann hat ich persönlich-, ich habe das Gefühl, ich bin Patient hier, aber doch ein bisschen, ein kleines bisschen,

*habe ich auch mit bewirkt. Wo für die anderen-, also Verbesserung kann man ja immer machen. Aber unter Umständen. Und das hat ja mit allem auch eigentlich gut geklappt.*  
» (PAT RA 3 FGI 2, Z 85-90)

*«Da finde ich, haben wir recht gute Basics gelegt dafür. Ein weiterer guter Verlauf für uns und unsere Nachkommen zu führen. Eine Behandlung zu gewähren und auch das mit den Ausflügen, Aktivitäten, was wir selber organisieren, finde ich auch eine gute Aktivität, weil das ein Expositionstraining ist. Die, die hier drin sind, die brauchen das».* (FGI2 PAT RA2 - Transkript - TR220654, Pos. 8)

Auch die Scham über das begangene Delikt wurde nicht mehr thematisiert. Stattdessen diskutierten die Patient:innen in zwei Fokusgruppen, dass es nun an der Zeit wäre, mit einer delikt fokussierten Psychotherapiegruppe zu beginnen, um weiter an sich arbeiten zu können. Allerdings kam dies nicht für alle Patient:innen in Frage:

*Sprecher 1: Ja, was haben wir? Das letzte Mal war das Thema Zwangsgemeinschaft. Dass wir hier in einer Zwangsgemeinschaft leben. Oder dann war auch das Thema Umgang mit Geld. Oder dann war auch das Thema bekannte Kontakte außerhalb. Dann suchen wir ein Thema aus.*

*Sprecher 2: Und Deliktgruppe.*

*Sprecher 1: Ah ja, Deliktgruppe war,*

*Sprecher 3: Ist, wurde nicht so gut angenommen.*

*I: Was heißt Deliktgruppe?*

*Sprecher 1: Ja, eine Gruppe, wo über das Delikt gesprochen wird. Aber-.*

*Sprecher 4: Aber das kam nicht so gut an. Da wollten nicht alle mitdiskutieren und preisgeben, was für ein Delikt sie begangen haben oder so.* (PAT BA 2 FGI 2 - TR220750, Pos. 37-42)

Trotzdem ist dies verglichen mit dem «Schleier» (FGI 2, Z. 14) der über das Delikt gelegt wird, ein weiterer Schritt.

Dazu haben die vermehrte Beteiligung an der eigenen Behandlung, aber auch die anderen partizipativen Massnahmen sicherlich beigetragen. So wurde diskutiert, dass etliche Patient:innen die Protokolle der Behandlungsplanungssitzungen immer wieder lasen, um sich ihre eigenen Fortschritte vor Augen und präsent zu halten und diese auch nutzten, um sich auf die nächste Behandlungsplanungssitzung vorzubereiten. Das bedeutet, sie begannen einen jeweils individuellen Recovery-Weg zu erkennen.

*«Sprecher 5: Genau. Also wir bekommen ja so ein Standortblatt mit so Fragen und die Fragen beantwortet man und das nimmt man dann an Standort mit und kann das dann vorlesen, wo man für sich so ausgearbeitet hat an Fragen und Antworten. Und das bespricht man noch mit der Bezugsperson vorher und dann kann man an Standort gehen, vorbereitet. [...]*

*Sprecher 3: [...] weil man sieht ja auch-, also ich behalte die Standortblätter der Sitzungen für mich. Und dann, wenn ich ein-, wenn es einen neuen Standort gibt, dann schaue ich, welche Ziele hatte ich alles. Also es gibt einem schon einen Überblick. Und sich wieder auf einen neuen Standort vorbereiten.»* (PAT BA2 FGI 2, Z. 144-152)

Sich respektiert fühlen, gesehen, gehört und ernst genommen zu werden war für diese Entwicklung sicherlich auch bedeutsam und unterstreicht die reziproken Folgen des veränderten Umgangs von Mitarbeitenden und Patient:innen. Auch wenn dies aus Sicht der Patient:innen nicht von allen Mitarbeitenden mitgetragen wurde, diskutierten sie doch, wie sich der Umgang der Mitarbeitenden mit den Bedürfnissen und Anliegen der Patient:innen zum Positiven verändert hatte, so dass von einem Mangel an Unterstützung nicht mehr die Rede war.

«Sprecher 1: Das ist mir auch aufgefallen. Ich habe da jetzt keine Namen erwähnt. Aber es gibt zwei, drei Pfleger, die sich wirklich auch eingesetzt haben, egal welches Thema. Und das war ein Pfleger und eine Pflegerin, die hat es einfach eigentlich angeschissen. Das hat man sofort gemerkt. [...] Ja, die hatten einfach keinen Bock und haben dann abgebrochen. Aber es sind zwei, drei Personen da, die wirklich auch interessiert sind  
Sprecher 2: Genau. Es sind zwei, drei Personen, die sich wirklich auch eingesetzt haben. Und die anderen können es nicht und und und. Das war halt schon schade. (Seufzer). » (PAT RA 2 FGI 2, Z. 238-250)

«Ja, die Pflege kommt dann auch uns entgegen und nimmt uns ernst und hört unseren Vorschlägen auch zu. Und dann- Wie heißt das? Keine Ahnung. » (PAT BA 2 FGI 2, Z. 44-45)

Eine Ausnahme hiervon bildete das Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen einer Station, die weiterhin sehr enttäuscht darüber waren, dass es ihnen nicht gelungen war, mehr Mitpatient:innen und mehr Mitarbeitende zu einer aktiveren Beteiligung an dem Modellversuch zu motivieren.

«Sprecher 1: Ja, das haben wir ja dann auch eingeführt in Form von das Meeting. Und da waren auch schon von Anfang an bedenken, dass da jemand mitmachen will. Und dann kam sofort der Einwand vom Personal; wir wählen ein Thema, wir können nicht einfach frei reden. Sprecher 2: Ja, genau, dann wurde es immer mehr eingeschränkt und es schwieriger gemacht von Seiten des Personals. Weil die einfach nicht frei sein können. Die sind irgendwie engstirnig. Von Ressona, das heißt das ist auch der Grund, warum es im System funktioniert. Weil sie nicht auf die Seite blicken können. Und dann waren wir Freigeister ein bisschen frustriert, also ich, von der ganzen Sache. Und ich hatte dann auch Bedenken, dass da irgendjemand mitmachen möchte. Und das war dann auch so. Dann wollte niemand mehr mitmachen. » (PAT BA 1 FGI 2, Z. 99-108)

Diejenigen Patient:innen, die sich in den gemeinsamen Arbeitsgruppen engagierten, diskutierten, dass dies ihrem Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie Sinn verliehen und darüber hinaus auch einfach Spass gemacht habe, insbesondere wenn die Folgen des Engagements in den Massnahmen erkennbar wurden, habe dies Freude und Zufriedenheit bei ihnen ausgelöst.

«Ja, also ich habe-, bin ja von Anfang an dabei gewesen in dieser Reforma. Ich habe es immer interessant gefunden, wie eine Veränderung stattfinden konnte und viel diskutieren. Und dann das in die Tat umsetzen, ist dann nochmal etwas anderes gewesen. Wie zum Beispiel mit dieser Caotina und Milch, und ja so Zeug, wo man vielleicht wirklich ändern konnte und verbessern. Und das ist gelungen gewesen zum Beispiel eben die Diskussion, soll man Caotina jetzt offenlassen und dass jeder sich bedienen kann oder ist es nicht sinnvoll. Ja, das habe ich eigentlich noch gut gefunden, dass man wirklich dann auch eine Verbesserung machen konnte. Durch das Diskutieren. [...] Und so Veränderungen sind schön. Also, der Schrank ist jetzt offen und es ist nicht mehr so schnell leer, oder? Und ich habe es immer gut gefunden, zum darüber reden, über Probleme, und Lösungen zu finden. Das ist sehr konstruktiv anstatt nur motzen und nichts machen. Da kann man wirklich Probleme ausarbeiten und dann eine gute Sache draus werden lassen, ja. » (PAT BA 3, FGI 2, Z. 35- 52)

### 3.8.2 Die Mitarbeitenden

Im Unterschied zu den Patient:innen zeigten sich bei den Mitarbeitenden weniger Unterschiede zwischen den Themen der Fokusgruppeninterviews der Ausgangslage und denjenigen der Evaluationsphase. Die Themen 'Was ist Recovery' und 'Welche Recovery-

orientierten Massnahmen könnten eingeführt werden' wurden nicht mehr diskutiert bzw. wurden bereits bei der rückblickenden Einschätzung der durchgeführten Massnahmen beschrieben.

Weiterhin bestehen blieben die Themen 'Mit der Recovery- Orientierung verbundene Herausforderungen' und 'Hindernisse bei der Implementierung der Recovery-Orientierung'. Dies ergibt folgendes Bild:

| T <sub>0</sub>  |   |  | T <sub>1</sub>   |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
| Was ist Recovery  | Was sind die damit verbundenen Herausforderungen? | Was sind die erwarteten Hindernisse  | Welche Recovery-orientierten Massnahmen können wir einführen ? | Herausforderungen                              | Hindernisse   |
| Ringen um Verständnis   | Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie    | Stigmatisierung  | Ressourcenorientierung   | Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie |   |
| Wir haben schon immer Recovery orientiert gearbeitet<br>↓<br>Wir müssen unsere Arbeit kritisch hinterfragen | Soziale Verbundenheit                             | strukturelle Hindernisse:<br>• baulich<br>• personell  | Partizipation  |  | Strukturelle Hindernisse:<br>• Pandemie<br>• Mangelnde Inter-professionalität                                       |
|   | Hoffnung  | Personale Hindernisse:<br>• Patient: innen sind wenig motiviert<br>• Haltung der Mitarbeitenden<br>• Konflikte | Stationsregeln   |  | Personale Hindernisse:<br>• Neue Patient: innen sind wenig motiviert<br>• Haltung der Mitarbeitenden<br>• Konflikte |
|   | Identität und Sinn finden                         |  | Peermitarbeitende  |  |   |
|   | Partizipation und Empowerment                     |  | Milieugestaltung   |  |   |
|   | Vertrauen   |  | Gestaltung von Übergängen                                      |  |   |

Abbildung 5 Themenvergleich Mitarbeitende T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub>

Bei den mit der Recovery-Orientierung verbundenen Herausforderungen blieb nur das Subthema 'Spannungsfeld zwischen Therapie und Sicherheit', während die anderen Subthemen nicht mehr diskutiert wurden.

Nimmt man den Schutz der Bevölkerung, also die restriktive Perspektive als einen Pol und die Verbesserung des Gefährdungspotentials der Patient:innen durch Therapie als den entgegengesetzten Pol eines Kontinuums, so wurden teilweise die extremen Positionen eingenommen.

«Sprecher 4: Und nicht, dass wir dieser Rahmenbedingungen selber sprengen hier. Wir haben immer noch mit Straftäter zu tun, wo wir nicht wissen genau wie sie reagieren, wenn sie in diese Freiheit kommen. [...] Für mich ist die Aktivität, wenn sie in einen Wald gehen, wenn sie zum Beispiel eben in so ein Gebiet gehen, also da zwei Stunden, drei Stunden spazieren, wo sie sich körperlich anstrengen. Diese ganze Sache mit Markt, mit so, wir sollten uns da raushalten also bei den Aktivitäten. » (MA RA 2, FGI 2, Z. 266-394)

«Sprecher 1: Wir können sagen, wir waren zu zweit, wir hatten jemanden der auf ihn schauen konnte. Es war schwierig, ja. Es hatte schon Grenzsituationen. Aber dass wir halt trotzdem in dem Sinn herausfinden konnten, da sind jetzt seine Grenzen, mehr geht nicht, aber wir haben es probiert. Und haben ja aus dem eigentlich auch gelernt und können mit ihm das jetzt eigentlich wie anschauen; okay, wie können wir ihn jetzt zukünftig unterstützen, dass es irgendwann wieder funktioniert. » (MA RA 2, FGI 2, Z. 420 – 425)

Dabei entstand der Eindruck, dass ein zuvor externalisierter Konflikt, durch die Einführung der Recovery-orientierten Massnahmen näher gerückt ist und zu den eingangs befürchteten Konflikten innerhalb einiger Teams führte und sich bis hin zu einem Hindernis entwickeln konnte. Das bedeutet, dass die je individuelle Positionierung der Mitarbeitenden in engem Zusammenhang mit den Hindernissen bei der Einführung Recovery-orientierter Massnahmen steht.

*«Sprecher 5: Also ich weiß nicht, aber ich glaube, dass das viel auch, wie du vorhin gesagt hast, verbinden mit; naja, jetzt dürfen Patienten alles. Die dürfen jetzt von heute auf morgen ziemlich alles. Die kriegen jetzt da über alles freie Hand. Das ist glaube ich so das Verinnerlichte. Und dass man auch zum Teil Angst hat vor Veränderungen, oder was macht jetzt das, wenn man gewisse Sachen gemeinsam mal erarbeitet. Also ich habe mir ja das Ding mal erlaubt zu sagen, dass ein Patient kann in die Teamsitzung kommen, weil er ja etwas wollte. [...]*

*Sprecher 6: Mir hat es- Sorry. -Widerstand ausgelöst, keine Angst. [...] Bei mir hat es Widerstand ausgelöst, weil ich nicht einsehe was ein Patient in einer Teamsitzung verloren hat. Jetzt nicht despektierlich oder er ist weniger wert, aber das ist eine Teamsitzung, das sind wir. Dort hat ein Patient nichts verloren. Der Patient hat genug Gefäße, wo er seine Bedürfnisse verbalisieren kann. Und eine Teamsitzung ist für mich gesehen ganz klar pflegerisch. Dort will ich auch interdisziplinär niemanden dabei haben. Dort geht es wirklich ums Team. » (MA BA 1, FGI 2, Z. 32-54)*

Wie bereits in den Fokusgruppeninterviews zur Ausgangslage der Interventionsstationen, konnten dem Oberthema 'Hindernisse', die Subthemen 'strukturelle' und 'personale Hindernisse' zugeordnet werden.

Bei den strukturellen Hindernissen wurden bauliche und personelle Hindernisse thematisch zwar noch gestreift, aber der Fokus lag auf den Folgen der Pandemie, und den damit in Zusammenhang stehenden Schutzmassnahmen, die sich aus Sicht der Mitarbeitenden zu einem strukturellen Hindernis entwickelten.

*«Also ich war jetzt zwar von Beginn an dabei, aber da war es eigentlich aufgestellt auf das interdisziplinäre Team. Das fand ich ganz lebendig und angenehm. Und plötzlich kam Corona und dann war es irgendwie-, hiess es nur noch so und so viele Leute dürfen dabei sein. Und dann haben wir beschlossen, dann machen es von der-, ja, es waren-, die Sozialarbeiter war dann auch draussen wegen Corona bedingt. Eigentlich waren alle weg, die Ärzte waren eh plötzlich alle weg. Von daher war es dann auch auf unseren Schultern gelegen. Ja, ich fand es nicht so toll, ehrlich gesagt. Weil es mir angenehmer war, dass es auf breiten Schultern gestellt ist. Das war auch die Idee, das kam dann halt anders. » (MA RA 3 FGI 2, Z. 25 – 34)*

Einerseits trat mit dem Auftreten der Pandemie die Bedeutung des Modellversuchs hinter die Anforderungen an die veränderte Arbeitssituation zurück und andererseits ergaben sich durch die Schutzmassnahmen Einschränkungen, die dazu führten, dass sich die Mitarbeitenden nicht mehr in gleicher Masse z.B. an den Sitzungen der Arbeitsgruppe beteiligen konnten. Dies hatte zur Folge, dass der Modellversuch mehr und mehr zu einem monoprofessionellen, pflegerischen Projekt wurde. Dies wurde von den Pflegenden sehr bedauert und einige Mitarbeitende hatten auch den Eindruck mit dem Modellversuch alleine gelassen worden zu sein.

In Zusammenhang mit den personalen Hindernissen war bereits in den Fokusgruppeninterviews zur Ausgangslage diskutiert worden, dass die mangelnde Therapie- oder Veränderungsmotivation der Patient:innen ein personales Hindernis darstellen könnte.

*«Wenn ich deine Worte jetzt für mich jetzt so ein bisschen weiterführe, wo du sagst, der Motivationsschub war, wir haben gemeinsam etwas gemacht. So. Da ist für mich dann wieder die Frage jetzt. Ja, ist es- Dann kommt wieder alles nur von uns. » (MA RA 1, FGI 2, Z. 276 -278)*

*«Und nachher, wieso soll ich dann Motivation zeigen für etwas, was eigentlich dem Patienten helfen sollte, und der Patient oder die allermeisten Patienten haben selber keine Motivation. Mit dem habe ich extrem Mühe, mich zu motivieren das zu machen. Also extremste Mühe. » MA BA 1, FGI 2, Z. 502 -505)*

Diese Einschätzung blieb auch nach der Implementierung der Massnahmen bei einigen Mitarbeitenden bestehen. Sie führten den auch für sie sichtbaren Erfolg von partizipativen Massnahmen oder Massnahmen im Zusammenhang mit dem Thema 'Persönliche Entwicklung und Lebensfreude' auf die Motivation und Energie einzelner Patient:innen zurück. Sie beschrieben, dass mit dem Wechsel der Belegungssituation, also damit, dass motivierte Patient:innen entlassen oder weiter verlegt werden, diese Massnahmen nicht mehr möglich wären, weil die neuen Patient:innen nicht über die gleiche intrinsische Motivation verfügten.

*«Und halt auch was du gesagt hast, das Niveau war anfangs- Fand ich es relativ gut. Nur als dann der Leistungsträger, die kognitiv fitteren Leute, als die dann weg waren, dann ging es halt auch wieder mehr so in eine Richtung Bedürfnisbefriedigung, Konsum und so weiter und so fort. Aber ich hatte (?eher) das Gefühl, dass es den Patienten eher um so etwas gegangen wäre als um wirklich Empowerment. Weil, ich finde, oftmals im Alltag merkt man, die Leute würden gerne etwas, was die Selbstständigkeit betrifft, aber würden gar nicht darauf kommen dass das damit zu tun hat, ne? » (MA RA 2, FGI 2, Z. 75 – 81)*

D.h. es ist nicht allen Mitarbeitenden gelungen, die Erfahrung mit der Einführung der Recovery-orientierung, die sie überwiegend als sehr motivierend für die Patient:innen erlebt haben, auf die Situation neuer Patient:innen zu übertragen und ihre Massnahmen entsprechend anzupassen.

*«Eben, für mich ist jetzt die Abgrenzung, oder das Weiterführen, das ist jetzt das Problem. Weil, das eine war eine Studie. Das ist alles gut. Ja. Da ist auch etwas dabei rumgekommen. Und die Studie ist jetzt abgeschlossen. So für mich der wesentlich schwere Teil ist einfach; wie geht es weiter hier. Wie übersetze ich das dahin. Und da ist- Das kann ich nicht greifen.» ( MA RA 2, FGI 2, Z. 346 – 349)*

Aus den bislang beschriebenen Themen wird ersichtlich, dass Mitarbeitende in den Fokusgruppeninterviews der Evaluationsphase durchaus unterschiedliche Haltungen und Wertvorstellungen vertreten haben. Dabei scheint es so zu sein, dass Mitarbeitende, die sich näher am Pol Sicherheit positionieren eher weniger Hoffnung haben, dass ihre Patient:innen jemals ein selbstbestimmteres Leben führen können, während Mitarbeitende, die sich eher am Pol Therapie positionieren, mehr Bereitschaft zeigen, sich an den Ressourcen der Patient:innen zu orientieren und optimistischer sind. Allerdings wurde in den Fokusgruppeninterviews auch betont, dass es für die Recovery-orientierte Arbeit unerlässlich sei, dass die Mitarbeitenden einer Station 'auch am gleichen Strang' zögen, weil sonst bestehende Teamkonflikte auch für die Patient:innen spürbar würden, was zusätzliche Probleme schaffen würde.

### 3.9 Ergebnisse der hypothesentestenden Verfahren

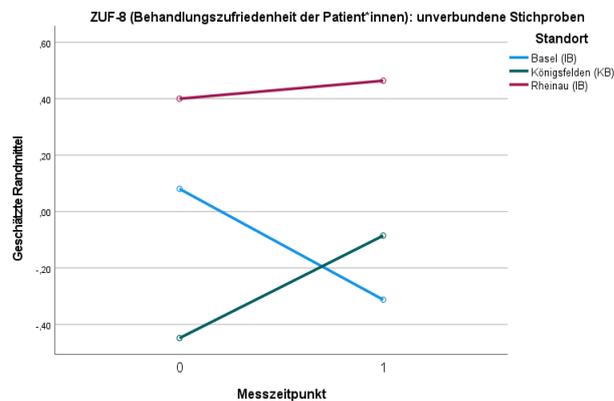
Nachfolgend werden die Werte der Patient:innen dargestellt, die sich auf die allgemeine Behandlungszufriedenheit, das Stigmatisierungserleben, den wahrgenommenen Zwang, die Hoffnung und die Selbstmanagementfähigkeiten beziehen. Diese wurden mit den Instrumenten ZUF-8, ISMI, MPCS und die Dimensionen «Hoffnung» und Selbstwirksamkeitserleben mit dem FERUS erhoben.

Sie werden in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wiedergegeben, um eine Abschätzung der Effekte, welche die Interventionen auf den verschiedenen Abteilungen hatten, zu ermöglichen.

In der Stichprobe der Patient:innen wurden Varianzanalysen durchgeführt, die sich auf unabhängige Stichproben beziehen. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt  $T_0$  und  $T_1$  wiedergeben. Die Daten derjenigen Patient:innen, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten, wurden dabei zum Zeitpunkt  $T_1$  von den Analysen ausgeschlossen, und nur zum Zeitpunkt  $T_0$  berücksichtigt. Getrennte Varianzanalysen für abhängige Stichproben wurden wegen des sehr kleinen  $n$  von fünf Patient:innen nicht durchgeführt. In Bezug auf den Hauptscore des ISMI-Total wurde ein Signifikanzniveau von 5% gewählt. Die Scores des ZUF-8, des MPCS und des FERUS wurden ebenfalls auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet.

Mit diesen Signifikanzniveaus konnten leider nur bei der Behandlungszufriedenheit und den Selbstmanagementfähigkeiten signifikante Effekte gefunden werden. Diese werden nachfolgend dargestellt. Die gesamten Ergebnisse des hypothesentestenden Verfahrens finden sich in Anlage 9.

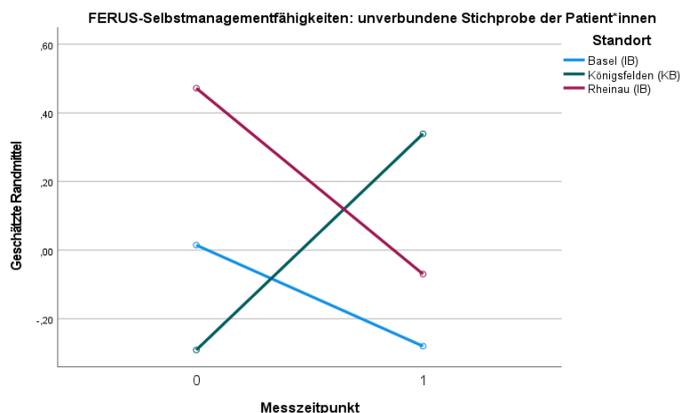
#### 3.9.1 Die Behandlungszufriedenheit



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.006*      |
| Messzeitpunkt | 0.950       |
| Interaktion   | 0.232       |

Wie die Daten zeigen, liess sich ein Haupteffekt in Bezug auf den Faktor «Ort» feststellen, wobei aus der Abbildung hervorgeht, dass die Werte am Standort «Rheinau» grundsätzlich auf eine höhere Behandlungszufriedenheit verwiesen, als an den Standorten «Basel» und «Königsfelden» ( $\alpha = 5\%$ ). Andere Effekte zeigen sich nicht.

### 3.9.2 Die Selbstmanagementfähigkeiten



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.319       |
| Messzeitpunkt | 0.715       |
| Interaktion   | 0.040*      |

In Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt» liess sich kein Effekt feststellen. Allerdings war der Interaktionseffekt signifikant und zeigte an, dass sich die Selbstmanagementfähigkeiten am Standort «Königsfelden» verbesserten, während sie sich an den anderen beiden Standorten verschlechterten.

## 4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Im Modellversuch RE-FOR-MA wurden auf sechs Stationen mittlerer Sicherheit in zwei Universitären Psychiatrischen Kliniken für Forensik jeweils zwei Recovery-orientierte Massnahmen entwickelt, eingeführt und evaluiert. Dabei konnten aus den quantitativen Daten, aufgrund der grossen unverbundenen Stichprobe (wobei hierfür die Inzidenz der Corona-Pandemie eine Rolle mitgespielt hat) keine evidenzbasierten Recovery-Effekte abgeleitet werden.

Die Analyse der qualitativen Daten und die Interpretation der damit einhergehenden subjektiven Aussagen lassen jedoch den Schluss zu, dass die Massnahmen zur Recovery-Orientierung den teilnehmenden Personen neue Perspektiven eröffnet haben, was mit den quantitativen Daten nicht zu belegen war. Die Massnahmen konnten den Themen 'Vertrauen', 'Partizipation' und 'Persönliche Entwicklung & Lebensfreude' zugeordnet werden (siehe Abbildung 6: Die zunehmende Anzahl der Blüten (1-3) gibt den von Patient:innen und Mitarbeitenden subjektiv wahrgenommenen Erfolg der jeweiligen Massnahmen wieder).

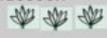
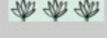
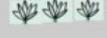
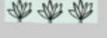
| BS 1  | BS 2  | BS 3  | RH 1  | RH 2   | RH 3  |
|---|---|---|---|--|---|
| Gemeinsame Supervision  | Selbständige Zubereitung Abendessen   | Patient:innen - Rat   | Beschwerdebox   | Gruppe Stationsregeln  | Englisch Unterricht   |
| PAT  | PAT  | PAT  | PAT  | PAT  | PAT  |
| MA   | MA   | MA   | MA   | MA   | MA   |
| Vertrauen   | Pers. Entwicklung & Lebensfreude  | Partizipation   | Vertrauen   | Partizipation  | Pers. Entwicklung & Lebensfreude  |
| Gemeinsamer Behandlungsplan   | Gemeinsamer Rapport   | Gemeinsamer Behandlungsplan   | Selbständige Freizeitaktivität  | Selbständige Freizeitaktivität   | Selbständige Nutzung Sportgeräte  |
| PAT  | PAT  | PAT  | PAT  | PAT  | PAT  |
| MA   | MA   | MA   | MA   | MA   | MA   |
| Partizipation   | Partizipation   | Partizipation   | Pers. Entwicklung & Lebensfreude  | Pers. Entwicklung & Lebensfreude   | Pers. Entwicklung & Lebensfreude  |
| Recovery-Gruppe   |   | Forensic Surfing ?  |   |  |   |
| PAT  |   |   |   |  |   |
| MA  |   |   |   |  |   |
| Partizipation   |   |   |   |  |   |

Abbildung 6 Subjektiv wahrgenommener Erfolg der Massnahmen

Dabei zeigte sich, dass die Beteiligten diejenigen Massnahmen welche dem Thema Vertrauen zugeordnet waren, wenig erfolgreich erlebten, wohingegen diejenigen Massnahmen, welche dem Thema 'Persönliche Entwicklung & Lebensfreude' zugeordnet waren, mit einer subjektiv positiven Entwicklung verbunden wurden. Die Massnahmen, welche dem Thema 'Partizipation' zugeordnet waren, wurden von den Patient:innen durchweg als positiver Entwicklungsschritt erlebt. Leider spiegelt sich das in den quantitativen Daten insbesondere in den RSA-R Scores Entscheidungsfreiheit und Einbeziehung nicht konsequent wider. Dies kann damit zusammenhängen, dass der grössere Teil der Patient:innen den Modellversuch nicht von Beginn an miterlebt hat und deswegen die entstandene Veränderung eher als Selbstverständlichkeit betrachtet oder sich nicht in ausreichendem Masse einbezogen fühlt und/oder auch negative Erfahrungen wie z.B. die Patient:innen der Abteilung BA 2 sie im Fokusgruppeninterview äussern, gemacht hat.

Die Mitarbeitenden hingegen erlebten die Partizipation der Patient:innen eher als Herausforderung in Bezug auf ihr eigenes Verhalten und auf notwendige Veränderungen ihrer Arbeitshaltung. Dies hat mit dem der forensischen Psychiatrie immanenten Spannungsfeld (Kroeber 2018, Merkt et al 2021) von Besserung und Sicherung zu tun. Einigen Mitarbeitenden ging die Partizipation der Patient:innen auch zu weit, und sie empfanden diese als Verlust an Distanz und damit einhergehend als Verlust des eigenen Schuttraumes, so dass es zu deutlich unterschiedlichen Haltungen und daraus resultierenden Konflikten in einigen Teams gekommen ist. Dabei ist davon auszugehen, dass diese Konflikte in Zusammenhang mit der Einführung Recovery-orientierter Massnahmen deutlicher zutage getreten sind. Dorkin und Adshead (2011) beschreiben, dass partizipatives Arbeiten in der forensischen Psychiatrie eine Teamkultur erfordere, die gelernt hat, konstruktiv mit Konflikten, die aus unterschiedlichen Wertvorstellungen und Arbeitshaltungen resultieren, umzugehen. Um dies lernen zu können, benötigen

Teams Zeit und Raum für Selbsterfahrung und Reflektion, wie sie üblicherweise in unterschiedlichen Supervisionsformen zur Verfügung gestellt wird. Diese Angebote wurden während der Laufzeit des Modellversuchs aufgrund der Schutzmassnahmen in Zusammenhang mit der Pandemie leider ausgesetzt, so dass es den Teams hier möglicherweise an Unterstützung mangelte.

Einige Mitarbeitende des Pflegedienstes äusserten auch, dass sie sich aufgrund des Verlusts der Interprofessionalität, der sich auch pandemiebedingt ergab, mit der Einführung des Recovery-orientierten Arbeitens alleine gelassen fühlten. Dies bestätigt die Erkenntnis, dass Recovery-Orientierung die Unterstützung des gesamten Systems benötigt (Le Boutillier et al 2015) und wird durch die Charta 2.0 zur Interprofessionellen Zusammenarbeit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020) unterstützt.

Die in den Fokusgruppeninterviews zu Tage getretenen Konflikte zeigen, dass es leider nicht gelungen ist, alle Mitarbeitenden der Interventionsstationen von der Möglichkeit auch in der forensischen Psychiatrie Recovery-orientiert zu arbeiten zu überzeugen. Allerdings scheint diese Skepsis bezüglich Veränderungen nicht spezifisch für die forensische Psychiatrie zu sein. So zeigt eine Untersuchung in deutschen Krankenhäusern (Düppengiesser 2019) in der 1500 Beschäftigte aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen von 50 kommunalen Krankenhäusern in einer Online-Umfrage befragt wurden, dass sich nur 18% der Befragten aktiv für Veränderungen engagieren. Dies scheint die Ergebnisse einer deutschlandweiten Untersuchung zu Veränderungsprozessen in Unternehmen generell (Hoube et al. 2007) zu bestätigen. Dort zeigte sich ebenfalls, dass sich nur knapp 20% der Mitarbeitenden für einen Veränderungsprozess engagieren. Möglicherweise hätte dies durch eine längere Dauer des Modellversuchs und eine noch engmaschigere Begleitung der Teams positiv beeinflusst werden können.

Trotzdem erlebten die Patient:innen durch den Modellversuch eine Veränderung: Sie waren stolz auf das von ihnen Erreichte und erlebten sich selbstwirksam, sie fühlten sich beteiligt und konnten anfangen, einen Recovery-Weg zu erkennen; von den Mitarbeitenden fühlten sie sich mehr respektiert und die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen gab dem Aufenthalt in der forensisch-psychiatrischen Klinik einen Sinn. Leider spiegelt sich dieses aus den subjektiven Äusserungen der Patient:innen generierte Ergebnis ebenfalls nicht in den quantitativen Daten wider. Gleichwohl scheint es, verglichen mit den Themen der Fokusgruppeninterviews der Ausgangslange, eine deutliche Verbesserung zu geben, die vermutlich mit der vermehrten Partizipation und den Massnahmen, die dem Thema 'Persönliche Entwicklung & Lebensfreude' zugeordnet werden konnten, in Zusammenhang steht.

Dabei scheint Letzteres einen Kontrapunkt zum Thema 'Warten und Langeweile' zu bilden. In der Literatur wird ein Zusammenhang zwischen Warten und Langeweile hergestellt (Wittowska et al 2020), und darauf hingewiesen, dass die Langeweile aus einem Mangel an emotionaler und kognitiver Selbstregulation in Wartezeiten resultiert. Darüber hinaus stellt die Selbstregulation auch ein bedeutsames Element in der Selbstbestimmungstheorie (Ryan & Deci 2006) dar. In ihr werden verschiedene Modi der Selbstregulation als wichtige Faktoren für Verhalten, soziale Haltungen und die psychische Gesundheit beschrieben. Dies legt den Schluss nahe, dass der Wunsch der Patient:innen nach Zerstreung und Unterbrechung der Uniformität des Alltags die Erfordernis von Möglichkeiten der kognitiven und emotionalen Selbstregulation widerspiegelt.

Langeweile ist darüber hinaus mit Gefühlen von Ärger und Frustration verbunden (Dahlen et al 2004) und kann in unerwünschtem Verhalten (Tomlin et al 2018) wie Entweichungen (Wilkie et al 2014, Martin et al 2018) münden.

Drennan und Wooldridge (2014) beschreiben das Thema der ‘Persönlichen Entwicklung & Lebensfreude’, das in engem Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Bildung und erfreulichen Aktivitäten steht, unter der Schlüsselempfehlung «Ein Leben jenseits der Krankheit aufbauen und sinnvolle Beschäftigung» und schliessen: «*Meaningful occupation provides purpose, structure, routine and pleasure. These all contribute to a sense of personal agency (. . .). Filling time with personally meaningful activities restores a sense of value and purpose to life promoting hope and a belief that the individual can still pursue their dreams*” (a.a.O. S. 15)

Dies scheint durch die Ergebnisse des Modellversuchs bestätigt zu werden. Zusätzlich finden sich auch Hinweise, welche diese Schlussfolgerung unterstützen, in der auf neurobiologischen Erkenntnissen aufbauenden Lernforschung. So beschreibt Pekrun (2018) Freude, Hoffnung und Stolz als aktivierende Leistungsemotionen, während Langeweile und Hoffnungslosigkeit sich demotivierend auf die Leistungsemotionen auswirken. Unter der Annahme, dass es auch in der Behandlung in einer psychiatrisch forensischen Klinik darum geht, etwas zu lernen, haben diese Erkenntnisse bedeutsame Implikationen für die Gestaltung des therapeutischen Milieus und für die Förderung der individuellen Genesungswege der dort behandelten Patient:innen. Hier wäre weitere Forschung zu den Auswirkungen einer aktivierenderen Milieugestaltung auf die persönliche Recovery von forensisch untergebrachten Patient:innen wünschenswert und notwendig.

Aus den Ergebnissen des Modellversuchs ergab sich zudem konkret in der UPK Basel, dass die Klinik für Forensik einen Peermitarbeiter angestellt und Recovery als einen Aspekt in die therapeutische Ausrichtung aufgenommen hat.

#### *Limitationen und Stärken des Modellversuchs*

Die Grenzen des hier beschriebenen Modellversuchs liegen in der geringen Aussagekraft der quantitativ erhobenen Daten, die auch mit den oben beschriebenen Faktoren wie der grossen unverbundenen Stichprobe, der entsprechend kleinen verbundenen Stichprobe und dem Verlust der Kontrollgruppe durch deren Bezug eines Klinikneubaus in Zusammenhang stehen.

Auch konnte keine der unter 2.1. beschriebenen Hypothesen bestätigt oder widerlegt werden, da die quantitativen Daten keine eindeutigen Aussagen zulassen.

Auf der Ebene der einzelnen Interventionsabteilungen unterstützen die quantitativen Vergleiche zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten die qualitativen Ergebnisse und/oder vice versa. Im Vergleich der Kliniken miteinander zeigt sich in der unverbundenen Stichprobe, dass der Standort Rheinau bei den Patient:innen signifikant bessere Werte erzielte in den Bereichen RSA-Totalscore sowie in den Subscores ‘Lebensziele’ und ‘unterschiedliche Behandlungsoptionen’, die sich am Standort Königsfelden, obwohl keine Recovery-Orientierten Interventionen eingeführt wurden, ebenfalls verbesserten, während sie sich am Standort Basel verschlechterten. Bei den Mitarbeitenden ergaben sich an keinem der drei Standorte signifikante Effekte. In der verbundenen Stichprobe, die sich ausschliesslich aus der Interventionsgruppe, also den Standorten Rheinau und Basel, zusammensetzt verbesserten sich der RSA-Totalscore sowie der RSA Subscore ‘Einbeziehung’ sowohl bei den Patient:innen als auch bei den Mitarbeitenden, während sich der EssenCES –Score ‘Therapeutischer Halt bei den Mitarbeitenden verbesserte und bei den Patient:innen verschlechterte. Aufgrund des kleinen  $n$  bei den Patient:innen ( $n= 5$ ) kommt dem aber nur eine vorsichtig zu interpretierende Aussagekraft zu.

Insgesamt bleibt aber zu diskutieren, ob diese Form von Daten überhaupt geeignet ist, ein derart subjektives Geschehen wie Recovery zu erfassen. Entsprechend ergibt sich die Stärke des Modellversuchs aus der Fülle der qualitativ erhobenen Daten, die das

subjektive Erleben der Patient:innen und Mitarbeitenden nachvollziehbar widerspiegeln.

### *Schlussfolgerungen*

Die Interpretation der Äusserungen der beteiligten Patient:innen im Rahmen der Fokusgruppeninterviews, der Teilnehmenden Beobachtungen und der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppen lässt den Schluss zu, dass die Patient:innen subjektiv Veränderungen erlebt haben, die allerdings objektiv nicht beweisbar sind. Gleichwohl geben sie Hinweise darauf, dass der vermehrte Einbezug der Patient:innen in die Gestaltung des therapeutischen Milieus (Regelgruppe, Patientenrat, Recovery-Gruppe) und in die eigene Behandlung (gemeinsame Behandlungsplanung) auch unter den Bedingungen der forensischen Psychiatrie ebenso möglich sind wie die Beteiligung an der Planung von Freizeitaktivitäten (Sportgeräte, Ausflüge) und die Schaffung von Bildungsmöglichkeiten (Englischkurs).

Die Interpretation der Äusserungen der beteiligten Mitarbeitenden, die ebenfalls im Rahmen der Fokusgruppeninterviews, Teilnehmenden Beobachtungen und der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppen erhoben wurden, lässt ebenfalls den Schluss zu, dass die Schaffung der Möglichkeiten zur Beteiligung der Patient:innen und zur Ermöglichung von persönlicher Entwicklung und Lebensfreude für die Patient:innen in hohem Mass von der Haltung und Einstellung der Mitarbeitenden abhängig ist, obwohl auch dies objektiv nicht beweisbar ist. Sie gibt aber Hinweise darauf, dass die mit der Einführung von Recovery verbundene, notwendige Haltungsänderung nicht von allen Mitarbeitenden gewollt wird und, wo sie gewollt wird, mit Herausforderungen verbunden ist.

In der Praxis heisst das, dass die Recovery-Orientierung auf allen Ebenen einer Einrichtung/Institution gewollt sein muss, dass es durch alle Hierarchiestufen Unterstützung dafür geben muss und dass die Veränderung Zeit benötigt.

## 5. Lessons learned

Wie aus den Daten ersichtlich wird, war der Modellversuch, insbesondere die Implementierungsphase, möglicherweise zu kurz angelegt, um eine Haltungsveränderung bei allen Mitarbeitenden zu bewirken. Ob dies überhaupt möglich ist, wird durch die in der Diskussion angeführten Studien zu Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen infrage gestellt. Dies hat, konsequent weitergedacht, zur Folge, dass z.B. bei Neueinstellungen von Mitarbeitenden aller Berufsgruppen persönliche Haltungen und Wertvorstellungen thematisiert und die Recovery Orientierung klar als Behandlungsphilosophie deklariert werden muss.

Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews der Evaluationsphase mit den Mitarbeitenden zeigen auch, dass die Prozessbegleitung nicht engmaschig genug geplant war und erfolgte. Die Intervalle der Sitzungen der gemeinsamen Arbeitsgruppen waren mit vier Wochen zu lang, um die besprochenen Inhalte präsent zu halten, so dass diese im operativen Tagesgeschäft leicht in Vergessenheit gerieten. Darüber hinaus wird in den Ergebnissen deutlich, dass nicht allen Mitarbeitenden der Transfer der im Modellversuch gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse auf die nächste Generation von Patient:innen gelungen ist. Obwohl in der initialen Schulung umfangreiche Materialien bzw. Links zum Download weiterer Materialien zur Verfügung gestellt wurden, scheint darauf nicht zurückgegriffen worden zu sein. Hier wäre es vermutlich günstig gewesen, wenn ein regelmässig wiederkehrender Input zum Thema im Modellversuch mit angelegt gewesen wäre.

Der Modellversuch war in beiden Interventionskliniken durch die ärztlichen und pflegerischen Klinikleitungen unterstützt und befürwortet worden. Im Verlauf zeigte sich

dann, auch Pandemie bedingt, dass der Modellversuch mehr und mehr zu einem monoprofessionellen Projekt der Pflegenden geworden ist. D.h. es ist nicht umfänglich gelungen den Modellversuch zu einem tatsächlich interprofessionellen Projekt zu machen. Im Gegensatz zu multiprofessioneller Zusammenarbeit, in der die Berufsgruppen neben- und weitgehend unabhängig voneinander arbeiten, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit dadurch gekennzeichnet, dass die Kompetenzen und Wissensbereiche sich überschneiden (Mahler et al 2014). Vermutlich wäre es klug gewesen sich dazu vor Beginn des Modellversuchs mit den jeweiligen Klinikleitungen auszutauschen und ihre Einschätzung dazu abzuholen, um dann gemeinsam zu überlegen wie die Durchdringung der Recovery-Orientierung in allen Berufsgruppen gelingen kann.

Die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews aus der Evaluationsphase zeigen auch, dass sich die nicht an den gemeinsamen Arbeitsgruppen beteiligten Mitarbeitenden nur mangelhaft über das Geschehen informiert fühlten. D.h. es ist nicht gut genug gelungen den Modellversuch im Bewusstsein aller Mitarbeitenden präsent zu halten. Es wäre besser gewesen Kommunikationsmöglichkeiten,- mittel und -wege von Beginn an mitzudenken zu planen und auch gemeinsam festzulegen wer sich für die Umsetzung zuständig fühlt und auf die Einhaltung der Vereinbarungen achtet.

## 6. Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf den gewonnenen klinischen Erfahrungen im Rahmen der Recovery-Implementierung und sind (wie im Kapitel Limitationen begründet) nicht mit klarer Evidenz aus den Ergebnissen abzuleiten. Die Empfehlungen sind daher erfahrungsbasiert und haben einen niedrigen Evidenzgrad. Unter diesen Prämissen wird für die erfolgreiche Einführung Recovery-orientierter Arbeit in die forensische Psychiatrie empfohlen:

- Dass das gesamte System einer forensisch psychiatrischen Klinik die Recovery-Orientierung unterstützt und fördert. Von der höchsten Leitungsebene, über alle Berufsgruppen hinweg sollten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, damit Mitarbeitende aller Berufsgruppen genügend Zeit haben sich mit den Prinzipien der Recovery-Orientierung auseinanderzusetzen und den Transfer in ihre spezifische Aufgabenstellung zu leisten. Aus der Organisationslehre und dem allgemeinen Projektmanagement ist (wie im vorliegenden Modellversuch abgeleitet) bekannt, dass dabei der mittleren Führungsebene, also den pflegerischen Stationsleitungen und Oberärzt:innen besondere Bedeutung zukommt, da sie grossen Einfluss auf die Mitarbeitenden und das Klima einer Station haben. Es ist hilfreich, wenn die Auseinandersetzung mit den Prinzipien der Recovery-Orientierung durch immer wiederkehrenden Input begleitet wird.
- Dass verbindliche Gefässe geschaffen werden, die es den Beteiligten ermöglichen ihre Haltungen, Wertvorstellungen und von ihnen als Hindernisse wahrgenommene Gegebenheiten zu reflektieren und wo möglich anzupassen z.B. Recovery behindernde Stationskonzepte und Reglements entsprechend zu verändern. Insbesondere dem unvermeidbaren Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie sollte dabei Aufmerksamkeit gezollt werden und Mitarbeitende sollten zur Offenheit im Umgang mit den Patient:innen ermutigt werden. Dabei kann es hilfreich sein, dass sich die Beteiligten stations- und möglicherweise auch einrichtungsübergreifend miteinander vernetzen und regelmässig austauschen, um von ihren jeweiligen Erfahrungen gegenseitig zu profitieren und sich zu ermutigen. Die Veränderung einer Kultur benötigt einen langen Atem.

- Dass pro Behandlungseinheit eine gemeinsame Arbeitsgruppe bestehend aus Patient:innen und Mitarbeitenden eingerichtet wird, deren Aufgabe es ist zu prüfen, welche Recovery-orientierten Massnahmen in der Behandlungseinheit eingerichtet werden können. Die Erfahrung zeigt, dass die gemeinsamen Arbeitsgruppen von den Patient:innen als sinnstiftend erlebt wurden und die Mitarbeitenden immer wieder über deren konstruktive Mitarbeit überrascht waren. Den Arbeitsgruppen wird empfohlen mit einfach einzuführenden Massnahmen, die der 'Persönlichen Entwicklung & der Lebensfreude der Patient:innen' dienen, begonnen wird. Die Erfahrung zeigt, dass diese bei allen Beteiligten auf positive Resonanz gestossen sind und so auch Erfolgserlebnisse bei allen Beteiligten ermöglichten. Eine (stations-) externe Begleitung unterstützt die Verbindlichkeit des Implementierungsprozesses und sollte in kurzen Intervallen erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass eine vierwöchentliche Begleitung ein zu langes Intervall darstellt. Im Alltag hat das operative Tagesgeschäft Vorrang, so dass Inhalte von vor vier Wochen regelmässig rekapituliert werden müssen bevor daran weitergearbeitet werden kann.
- Dass die Einführung der Recovery-Orientierung und alle damit in Verbindung stehenden Erfolge und Schwierigkeiten kontinuierlich und transparent im Gesamtsystem kommuniziert werden, um den Prozess lebendig und auch bei den weniger beteiligten Personen die Veränderungen präsent zu halten. Hierzu können bestehende Gefässe wie Leitungskonferenzen, Teamsitzungen, Übergaberapporte und stationsübergreifende Besprechungen, aber auch Stationsversammlungen und Morgenrunden und andere Gruppenangebote mit Patient:innen genutzt werden, so dass die Recovery-Orientierung immer auf der Traktandenliste steht.

## 7. Offene Fragen und mögliche, zukünftige Forschungsinhalte

- Welche Gründe oder Bedingungen sind, neben den Schutzmassnahmen zur Eindämmung der Pandemie, für die mangelnde interdisziplinäre Durchdringung der Recovery-Orientierung ausschlaggebend?
- Wäre es zielführender sich bei der Einführung von Recovery -Orientierung zunächst auf die Mitarbeitenden zu konzentrieren und die Patient:innen erst im zweiten Schritt einzubeziehen?
- Wie kann es auch unter den stark reglementierten Bedingungen der stationären forensischen Psychiatrie gelingen ein anregenderes Milieu, das den Patient:innen mehr Persönliche Entwicklung & Lebensfreude ermöglicht, zu schaffen?
- Welchen Einfluss haben strukturelle Gegebenheiten wie räumliche Bedingungen auf die psychische Gesundheit und die persönliche Recovery von Patient:innen? Sind Erkenntnisse aus der Forschung zu Evidence based Healthcare Design (Ulrich et al 2008, Elf et al 2020) auf die stationäre forensische Psychiatrie übertragbar?
- Wären Effekte der Recovery-Implementierung bei einer grösseren verbundenen Stichprobe (womöglich in einem kürzeren Beobachtungsintervall) quantitativ nachweisbar?
- Sind Interventionen der Verfahrensgerechtigkeit/Procedural Justice (Hachtel et al 2019) von Recovery Massnahmen zu trennen und hätten diese messbare Effektstärken?
- Sind Massnahmen zur Recovery-Orientierung auch bei anderen Settings und Patient:innenkollektiven (z.B. Schwerpunkt der Behandlung von Persönlichkeitsstörung) implementierbar und bedingen sie positive Effekte?

## 8. Danksagung

Unser Dank gilt zuallererst den mitwirkenden Einrichtungen, ihren Mitarbeitenden und ganz besonders ihren Patient:innen. Ohne das Engagement aller Beteiligten hätte der Modellversuch auch und gerade unter den erschwerten Bedingungen aufgrund der Corona Pandemie nicht durchgeführt werden können.

Wir bedanken uns auch sehr bei dem Fachausschuss für Modellversuche, der uns die Chance gab das hier beschriebene, aufwändige Projekt in Angriff zu nehmen und damit ein Herzensanliegen voran zu bringen. Bei Professor Dr. Gabriel bedanken wir uns für seine fachlich-methodische Beratung, die er uns in seiner Funktion als Referent für RE-FOR-MA zur Verfügung gestellt hat.

Besonderer Dank gilt Frau Fierz-Wengert vom Bundesamt für Justiz, die jederzeit eine kompetente, verständnisvolle und kritische Gesprächspartnerin gewesen ist und damit viel zum Gelingen des Modellversuches beigetragen hat.

Dank gebührt auch der Steuergruppe des Modellversuchs, die uns interessiert, kritisch und unterstützend begleitet hat.

## 9. Literatur

- Aghotor, J., Moritz, S., Pfüller, U., Scheu, F., Veckenstedt, R., Weisbrod, M. & Rösch-Ely, D. (2010). Selbstmanagementfähigkeiten und Ressourcen bei schizophrenen Patienten - Einfluss auf die psychopathologische Entwicklung. Bern. Verfügbar über:  
<https://www.klinikum.uniHeidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/images/exp/psych/poster/Aghotor-2010-Bern.pdf> (Zugriff am 22.01.2019).
- Anthony, W.A. (1993). 'Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s'. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16:11-23.
- Askola R., Nikkonen M., Paavilainen E., Soininen P., Putkonen H. & Louheranta O. (2016). Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: a narrative view. *Perspect Psychiatr Care* 00:1–10.
- Atteslander P, Bender C, Cromm J et al. (1991). *Methoden der empirischen Sozialforschung* Berlin, New York: Walter de Gruyter, 6., neu bearbeitete und erw. Aufl.
- Becker HS, Geer B. (1984). Teilnehmende Beobachtung: Die Analyse qualitativer Forschungsergebnisse. In: Hopf C, Weingarten E (Hrsg). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl: 139–166.
- Blaesi, S., Gairing, S.K., Walter, M., Lang, U. & Huber, Ch. (2015). Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax* 42(02): 76-81.
- Bohnsack, R., Nentwig- Gesemann, I., Nohl, A.-M. (2013) (Hrsg.) *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3. Aktualisierte Auflage. Springer VS, Wiesbaden.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101.
- Burgess, Ph., Pirkis, J., Coombs, T. & Rosen, A. (2010). Review of Recovery Measures Version 1.01. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network. 'Sharing Information to Improve Outcomes' An Australian Government funded initiative. Verfügbar über: <https://www.amhocn.org/publications/review-recovery-measures> (Zugriff am 27.02.2018)
- Burns, R., Butterworth, P., Kiely, K., Bielak, A., Luszcz, M., Christensen, H. Von Sanden, C. & Anstey, K. (2011). Multiple imputation was an efficient method for harmonizing the Mini-Mental State Examination with missing item-level data. *Journal of clinical epidemiology* 64 (7): 787-93.
- Burr, Ch., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Weidling, K., Kozel, B. & Gurtner, C. (2020). Peer support in Switzerland – Results from the first national survey. *International Journal of Mental Health Nursing* 29: 212–223.
- Burr, Ch., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Kozel, B., Weidling, K. & Zuaboni, G. (2021). Roles and Work Content of Peer Workers and Experts by Experience in Mental Health Practice, Education, Research and Development. Results of a Survey in Switzerland. *Psychiatrische Praxis* 48: 135–142.
- Clarke, C., Lombard, D., Sambrook, S. & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1: 38-54.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Dahlen ER., Martin RC., Ragan K. & Kuhlman MM. (2004). Boredom proneness in anger and aggression: effects of impulsiveness and sensation seeking. *Pers Individ Differ*. (2004) 37:1615–27.
- Dorkins E. & Adshead G. (2011). Working with offenders: challenges to the recovery agenda. *Adv Psychiatr Treat* 17: 178 -87.
- Drennan, G. & Alred, D. (2012): *Secure Recovery. Approaches to Recovery in forensic mental health settings*. Routledge, London and New York.

- Drennan, G. & Wooldridge, J. (2014). Making Recovery a Reality in Forensic Settings. 10. ImROC Briefing. Available via: <http://imroc.org/wp-content/uploads/2016/09/10ImROC-briefing-10-Making-Recovery-a-Reality-in-Forensic-Settings-final-for-web.pdf> [Zugriff am 15.05.2018]
- Düppengießer, N. (2019). Change-Management im Krankenhaus Zwischen Wollen und Widerstand – eine Studie zur Veränderungsbereitschaft der Beschäftigten am Beispiel kommunaler Krankenhäuser in Hessen. In: Muchna, C. (2019) (Hrsg.) Aspekte des Innovationsund Changemanagements. Ein Theorie-Praxis-Transfer. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. S. 361-401.
- Eickmeier, G., Degano Kieser, L., Paap, M., Utschakowski, J. & Lacroix, A. (2017). Umstrukturierung einer psychiatrischen Station nach Recovery-grundsätzen: eine Pilotstudie mit mixed-method design. *Z.Evid.Fortbild.Qal.Gesundh.wesen (ZEFQ)* 120:16-20.
- Elf, M., Anåker, A., Marcheschi, E., Sigurjónsson, Á. & Ulrich, R.S. (2020). The built environment and its impact on health outcomes and experiences of patients, significant others and staff-A protocol for a systematic review. *Nurs Open*. 7 (3):895-899.
- Gardner, W., Hoge, S., Bennett, N., Roth, L.H., Lidz, C.W., Monahan, J. et al (1993). Two scales for measuring patients' performance perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law*, 11(3): 307–321.
- Goffman, E.(1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books, New York.
- Hachtel H., Vogel T. & Huber CG. (2019) Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. *Front. Psychiatry* 10:219.
- Haw C., Stubbs J., Bickle A. & Stewart I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *J Psychiatry Psychol*. 22:564–585.
- Houben, A., Frigge, C., Trinczek, R. & Pongratz, H.J. (2007). Veränderungen erfolgreich gestalten – Repräsentative Untersuchung über Erfolg und Misserfolg im Veränderungsmanagement. C4 Consulting-Studie. Verfügbar über: <https://www.innovations-report.de/fachgebiete/studien-analysen/bericht-86055/> [Zugriff am 09.09.2019]
- Howells, K., Tonkin, M., Price, M., Davies, S. & Schalast, N. (2009). The Essen CES measure of social climate: A preliminary validation and normative data in UK high secure hospital settings. *Criminal Behaviour and Mental Health* 19: 308–320.
- Jack, M. (2007). FERUS-Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3): 213-214.
- Johnson, B.R. & Onwuegbuzie, A.J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, Vol. 33:7, 14-26.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2 (3): 67-79.
- Kroeber, H.L. (2018). Standards und offene Probleme des psychiatrischen Massregelvollzugs. *Forensische Psychiatrie Psychologische Kriminologie* 12: 126-35.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 445–452.
- Le Boutillier C., Slade M., Lawrence V., Bird VJ, Cahndler R., Farkas M. et al (2015). Competing Priorities: staff perspectives on supporting recovery. *Adm Policy Ment Health* 42: 429-38.

- Lüders C. (2008). Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U., Von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt's Enzyklopädie. Rowohlt Taschenbuch Verlag Reinbek bei Hamburg, 6. durchgesehene und aktualisierte Aufl., S. 384 – 401.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Z Med Ausbild.* 31(4):Doc40.
- Mantel, C. (2021). Auswirkungen von Krafttraining auf Muskelkraft und psychosoziales Funktionsniveau bei Patienten mit Schizophrenie. Eine explorative Pilotstudie. München, Ludwig-Maximilians-Universität. Verfügbar über: [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/28317/8/Mantel\\_Christian.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/28317/8/Mantel_Christian.pdf) (Zugriff am 11.08.2022)
- Martin, K., McGeown M., Whitehouse, M. & Stanyon, W. (2018). Who's going to leave? An examination of absconding events by forensic inpatients in a psychiatric hospital. *J Forens Psychiatry Psychol.* (2018) 29:810–23.
- Merkt, H., Haesen, S., Eytan, A., Habermeyer E., Aebi MF., Elgert B. et al (2021) Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: findings from a qualitative study. *BMC Med Ethics* 22: 123.
- Mezey, G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A. & Wright C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *J Forensic Psychiatry Psychol* 21: 683-96.
- Mezey, H., Youngman I., Kretschmar, I. & White S. (2016). Stigma and discrimination in mentally disordered offender patients—a comparison with a nonforensic population. *J Forens Psychiatry Psychol.* (2016) 27:517–529.
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E. & Moules, N.J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, Volume 16: 1–13.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A. & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4): 378–386.
- Onwuegbuzie, A.J., Dickinson, W.B., Leech, N.L. & Zoran, A.G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *International Journal of Qualitative Methods* 8(3): 1-21.
- Pekrun R. (2018). Emotion, Lernen und Leistung. In: Huber M. & Krause S. (Hrsg.), *Bildung und Emotion*. Springer Fachmedien. Wiesbaden.
- Przyborski, A. & Riegler, J. (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppen. In: Muck, K. & May, G. (Eds) (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden GmbH.
- Roberts, G., Dorkins, E., Wooldridge, J. & Hewis, E. (2008). Detained – What's my choice? Part 1: Discussion. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14: 172–180.
- Rosenfeld, P., Giacalone, R.A. & Tedeschi, J.T. (1984). Cognitive dissonance and impression management explanations for effort justification. *Personality and Social Psychology Bulletin* 10 (3): 394-401.
- Ryan RM., Deci EL. (2006). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 50:68–78.
- Schalast, N. & Redies, M. (2005). Das Stationsklima als Wirkfaktor der Behandlung - Entwicklung eines Beurteilungsbogens. In N. Saimeh (Hrsg.), *Was wirkt? Prävention, Behandlung, Rehabilitation*. Forensik 2005. 20. Eickelborner Fachtagung, S. 244-255. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schalast, N. (2008). SK-M, ein Kurzfragebogen zur Einschätzung des Stationsklimas im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 35 (4):175-181.
- Schenner, M., Kohlbauer, D., Meise, U., Haller, Ch., Pixner-Huber, M., Dtürz, K. & Günther, V. (2018). «StigMA» - Evaluation eines psychologischen Therapieprogramms zu Stigma- Management. *Psychiatrische Praxis* 45 (01). 16-22.

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2020). Charta 2.0. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Verfügbar über: <https://www.samw.ch/de/Projekte/Uebersicht-der-Projekte/Interprofessionalitaet/Publikationen-Interprofessionalitaet.html> [Zugriff am 28.07.2022]
- Shepherd A., Doyle M., Sanders C. & Shaw J. (2016). Personal Recovery within forensic settings – Systematic Review and Meta- Analysis of Qualitative Methods Studies. *Journal of Criminal Behavior and Mental Health* 26: 59 – 75.
- Sibitz, I., Friederich, M.E., Unger, A., Bachmann, A., Benesch, T. & Amering, M. (2013). Internalisiertes Stigma bei Schizophrenie: Validierung der deutschen Version der Internalized Stigma of Mental Illness-Skala (ISMI). *Psychiat Prax* 40: 83–91.
- Siess, J. & Schalast, N. (2017). Psychometric Properties of the Essen Climate Evaluation Schema (Essen CES) in a Sample of General Psychiatric Wards. *Archives of Psychiatric Nursing* 31: 582–587.
- Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery, *Journal of Mental Health*, 18:5, 367-371.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. et al. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21: 353-364.
- Stockmann, R. (2002). Was ist eine gute Evaluation. Saarbrücken: Centrum für Evaluation, CEval-Arbeitspapiere; 9, verfügbar über: [https://ceval.de/modx/fileadmin/user\\_upload/PDFs/workpaper9.pdf](https://ceval.de/modx/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper9.pdf). (Zugriff am 04.08.2021)
- Tomlin J., Bartlett P. & Völlm, B. (2018). Experiences of restrictiveness in forensic psychiatric care: systematic review and concept analysis. *Int J Law Psychiatry* 57: 31-41. et al 2018,
- Ulrich, R.S., Zimring, C, Zhu, ., et al. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. ):61-125.
- West ML., Vayshenker B., Rotter M. & Yanos PT. (2015). The Influence of Mental Illness and Criminality Self-Stigmas and Racial Self-Concept on Outcomes in a Forensic Psychiatric Sample. *Psychiatr. Rehabil J*. 38:150–157.
- Wilkie T., Penney S., Fernane S. & Simpson AIF (2014). Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: a case control study. *BMC Psychiatry*. 14: 14–91.
- Winterberg, W. & Needham, I. (2010). Sicherheitsanforderungen vs. Eigenverantwortung. Empowerment und Forensik – Wunschtraum oder Wirklichkeit? *Psych Pflege* 16: 184-188.
- Witowska J, Schmidt S, Wittmann M. What happens while waiting? How self-regulation affects boredom and subjective time during a real waiting situation. *Acta Psychologica*. (2020) 205:10.
- Zuaboni, G., Degano Kieser, L., Kozel, B., Glavanovits, K., Utschakowski, J. & Behrens, J. (2015). Recovery Self-Assessment – Übersetzung und kulturelle Anpassung eines recovery-orientierten Einschätzungsinstrumentes. *Pflege* 28 (4): 233 – 243.
- Zuaboni, G., Hahn, S., Wolfensberger, P., Schwarze, T. & Richter, D. (2017). Impact of Mental Health Nursing Training- Programme on the Perceived Recovery-Orientation of Patients and Nurses on Acute Psychiatric Wards: Results of a Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing* 11: 907-914.

## 10. Anlagen

### 10.1 Anlage 1 Schulungsunterlagen

Skript zur Schulung (Schoppmann/Balensiefen) Projekt RE-FOR-MA

#### Folie 1. Titel

Kurze Vorstellung Joachim Balensiefen und Susanne Schoppmann als Personen - beruflicher Hintergrund, aktueller Arbeitsort

Kurzvorstellung Projekt RE-FOR-MA: Haben Sie schon von dem Projekt gehört? Ist Informationsmaterial schon zu Ihnen gelangt? Wenn ja, konnten Sie etwas damit anfangen?

Wir stellen das Projekt trotzdem nochmal vor. RE-FOR-MA steht für Recovery-Orientierung in der forensischen Psychiatrie und im Massnahmenvollzug.

#### Folie 2 Der Begriff Recovery

Das Wort Recovery kommt aus dem Englischen und bedeutet wörtlich übersetzt Genesung, Gesundung, Erholung oder Wiederherstellung. In der Psychiatrie unterscheiden wir zwei Formen von Genesung:

1. Zum einen Genesung im medizinischen Sinn- das bedeutet meistens, dass jemand keine Symptome einer psychischen Erkrankung mehr hat und wieder ein normales Leben führen kann. An diesem medizinischen Verständnis wird öfter kritisiert, dass die persönlichen Hoffnungen, Wünsche und Wertvorstellungen von den erkrankten Menschen dabei nicht so wichtig zu sein scheinen.
2. Der persönliche Gesundungsweg eines Menschen - dieser wird oft auch als Recoveryreise beschrieben. Die Idee dahinter beruht auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen. Sie unterscheidet sich in bestimmten Bereichen grundlegend von der medizinischen Recovery. So kann es sein, dass die Symptome einer Erkrankung nicht völlig verschwinden, aber die betroffene Person kann trotzdem ein für sie sinnvolles, glückliches und selbstbestimmtes Leben führen.
3. Aber medizinische Genesung und persönliche Genesung sind kein Widerspruch- im Gegenteil, sie sollten einander ergänzen.

#### Folie 3: Foto Toon Walravens

Besser als wir beide kann das vielleicht Toon Walravens erklären. Er kommt aus den Niederlanden und hat, wie einige von Ihnen auch, ein Schicksal das mit Drogenkonsum, psychischer Erkrankung und Kriminalität verbunden ist. Er wurde in seiner Kindheit schwer vernachlässigt und missbraucht, und hat – in den Jahren zwischen 20 und 30 – aufgrund von Gewalttaten Jahre in geschlossenen forensischen Abteilungen verbracht. Inzwischen hat er eine Ausbildung in der Sozialpädagogik und in der Krankenpflege abgeschlossen und arbeitet nun als Genesungsbegleiter in der Forensik. Wir wollen Ihnen ein Interview mit Toon zeigen. - Weil es auf Niederländisch ist, hat Joachim Balensiefen das Ganze mit deutschen Untertiteln unterlegt.

[Video, ca. 4 min.] Film ab:

#### Folie 3 Foto Toon Walravens

Was haben Sie in dem Interview mit Toon gehört? Er hat ja erst ein wenig aus seinem Leben erzählt, dann erzählt er auch wie er den Sozialarbeiter Willem getroffen hat. Die

Entscheidung von Willem sein Geld nicht so wichtig zu nehmen und lieber einen Beruf mit Menschen machen zu wollen hat Toon sehr beeindruckt, oder?

Das hat ihn so sehr beeindruckt, dass er beschlossen hat auch eine Entscheidung zu treffen für sein eigenes Leben: Er will etwas aus sich und seinem Leben machen und einen bis dahin zerstörerischen Weg verlassen.

Und das ist etwas was in vielen Recovery-Geschichten von ehemaligen Patientinnen und Patienten zu hören ist:

UND DANN HABE ICH DIE ENTSCHEIDUNG GETROFFEN DIE VERANTWORTUNG FÜR MEIN LEBEN WIEDER SELBST IN DIE HAND ZU NEHMEN.

Folie 4 Zitat Deegan

Patricia Deegan, sie ist eine der Begründerinnen der Recovery-Bewegung in Amerika, nennt das ICH MUSS SELBST AUF DEM FAHRERSITZ MEINES LEBENS SITZEN. Eine Entscheidung dafür zu treffen, dass man für sein eigenes Leben und auch seinen eigenen Genesungsweg selbst verantwortlich ist, ist unbedingt notwendig. Aber das alleine reicht noch nicht aus. Toon musste akzeptieren, dass er möglicherweise mit Stimmungsschwankungen leben müssen, er musste neue Verhaltensweisen erlernen – aber er konnte dazu alte Fähigkeiten nutzen. Er musste Rückschläge einstecken z.B. bei der Arbeitsvermittlung- aber er hatte dabei Unterstützung von seinem Therapeuten, der an ihn und seine Fähigkeiten geglaubt hat. Der Therapeut hat ihm gesagt: Du könntest eine kriminelle Vereinigung leiten, dann kannst Du diese Fähigkeit auch für ein deliktfreies Leben einsetzen.

Und genau das ist die Idee hinter der Recoveryorientierung. Menschen darin zu unterstützen selbst wieder auf dem Fahrersitz ihres Lebens zu sitzen, die Verantwortung für ihre Genesung zu übernehmen und ein sinnvolles Leben, möglicherweise auch mit krankheitsbedingten Einschränkungen, zu leben.

Eine häufig genutzte Beschreibung von Recovery, die weit verbreitet ist, ist die Folgende:

Folie 5 Zitat Anthony

*«Recovery ist ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der Haltung, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. Es ist ein Weg, um trotz der durch die psychische Krankheit verursachten Einschränkungen ein befriedigendes, hoffnungsvolles und konstruktives Leben zu leben. Recovery beinhaltet die Entwicklung eines neuen Sinns und einer neuen Aufgabe im Leben, während man gleichzeitig über die katastrophalen Auswirkungen von psychischer Krankheit hinauswächst.»*

Damit ist die Idee des Recovery-Ansatzes im Wesentlichen schon vollständig beschrieben: Recovery – so wie wir das Konzept verstehen– ist ein Ansatz, der sich neben der Behandlung der psychischen Beeinträchtigung oder Störung auf die Förderung der persönlichen Stärken von betroffenen Menschen richtet, ihnen Hoffnung vermittelt und der Resignation und Selbststigmatisierung etwas entgegensetzt. Selbststigmatisierung ist ein Fachbegriff. Er beschreibt wie psychisch beeinträchtigte Menschen, die allgemeine Meinung über Menschen mit psychischen Störungen auf sich selbst anwenden. Dabei vergessen sie manchmal, dass sie zwar eine psychische Erkrankung haben, aber keine Störung sind.

In einigen Ländern wie Amerika, Kanada, Australien oder Grossbritannien ist es bereits gesetzlich vorgeschrieben, dass die Mitarbeitenden in psychiatrischen Kliniken recoveryorientiert arbeiten müssen. Auch hier in der Schweiz ist die Recovery-Orientierung in vielen psychiatrischen Einrichtungen verbreitet und wir haben z.B. in den UPK Basel in der Allgemeinpsychiatrie auch ehemalige Patienten als Genesungsbegleiter angestellt. Die Anstellung von Genesungsbegleitern kann einen wichtigen Beitrag zur Vermittlung z.B. von Hoffnung leisten.

In der forensischen Psychiatrie ist die Recovery-Orientierung leider noch nicht so weit verbreitet. Und das zu ändern ist eines der Ziele, die wir mit dem Projekt RE-FOR-MA verfolgen. Wir wissen aus anderen Ländern, dass das auch in forensisch psychiatrischen Kliniken und im Massnahmenvollzug möglich ist. Da sich die Gesetzgebung von Amerika oder Grossbritannien und der Schweiz aber ziemlich unterscheiden, können wir nicht einfach die Erkenntnisse von dort auf uns hier übertragen. Wir müssen also Erfahrungen damit sammeln wie die Recovery-Orientierung angepasst werden muss, damit sie auch in der Schweiz in den forensisch psychiatrischen Kliniken und im Massnahmenvollzug angewendet werden kann. Und dieser Prozess soll wissenschaftlich begleitet werden. Wenn Sie sich noch einmal diese Beschreibung von Recovery hier auf der Folie anschauen, dann sehen Sie, dass das vollständige „Verschwinden“ der Krankheitssymptome nicht notwendig für die persönliche Recovery ist. Der persönliche Genesungsweg ist auf den eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung in seinem eigenen Leben ausgerichtet.

#### Folie 6 Das CHIME- Modell

Forschende in Grossbritannien haben gemeinsam mit Patientinnen und Patienten, die unter psychischen Beeinträchtigungen leiden, ein Modell entwickelt. Es beschreibt was besonders wichtig ist, damit Menschen auf ihrem persönlichen Genesungsweg weg vorankommen können. Da es in England entwickelt wurde, wird die englische Bezeichnung CHIME benutzt. Das C steht für Connectedness. Im Deutschen bedeutet das die Verbundenheit mit anderen Menschen. Freunde zu haben, eine Gruppe oder eine Familie zu der man gehört, ist vermutlich für fast alle Menschen etwas Wichtiges. H steht für Hope also für Hoffnung. Und auch die Hoffnung ist für viele Menschen von grosser Bedeutung. Hätte Toon im Video keine Hoffnung gehabt, dass er sein Ziel sich ein anderes Leben aufzubauen erreichen kann, dann hätte er es mit den Rückschlägen viel schwerer gehabt. Oder vielleicht sogar resigniert als ihn das Arbeitsamt als nicht vermittelbar eingestuft hat. Was meinen Sie?

Das I steht für Identität und verbindet sich mit der Frage wer bin ich denn jetzt mit dieser psychischen Beeinträchtigung und einer Straftat in meiner Lebensgeschichte. Es hat mir einmal eine Patientin gesagt, die wegen Betrugs in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung in der forensischen Psychiatrie untergebracht war: «Wissen Sie, bisher war ich wenigstens eine erfolgreiche Betrügerin, aber was bin ich denn jetzt wo ich hier bin? »

Das M steht für Meaning und lässt sich auf Deutsch am ehesten mit dem Wort Sinn übersetzen. Und einen Sinn in seinem persönlichen Leben zu finden ist auch ein Thema, das die meisten Menschen, ob gesund oder krank, im Laufe ihres Lebens beschäftigt. Das E schliesslich steht für Empowerment und meint Ermächtigung, Stärkung, jemanden in seinem Glauben an sich selbst und die eigenen Fähigkeiten zu unterstützen. Diese fünf Elemente lassen sich nicht immer einfach unterscheiden. Sie betonen eher zwei Arten von Beziehungen. Nämlich einmal die Beziehung zu sich selbst und die Beziehung zu anderen Menschen.

#### Folie 7 Pause

Pause

#### Folie 8 CHIME-Modell

Vor der Pause haben wir über das CHIME-Modell gesprochen- über die Wichtigkeit der Verbundenheit mit anderen Menschen, die Bedeutung von Hoffnung, sich darüber klar werden wer man eigentlich ist, einen Sinn in seinem Leben finden und schliesslich die Unterstützung und Ermächtigung an sich selbst zu glauben. Das macht deutlich, dass allen Menschen zugetraut wird, sich mit sich und mit anderen Menschen auseinander zu setzen und die eigene Zukunft verantwortungsvoll und deliktfrei zu gestalten. Dabei spielt die Erfahrung, dass ich tatsächlich etwas bewirken kann, z.B. mit einem guten Argument oder durch mein Verhalten, eine zentrale Rolle.

Der Recovery-Ansatz wurde aus der Betroffenenbewegung heraus entwickelt und bezog sich zunächst auf Menschen, die an einer psychischen Beeinträchtigung litten ohne ein Delikt begangen zu haben. Für diese Menschen gibt es weniger Einschränkungen durch das Gesetz.

Hier in der Forensik ist das anders. Niemand von den hier behandelten Menschen ist freiwillig und auf eigenen Wunsch hier und ihre Zukunft ist abhängig von Gutachten und behördlichen Entscheidungen. Deswegen scheint die Anwendung des Recovery-Ansatzes in der Forensik nicht ganz einfach zu sein. Es stellt sich also die Frage, wie persönliche Recovery in einer geschlossenen forensischen Einrichtung umsetzbar ist. Wir wollen dies nun kurz mit Bezug auf die Forschung, also auf das was man schon darüber weiss, beantworten. Wir werden dabei nicht auf einzelne Studien eingehen; falls aber jemand Interesse an der Literatur hat, stellen wir diese gerne zur Verfügung. Im Anschluss wollen wir gerne dazu mit Ihnen in eine Diskussion kommen.

Folie 9 geht Recovery auch in der Forensik

Dabei geht es um die Frage: Geht Recovery auch in der Forensik?

- Es gibt hierbei keine wirklich aussagekräftigen Studienergebnisse – d.h. längere, statistisch abgesicherte Wirksamkeitsstudien. Vereinzelt statistisch-experimentelle Ergebnisse belegen aber, dass sich Recovery auch in forensischen Bereichen erfolgreich anwenden lässt: So wurde zum Beispiel nachgewiesen, dass das subjektive Wohlbefinden in einer Gruppe forensischer Patienten das spätere Rückfallrisiko für Straftaten deutlich senkt.

- Was wir aber wissen ist, dass sich die Recovery-Themen forensisch untergebrachter Patientinnen und Patienten nicht von denjenigen in der Allgemeinpsychiatrie unterscheiden. Das wissen wir aus Übersichtsarbeiten von Studienergebnissen die auf Gesprächen mit Betroffenen beruhen. Das heisst, dass psychisch beeinträchtigte Menschen mit und ohne kriminellen Hintergrund ähnliche oder gleiche Bedürfnisse haben. Und wenn man genau hinschaut, dann geht es dabei um ganz allgemeine menschliche Bedürfnisse, die jeder Mensch kennt. Wir alle wollen ja gerne ein glückliches und zufriedenes Leben führen.

Nun soll es darum gehen wie die Elemente Verbundenheit, Hoffnung, Identität, Sinnfindung und Ermächtigung oder Unterstützung in die Behandlung in einer forensisch psychiatrischen Klinik eingebettet werden können.

Das scheint zunächst nicht so ganz einfach zu sein

Folie 10 Geht Recovery in der Forensik ?

Der Anspruch selbst auf dem Fahrersitz seines Lebens zu sitzen ist in einer forensischen Abteilung nur eingeschränkt umsetzbar. Die Mitarbeitenden können nicht nur nach dem Wohlergehen der Patienten schauen; sie müssen sich auch darum kümmern, dass sich Alle, also die Patientinnen und Patienten, die Mitarbeitenden aber auch die Öffentlichkeit und die Behörden sicher fühlen können. Es ist klar, dass diese beiden Aufträge nicht immer einfach zu vereinbaren sind. So wie mit dem Bild von dem Fahrradweg hier. Aber, wir wissen auch, dass sich sicher zu fühlen gerade für Patientinnen und Patienten in forensischen Abteilungen ein Recovery-Thema ist.

Folie 11 Geht Recovery auch in der Forensik?

Und zwar Sicherheit sowohl in einem körperlichen (Drennan & Wooldridge, S. 6) als auch in einem seelischen Sinne. Patientinnen und Patienten in der forensischen Psychiatrie haben oft schwere Schicksale erlebt und selbst körperliche oder soziale Gewalt erfahren. Deswegen wird die Sicherheit einer geschlossenen Abteilung durchaus auch als Schutz erlebt. Es kann zwar niemand einfach hinaus, aber auch niemand einfach hinein. Diese Sicherheit ist oft eine Bedingung für therapeutischen und persönlichen Fortschritt. Stabile Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten begünstigen oder ermöglichen (manchmal sogar zum ersten Mal überhaupt)

die Empfindung von seelischer oder psychosozialer Sicherheit. Dazu gehören selbstverständlich Akzeptanz, Respekt und Wertschätzung. Ein betroffener Mann drückt das so aus: *«Die Mitarbeitenden, zu denen ich die beste Beziehung habe, sind diejenigen, die mich wie einen Mitmenschen behandeln.»*

Wie wir am Beispiel von Toon gehört haben, liegt gerade in den langfristigen Beziehungen in forensischen Abteilungen die Chance die eigene Vergangenheit zu bewältigen und neue Verhaltensweisen einzuüben. Daher: der einschränkende Charakter einer forensischen Abteilung kann auch förderlich für die Recovery-Orientierung sein.

#### Folie 12 Geht Recovery auch in der Forensik?

Ein weiteres Problem liegt in der doppelten Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Delikte begangen haben. Sie gelten in den Augen vieler Menschen nicht nur als verrückt, sondern auch noch als kriminell. Möglicherweise ziehen sich Freunde, Lebenspartner, oder Arbeitgeber zurück oder reagieren voreingenommen und das hat Auswirkungen auf die Hoffnung und darauf seinem Leben einen neuen Sinn zu geben. Erinnern Sie sich noch einmal an Toon, der beim Arbeitsamt als nichtvermittelbar galt mit seiner Biografie. Zudem ist oft unklar wann ein Aufenthalt in einer forensischen Abteilung beendet wird; dies wirkt ebenfalls der Erzeugung von Hoffnung auf ein erfülltes Leben und der aktiven Verfolgung von Lebenszielen im beruflichen und persönlich-sozialen Bereich entgegen.

„Hoffnung“ und „Sinnggebung“ liegen in forensischen Abteilungen nicht direkt auf der Hand. Wir erleben oft, dass Patientinnen und Patienten sich z.B. über Langeweile beklagen, dass die Tage einander gleichen und die Gefahr besteht zu resignieren. Aber: Die Unterbringung in einer forensischen Klinik kann auch zum Anlass genommen werden sein altes Leben zu überdenken und ein neues Selbstbild zu entwickeln. Denken Sie nochmal an Toon, der – wie wir gesehen haben – erst im hoffnungslosesten Moment seines Lebens den Wunsch verspürte und den Entschluss fasste, sich ein anderes Leben aufzubauen.

#### Folie 13 geht Recovery auch in der Forensik?

Zentral war für Toon hierbei die Frage: Wie kann ich meine persönlichen Stärken nutzen, ohne mich nur als Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und kriminellen Vergangenheit zu sehen. Hätte er nicht eine tiefe Krise erlebt, so wäre er vielleicht nicht zu diesem Entschluss gekommen. Hätte er sich diese Frage nie gestellt, hätte er nie die Kraft aufgebracht, sein Leben aktiv so zu gestalten, dass er es als sinnvoll erleben konnte. Der Aufenthalt in einer forensischen Klinik kann daher auch zum Anfang der Entwicklung eines neuen Selbstbildes und der Übernahme von Verantwortung für die eigene Genesung genommen werden. Dieses neue Selbstbild ist unter Umständen auch wichtig, um mit sich selbst und mit seiner Vergangenheit ins Reine zu kommen, um dann wiederum erst Hoffnung schöpfen zu können. Ein Mitarbeiter einer forensischen Abteilung, der früher selber Patient war, beschreibt das so:

#### Folie 14 Zitat Hoffnung

*«Für viele andere Menschen in forensischen Einrichtungen ist Hoffnung eine der wichtigsten Zutaten für die persönliche Genesung. Die Menschen kämpfen damit, sie wissen, dass sie die Vergangenheit nicht ungeschehen machen können und fragen sich, ob die Gesellschaft ihr Verbrechen jemals verzeihen wird, ganz zu schweigen vom Opfer oder der Familie des Opfers. Sich selbst zu vergeben kann ein wichtiger Startpunkt sein, aber es ist leichter gesagt als getan. (...) Aber auf eine verquere Art half mir die Erfahrung in der Forensik dabei die Verantwortung für mein Handeln zu übernehmen.»*

Wir kommen zu einem Fazit:

Die Recovery-Idee kann in einer forensischen Abteilung nur in angepasster Form und mit bestehenden Einschränkungen angewendet werden. Diese Einschränkungen sind aber gleichzeitig auch als Voraussetzungen für die Recovery\_Orientierung zu verstehen. Und wie genau das praktisch gehen kann, wollen wir mit Ihnen gemeinsam herausfinden.

Folie 15 Fragestellungen des Projekts

Hier sehen Sie welche Fragen wir mit dem Projekt verfolgen und Sie sehen auch, dass wir dabei wirklich auf Ihrer aller Mitarbeit angewiesen sind.

Folie 16 Fragen, Anregungen, Diskussionsbedarf

Kam Ihnen in diesen Ausführungen etwas bekannt vor? Was erleben Sie hier auf der Abteilung? Setzen Sie schon Teile der Recovery-Orientierung um?

## 10.2 Anlage 2 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung RA 1

### Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA1 an insgesamt 14 Tagen jeweils am Beginn eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. In den Monaten Dezember 2020 und Mai 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden.

#### *Das Milieu*

Unter den Begriff 'Milieu' wird nachfolgend das Zusammenspiel räumlicher und zeitlicher Strukturen sowie das soziale Miteinander der beteiligten Personen subsumiert.

Die Abteilung wird geschlossen in einem wiederum geschlossenen Gebäude geführt. Sie macht einen sehr aufgeräumten und wohnlichen Eindruck, ist ansprechend möbliert und teilweise kindlich dekoriert (TNB-P 06). Auf der Abteilung werden 12 Patient:innen behandelt, die in Einzelzimmern untergebracht sind. Diese werden von den Patient:innen auch als Rückzugsmöglichkeit genutzt (TNB-P 06). Eine weitere Rückzugsmöglichkeit stellt eine Ecke im hinteren Teil der Abteilung dar. Sie ist möbliert und mit Pflanzen als Sichtschutz gegenüber dem Abteilungsflur abgegrenzt (TNB-P 09). Darüber hinaus verfügt die Abteilung über einen Aufenthaltsraum, einen Billardraum und einen Raucherraum für die Patient:innen, sowie über eine Terrasse. Diese darf von den Patient:innen nur in Begleitung von Mitarbeitenden genutzt werden (TNB-P 09). Bei schönem Wetter halten sich sowohl die Mitarbeitenden als auch die Patient:innen gerne auf der Terrasse auf, wo sie eher informell und zwanglos miteinander über Alltagsthemen kommunizieren (TNB-P 06,07,12), auch miteinander scherzen, was aber leicht in Zurechtweisungen von Patient:innen münden kann (TNB-P 1.1). Insofern kann die Terrasse auch als Ort für informelle Begegnungen begriffen werden. Im Flur steht ein TV-Gerät, welches auch zum Abspielen von Musik genutzt wird d.h. bei schwarzem Bildschirm läuft Musik (TNB-P 01, 07, 11) und die Patient:innen sitzen teilweise vor diesem schwarzen Bildschirm oder gehen ziellos die Gänge auf und ab (TNB-P 05). Die Atmosphäre und das Klima auf der Abteilung sind sehr ruhig, eher schläfrig, die Patient:innen wirken teilweise lethargisch und unterhalten sich auch nicht miteinander (TNB-P 01,02, 04, 08, 09, 10, 11, 12), so dass sich der Eindruck von Langeweile ergibt. Zwei Patientinnen bereiten sich nachmittags häufig gemeinsam eine

Zwischenmahlzeit zu, einfach um beschäftigt zu sein wie sie dem Beobachter mitteilen (TNB-P 05).

Die Tür zum Abteilungsbüro bleibt gelegentlich zu (TNB-P 04) und Mitarbeitende sind überwiegend bei Routineaufgaben zu sehen (TNB-P 04). Es fällt auf, dass Mitarbeitende, die Freude an ihrer Arbeit haben, sich mehr mit Patient:innen unterhalten oder Pingpong spielen (TNB-P 07) und fixe Veranstaltungen im Tagesablauf wie die Aktivierungsrunde kreativ gestalten und dabei auch die Ideen von Patient:innen (TNB-P 06) einbeziehen, weil dann alles lebendiger wirkt.

Einige Patient:innen suchen die Nähe zu den Mitarbeitenden, was z.B. bei gemeinsamen Spaziergängen auffällt (TNB-P 07). Leider fallen diese Spaziergänge öfter aus, was viele Patient:innen sehr bedauern (TNB-P 011) und dies – so die Patient:innen – nicht nur aufgrund von Personalknappheit, sondern auch aufgrund von mangelnder Motivation einzelner Mitarbeitender. So teilen sie dem Beobachter z.B. mit, dass bei einigen Mitarbeitenden Spaziergänge immer möglich seien, bei anderen hingegen nie (TNB-P 04).

### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Bei den beobachteten Mitarbeitenden handelt es sich überwiegend um Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen in Ausbildung (TNB-P 01-13). Mitarbeitende anderer Berufsgruppen sind kaum auf der Abteilung anzutreffen, wenn sie dort keine festen Termine wie z.B. den Interprofessionellen Rapport (IPR) (TNB-P 12, 13), der pandemiebedingt auch per ZOOM (TNB-P 04, 09) stattfand, haben. Die Pflegenden gestalten den Tagesablauf der Patient:innen, führen Befindlichkeitsrunden (TNB-P 04, 07, 13), Aktivierungsgruppen (TNB-P 01, 04, 08, 09, 11) und Abteilungsversammlungen (TNB-P 07) durch. Es gibt eine Kochgruppe für die Patient:innen (TNB-P 05) und Pflegenden erledigen auch sonst kleinere Küchenarbeiten gemeinsam mit den Patient:innen (TNB-P 13). Sie unterstützen Patient:innen z.B. bei der Vorbereitung einer Schnupperwoche in einem Wohnheim, indem sie gemeinsam eine «Packliste» anlegen (TNB-P 01.2). Sie begleiten Patient:innen zu den Therapien (TNB-P 01, 07) und auf Spaziergängen und sorgen für die Einhaltung von Abteilungsregeln (TNB 01, 05). Die Pflegenden scheinen mit dem Bezugspflegesystem zu arbeiten, denn sie verweisen Patient:innen, die ein Anliegen äussern, an ihre Bezugsperson (TNB-P 12). Sie informieren sich gegenseitig im Rapport (TNB-P 04,09,11) und führen formelle (TNB – P 01) und informelle Fallbesprechungen (TNB-P 04, 13) durch. Dabei werden problematische Situationen mit Patient:innen gemeinsam reflektiert, z.B. ob es einem Patienten, der stark riecht und damit die anderen Patient:innen beim gemeinsamen Essen beeinträchtigt, zuzumuten ist, seine Mahlzeiten im Zimmer einzunehmen ( TNB-P 13). Sie haben auch viele administrative Aufgaben zu erledigen und fühlen sich dabei selbst gelegentlich eher als Bürokräft denn als Pflegefachperson (TNB-P 01.2). Die Kommunikation mit den Patient:innen hängt stark von der jeweiligen Pflegefachperson ab: Sie kann eher bestimmend sein, z.B. wenn einem Patienten mitgeteilt wird, dass man jetzt sein Zimmer besichtigen würde und er nicht um Erlaubnis gebeten wird. (TNB- P 1.1), oder verständnisvoll und verbindlich (TNB –P 1.2), und gelegentlich auch in mütterlichem Tonfall erfolgen (TNB-P 08). Einige Patient:innen berichten dem Beobachter, dass es Mitarbeitende gibt, die mit ihnen wie mit Untergebenen sprechen (TNB-P 04) und wünschen sich entsprechend weniger bevormundet zu werden (TNB-P 1.1).

### *Die Recovery - Orientierung und ihre Grenzen*

Der Code «Recovery-Orientierung» bzw. «Grenzen der Recovery-Orientierung» wurde in den Protokollen der Teilnehmenden Beobachtung auf alle beobachteten Situationen oder Mitteilungen von Patient:innen und Mitarbeitenden angewendet, die entweder in direktem Bezug zu dem Modellversuch stehen oder sich auf eines der Prinzipien des CHIME-Modells beziehen. Zu diesen gehören: Die Verbundenheit mit anderen

Menschen, die Vermittlung von Hoffnung, die Arbeit an der eigenen Identität in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung und/oder dem Delikt, das Finden von Sinn und Bedeutung im eigenen Leben und die (Selbst-)Ermächtigung. Diese Prinzipien wurden, in Vorbereitung auf den Modellversuch, von den Mitarbeitenden der Abteilung aufgegriffen und vor Beginn der ersten Arbeitsgruppensitzung (vgl. Prozessevaluation Analyse Arbeitsgruppen RA 1) erneut mit den Patient:innen durchgegangen und besprochen (TNB- P1.1). Die Patient:innen melden dem Beobachter in informellen Gesprächen während der Beobachtungssituationen immer wieder zurück, dass sich der Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient:innen deutlich verbessert habe und die Mitarbeitenden sehr viel verlässlicher geworden seien was z.B. Absprachen miteinander betrifft (TNB-P 03, 04, 08). Die gemeinsame Arbeit in den Arbeitsgruppensitzungen wird sehr positiv empfunden (TNB-P 04) und den Patient:innen sind Möglichkeiten bewusst geworden, die ihnen – mit Bezug zu gemeinsamen Aktivitäten – vorher nicht klar gewesen sind (TNB-P 08).

Auch auf individueller Ebene der einzelnen Patient:innen zeigen sich Veränderungen: So kann ein Patient, der bald entlassen wird, die medikamentöse Behandlung inzwischen als Teil seines Genesungsweges sehen. Er teilt seinen Mitpatient:innen mit, dass er die Medikamente in jedem Fall weiter einnehmen werde, weil sie dazu beitragen, dass er auch wieder arbeitsfähig sei und so seiner Zukunft wieder hoffnungsvoll entgegen sehen kann (TNB-P 07). Ein anderer Patient, der zuvor sehr unter der Fremdbestimmung gelitten hatte, kann inzwischen auch gelegentlich die Perspektive der Mitarbeitenden einnehmen und sich auf Kompromisse, die seiner Weiterentwicklung dienen, einlassen. Insbesondere ein weiterer Patient arbeitet, aus Sicht der Mitarbeitenden, mit so grossem Engagement im Modellversuch mit, dass sie Sorge haben, dass andere Patient:innen deswegen weniger zum Zuge kämen (TNB-P 06).

Wenn Patient:innen aufgrund von Verlegung oder Entlassung nicht mehr mitarbeiten können, überlassen es die Mitarbeitenden den anderen Patient:innen für eine Mitarbeit bei Mitpatient:innen zu werben und Nachfolgende zu suchen (TNB-P 08). Dies kann einerseits dem Respekt der Mitarbeitenden für die Autonomie der Patient:innen bezogen auf die Recovery – Orientierung zugeschrieben werden (TNB-P 08), es kann aber auch damit zu tun haben, dass nicht alle Mitarbeitenden die Motivation der Patient:innen, sich zu beteiligen und sich auch auf den je eigenen Recovery-Weg zu machen, als ihre Aufgabe verstehen (TNB-P 04). Auch die Transparenz gegenüber den Patient:innen, z.B. bezogen auf die Dienstplanung der Mitarbeitenden, ist für Mitarbeitende ungewohnt und teilweise auch ungewollt (TNB-P 05). Sie ist aber eine Voraussetzung dafür, dass die Patient:innen die selbständige Planung von gemeinsamen Aktivitäten vornehmen können. Hier deuten sich die Grenzen der Recovery-Orientierung bei den Mitarbeitenden bereits an. Sie selbst sehen diese Grenzen aber eher extern durch die Behörden und die Justiz gesetzt (TNB-P 1.1) und erleben dies teilweise auch als eine Begrenzung ihrer Möglichkeiten.

### *Die Rolle des Beobachters*

Der Beobachter hat einen Teil der Mitarbeitenden und der Patient:innen bereits bei der gemeinsamen Schulung und bei den Fokusgruppeninterviews kennengelernt, so dass er als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Modellversuchs bereits bekannt ist. Trotzdem ist er in der Rolle des Beobachters auf eine andere Art von Akzeptanz für seine Anwesenheit, die sich in Dabeisein, Dabeisitzen und sich mit den Patient:innen und Mitarbeitenden unterhalten (TNB-P 1.1) zeigt, angewiesen. Einige der Mitarbeitenden begegnen ihm sehr freundlich und zeigen sich am Modellversuch interessiert (TNB – P 1.1, 02, 03, 06) während die Abteilungsleitung zunächst über seine Anwesenheit irritiert ist und sich eher unwirsch zeigt (TNB-P 1.1) aber im Verlauf der Teilnehmenden Beobachtungen zunehmend offener wird (TNB-P 03,04). Als Beobachtender beschäftigt er sich mit dem, was auf der Abteilung zu sehen ist. So fällt ihm z.B. auf, dass auf einem Tisch im Flur eine Zeitung aufgeschlagen daliegt. Die aufgeschlagenen Seiten enthalten

einen Artikel über Sexualstraftäter (TNB-P 02), den offenbar jemand gelesen hat, obwohl gerade im Moment keine Patient:innen zu sehen sind. Wenn gar nichts zu beobachten ist auf der Abteilung, weil die Patient:innen alle unterwegs sind und die Mitarbeitenden die Tür zum Abteilungsbüro geschlossen haben, zieht er Parallelen zwischen der Langeweile, die er als Beobachter verspürt und der Langeweile, welche die Patient:innen in den Fokusgruppeninterviews beschrieben hatten (TNB-P 02). Sehr oft stellt er sich aber den Patient:innen zur Verfügung und ist als Gesprächspartner für die von ihnen gewählten Themen wie «Bitcoins», «Tiere», «Urlaubsländer», «Sport», «Comics», «Gartenarbeit», «Selbstgeschriebenes», «Herkunftsländer», aber auch «Erkrankung und psychisches Leid» ansprechbar (TNB-P 1.2, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13). Er spielt auch Spiele wie Billard, Pingpong, Volleyball oder Memory mit den Patient:innen (TNB-P 04,07,08) und tritt gelegentlich als ihr Fürsprecher auf (TNB-P 1.1, 04, 06), z.B. wenn es darum geht, einen Spaziergang doch stattfinden zu lassen. Neue Patient:innen auf der Abteilung spricht er eigeninitiativ an und erzählt ihnen von dem Modellversuch ( TNB-P 05,10). Gerade dieses «sich zur Verfügung stellen» wird von den Patient:innen sehr geschätzt und so sprechen sie mit ihm entsprechend viel über ihre Lebensgeschichten und bieten ihm dann auch gerne einen Kaffee an (TNB-P 05).

Den Mitarbeitenden stellt sich der Beobachter ebenfalls zur Verfügung und überlässt ihnen die Themenwahl ihrer Gespräche, und auch sie erzählen von ihren Biografien, Herkunftsländern und familiären Situationen (TNB-P 07, 09, 11). Sie nutzen ihn also auch eher für ihre privaten als für ihre beruflichen Themen. Aber auch Berufliches wird besprochen und der Beobachter wird – je länger umso mehr – auch zum Mitarbeitenden, der selbstverständlich mit einem Schlüssel ausgestattet wird, von dem man erwartet, dass er sich selbst beim Kaffee bedient und der Tipps gibt wo auf der Abteilung z.B. der Ordner mit Spielvorschlägen für die Aktivierungsrunde zu finden ist (TNB-P 08,09). Insgesamt ist es dem Beobachter sehr gut gelungen sowohl die Akzeptanz der Mitarbeitenden und auch diejenige der Patient:innen zu gewinnen, so dass er viele Beobachtungen machen und Eindrücke sammeln konnte. Dabei hat seine Anwesenheit an sich, indem er sich zur Verfügung stellte – zumindest für die Patient:innen – auch als eine Recovery-Orientierte Intervention dargestellt.

### **Die Sitzungen der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden jeweils einer Abteilung zusammen. Jede Arbeitsgruppe hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe, die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung RA 1 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 15 Sitzungen stattgefunden, weil eine Sitzung, die Corona-bedingt ausgefallen war, aufgrund von Termenschwierigkeiten nicht nachgeholt werden konnte. An der Arbeitsgruppe nahmen im Wesentlichen kontinuierlich drei Patient:innen und eine Mitarbeitende teil. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick.

| <b>AG Nr</b> | <b>Anzahl PAT</b> | <b>Anzahl MA</b> |
|--------------|-------------------|------------------|
| 01           | 5                 | 4                |
| 02           | 3                 | 4                |

|                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| 03                                 | 3 | 2 |
| 04 aufgrund von Corona ausgefallen |   |   |
| 05                                 | 3 | 1 |
| 06                                 | 3 | 1 |
| 07                                 | 3 | 1 |
| 08                                 | 3 | 1 |
| 09                                 | 3 | 1 |
| 10                                 | 3 | 1 |
| 11                                 | 3 | 1 |
| 12                                 | 3 | 1 |
| 13                                 | 3 | 1 |
| 14                                 | 3 | 1 |
| 15                                 | 4 | 1 |
| 16                                 | 2 | 1 |

Tabelle 18: Überblick Teilnehmende AG RA 1

Aus der Analyse der Protokolle ergaben sich vier Themen: Die organisatorische Herausforderung der Planung der Arbeitsgruppe, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen. Bevor ein Fazit gezogen wird, werden diese Themen nachfolgend beschrieben.

#### *Die organisatorischen Herausforderungen*

Die Planung der Termine für die Sitzungen der Arbeitsgruppen wurde vom wissenschaftlichen Mitarbeiter gemeinsam mit der pflegerischen Abteilungsleitung vorgenommen. Geplant wurde, dass die Sitzungen der Arbeitsgruppen einem festgelegten Rhythmus folgen und immer am gleichen Wochentag stattfinden sollten. Wie sich zeigte, konnte diese Planung nicht immer eingehalten werden, so dass gelegentlich der Wochentag oder die Uhrzeit gewechselt werden musste (Protokolle 03, 06, 10 & 14). Nicht immer war der für die Sitzungen vorgesehene Raum frei, so dass hier Flexibilität von den Teilnehmenden gefragt war. Im Verlauf der Arbeitsgruppensitzungen zeigt sich, dass ab der fünften Sitzung jeweils nur noch eine Mitarbeitende an der Arbeitsgruppe teilnehmen konnte. Dies hat mit den Schutzmassnahmen in Bezug zur Corona-Pandemie zu tun, die eine Begrenzung der Anzahl von Personen pro Raum vorgeben. Um möglichst vielen Patient:innen die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe zu ermöglichen, wurde deshalb nur eine feste Mitarbeitende der Arbeitsgruppe zugeordnet. In zwei Sitzungen konnte diese Mitarbeiterin nicht anwesend sein und wurde dann jeweils von einer/einem anderen Mitarbeitenden vertreten. Die Teilnahme der Patient:innen an der Arbeitsgruppe stellte hingegen keine grosse organisatorische Herausforderung dar, so dass im Wesentlichen dieselben Patient:innen kontinuierlich teilnehmen konnten. In der zwölften Sitzung der Arbeitsgruppe musste ein Patient, der auf eine offene Abteilung verlegt wurde (Protokoll 12) verabschiedet werden. Statt seiner nahm ab Arbeitsgruppe 13 (Protokoll 13) eine andere Patientin an den Sitzungen der Arbeitsgruppe teil.

#### *Die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen*

Wie eingangs beschrieben, wurden die Arbeitsgruppensitzungen vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Die erste Sitzung der neu konstituierten Arbeitsgruppe war verbunden mit der Präsentation der Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen und den Fokusgruppeninterviews (Protokoll 01), die abteilungsspezifisch aufgearbeitet worden waren. Dies war auf der Abteilung auch so angekündigt worden und auf Interesse gestossen, so dass sich hierdurch die grössere Teilnahme von Patient:innen und Mitarbeitenden erklärt.

Da die vierte Sitzung der Arbeitsgruppe Corona-bedingt entfallen musste, ergab sich eine Pause zwischen der dritten und der fünften Sitzung von knapp zehn Wochen. Dies erforderte in der fünften Sitzung eine ausführlichere Rekapitulation des gesamten Projektes. Die letzte Sitzung der Arbeitsgruppe im Dezember 2021 war dem Rückblick auf die gemeinsame Arbeit und die getroffenen Massnahmen sowie dem Ausblick auf weitere mögliche Massnahmen gewidmet.

In allen anderen Sitzungen der Arbeitsgruppe wurde in der Regel zu Beginn die letzte Sitzung kurz rekapituliert und noch offene Punkte daraus angesprochen. Das Vorgehen in den Arbeitsgruppen war diskursiv, teilweise wurden Abstimmungen zur Gewichtung von möglichen Massnahmen durchgeführt (Protokoll 2). Zu Beginn (Protokoll 3) zeigte sich, dass z.B. die vorgeschlagene Massnahme, an der Kommunikation zu arbeiten, zu abstrakt war, um in eine konkrete Umsetzung zu gelangen. Dies führte dazu, dass die pflegerische Abteilungsleitung und der wissenschaftliche Mitarbeiter Vorabsprachen trafen, die zu mehr und konkreteren Vorschlägen führten als die direkte Interaktion zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden in den Arbeitsgruppen, und dort gerne aufgegriffen wurden.

#### *Die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen*

Mit der Bezeichnung «thematische Schwerpunkte» sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint. In der zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe wurden Vorschläge zu Massnahmen gesammelt, die sich auf gemeinsame Aktivitäten, Kommunikation und auf mehr Selbständigkeit bezogen. Es wurde vereinbart auf der Abteilung Flipchart-Blätter aufzuhängen, um denjenigen Patient:innen, die nicht in der Arbeitsgruppe vertreten waren, die Möglichkeit zu geben, sich ebenfalls mit Vorschlägen einbringen zu können. In der dritten Sitzung wurde deutlich, dass insbesondere die Schlagworte «Kommunikation» und «mehr Selbständigkeit» zu abstrakt gewählt waren, um konkrete Massnahmen generieren zu können. Der wissenschaftliche Mitarbeiter brachte daraufhin den Vorschlag ein, einen Beschwerde- bzw. Kummerkasten auf der Abteilung aufzustellen. Dessen Inhalt sollte von den Patient:innen aufgenommen und ausgewertet und dann in der Abteilungsversammlung vorgestellt werden. Dieser Vorschlag wurde angenommen. Gemeinsame Aktivitäten wie z.B. eine kleine Wanderung mit gemeinsamem Grillieren wurden besprochen und ansatzweise geplant.

Nachdem die vierte Arbeitsgruppensitzung Corona-bedingt ausgefallen war, wurde die fünfte Sitzung für eine grössere Rekapitulation der Aufgaben der Arbeitsgruppe und des bisher Geplanten genutzt. Der Beschwerde/Kummerkasten war kurz vor der fünften Arbeitsgruppensitzung schon aufgestellt, bislang aber noch nicht genutzt worden. Was sich auch bei der sechsten Arbeitsgruppensitzung unverändert so zeigte. In der Diskussion dazu wurde deutlich, dass diejenigen Patient:innen, die nicht an der Arbeitsgruppe beteiligt waren, noch nicht genügend über die Massnahme informiert worden waren. Daraufhin wurde beschlossen künftig die Abteilungsversammlung für die Informationen aus der Arbeitsgruppe zu nutzen, und dass diese Aufgabe von den Patient:innen wahrgenommen werden würde.

In der siebten Arbeitsgruppe wurde das Thema «gemeinsame Aktivitäten» vertieft und besprochen, welche Aktivitäten in Frage kommen und wie die gesamte Gruppe der Patient:innen mit Berücksichtigung der je individuellen Lockerungsstufen zu einem Konsens hinsichtlich verschiedener möglicher Aktivitäten kommt. Dabei ergab sich auch der Wunsch der Beteiligten von den anderen Abteilungen, zu hören, welche Massnahmen dort geplant oder bereits eingeführt wurden.

Diesem Wunsch kam der wissenschaftliche Mitarbeiter in der achten Sitzung der Arbeitsgruppe nach und stellte die von den anderen sieben Abteilungen gewählten Massnahmen anhand einer Präsentation vor. Die Patient:innen waren insbesondere an Massnahmen, die mehr Beteiligung an der eigenen Behandlung beinhalteten, interessiert, und es wurde sehr lebhaft diskutiert.

Für die neunte Sitzung der Arbeitsgruppe hatte einer der beteiligten Patient:innen ebenfalls eine Präsentation vorbereitet in der er – mit gewissem Stolz – vorstellte, welche gemeinsame Aktivität zum ersten Mal vollumfänglich selbständig von den Patient:innen geplant worden war. Bei der Aktivität handelte es sich um gemeinsames Grillieren im Aussenbereich der Abteilung, an der die gesamte Gruppe der Patient:innen teilhaben können sollte. Im Unterschied zu bisherigen Aktivitäten seien die Patient:innen hier nicht ausführendes Organ der von Mitarbeitenden geplanten Aktivität, sondern würden die komplette Aktivität in Eigenregie organisieren. Der Beschwerde/Kummerkasten war weiterhin nicht genutzt worden, allerdings gab es eine grosse Übereinstimmung in der Einschätzung, dass sich das kommunikative Klima auf der Abteilung verbessert habe, und es deshalb nichts gäbe worüber man sich beschweren könne.

In der zehnten Sitzung gab es eine Rückschau auf das gemeinsame Grillieren im Aussenbereich. Dieses sei ganz nach Plan verlaufen, lediglich das Wetter sei nicht so gut gewesen wie vorhergesagt und die nächste Aktivität sei bereits in Planung. Der Beschwerde/Kummerkasten war noch immer nicht genutzt worden. Deswegen wurde diskutiert und beschlossen, den Kummerkasten abzuschaffen. Stattdessen sollte die dazu gehörende Box nun genutzt werden, um Verbesserungsvorschläge einbringen zu können. In der elften Sitzung wurde von der gemeinsamen Aktivität Picknick an Rhein berichtet, die ebenfalls völlig selbständig von den Patient:innen geplant worden war. Auch dies ist bei gutem Wetter bestens verlaufen und die nächste Aktivität in Planung sei das gemeinsame Absolvieren eines Vita-Parcours.

Obwohl der Kummerkasten nun eine Box zum Einwerfen von Verbesserungsvorschlägen geworden war, befand sich nun eine Beschwerde bzw. Forderung darin – die Teilnahme an der Arbeitstherapie solle freiwillig erfolgen –, welche aber leider abgelehnt werden musste.

Weiter wurde berichtet, dass ein an der Arbeitsgruppe beteiligter Patient einen Brief an die Klinikleitung geschrieben habe und darin gut begründet darum gebeten habe, wieder Besuche im örtlichen Schwimmbad zuzulassen. Besuche im Schwimmbad waren im Jahr zuvor auf Verlangen der Schwimmbadleitung ausgesetzt worden.

In der zwölften Sitzung gab einer der beteiligten Patienten bekannt, dass er im kommenden Monat auf eine offene Abteilung verlegt werden würde und dann leider nicht mehr weiter mitarbeiten können würde. Die gemeinsame Aktivität Vita-Parcours, wiederum selbständig von den Patient:innen geplant, war ebenfalls sehr gut verlaufen. In der 13. Sitzung wurde über die Planung der aufwändigeren Aktivität Zoobesuch gesprochen. Die Box für Verbesserungsvorschläge blieb weiterhin leer. Aber es wurde ein neuer Vorschlag eingebracht: Im Aussenbereich der Abteilung könnte ein Barfussweg angelegt werden.

Auch in der 14. Sitzung wurden von den Patient:innen weitere Vorschläge für mögliche Massnahmen eingebracht. So sollte nun eine Liste mit auszuleihenden Filmen angelegt werden, die gemeinsam angeschaut werden könnten. Es wurde diskutiert wie die Ausleihe in einer Videothek zu organisieren sei und dabei rasch deutlich, dass die Ausleihe den Mitarbeitenden obliegen müsse, weil die Patient:innen aufgrund von Lockerungseinschränkungen diese nicht selbst abholen könnten.

In der 15. Sitzung wurde weiter an möglichen Lösungen für den Filmausleih gearbeitet, wenngleich auch noch keine konkrete Lösung verabschiedet werden konnte. Von der Mitarbeiterin wurde bekannt gegeben, dass Materialien für das Anlegen eines Barfussweges im Aussenbereich der Abteilung genehmigt worden seien und man damit im Frühling anfangen könne. Ebenso seien nun Nordic Walking Stöcke geliefert worden, so dass einmal wöchentlich eine freiwillige Nordic Walking Gruppe angeboten werden könne. Die Patient:innen hatten sich im Vorfeld der Arbeitsgruppe miteinander besprochen und brachten den Vorschlag ein, eine von Mitarbeitenden angeleitete Gesprächsgruppe zu den von ihnen begangenen Delikten einzurichten.

Die letzte, 16. Sitzung der Arbeitsgruppe fand im Dezember 2021 in adventlicher Atmosphäre statt. Die Gruppe schaute zurück auf die gemeinsame Arbeit wobei vor

allem mit Bezug auf die gemeinsamen Aktivitäten ein positives Resümee gezogen wurde. Der Ausblick zeigte, dass es sowohl mit dem Barfussweg und dem Filmausleih als auch mit einer deliktbezogenen Gesprächsgruppe weitergehen würde.

### *Mitarbeit in der Arbeitsgruppe*

Wie bereits im thematischen Überblick ersichtlich wurde, haben sich die Patient:innen sehr engagiert an den Sitzungen der Arbeitsgruppe und darüber hinaus beteiligt. So machten sie sich z.B. während der Arbeitsgruppensitzungen Notizen (Protokoll 05) und organisierten eine weitere Gruppensitzung (ohne den wissenschaftlichen Mitarbeiter), um offene Fragen zu klären. Im Verlauf der Arbeitsgruppensitzungen wurden sie initiativer (Protokoll 07). So erkundigten sie sich z.B. selbständig bei einem der Arbeitstherapeuten (Protokoll 08), der nicht in die Arbeitsgruppe involviert war, ob es auch möglich ist im Rahmen der Arbeitstherapie gemeinsame Aktivitäten durchzuführen, was dieser bejahte. Sie haben sich also eigenständig um mögliche Ressourcen ausserhalb ihrer Abteilung gekümmert. Sie waren aber auch selbstkritisch und kamen in der Reflektion von gemeinsamen Aktivitäten zu dem Schluss, dass nicht nur die Mitarbeitenden gegenüber den Patient:innen mehr Verbindlichkeit zeigen müssten, sondern auch die Patient:innen gegenüber den Mitarbeitenden (Protokoll 07). Sie erlangten grosse Selbständigkeit in der Planung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten (Protokolle 10, 11, 12, 13) und entwickelten mehr Ideen und Vorschläge für weitere Massnahmen wie das Anlegen eines Barfusspfades (Protokoll 13), eine Liste mit Filmen die gemeinsam geschaut werden können (Protokoll 14) und der Etablierung einer deliktbezogenen Gesprächsgruppe (Protokoll 15). Sie warben für die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe bei ihren Mitpatient:innen (Protokoll 10) und diskutierten auch ausserhalb der Arbeitsgruppe engagiert miteinander weiter (Protokoll 13). Schon die Angabe der Nummern der Protokolle der Arbeitsgruppensitzung – mit Beginn bei Protokoll Nr. 5 – im vorausgegangenen Abschnitt zeigt aber, dass dieses Engagement einem Prozess geschuldet ist und nicht von Anfang an voll ausgeprägt vorhanden war.

### *Fazit*

Aus der thematischen Analyse der Arbeitsgruppensitzungen wird ersichtlich, dass dieser Prozess Einiges in Bewegung gebracht hat auf der Abteilung RA 1. Durch die ganze Anlage des Modellversuchs wurden Patient:innen und Mitarbeitende miteinander ins Gespräch gebracht und durch die wissenschaftliche Begleitung des Prozesses gab es ein Regulativ von aussen, das für die Einhaltung der Rahmenbedingungen gesorgt hat (z.B. konnten Arbeitsgruppensitzung nicht einfach abgesagt werden im Fall von Personalengpässen und dergleichen). Im Verlauf dieses Prozesses scheinen die Patient:innen und die Mitarbeitenden einander näher gekommen zu sein, worauf die Verbesserung des kommunikativen Klimas auf der Abteilung hindeutet. Obgleich die Massnahme Beschwerde/Kummerkasten ins Leere gelaufen ist und die Massnahme gemeinsame Aktivitäten zunächst den Anschein erweckt als ginge es «nur um mehr Lebensfreude», hat vermutlich die erfolgreich Planung und Umsetzung dieser Massnahme zur Ermächtigung der Patient:innen und zur Verbesserung der Gruppenkohäsion beigetragen. Darauf deutet der Wunsch nach einer von Mitarbeitenden angeleiteten deliktbezogenen Gesprächsgruppe hin, der ein starkes Signal darstellt.

Damit hätte auch eine zunächst einfach erscheinende Massnahme wie die Planung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten die Recovery-Orientierung vorwärtsgebracht: denn Recovery in der Forensik bedeutet nicht nur sich mit seiner Erkrankung auseinander zu setzen, sondern auch mit den begangenen Delikten.

## 10.3 Anlage 3 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung RA 2

### Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA 2 an insgesamt 15 Tagen jeweils zwischen Beginn und Mitte eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. Im Monat Dezember 2020 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden.

#### Das Milieu

Unter Milieu wird nachfolgend das Zusammenspiel räumlicher und zeitlicher Strukturen sowie das soziale Miteinander der beteiligten Personen subsumiert.

Die Abteilung wird als geschlossene Abteilung in einem wiederum geschlossenen Gebäude geführt. Das Gebäude wurde erst im Verlauf der Teilnehmenden Beobachtungen geschlossen. Zu Beginn war es noch offen gewesen. Nachdem es im Verlauf von zwei Monaten zwei Entweichungen gegeben hatte, in Folge einer Unachtsamkeit von Mitarbeitenden, wurde auch das Gebäude geschlossen (TNB P06). Die Abteilung selbst ist durchgängig geschlossen.

Im hinteren Bereich der Abteilung befinden sich die Zimmer der Patient:innen, während im vorderen Bereich das Dienstzimmer der Mitarbeitenden und der öffentliche Raum der Abteilung also der Aufenthaltsbereich angesiedelt ist (TNB P07). Ferner gibt es einen Balkon, der als Raum für informelle Begegnungen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen beim gemeinsamen Rauchen dient (TNB P 02), sowie einen Raucherraum, der aufgrund der Pandemie nur für zwei Personen gleichzeitig zugänglich ist (TNB P11). Dies erfordert eine gewisse Rücksichtnahme der Patient:innen untereinander. Trotzdem scheint der Raucherraum derjenige Ort zu sein an dem die Patient:innen am ehesten miteinander kommunizieren (TNB P 07). In den Gängen und Aufenthaltsbereichen gibt es Aushänge z.B. zu verschiedenen «Ämtli» oder anderen organisatorischen Informationen (TNB P 05).

Die Abteilung wirkt ziemlich ruhig und Patient:innen sind eher selten in den öffentlichen Räumen der Abteilung zu sehen (TNB P 01, 02, 04, 05, 06, 09), weil sie entweder in Therapien sind oder sich in ihren Zimmern aufhalten (TNB P05). Ein Patient kommt regelmässig zum Dienstzimmer, um sich Zigaretten abzuholen, die offenbar für ihn eingeteilt werden (TNB P 05). Andere Patient:innen sitzen vor dem schwarzen Fernsehapparat und starren ins Leere (TNB P 03, 06, 07, 08, 09, 11) oder laufen scheinbar ziellos auf der Abteilung umher (TNB P 10), wenn sie nicht in der Therapie oder in ihren Zimmern sind. Gelegentlich ist das Fernsehgerät auch eingeschaltet und es laufen Dating-Shows (TNB P 08) oder Musikvideos (TNB P06). Anders als das Radio darf das Fernsehgerät nicht während der Therapiezeiten eingeschaltet sein (TNB P 06).

Aus der Perspektive eines Patienten gestaltet sich das Zusammenleben auf der Abteilung wie in einer Wohngemeinschaft, nur mit einigen Einschränkungen (TNB P01).

Zweimal täglich findet eine Aktivierungsrunde statt, die aus einer Befindlichkeitsrunde und einem Teil kognitivem Training besteht (TNB P06, 07), das teilweise von den Patient:innen selbst angeleitet wird (TNB P07). Dabei wird Wert auf Pünktlichkeit gelegt (TNB P06). In dieser Aktivierungsrunde ist die Stimmung an manchen Tagen eher mässig, ohne dass es dafür offensichtliche Gründe gibt (TNB P02) und an anderen Tagen dafür auch harmonisch im Umgang miteinander (TNB 03). Neben den Aktivierungsrunden gibt es auch Arbeitstherapie und Einzelgespräche mit den Mitarbeitenden des psychologischen Dienstes. Zwischen den Therapien nehmen die Patient:innen ihre «Ämtli» wahr wie z.B. Küche putzen oder stopfen sich ihre Zigaretten (TNB P06).

Die Mahlzeiten werden anscheinend von den Patient:innen gemeinsam eingenommen, so wird das Mittagessen mit einer Kuhglocke eingeläutet, worauf sich die Patient:innen im Aufenthaltsbereich versammeln (TNB P13). Den Patient:innen scheint das Essen zu schmecken, allerdings sei die Menge gelegentlich nicht ausreichend, so dass am Nachmittag eine Zwischenmahlzeit eingenommen wird. Am Wochenende kochen die Patient:innen hin und wieder selbst (TNB P 09, 13).

Begleitete Spaziergänge werden annähernd täglich angeboten (TNB 07, 08, 09, 14), allerdings muss man sich für diese auf einer ausgehängten Liste eintragen (TNB P08) und es ist nicht immer klar, ob und wann genau die Spaziergänge stattfinden (TNB 07,14), so dass sich für die Patient:innen daraus gelegentlich auch Wartezeiten ergeben. Diese Unklarheit bezüglich des Inhalts und des Zeitpunkts von Aktivitäten tritt nicht nur bei Spaziergängen, sondern auch bei geplanten Ausflügen auf. So war an einem Tag ein Ausflug zum Schwimmen geplant. Bis kurz vor Beginn des Ausflugs war aber weder die zur Begleitung eingeteilte Person anwesend, noch war klar, ob es wirklich zum Schwimmen ginge oder ob es eine ganz andere Aktivität geben würde. Deswegen blieb auch unklar, wer von den Patient:innen die jeweils notwendige Lockerungsstufe hatte und teilnehmen können würde (TNB P13).

Das Eintragen auf der Liste für die Spaziergänge führte im Verlauf der TNB auch zu Konflikten. So gab es offenbar Patient:innen, welche die Namen von Mitpatient:innen auf der Liste wieder ausgestrichen und sich selbst dafür eingetragen hatten. Weil für die Mitarbeitenden deswegen der Überblick nicht mehr gegeben war, wurde die Liste nun im Dienstzimmer geführt (TNB P12). Für die Patient:innen sind die Spaziergänge von grosser Bedeutung (vgl. thematische Beschreibung AG und thematische Beschreibung FGI 2 PAT) und so werden sie von ihnen zeitweise offensiv eingefordert (TNB P04). Dies wird von den Mitarbeitenden im Rahmen der Aktivierungsrunde in eher scharfem Tonfall angesprochen und klargestellt, dass es für die Patient:innen kein Recht auf Spaziergänge zu bestimmten Zeiten gibt (TNB P04).

Die Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen gestalten sich insgesamt sehr unterschiedlich. So konnte beobachtet werden, wie sensibel Mitarbeitende die Privatsphäre der Patient:innen respektieren z.B. beim Betreten eines Zimmers (TNB P08) oder wie sich die Stimmung auf der Abteilung durch die Anwesenheit von gesprächsbereiten Mitarbeitenden hob (TNB 08), oder das Mitarbeitende einem Patienten zur nächsten Lockerungsstufe gratulierten (TNB P02). Andererseits gab es über weite Strecken kaum Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen (TNB 08, 10) oder Mitarbeitende zogen die Eigenschaften oder Neigungen von Patient:innen ins Lächerliche (TNB P09) und wandten 'pädagogische' Massnahmen an. Z.B. hat ein Patient vergessen anzuklopfen beim Betreten des Dienstzimmers, daraufhin wurde er zurückgeschickt und musste anklopfen bevor er betont freundlich hereingebeten wurde (TNB P13). Einige Mitarbeitende reagierten unwirsch auf Kontaktversuche (TNB P10) oder wirkten 'entnervt' im Umgang mit den Patient:innen (TNB P10).

Dies mag auch mit der personellen Ausstattung der Abteilung in Zusammenhang stehen, die während der TNB unterbesetzt war, weswegen Mitarbeitende aus dem 'Pool' rekrutiert worden waren (TNB P06), die von den Mitarbeitenden der Abteilung in die Abläufe der Abteilung eingeführt werden mussten (TNB P06). Die neu rekrutierten Mitarbeitenden aus dem 'Pool' übernahmen dann die Kontakte zu den Patient:innen, während die festen Mitarbeitenden der Abteilung den organisatorischen und administrativen Aufgaben nachkamen (TNB P11).

### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Auch wenn im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung sicherlich nicht alle von den Mitarbeitenden ausgeführten Tätigkeiten beobachtet werden konnten, lässt sich doch feststellen, dass diese mannigfaltig sind.

Die Pflegenden betreuen und unterstützen die Patient:innen im Alltag. Sie verabreichen Medikamente (TNB P13), helfen bei körperlichen Beschwerden (TNB P07), nehmen das Mittagessen gemeinsam mit den Patient:innen ein (TNB P13), tragen gemeinsam mit den Patient:innen Sorge für Alltagsabläufe wie z.B. das Auffüllen von Getränken (TNB P08) und unterstützen die Patient:innen bei der Pflege und Instandhaltung persönlicher Gegenstände (TNB P13). Sie planen und gestalten auch Freizeitangebote gemeinsam mit den Patient:innen wie z.B. Filmabende (TNB P03) und Ausflüge (TNB P13) oder sehen gemeinsam fern (TNB P08).

Die Pflegenden sind zuständig für die Sicherheit auf der Abteilung. Dies zeigt sich z.B. darin, dass sie darauf achten, dass bestimmte Räume stets abgeschlossen sind (TNB P14), dass sie ein Sicherheitstelefon mit sich tragen (TNB P15), dass sie Besucher:innen und Gäste sowohl in das Gebäude als auch auf die Abteilung einlassen und auch wieder hinaus begleiten (TNB P11) und dass sie Patient:innen sowohl zu Therapien (TNB P07,11) als auch auf Spaziergängen begleiten (TNB P04, 05, 06, 07, 10, 14). Dabei gestalten sich die Begleitungen unterschiedlich: Manchmal gibt es dabei kaum Interaktionen zwischen den Patient:innen und den Pflegenden (TNB P04) und manchmal gibt es rege Unterhaltungen z.B. über anstehende Volksabstimmungen (TNB P06).

Als fixer Punkt im Tagesablauf bieten die Mitarbeitenden zweimal täglich eine Aktivierungsgruppe an (TNB P02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11, 12, 14, 15), die ebenfalls mit einer Glocke eingeläutet wird (TNB P12). Dieses Gruppenangebot setzt sich aus einer Befindlichkeitsrunde und einem Teil kognitiven Training zusammen, wird aber auch genutzt, um neue Mitarbeitende vorzustellen oder Konflikte anzusprechen (TNB P04). Die Teilnahme an dieser Aktivierungsgruppe ist für die Patient:innen verpflichtend und sie werden häufig aufgefordert Ideen für das kognitive Training einzubringen wie z.B. das genaue Beschreiben eines Gegenstandes (TNB P05), Kopfrechnen (TNB P11) oder das Erkennen und Zuordnen von Nationalflaggen (TNB P12) oder Automarken (TNB P14).

Neben den Tätigkeiten im unmittelbaren Kontakt mit den Patient:innen haben die Pflegenden aber auch administrative Aufgaben zu erledigen (TNB P09, 10, 11), neue Kolleg:innen einzuarbeiten und sich gegenseitig zu unterstützen (TNB P06, 10, 11) und zu informieren. Dies tun sie unter anderem in den täglich stattfindenden Rapporten (TNB P02, 05, 07, 15), die nicht nur der Information, sondern auch der gemeinsamen Reflektion komplexer Situationen dienen (TNB P02, 05).

### *Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen*

Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen zeigen sich im Rahmen der TNB sowohl auf individueller Ebene der einzelnen Patient:innen als auch auf der Ebene der Gesamtgruppe der Patient:innen.

Auf der Ebene der Gesamtgruppe geht es immer wieder um die getroffenen Massnahmen Regelgruppe und Aktivitäten-Gruppe (TNB P05, 06, 09, 11, 12, 15). Dabei geben die Patient:innen dem Beobachter einerseits positive Rückmeldungen (TNB P07) und haben den Eindruck es komme etwas in Gang (TNB P05, 06), andererseits beklagen sie auch ihre Enttäuschung, wenn sie mit einem Thema wie z.B. Sexualität nicht durchdringen (TNB P11). Dass von der Abteilungsleitung im Projektverlauf die Teilnahme der Patient:innen an der Aktivitäten-Gruppe von der Teilnahme an der Regelgruppe abhängig gemacht wurde (vgl. Thematische Beschreibung Arbeitsgruppe), empfinden die Patient:innen als typisch für die Forensik: Sobald etwas nicht rund laufe, erfinde man eine neue Regel die auf indirektem Zwang basiere. Auch die Mitarbeitenden geben gegen Ende der TNB also bereits vor dem FGI 2 (TNB P15) die Rückmeldung, dass die getroffenen Massnahmen sehr am Engagement einzelner Patient:innen hingen und es nur schwer vorstellbar wäre wie es nach deren Entlassung weitergehen solle (vgl. thematische Beschreibung FGI 2 MA).

Eine deutliche Grenze für die Massnahme Bildung bzw. selbständige Planung von Aktivitäten liegt in der Nutzung des Internets (TNB P03). Diese ist im

Abteilungskonzept, das anscheinend nicht in Frage gestellt wird, nicht vorgesehen. Dabei haben auch die Mitarbeitenden den Eindruck, dass ihnen in dieser Frage die Hände gebunden sind (vgl. Thematische Beschreibung FGI 2 MA).

Auf der individuellen Ebene einzelner Patient:innen wird die Verfolgung persönlicher Hobbies wie z.B. Musik machen und Aufnahmen durch das Einrichten eines kleinen Tonstudios im Patientenzimmer ( TNB P 01, 03, 07, 09) ermöglicht. Auch die Wahrnehmung individueller Bürgerrechte wie die Beteiligung an Volksabstimmungen wird ermöglicht (TNB P 06). Bezüglich der Bildung haben Patient:innen die Möglichkeit sich z.B. Bücher via begleiteter Internetnutzung zu kaufen, was zumindest von zwei Patienten, die eher an philosophischer Literatur interessiert sind, genutzt wird (TNB 09, 15). Andererseits gibt es aber auch eine fürsorgliche Bevormundung z.B. beim Einteilen von Zigaretten (TNB P02, 05) oder Energydrinks (TNB P05) oder bezüglich der Angemessenheit von Bekleidung (TNB P13). Diese kann auch in Sanktionen münden, wenn eine Regel gebrochen wird. So hat z.B. der Konsum von illegalen Drogen zur Folge, dass ein roter Punkt vergeben wird, was bedeutet, dass der betreffende Patient nicht mehr Springseil hüpfen darf, obwohl oder gerade weil er dies gerne tut. Eine weitere Grenze auf individueller Ebene liegt in der von der Justiz angeordneten Verlängerung von Massnahmen (TNB P 11), in der langen Dauer bis zur richtigen medikamentösen Einstellung (TNB P 12), aber auch in der mangelnden therapeutischen Kontinuität. So erlebte ein Patient in seiner bisherigen Behandlung auf der Abteilung bereits drei verschiedene Therapeutinnen (TNB P 12).

### *Die Rolle des Beobachters*

Der Beobachter hat einen Teil der Mitarbeitenden und der Patient:innen bereits bei der gemeinsamen Schulung und bei den Fokusgruppeninterviews kennengelernt, so dass er als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Modellversuchs bereits bekannt ist. Trotzdem muss er in seiner Rolle als Beobachter die Bedingungen und Menschen auf der Abteilung erst kennenlernen (TNB P01, 02,03). Die Patient:innen erklären ihm die für sie wichtigen organisatorische Abläufe auf der Abteilung wie Essenszubereitung und Einkäufe während die Mitarbeitenden ihn über die Sicherheitsbedingungen informieren (TNB P01). Während der ersten Teilnehmenden Beobachtungen ist es mit der Information über die Anwesenheit des Beobachters noch etwas holprig (TNB P03), dies legt sich aber im Lauf der Zeit und ab der siebenten Teilnehmenden Beobachtung bekommt der Beobachter jeweils einen Abteilungsschlüssel ausgehändigt, damit er sich frei auf der Abteilung bewegen kann (TNB P 07, 08, 09, 10, 11, 12, 14, 15).

Zwischenzeitlich erschweren die Corona-Massnahmen auch noch die Anwesenheit des Beobachters auf der Abteilung. So werden Abstriche genommen und Fieber gemessen (TNB P 03), manchmal muss der Beobachter warten, weil sich zu viele Menschen auf der Abteilung befinden (TNB P07).

Neue Patient:innen sprechen den Beobachter aktiv an und fragen nach seiner Funktion (TNB P07) oder er spricht die neuen Patient:innen an und erklärt den Modellversuch (TNB P06). Auch die Mitarbeitenden zeigen sich teils erfreut über die Anwesenheit des Beobachters (TNB P09) und laden ihn ein sich an gemeinsamen Aktivitäten mit Patient:innen zu beteiligen (TNB P12) oder bitten ihn die Begleitung eines Spazierganges mit zu übernehmen (TNB P14) oder sich anderweitig mit Patient:innen zu beschäftigen (TNB P15).

Der Beobachter beschäftigte sich sehr viel mit den Patient:innen im Verlauf der Teilnehmenden Beobachtung (TNB P 01, 03, 05, 07, 09, 10, 11, 14, 15), indem er sich ihnen zur Verfügung stellt und mit ihnen über die von ihnen gewählten Themen wie Musik, Essen, Modelabels, Automarken oder Sport und Literatur spricht. Er stellt sich auch für Spiele wie Billard oder Schach zur Verfügung und hört sich ihre selbstgemachten Texte und ihre Musik an. In der Folge erzählen sie ihm viel Biografisches von sich und ihren teilweise schon lang andauernden Behandlungsverläufen in verschiedenen forensischen Psychiatrien. Auch die

Mitarbeitenden nutzen den Beobachter für Gespräche über Privates und Berufliches wie z.B. Ferienberichte oder ihre berufliche Weiterentwicklung (TNB P10). Einen Teil der Beobachtungsprotokolle nutzt der Beobachter zur Selbstreflektion, indem er sich Rechenschaft darüber ablegt welche Eindrücke welche Gedanken oder Gefühle in ihm ausgelöst haben, wie z.B. zu einzelnen Patienten einen Sicherheitsabstand einzuhalten (TNB P09, 15). Diese Teile sind gut gekennzeichnet, so dass sie nicht mit den Beobachtungen zu verwechseln sind. Insgesamt kann die Anwesenheit des Beobachters an sich schon als eine Recovery-orientierte Intervention verstanden werden (vgl. Thematische Beschreibung FGI2 PAT).

### Die Sitzungen der Arbeitsgruppe

Die Arbeitsgruppen setzten sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden jeweils einer Abteilung zusammen. Jede Arbeitsgruppe hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung RA 2 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 14 Sitzungen stattgefunden, weil zwei Sitzungen, die Corona-bedingt ausgefallen waren, aufgrund von Termenschwierigkeiten nicht nachgeholt werden konnten. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich drei Patienten und eine Mitarbeitende teil; die anderen Teilnehmenden wechselten. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| AG Nr                                    | Anzahl PAT | Anzahl MA |
|--|------------|-----------|
| 01                                       | 6          | 5         |
| 02                                       | 6          | 4         |
| 03 aufgrund von Corona<br>04 ausgefallen |            |           |
| 05                                       | 4          | 4         |
| 06                                       | 2          | 1         |
| 07                                       | 3          | 1         |
| 08                                       | 1          | 3         |
| 09                                       | 3          | 1         |
| 10                                       | 1          | 3         |
| 11                                       | 2          | 3         |
| 12                                       | 6          | 2         |
| 13                                       | 6          | 2         |
| 14                                       | 3          | 2         |
| 15                                       | 3          | 2         |
| 16                                       | 2          | 5         |

Tabelle 19: Überblick Teilnehmende AG RA 2

Aus der Analyse der Protokolle ergaben sich vier Themen: Die organisatorische Herausforderung, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen. Bevor ein Fazit gezogen wird, werden diese Themen nachfolgend beschrieben.

### Die organisatorischen Herausforderungen

Eine der organisatorischen Herausforderungen bestand darin die Arbeitsgruppe pünktlich beginnen zu können. Da sowohl der wissenschaftliche Mitarbeiter, der die Arbeitsgruppe leitete, als auch die von der Abteilung zuständige Mitarbeiterin den öffentlichen Verkehr (der immer wieder verspätet ist) nutzten, kam es mehrfach zu einem verzögerten Beginn der Arbeitsgruppe (Protokolle 12, 14, 15). Das bedeutet, dass die Arbeitsgruppe entweder zeitlich verkürzt werden oder aber andere Planungen auf der Abteilung verschoben werden mussten.

Eine weitere Herausforderung ergab sich aus der Raumplanung. Der Raum in dem die Arbeitsgruppe tagte, liegt ausserhalb des Gebäudes in dem die Abteilung RA 2 untergebracht ist (Protokoll 11). Das bedeutete, dass aufgrund unterschiedlicher Umstände (Protokolle 10,12) nicht immer alle Patient:innen, die eigentlich zur Arbeitsgruppe gehörten, auch mitarbeiten konnten z.B. weil sie die Abteilung nicht verlassen durften. So war z.B. bei einer Sitzung der Arbeitsgruppe nur ein Patient aber mehrere Mitarbeitende anwesend (Protokoll 10). Gelegentlich musste der Raum auch gewechselt werden (Protokoll 9), z.B. wegen Corona-bedingter Massnahmen.

Solcherlei Herausforderungen ergaben sich auch für die beiden Gruppen, die als Massnahmen ins Leben gerufen wurden (Regelgruppe und Aktivitäten-Gruppe). Dort kam es aufgrund kommunikativer Missverständnisse (Protokoll 7) zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen dazu, dass Sitzungen nicht stattfanden oder komplett verlegt werden mussten (Protokoll 6).

### Die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen

Wie eingangs beschrieben, wurden die Arbeitsgruppensitzungen vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Die erste Sitzung der neu konstituierten Arbeitsgruppe war verbunden mit der Präsentation der Ergebnisse aus den Fragebogenerhebungen und den Fokusgruppeninterviews (Protokoll 01), die abteilungsspezifisch aufgearbeitet worden waren. Dies war auf der Abteilung auch so angekündigt worden und auf Interesse gestossen, so dass sich hierdurch die grössere Teilnahme von Patient:innen und Mitarbeitenden erklärt. In allen anderen Sitzungen der Arbeitsgruppe wurde in der Regel zu Beginn die letzte Sitzung kurz rekapituliert und noch offene Punkte daraus angesprochen. Insgesamt war das Vorgehen in den Arbeitsgruppen diskursiv.

### Die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen

Mit der Bezeichnung 'thematische Schwerpunkte' sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint. Bereits in der ersten Arbeitsgruppensitzung wurden von den Patient:innen bereits einzuführende Massnahmen vorgeschlagen. Dabei ging es einerseits um die Möglichkeiten der Internetnutzung und andererseits um die Möglichkeiten Sport zu treiben. Bezogen auf die Internetnutzung wurde diskutiert, warum die Patient:innen der Nachbarstation freien Zugang zum Internet haben, während dies auf der Abteilung RA 2 nicht möglich ist. Die Mitarbeitenden vertraten dabei den Standpunkt, dass die Patient:innen der Nachbarstation gesünder seien. Dieser Standpunkt wurde von den Patient:innen nicht geteilt und es zeichnete sich zunächst keine Lösungsmöglichkeit ab. Bezogen auf die Möglichkeiten Sport zu treiben, konnten man sich in der Arbeitsgruppe darauf einigen, dass regelmässiges Fussballspielen unter Beachtung der unterschiedlichen Lockerungsstufen eine mögliche Massnahme sein könnte. Auch in der zweiten Sitzung brachten die Patient:innen zunächst Themen ein mit denen sie unzufrieden waren. Hier ging es um das Essen über dessen Qualität sich die Patient:innen beschwerten und forderten, öfter selbst kochen zu dürfen. Es wurde aber auch weiter an den Themen Sport und Internetnutzung gearbeitet. Bezogen auf Letzteres zeigt sich dabei, dass die Patient:innen eher diffuse Vorstellungen hatten. Deswegen

wurde vereinbart, dass sie ein kleines Konzept entwickeln würden, was in der nächsten Arbeitsgruppensitzung als Diskussionsgrundlage dienen sollte.

Leider konnten die geplanten Arbeitsgruppensitzungen drei und vier in den Monaten November und Dezember 2020 aufgrund der Pandemie nicht stattfinden, so dass sich hier eine dreimonatige Pause ergab.

In der geplanten fünften Sitzung, nach der Zwangspause durch Corona, hatten sich die Massnahmenpläne inzwischen verändert. Es sollte nun neu eine Regelgruppe, bestehend aus Patient:innen und Mitarbeitenden, ins Leben gerufen werden. Dieser Vorschlag wurde diskutiert und festgelegt, dass die Patient:innen sich zunächst alleine treffen und Argumente entwickeln würden, die sie dann anschliessend mit den Mitarbeitenden diskutieren könnten. Zusätzlich sollte auf der Abteilung ein Flipchart aufgestellt werden, so dass die Patient:innen Vorschläge für die Diskussion sammeln könnten. Zeitlich sollte sich die Gruppe jeweils Donnerstagsvormittags treffen und bis zur nächsten Sitzung der Arbeitsgruppe mindestens einmal stattgefunden haben. Als zweite Massnahmenplanung wurde, aus Zeitgründen nur kurz, über eine Aktivitäten-Gruppe diskutiert. In dieser sollten jeweils zwei Patient:innen mit den Mitarbeitenden zusammenkommen und in dieser Zeit auch – unter Aufsicht – das Internet zur Planung von Aktivitäten nutzen können.

In der geplanten sechsten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde die geplante Massnahme Aktivitäten-Gruppe in den Mittelpunkt gestellt. Zunächst wurde die Struktur der Massnahme festgelegt: Die Gruppe sollte sich monatlich treffen, jeweils zwei Patient:innen der Abteilung RA 2 können eigene Ideen bezgl. Aktivitäten entwickeln, und diese selbständig planen und dann auch umsetzen. Beispielhaft wurden Aktivitäten wie ein Pokerturnier, ein Billardtturnier und ausserplanmässiges Kochen aufgeführt und ergänzt um weitere Aktivitäten wie Ausflüge oder einen Schwimmbadbesuch, die erst nach Ende der Pandemie wieder möglich sein würden. Während der Planung der Massnahme dürfen diese Patient:innen in Begleitung der Mitarbeitenden auch das Internet zu Recherchezwecken nutzen. Es wurde festgehalten, dass diese Gruppe völlig freiwillig sei und die Patient:innen nicht dazu verpflichtet würden. Die Gruppe würde jeweils in der ersten Abteilungsversammlung eines jeden Monats angekündigt werden. Hier zeigt sich, dass hier gleich zwei Wünsche der Patient:innen aufgenommen wurden: einerseits gibt es nun doch eine Möglichkeit das Internet zu nutzen und andererseits kann dem Wunsch häufiger selbst zu kochen z.B. im Rahmen der Aktivitäten-Gruppe entsprochen werden.

In der geplanten siebten Arbeitsgruppensitzung wurde die Regelgruppe, die inzwischen einmal stattgefunden hatte und von Patient:innen und Mitarbeitenden als gut empfunden war, nachbesprochen. Es wurden einige kleinere Regeln, die den Einkauf, den Besuch in der Cafeteria der Klinik und das Essen betrafen und nicht mehr notwendig waren, abgeschafft. Nicht abgeschafft wurde die Regel, dass Patient:innen den Balkon der Abteilung nur in Begleitung von Mitarbeitenden nutzen dürfen, was mit der Prävention von Suiziden begründet wurde. Auch die Möglichkeit ein Bordell zu besuchen wurde ohne weitere Diskussion und Begründung abgelehnt. Während der Nachbesprechung der Regelgruppe erklärten die Patient:innen dem wissenschaftlichen Mitarbeiter, dass sie auf dem Gelände der Klinik nicht die Möglichkeit haben Frauen kennenzulernen und intime und nicht nur sexuelle Beziehungen einzugehen. Weder die Patient:innen noch die Mitarbeitenden waren über die Nutzungsbedingungen für das vorhandene Begegnungszimmer informiert. Die Patient:innen wollten deswegen im Rahmen der Regelgruppe nachfragen welches Regelwerk in Bezug auf Sexualität überhaupt besteht.

Die Aktivitäten-Gruppe hatte aufgrund eines Kommunikationsfehlers bei den Pflegefachpersonen leider nicht stattgefunden.

An der geplanten achten Sitzung der Arbeitsgruppe, war lediglich ein Patient anwesend, da die anderen Patient:innen die Abteilung nicht verlassen durften (vgl. Thema Organisatorische Herausforderungen). Dies führte dazu, dass die Sitzung deutlich weniger dynamisch verlief als die bisherigen Sitzungen. Der beteiligte Patient äusserte

Bedenken, dass die Regelgruppe sich irgendwann überholt haben würde, weil alle wichtigen Regeln durchgesprochen seien. Zudem erlebe er seine Mitpatient:innen auch als wenig motiviert sich zu beteiligen und sich auf Aushandlungsprozesse mit den Mitarbeitenden einzulassen.

Die geplant neunte Sitzung der Arbeitsgruppe verlief wieder dynamischer. Es wurde berichtet, dass die Regelgruppe sehr gut funktioniere und sich bereits wieder viele neu zu bearbeitende Themen für die nächste Sitzung der Regelgruppe ergeben hätten. Weniger gut gehe es mit der Aktivitäten-Gruppe, was aber auf die Pandemie zurückgeführt wurde. Die von den Patient:innen geplanten Aktivitäten wie Bowling oder ein Besuch im Zoo seien aktuell eben nicht möglich.

An der geplant zehnten Sitzung der Arbeitsgruppe nahm wieder nur ein Patient teil, weil die anderen Patient:innen verhindert waren. Deswegen fiel diese Sitzung vergleichsweise kurz aus. Es wurde ein neuer Vorschlag für eine weitere Massnahme eingebracht: Das «Küchenämtli» könnte als bezahlte Arbeit gemacht werden. Anscheinend ist dies auf anderen Abteilungen an diesem Standort nicht unüblich. Dieser Vorschlag wurde länger diskutiert und man einigte sich darauf, dass dies auf der Abteilung RA 2 nicht möglich sei, weil es doch einige Patient:innen gäbe, die viel Unterstützung bei der Erledigung dieses «Ämtlis» benötigten. Im Unterschied zur vorherigen Sitzung der Arbeitsgruppe wurde aber auch berichtet, dass die Aktivitäten-Gruppe nun funktioniere. Inzwischen war es Juni geworden, so dass wieder mehr Aktivitäten im Freien möglich wurden.

An der geplant elften Sitzung der Arbeitsgruppe wurde wieder lebhaft diskutiert. Dabei lag der Schwerpunkt erneut auf der Regel-Gruppe. Die Patient:innen berichteten, dass von den ihnen immer wieder dieselben Änderungsvorschläge einbracht würden, die von den Mitarbeitenden in der Abteilungsversammlung häufig kommentarlos abgelehnt würden. In jedem Fall sei die intendierte Aushandlungskultur zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden nicht zustande gekommen. Den beteiligten Mitarbeitenden gelang es, den Sinn der Ablehnung von einzelnen Vorschlägen zur Veränderung einer bestehenden Regel zu erläutern, was bei den Patient:innen auf Verständnis stiess. Es wurde auch deutlich, dass auch die beteiligten Mitarbeitenden nicht jede Ablehnung eines Veränderungsvorschlags durch ihre Kolleg:innen nachvollziehen konnten. Dies deutet darauf hin, dass es unter den Mitarbeitenden der Abteilung noch Klärungsbedarf gibt. Zumindest kurz wurde noch berichtet, dass die Aktivitäten-Gruppe mit der Lockerung der Corona-Regeln Fahrt aufgenommen habe und sich nun mehr Patient:innen beteiligten.

An der geplanten zwölften Sitzung der Arbeitsgruppe nahmen zusätzlich vier weitere Patient:innen teil. Aus diesem Grund wurde eine kurze Vorstellungsrunde gemacht und einer der schon von Beginn an mitarbeitenden Patienten erläuterte den Sinn und Zweck der Arbeitsgruppe für die neu Hinzugekommenen. Auf Nachfrage durch den Moderator wurde ersichtlich, dass die Beteiligung an der inzwischen sehr beliebten Aktivitäten-Gruppe von den Mitarbeitenden mit einer Beteiligung an der Regelgruppe inklusive der Beteiligung an der Arbeitsgruppe verknüpft worden war. Dies erklärt zwar das gestiegene Interesse der Patient:innen, konterkariert aber den freiwilligen Charakter der Arbeitsgruppe.

Inhaltlich wurde erneut die Regelung des Internetzugangs, der als ungenügend erlebt wird, diskutiert. Dieses Mal reagierten die beteiligten Mitarbeitenden genau in der von den Patient:innen bemängelten Weise: Sie argumentierten damit, dass das Abteilungskonzept dies so vorsähe und erklärten das Motiv dahinter nicht.

Die geplante dreizehnte Sitzung der Arbeitsgruppe war thematisch geprägt von einer Diskussion zum Sinn von Recovery in der Forensik und der dafür notwendigen Selbstverantwortung. Die beiden Massnahmen (Regel- und Aktivitäten-Gruppe) wurden nur am Rande von allen Beteiligten als gut laufend «abgehakt». Hier begab sich die Arbeitsgruppe sozusagen auf eine Metaebene und debattierte gemeinsam den Sinn des Ganzen. Dies legt nahe, dass inzwischen das Bewusstsein für die mit der Recovery-Orientierung verbundenen Veränderungen gewachsen ist, gerade weil die Arbeitsgruppe sich von den inzwischen gut etablierten Massnahmen inhaltlich lösen konnte.

In der geplant vierzehnten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde von den Patient:innen das Thema «Macht und Machtmissbrauch» in die Arbeitsgruppe eingebracht. Ein Patient thematisierte dies am Beispiel einer Milieurunde auf der Abteilung: Einmal habe sich ein Mitarbeitender verspätet und die Patient:innen hätten selbständig mit der Runde begonnen, was von diesem Mitarbeitenden sehr gelobt worden war. In einer anderen Milieurunde, kurz nach dieser Erfahrung, habe sich eine andere Mitarbeiterin verspätet, die Patient:innen hätten wiederum selbständig mit der Runde begonnen, die Mitarbeiterin habe aber gegenteilig reagiert, die Runde von Neuem beginnen lassen und einzelne Patient:innen im Folgenden «in den Senkel gestellt». Die beteiligten Patient:innen bekräftigten ihre Zustimmung zu dieser Schilderung mit Kopfnicken. Die beteiligten Mitarbeitenden verwiesen einerseits auf die Regelgruppe und darauf, dass die Patient:innen eine solche Situation doch auch mit ihrer jeweiligen Bezugsperson ansprechen sollten. Insgesamt stimmten sie zu, dass das Thema Macht und Machtmissbrauch ein sehr grosses Thema sei.

In der geplanten fünfzehnten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde das Thema «Macht und Machtmissbrauch» weiter diskutiert. Patient:innen berichteten, dass sie sich von einzelnen Mitarbeitenden nicht ernst genommen und teilweise gedemütigt fühlten und auch den Eindruck hätten, dass diese Wirkung beabsichtigt sei. Das war für die an der Arbeitsgruppe beteiligten Mitarbeitenden nur schwer zu ertragen und so verwiesen sie darauf, dass dies nichts mit Recovery zu tun habe und dass die Patient:innen dies mit ihren Bezugspersonen besprechen sollten, aber nicht öffentlich in der Arbeitsgruppensitzung. Hier bleibt unklar, ob es den Mitarbeitenden peinlich war, dass der externe Moderator diese Schilderungen des Verhaltens von Kolleg:innen hörte, ob ihnen dieses Verhalten selbst peinlich war, ob es sie in Loyalitätskonflikte mit den Kolleg:innen stürzte oder warum es für sie so schwer erträglich war. Mit dem Verweis durch die beteiligten Mitarbeitenden wurde das Thema gewechselt und wendete sich der Aktivierungs-Gruppe zu, die weiterhin gut funktioniert.

Die geplante sechzehnte Sitzung der Arbeitsgruppe war auch gleichzeitig die letzte Sitzung mit dem externen Moderator. Thematisch ging es um Rückblick und Ausblick. Die Patient:innen gaben übereinstimmend die Rückmeldung, dass ihnen die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe sehr viel Spass gemacht habe. Die Rückmeldungen der Mitarbeitenden waren eher zwiespältig: So fanden einige, dass in der Regelgruppe das ganze Reglement der Abteilung in Frage gestellt worden sei. Die Aktivitäten-Gruppe sei zu Beginn sehr kreativ gewesen, habe sich dann aber zunehmend in eine konsumorientierte Richtung entwickelt. Ob es mit den beiden Massnahmen weiterginge, hinge davon ab, ob weiter Gelder für die Aktivitäten-Gruppe bewilligt würden. Insgesamt eine eher verhaltene Reaktion!

### *Mitarbeit in der Arbeitsgruppe*

Wie aus der thematischen Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe ersichtlich wird, waren die teilnehmenden Patient:innen engagiert bei der Sache. Trotz einiger Rückschläge aufgrund von nicht begründeten Ablehnungen ihrer Vorschläge resignierten sie nicht, sondern setzen sich weiterhin für ihre Anliegen ein und trugen sie wiederholt vor. Aufgrund der Regelungen zur Eindämmung der Corona-Pandemie konnte leider nur eine Mitarbeitende kontinuierlich an den Sitzungen der Arbeitsgruppe teilnehmen, während die anderen wechselten. Sie setzte sich sehr dafür ein, dass die Arbeitsgruppensitzungen wie geplant stattfinden konnten. Wenn die Patient:innen Kritik z.B. an den nicht begründeten Ablehnungen von Vorschlägen äusserten, erklärte sie die Gründe, nahm dabei Kolleg:innen in Schutz, formulierte aber auch Verständnis für die Anliegen und Vorstellungen der Patient:innen und kann insofern als Vermittlerin zwischen den Patient:innen und den Mitarbeitenden betrachtet werden. Wie aus der Tabelle zum Überblick über die Teilnehmenden an der Arbeitsgruppe ersichtlich wird, nahmen an der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe deutlich mehr Mitarbeitende als zuvor teil, die teilweise sehr kritische Rückmeldungen zu den Massnahmen abgaben. Da dies leider die letzte Sitzung der Arbeitsgruppe gewesen ist, bestand keine Möglichkeit mehr

diese Mitarbeitenden in eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Recovery Orientierung wie sie in den Sitzungen 13 & 14 der Arbeitsgruppe stattgefunden hatte, zu involvieren.

#### Fazit

Insgesamt entsteht im Verlauf der Arbeitsgruppe der Eindruck, dass es bei den Mitarbeitenden der Abteilung RA 2 kein gemeinsames Commitment bezüglich der Recovery-Orientierung gibt und es bleibt auch unklar, ob es ein konstruktives Ringen um dieses Commitment geben wird, da das Weiterführen der Maßnahmen in der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe von der Finanzierung der Aktivitäten abhängig gemacht wurde. Dies ist zwar ein wichtiger aber kein ausschlaggebender Aspekt für eine recovery-orientierte Arbeit. Vermutlich hätte die vertiefte Auseinandersetzung mit den für die Recovery Orientierung notwendigen Haltungsfragen ohne die Einschränkungen durch die Massnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie, insbesondere die Beschränkung der Personenzahl, eine breitere Basis gefunden.

### 10.4 Anlage 4 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung RA 3

#### Die Teilnehmende Beobachtung

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung RA 3 an insgesamt 9 Tagen jeweils in der letzten Monatshälfte Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich drei Stunden Dauer durchgeführt. In den Monaten Oktober, November, Dezember 2020 sowie Januar 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung pandemiebedingt nicht stattfinden. Im Mai 2021 sowie im September 2021 konnte die Teilnehmende Beobachtung aufgrund organisatorischer Gegebenheiten ebenfalls nicht stattfinden.

#### Milieu

Die Abteilung RA 3 wird als geschlossene Abteilung in einem ebenfalls geschlossenen Gebäude geführt. Es gibt einen persönlichen und einen öffentlichen Bereich auf der Abteilung. Zum persönlichen Bereich gehören die Zimmer der Patient:innen, die in der Grösse variieren und im Stil an eine Jugendherberge erinnern (TNB P03). Zum öffentlichen Bereich gehören die Aufenthaltsräume, in denen es auch eine Möglichkeit gibt Billard zu spielen (TNB P10). Im Unterschied zu den Abteilungen RA 1 und RA 2 sind alle Therapie- und Computerräume offen (TNB P04) und an den Wänden hängen Fotocollagen, die Patient:innen und Mitarbeitende bei gemeinsamen Aktivitäten zeigen (TNB P04). Daneben hängen, offenbar von Patient:innen angefertigt, die Abteilungsregeln und Pläne für das Kochen (TNB P08). Zwischenzeitlich ist die Abteilung sorgfältig rund um das Thema Fussball dekoriert (TNB P 06). Zusätzlich gibt es eine Terrasse, sie sowohl von den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden genutzt wird (TNB P04) und sowohl als Raum für informelle Begegnungen als auch für therapeutische Einzelgespräche (TNB P04) dient.

Obwohl zeitweise nur wenig Patient:innen auf der Abteilung anwesend sind, entsteht nicht der Eindruck von schläfriger Ruhe (TNB P07), sondern die Atmosphäre wirkt angeregt. Die Patient:innen gehen zur Arbeitstherapie (TNB P04), und haben therapeutische Einzelgespräche mit dem Stationsarzt (TNB P06) oder der Psychologin (TNB P08). Die Patient:innen kochen einmal täglich selbst (TNB P10) und erhalten für den Küchendienst ca. 2 CHF (TNB P03). Die Mahlzeiten werden durch das Läuten einer Kuhglocke angekündigt (TNB P04). Zusätzlich gelten die Tage von Mittwoch bis Samstag als «Kochtage», was bedeutet, dass die Patient:innen sich selbstständig eintragen und ihr Wunschessen zubereiten können (TNB P03). Entsprechend erledigen zwei Patient:innen den Einkauf in Begleitung von Mitarbeitenden (TNB P10).

Darüber hinaus gibt es gemeinsame Aktivitäten wie z.B. eine Winterwanderung zu einem Grillplatz im Wald an denen sich alle Patient:innen und die anwesenden Mitarbeitenden

beteiligen (TNB P02). Die Wanderung wird in einer schnelleren und einer langsameren Gruppe absolviert und musikalisch begleitet. Die Patient:innen sind zuständig für das Grillieren und bereiten Würstchen und Poulet-Flügel zu, die mit Brot gegessen werden. Während des Essens bilden sich kleine Grüppchen in denen sich vornehmlich Patient:innen mit Patient:innen und Mitarbeitende mit Mitarbeitenden unterhalten. Gemeinsame Aktivitäten scheinen von Bedeutung zu sein auf dieser Abteilung, wie einerseits die hier beschriebene Aktivität, aber auch die Fotocollagen an den Wänden und die Tatsache, dass die TNB im September 2021 aufgrund von gemeinsamen Ferien der Abteilung RA3 ausfallen musste, zeigen.

### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Die Mitarbeitenden verbringen viel Zeit mit den Patient:innen: Sie lösen gemeinsam Kreuzworträtsel (TNB P06), begleiten sie bei sozialen Alltagskompetenztrainings (TNB P06), gehen gemeinsam mit ihnen in die Cafeteria und integrieren dort alle Beteiligten in das Gespräch (TNB P09), sie begleiten sie bei Einkäufen (TNB P10) und bei gemeinsamen Freizeitaktivitäten (TNB P02) und ermöglichen ihnen Angebote wie z.B. Fahrradfahren annehmen zu können, indem sie Fahrradhelme beschaffen (TNB P06). Die Mitarbeitenden kennen die Biografien der Patient:innen (TNB P03) und machen sich in den Rapporten (TNB P P01, 06, 08, 10) viele Gedanken über sie, z.B. welche Aufgaben ihnen in welcher Weise übertragen werden könnten, um einen nächsten Entwicklungsschritt zu ermöglichen bzw. was eine Überforderung wäre (TNB P10). Sie leiten die Abteilungsversammlung (TNB P03) und besprechen im Kreis der Kolleg:innen die Tagesplanung und mögliche anzubietende Aktivitäten vor (TNB P09) und nach (TNB P10). Sie begleiten die Patient:innen zur Arbeitstherapie (TNB P01, 04, 07, 08) unter Einhaltung von Sicherheitsvorkehrungen, z.B. wenn jemand von den Patient:innen einen 1:1 Begleitung benötigt (TNB P04). Sie führen neue Patient:innen auf der Abteilung ein, ermöglichen ihnen sich räumlich zu orientieren, stellen ihnen die Mitpatient:innen vor und nehmen sich Zeit für ein erstes Kennenlernen bei einer gemeinsamen Zigarette (TNB P03). Daneben führen sie Tätigkeiten aus, die dem Aufrechterhalten des Klinikalltags dienen, wie z.B. das Abholen von Medikamenten aus einer in einem anderen Gebäude befindlichen Abgabestelle (TNB P10), oder dem Glockenläuten, um die Patient:innen zu den Mahlzeiten zu rufen (TNB P04) und selbstverständlich nehmen sie auch administrative Tätigkeiten wahr (TNB P04).

### *Die Recovery-Orientierung und ihre Grenzen*

Die Recovery-Orientierung zeigt sich deutlich im Engagement der Patient:innen auch ausserhalb der Arbeitsgruppe. Sie haben viele Vorschläge für Massnahmen gesammelt (TNB P01) und zeigen sich sehr daran interessiert welche Massnahmen sich die anderen, am Modellversuch beteiligten Abteilungen überlegt haben (TNB P02). Auch neu auf der Abteilung aufgenommene Patient:innen beteiligen sich gerne daran (TNB P09). Für ihre Abteilung haben sie den Plan gefasst das Angebot eines Englischkurses für die Patient:innen zu schaffen und feststehende Fitnessgeräte im Aussenbereich der Abteilung aufzustellen, so dass sie diese selbständig ohne Begleitung durch Mitarbeitende nutzen können (vgl. Protokoll AG 2 & 3). Die erste Massnahme bezieht sich auf das Thema «Bildung», das für die Patient:innen nach wie vor sehr wichtig ist (TNB P02, 03, 09), was bereits im ersten Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen zum Ausdruck kam. Insofern ist die Planung dieser Massnahme konsequent. Eine Patientin hat bereits Deutschunterricht via ZOOM und die Erfahrung gemacht, dass dies gut funktioniert (TNBP02), so dass dies auch für den Englischkurs eine Möglichkeit darstellen kann. Die Mitarbeitenden haben auch bereits zwei Räume ins Auge gefasst, in denen solche Schulungen durchgeführt werden könnten (TNB P03), weil ein Internetzugang dort über einen Hotspot via Mobiltelefon möglich wäre. Bezüglich der zweiten Massnahme, der Montage von feststehenden Fitnessgeräten, inspizieren die Patient:innen den Aussenbereich, um eine geeignete Stelle für deren Platzierung zu finden (TNB P03) und überlegen wie sie diese Planung bei dem leitenden

Arzt anbringen können (TNB P04). Die Mitarbeitenden unterstützen die Patient:innen dabei, weil sie die Massnahme ebenfalls für sinnvoll halten und den Patient:innen gerne die Möglichkeit bieten wollen ohne ständige Aufsicht trainieren zu können (TNB P 09). Sie bringen zum Ausdruck, dass sie bei den Patient:innen grosse Fortschritte in deren persönlichen Entwicklungen sehen (TNB P07) und achten gezielt auf deren Ressourcen (TNB P08).

Andere Mitarbeitende wiederum glauben nicht an die Fähigkeit von Patient:innen diese Fitnessgeräte selbständig organisieren zu können und wollen diesen Teil des Projekts lieber abbrechen (TNB P 03) bzw. schildern den Patient:innen die damit verbundenen Hürden, was von den Patient:innen eher als mangelndes Interesse interpretiert wird (TNB P03).

Bezüglich des Englischkurses gibt es im Projektverlauf etliche Hürden. So wird vom übergeordneten Management diskutiert, ob die Patient:innen überhaupt in der Lage seien ein Bildungsangebot wahrzunehmen (TNB P09) und ob nicht ein Computerkurs geeigneter wäre. Dies ist für die Mitarbeitenden der Abteilung keine einfache Situation, da sie das Gefühl haben, eine aus ihrer Sicht sinnvolle Massnahme von der die Patient:innen profitieren würden, gegen viele Widerstände durchsetzen zu müssen (TNB P08, 09).

### *Die Rolle des Beobachters*

Der Beobachter hat einen Teil der Mitarbeitenden und der Patient:innen bereits bei der gemeinsamen Schulung und bei den Fokusgruppeninterviews kennengelernt, so dass er als wissenschaftlicher Mitarbeiter des Modellversuchs bereits bekannt ist. Trotzdem muss er in seiner Rolle als Beobachter die Bedingungen und Menschen auf der Abteilung erst kennenlernen (TNB P01, 02, 03). Dies geschieht indem er mit Patient:innen und Mitarbeitenden – mit ihnen vornehmlich im Abteilungsbüro (TNB P03) – spricht (TNB P01, 02, 03), sich von ihnen die Abteilung zeigen lässt (TNB P03), sie bei ihren Gängen begleitet (TNB P01, 02) und die öffentlichen Räume der Abteilung auch alleine erkundet (TNB P04). Im Verlauf der TNB zeigte sich, dass der gewählte Beobachtungszeitraum nicht immer günstig war (TNB P01, 06), es aber trotzdem genügend zu beobachten gab (TNB P07).

Wie auch auf den anderen beteiligten Stationen, stellt sich der Beobachter den Patient:innen und den Mitarbeitenden zur Verfügung (TNB P 02, 03, 04, 06, 07, 08, 10), indem er auf die von ihnen angesprochenen Themen offen eingeht. Mit den Patient:innen kann dies sowohl die Krankheits- und Leidensgeschichte betreffen (TNB P 02, 10), es kann sich aber auch um Alltagsthemen wie Sport (TNB P07), Automarken (TNB P02), den Ländervergleich Schweiz-Deutschland handeln (TNB P10) oder die Herkunft von Vornamen (TNB 09) handeln. Gleichwohl scheinen diese Gespräche und die Zeit, welche der Beobachter mit den Patient:innen beim Billard- und anderen Spielen verbringt (TNB 03, 04 06), dazu zu führen, dass die Patient:innen sich auf die Anwesenheit des Beobachters freuen und seine Anwesenheitszeiten sehr gut kennen (TNB 10). Insgesamt fühlen sich die Patient:innen durch die Anwesenheit des Beobachters bestärkt (vgl. FGI 2 PAT RA 3).

Die Gespräche mit den Mitarbeitenden drehen sich um deren berufliche Biografien und ihre Erlebnisse mit der Psychiatrie (TNB P07), ihre Gedanken und Sorgen bezüglich des Modellversuchs (TNB 08), ihre Anfahrtswege zur Arbeit (TNB P04) und andere alltägliche Themen (TNB P04, 06).

Einen Teil der Beobachtungsprotokolle nutzte der Beobachter zur Selbstreflexion, indem er sich Rechenschaft darüber ablegte welche Eindrücke welche Gedanken oder Gefühle in ihm ausgelöst haben und wie er sich entsprechend während der Beobachtungen verhalten will (TNB P 03, 08). Diese Teile sind gut gekennzeichnet, so dass sie nicht mit den Beobachtungen zu verwechseln sind.

### **Die Sitzungen der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppe setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung RA3 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 14 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzungen vom Dezember 2020 und Januar 2021 mussten Corona-bedingt ausfallen. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich zwei Patienten und ein Mitarbeitender teil; die anderen Teilnehmenden wechselten. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| AG Nr                                    | Anzahl PAT | Anzahl MA |
|--|------------|-----------|
| 01                                       | 3          | 4         |
| 02                                       | 3          | 3         |
| 03                                       | 4          | 2         |
| 04 aufgrund von Corona<br>05 ausgefallen |            |           |
| 06                                       | 2          | 1         |
| 07                                       | 2          | 2         |
| 08                                       | 3          | 1         |
| 09                                       | 3          | 1         |
| 10                                       | 3          | 1         |
| 11                                       | 2          | 1         |
| 12                                       | 3          | 1         |
| 13                                       | 2          | 1         |
| 14                                       | 2          | 1         |
| 15                                       | 2          | 1         |
| 16                                       | 2          | 0         |

Tabelle 20: Überblick Teilnehmende AG RA 3

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorische Herausforderung, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit der Patient:innen in den Arbeitsgruppen.

#### *Die organisatorischen Herausforderungen*

Eine organisatorische Herausforderung auf der Abteilung RA 3 bestand darin die Sitzung der Arbeitsgruppe pünktlich zu beginnen, weil es auf der Abteilung immer noch etwas zu

erledigen gab oder die teilnehmenden Patient:innen noch in der Arbeitstherapie oder Einzelgesprächen waren, die Mitarbeitenden im operativen Alltag vergessen hatten, dass die Arbeitsgruppe an diesem Tag stattfinden würde oder die Sitzungsdaten verwechselt hatten (Protokolle 1, 3, 6, 9 & 16). Mit der Zeit wurde dies immer weniger als Herausforderung wahrgenommen, weil sich die Teilnehmenden an diese Gegebenheiten adaptierten und zunehmend gelassener mit den Verspätungen umgehen konnten (Protokoll 3, 9).

Eine weitere organisatorische Herausforderung bestand darin, dass die gewählten Massnahmen – Englischunterricht (Protokoll 2) und Fitnessgeräte im Aussenbereich der Abteilung (Protokoll 3) – nicht einfach abteilungsintern entschieden, sondern mit der Klinikleitung abgestimmt werden mussten, da mit diesen Massnahmen Kosten verbunden waren. So wurde ein Patient gemeinsam mit einer Oberärztin bei dem leitenden Arzt vorstellig, um die geplante Massnahme Englischunterricht zu präsentieren, was eine weitere Terminkoordination nach sich zog (Protokoll 6). Die geplante Massnahme «Fitnessgeräte im Aussenbereich» wurde in der Sitzung der Abteilungsleitungen diskutiert (Protokoll 10), weil es bei den Nachbarabteilungen Befürchtungen gab, dass aufgrund der Fitnessgeräte andere Möglichkeiten sich sportlich zu betätigen wie z.B. ein Volleyballnetz entfernt werden müssten oder die Fitnessgeräte über ein gemeinsames Budget der Abteilungen finanziert werden würden (Protokoll 10). Diese Herausforderungen konnten aber bewältigt werden (Protokoll 13).

#### *Die Gestaltung der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Abgesehen von der ersten und der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe begannen alle mit einer kurzen Zusammenfassung des Inhalts der letzten Arbeitsgruppe, um alle Teilnehmenden wieder auf einen gemeinsamen Informationsstand zu bringen (Protokolle 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 & 15). Diese einleitenden Zusammenfassungen wurden in der Regel vom wissenschaftlichen Mitarbeiter, der die Sitzungen moderierte, vorgetragen. Gelegentlich wurde dies aber auch von den beteiligten Patient:innen übernommen (Protokoll 3). In der zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe war entschieden worden, dass auch die an der Arbeitsgruppe beteiligten Patient:innen ein Protokoll führen würden (Protokoll 2), was nur einmal vergessen wurde (Protokoll 6). In den Sitzungen wurden sowohl von den Patient:innen (Protokoll 1) als auch von den Mitarbeitenden (Protokoll 2) Vorschläge eingebracht und gemeinsam diskutiert. Wenn sich spezielle Fragen ergaben wie z.B., ob es für den geplanten Englischunterricht auch eine Onlinelösung geben könnte und welche Voraussetzungen dafür notwendig seien, wurden entsprechende Mitarbeitenden von der IT oder für Informationen zu Fitnessgeräten der Sporttherapeut in kommende Sitzungen eingeladen (Protokoll 6). Formal setzte sich die Arbeitsgruppe mit Datum versehene Ziele bis wann was erledigt oder erreicht sein sollte (Protokoll 7), was aufgrund der organisatorischen Herausforderungen nicht immer vollständig gelang (Protokoll 14).

#### *Die thematischen Schwerpunkte der Arbeitsgruppe*

Mit der Bezeichnung thematische Schwerpunkte sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint.

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 1) wurde dazu genutzt den teilnehmenden Patient:innen und Mitarbeitenden die Ergebnisse der Befragung (Fragebogenerhebung und Fokusgruppeninterviews) abteilungsspezifisch vorzustellen. Die Teilnehmenden folgten der Präsentation aufmerksam und die anwesenden Patient:innen, die an der Befragung teilgenommen hatten, gaben an sich durch die Ergebnisse vollständig repräsentiert zu fühlen. Die Patient:innen brachten den Vorschlag ein, bis zur nächsten

Sitzung der Arbeitsgruppe auf der Abteilung eine Ideensammlung anzulegen, die weiter konkretisiert werden könnte.

Zur zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 2) war ein Flipchart in den Raum gebracht worden, auf dem die gesammelten Vorschläge zu sehen waren. Wie sich herausstellte haben die Patient:innen diese Vorschläge jeweils individuell und ohne Rücksprache mit den Mitarbeitenden notiert. Dabei wurden die Wünsche nach autonomeren Möglichkeiten sich sportlich zu betätigen sowie nach mehr Bildung ersichtlich. Bezüglich Bildung war der Wunsch einen Englischkurs zu absolvieren mehrfach genannt worden, weswegen der thematische Schwerpunkt dieser Sitzung auf dem Thema Bildung lag. Neben dem Englischkurs wurde auch die Möglichkeit eines PC-Kurses genannt. Allerdings hatten die Patient:innen sehr heterogene Ansprüche an einen solchen. Der Wunsch nach besserem Zugang zu Bildung war auch bereits in dem Fokusgruppeninterview mit den Patient:innen diskutiert worden (vgl. FGI 1 PAT RA 3).

In der dritten Sitzung im November 2020 (Protokoll 3) zeigte sich, dass es bereits konkrete Vorschläge zu möglichen Lehrern für den Englischkurs und auch für EDV-Dozenten gab. Allerdings war inzwischen die Corona-Pandemie aufgetreten und damit war klar, dass Bildungsangebote erst nach Ende der Pandemie begonnen werden könnten, was die Patient:innen ziemlich enttäuschte. Der thematische Schwerpunkt dieser Sitzung lag auf der zweiten Massnahme, der Möglichkeit sich autonomer sportlich zu betätigen. Es entstand die Idee im Aussenbereich der Abteilung feststehende Fitnessgeräte aufzubauen. Dabei ging es um die Art der Geräte und wie diese beschaffen sein müssten, um im Aussenbereich dauerhaft stehen zu können. Es wurde vereinbart, dass den Patient:innen dafür Onlinerecherchemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden würden. In diesem Fall wurde die Pandemie als Chance verstanden, da sämtliche Sportprogramme Pandemiebedingt pausiert worden waren.

Die geplante vierte und die fünfte Sitzung entfielen Pandemiebedingt, so dass sich hier eine Pause von drei Monaten ergab.

Die sechste Sitzung war sowohl von den beteiligten Mitarbeitenden als auch von dem wissenschaftlichen Projektbegleiter mit Spannung erwartet worden, weil unklar war, was sich inzwischen bezüglich des Projekts weiter ergeben hatte. Wie sich zeigte (Protokoll 6), hatte es inzwischen eine Besprechung mit der Oberärztin, einem in der Arbeitsgruppe mitarbeitenden Patienten und der Zentrumsleitung zu den vorgeschlagenen Massnahmen gegeben. In dieser Besprechung war von den Leitungspersonen der EDV-Kurs präferiert worden, weil sie davon ausgingen, dass der Englischkurs die Belastungsfähigkeit der meisten Patient:innen übersteigen würde. Diese Einschätzung wurde weder von den Patient:innen noch von den an der Arbeitsgruppe beteiligten Mitarbeitenden geteilt. Ganz im Gegenteil, die Patient:innen hatten inzwischen noch eine weitere und kostengünstigere Möglichkeit für einen Englischkurs gefunden.

Die siebte Sitzung (Protokoll 7) war weiteren Rechercheergebnissen zu Englischkursen gewidmet, die von den Patient:innen in grosser Zahl zusammengetragen worden waren. In der Arbeitsgruppe wurde nun die konkrete Umsetzung diskutiert und schliesslich entschieden, dass eine Stunde Unterricht pro Woche auf Sprachniveau A1 ein «solides» Ziel sei.

Die achte Sitzung (Protokoll 8) beschäftigte sich thematisch wiederum mit der unterschiedlichen Einschätzung von Zentrumsleitung, Mitarbeitenden und Patient:innen bezüglich der Belastungsfähigkeit der Patient:innen. Ein Mitarbeitender erklärte sich bereit erneut den Kontakt zur Klinikleitung zu suchen und bezüglich des Englischkurses, die nun konkret ausgearbeitete Massnahme erneut zu präsentieren und auch auf die

guten Erfahrungen mit dem bereits bestehenden Deutschkurs für einzelne Patient:innen zu verweisen.

Die neunte Sitzung (Protokoll 9) gestaltete sich kurz und knapp: bezüglich des Englischkurses wurde noch auf ein konkretes Angebot aus einer ortsansässigen Sprachschule gewartet, welches in naher Zukunft eintreffen sollte und es wurde vereinbart, dass sich die Patient:innen selbst an die Hersteller von geeigneten Fitnessgeräten wenden würden, um auch dort konkrete Angebote einzuholen.

In der zehnten Sitzung (Protokoll 10) war derjenige Mitarbeitende, der es übernommen hatte erneut in Kontakt mit der Klinikleitung zu treten aufgrund von Krankheit nicht anwesend, so dass es diesbezüglich keine Neuigkeiten gab. Stattdessen gab es die Information durch eine andere Mitarbeitende, dass die Massnahme Fitnessgeräte «auf Eis» gelegt worden sei, da in diesem Zusammenhang Sorgen und Befürchtungen bei den Nachbarabteilungen aufgetreten seien, was die Mitarbeitenden und die Patient:innen gleichermaßen verstimmte. In der Folge wurde diskutiert wie man damit umgehen wolle und beschlossen zunächst die Rückmeldung der Klinikleitung abzuwarten.

In der elften Sitzung (Protokoll 11) wurde ersichtlich, dass sich die Verstimmung der Nachbarabteilungen wegen der Fitnessgeräte gelegt hatte, es aber nun erneut Probleme, vermutlich wegen Unstimmigkeiten im Management, wegen des Englischkurses gebe. Hier wurde wiederum beschlossen die Rückmeldung der Klinikleitung abzuwarten. Thematischer Schwerpunkt in dieser Arbeitsgruppensitzung war deswegen der Stand des Projekts und der Massnahmen in der gesamten Einrichtung.

An der zwölften Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 12) nahm auch die Abteilungsleitung teil und informierte, dass noch ein Gespräch mit einer Oberärztin ausstünde, sie aber von allen anderen Leitungspersonen «grünes Licht» für die beiden Massnahmen bekommen habe. Bezüglich der Bestellung der Sportgeräte müsse man abwarten bis der Sporttherapeut aus den Ferien zurück sei, da er für die tatsächliche Bestellung zuständig sei.

In der dreizehnten Sitzung (Protokoll 13) konnte informiert werden, dass alle formalen Probleme bezüglich der Art und der Finanzierung der Massnahmen nun geklärt und die Fitnessgeräte inzwischen bestellt seien. Bezüglich des Englischunterrichts habe ein Mitarbeitender noch einen Telefontermin mit der Sprachschule. Diese wolle das konkrete Angebote nicht direkt mit den Patient:innen aushandeln, weswegen er den Kontakt nun übernehme.

In der vierzehnten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 14) wurde deutlich, dass die Lieferung der Fitnessgeräte noch etwas auf sich warten lassen würde und, dass sich die Anbahnung des Englischkurses weiterhin schwierig gestaltet. So läge die Freigabe des Geldes für den Unterricht nun bei einem leitenden Mitarbeitenden des Pflegedienstes auf dem Tisch. Es wurde von verschiedenen Seiten die Vermutung angestellt, dass dieser gegen den Englischunterricht sei und deswegen die Freigabe verzögere (vgl. FGI 2 MA RA 3)

Dieses Problem schien sich bis zur fünfzehnten Sitzung (Protokoll 15) aufgelöst zu haben und Mitarbeitende und Patient:innen gingen zuversichtlich davon aus, dass man mit dem Englischunterricht noch vor Dezember beginnen könne.

Bei der sechzehnten und letzten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 16) war von den Mitarbeitenden das Datum verwechselt worden, so dass sich niemand von den Mitarbeitenden an der Arbeitsgruppe beteiligen konnte. Der wissenschaftliche Mitarbeiter setzte sich zu einem Rückblick mit den zwei Patient:innen zusammen, die kontinuierlich an der Arbeitsgruppe teilgenommen hatten. Die Patient:innen erklärten, dass sie nicht wirklich mit der Umsetzung der Massnahmen gerechnet hatten und

deswegen umso erfreuter seien, aber nun wirklich auf den tatsächlichen Beginn der Massnahme warteten.

### *Die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe*

Wie die Beschreibung der thematischen Schwerpunkte der Arbeitsgruppensitzung zeigt, waren die Patient:innen in den ersten sechs bis sieben Sitzungen der Arbeitsgruppe sehr engagiert: Sie machten Vorschläge bezüglich des grundsätzlichen Vorgehens, wie z.B. ein Flipchart auf der Abteilung aufzustellen, so dass alle Patient:innen ihre Ideen einbringen könnten (Protokoll 1) und setzten dies auch in die Tat um (Protokoll 2). Sie übernahmen Rechercheaufgaben bezüglich des Englischunterrichts (Protokoll 2, 3, 6 & 7) und der Fitnessgeräte (Protokoll 7 & 8). Beide Massnahmen waren mit Kosten verbunden, so dass nicht einfach innerhalb der Abteilung darüber entschieden werden konnte, sondern die Klinikleitung involviert werden musste. Auch dabei engagierten sich die Patient:innen und entsandten einen Vertreter gemeinsam mit einer Oberärztin zum Gespräch mit der Zentrumsleitung (Protokoll 6). Nachdem es dort unterschiedliche Einschätzungen gegeben hatte, hielten die Patient:innen an ihrem Wunsch nach Englischunterricht fest (Protokoll 6) und arbeiteten weiter daran (Protokoll 7). Etwa ab der achten Sitzung benötigten sie dabei mehr Unterstützung durch die Mitarbeitenden, die in direkterem Kontakt mit der Leitung (Protokoll 8) und den Nachbarabteilungen standen. Von diesen waren inzwischen Sorgen und Befürchtungen bezüglich der Fitnessgeräte geäussert worden (Protokoll 10), so dass sich eine Zeit der «Ungewissheit» ergab (Protokolle 11 & 12), die von allen Beteiligten ausgehalten werden musste. Darüber hinaus ergab sich, dass die Sprachschule das konkrete Angebot nicht mit den Patient:innen aushandeln wollte – eine subtile Form der Stigmatisierung –, so dass auch hier die Unterstützung der Mitarbeitenden nötig war (Protokoll 13), wobei auch diese den Prozess nicht beschleunigen konnten (Protokoll 14). Mit der vorletzten Sitzung war die «Ungewissheit» zu Ende (Protokoll 15) und die Zuversicht wuchs, dass noch im laufenden Jahr mit der Umsetzung der Massnahmen begonnen werden könnte.

### *Fazit*

Obwohl bis zum Ende der Prozessbegleitung auf dieser Abteilung keine Massnahme umgesetzt werden konnte, haben die Mitarbeitenden und die Patient:innen engagiert in der Arbeitsgruppe weiter gearbeitet, sich nicht von unterschiedlichen Einschätzungen abschrecken lassen, Zeiten der «Ungewissheit» ausgehalten und waren am Ende erstaunt und erfreut, dass die Massnahmen schliesslich doch genehmigt worden sind. Das bedeutet, dass hier doch ein Ermächtigungsprozess stattgefunden hat und dass sich die Patient:innen mit Unterstützung der Mitarbeitenden auf angemessene Weise für ihre Wünsche einsetzen und argumentativ überzeugen konnten, was sicherlich zum Erleben von Selbstwirksamkeit beigetragen hat.

## **10.5 Anlage 5 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung BA 1**

### **Die Teilnehmende Beobachtung**

Im Zeitraum von September 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung BA 1 an insgesamt 16 Tagen jeweils gegen Ende eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich vier Stunden Dauer durchgeführt. Davon galten vier Teilnehmende Beobachtungen ausschliesslich dem «Meeting», das als eine Massnahme auf der Abteilung eingeführt worden war. Das «Meeting» ist eine extern, von der Seelsorgerin

der Klinik, moderierte Gesprächsrunde zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden von ca. einer Stunde Dauer.

Die thematische Analyse (Braun & Clarke 2006) der Beobachtungsprotokolle unter Nutzung der Software MAXQDA 20 ergab folgende Themen: Das Milieu der Station, die Tätigkeiten der Mitarbeitenden, die Recovery-Orientierung und deren Grenzen sowie die Rolle des Beobachters.

### *Das Milieu*

Die Abteilung BA 1 ist eine geschlossen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes. Der Zutritt zum Gebäude erfolgt für Mitarbeitende getrennt von Patient:innen und Besucher:innen durch einen separaten Eingang, der gleichwohl von den Mitarbeitenden des Empfangs des Klinikgebäudes geöffnet werden muss. Anders als in der Interventionseinrichtung Rheinau verfügt der wissenschaftliche Projektmitarbeiter, als Angestellter der Klinik in Basel, über einen Schlüssel, so dass er zwar nicht das Gebäude jedoch die Stationen selbständig betreten kann.

Die Abteilung verfügt mehrheitlich über Dreibettzimmer, die grösstenteils unaufgeräumt bis verwahrlost wirken, weil z.B. Kleidung, Tabak, Videospiele, Elektronikgeräte und Weiteres über Betten und Stühle verteilt sind (TNB P02), so dass sich insgesamt der Eindruck von Enge und räumlicher Beschränkung (TNB P01) ergibt. Einige der Patient:innen erleben dabei insbesondere den öfter vorkommenden Wechsel der Zimmernachbar:innen als belastend, weil es in diesen Zimmern ohnehin kaum Privatsphäre gibt, die bei solchen Wechseln dann mit neuen Menschen geteilt werden muss (TNB P05). Jemand von den Patient:innen äussert diesbezügliche Protest auf einem Zettel, der auf dem Flur neben der Zimmertür aufgehängt ist. Darauf ist zu lesen: «Wir sind keine Patienten, wir sind Kunden», was mit Angaben zu den monatlich verursachten Kosten illustriert wird (TNB P05).

Am Eingang der Station befindet sich ein grosser Multifunktionsraum, der sowohl als Besucherraum, Raum für Gesprächsgruppen, teilweise Einzelgespräche, Sportangebote (TNB P03) und auch als Raum für den Rapport der Mitarbeitenden – insbesondere während der Pandemie mit begrenzter Personenzahl pro Raumgrösse (TNB P04) – genutzt wird. Für Sportangebote gibt es im Keller des Gebäudes einen weiteren grossen Raum, der von den Patient:innen nicht unbegleitet benutzt werden kann (TNB P03), aber genutzt werden muss, wenn der Multifunktionsraum auf der Abteilung anderweitig besetzt ist. Dies bedeutet, dass die Patient:innen vor dem Sportangebot vor der Stationstür versammelt werden müssen, was ein umständliches Procedere darstellt, weil sie sich während des Wartens auf die Vollständigkeit der Gruppe immer wieder auf der Abteilung verstreuen (TNB P03).

Auf dem Flur der Abteilung, der zu einem weiteren, grösseren Aufenthalts bzw. Essbereich führt (TNB P04), sind Tafeln aufgehängt auf denen ersichtlich ist, welche Pflegefachperson für welche Patient:innen als Bezugsperson in der jeweiligen Schicht zuständig ist (TNB P04). Von dem Essbereich aus, dem eine kleine Küche vorgelagert ist, ist das Raucherzimmer, das mit einer Glaswand abgetrennt ist, zu betreten (TNB P04). Dort halten sich Patient:innen häufig auf, während der Zutritt den Mitarbeitenden aufgrund der Pandemie nicht gestattet ist (TNB P03). Eine Ausnahme hiervon scheint die Begleitung von in Isolierzimmern abgesonderten Patient:innen darzustellen. Deren Absonderung wird gelegentlich für den Konsum von Kaffee und Zigaretten, der von Pflegefachpersonen begleitet wird, unterbrochen (TNB P07). Der Raucherraum ist während der Therapiezeiten abgeschlossen (TNB P07), trotzdem stehen dort viele halbvolle Kaffeetassen (TNB P05).

Neben dem grösseren Essbereich gibt es, den Zimmern der Patient:innen vorgelagert, einen weiteren kleineren Aufenthaltsbereich wo sich ein Computer und eine Tischtennisplatte befinden (TNB P04) und gelegentlich Bücher herumliegen (TNB P09).

In der Wahrnehmung des Beobachters wirkt die jahreszeitliche Dekoration, verglichen mit den anderen Abteilungen, eher lieblos (TNB P14).

Der Umgang der Mitarbeitenden mit den Patient:innen wirkt eher formell (TNB P01), gleichwohl bemühen sie sich sehr darum die wenige Privatsphäre der Patient:innen zu respektieren indem sie z.B. anklopfen, bevor sie ein Zimmer betreten oder um Erlaubnis bitten z.B. dem Beobachter ein Zimmer zeigen zu dürfen (TNB P01). Die Patient:innen haben anscheinend «Ämtli» wie z.B. Putzen der Tische im Essbereich (TNB P07) nach dem Frühstück.

Das Mittagessen nehmen die Patient:innen mehr oder weniger gemeinsam und ziemlich still ein, während die Mitarbeitenden die Schichtübergabe machen (TNB P05). Das Abendessen bereiten die Patient:innen hingegen gemeinsam in einer geselligen Atmosphäre zu, wobei sie kaum Unterstützung durch die Mitarbeitenden benötigen (TNB P11). Im Unterschied zu den weitgehend der Gestaltung der Patient:innen überlassenen Mahlzeiten, werden jahreszeitliche Ereignisse wie z.B. die Gestaltung des Weihnachtsfestes von den Mitarbeitenden und den Patient:innen gemeinsam besprochen, geplant und Aufgaben zugeordnet (TNB P02). Es scheint auch einen regelmässig stattfindenden, gemeinsamen Stationsputz zu geben, bei dem die Mitarbeitenden und die Patient:innen spielerisch zusammenarbeiten (TNB P04) und gerne miteinander interagieren.

Trotz dieses partizipativen Ansatzes, wünschen sich die Patient:innen aber die Unterstützung der Mitarbeitenden, wenn es um Konflikte untereinander geht. Dabei scheint es sich überwiegend um Fragen gegenseitiger Rücksichtnahme zu handeln, z.B. Störungen durch Geruch oder die Möglichkeit Musik zu hören (TNB P02). Hier befürchten die Patient:innen das Ausufern von Konflikten, wenn die Mitarbeitenden nicht unterstützend eingreifen. So erlebt denn auch ein Patient den Umgang der Patient:innen miteinander «irgendwie immer angespannt» (TNB P12) und häufig beleidigend. Dies scheint insbesondere von einem Patienten auszugehen, von dem sich die anderen Patient:innen belästigt fühlen und in manchen Situationen auch Angst haben (TNB P13). Dies mag dazu führen, dass Patient:innen bei den Mitarbeitern auf eine strenge Einhaltung der Stationsregeln gegenüber den Mitpatient:innen pochen, was für die Mitarbeitenden wiederum irritierend ist (TNB P02).

Ansonsten scheint es für die Patient:innen auf der Abteilung auch viel Langeweile und Monotonie zu geben, da sie häufig ziellos über die Abteilung laufen ohne den Kontakt zueinander oder zu den Mitarbeitenden aufzunehmen (TNB P 03, 04, 05, 07) oder permanent zwischen ihren Zimmern und dem Raucherraum hin und her wechseln (TNB 14). Dies wird begleitet von gelegentlichen lauten Schreien aus dem Isolationszimmer (TNB P05) oder lauter Musik, die aus einem der Zimmer von Patient:innen kommt. Dieses Verhalten scheint sich auch während des Aufenthalts im geschlossenen Garten nicht zu verändern. Auch dort wirkt die Stimmung «apathisch», die Patient:innen gehen ihre Runden alleine oder in kleinen Gruppen, ohne sich zu unterhalten, während die Mitarbeitenden in einer Ecke stehen und die Patient:innen beobachten (TNB P 03, 12). Die Kommunikation zwischen den Patient:innen scheint ausschliesslich im Raucherzimmer, das von den Mitarbeitenden nicht betreten werden darf, stattzufinden (TNB P04).

Anscheinend gibt es Mitarbeitende, welche nicht so gerne im Kontakt mit den Patient:innen sind und z.B. die Zeit im geschlossenen Garten lieber nutzen, um sich miteinander über ihre privaten Erfahrungen auszutauschen (TNB P 11, 14) oder die Kochgruppe mit den Patient:innen an die Auszubildende delegieren (TNB P16). Es gibt immer wieder Zeiträume in denen keinerlei Interaktionen zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden zu beobachten sind (TNB P 09, 16). Zu diesen Zeiten halten sich die Mitarbeitenden entweder im Pausenraum auf oder sind im Dienstzimmer beschäftigt

(TNB P09). Einige Mitarbeitende scheinen es zu begrüßen, wenn Patient:innen z.B. eine Frist versäumen, um Aktivitäten für einen externen Gruppenausgang vorzuschlagen, denn das bedeutet, dass sie sich auf die versäumte Frist berufen und den Gruppenausgang ausfallen lassen können (TNB P05, 14). Die anscheinend mangelnde Freude an der Arbeit wird von den Patient:innen durchaus wahrgenommen. So erklärt eine Patientin, dass sie dem Vorschlag eines Mitarbeitenden – den Rapport gemeinsam mit den Patient:innen zu gestalten –, nicht folgen wolle. Sie habe den Eindruck, dass etliche Mitarbeitende gar keine Lust auf die Patient:innen hätten und wenn man sie dazu nötige mehr mit den Patient:innen zu sprechen, würde diese «Unlust» noch verschlimmert (TNB P 16).

Innerhalb der Gruppe der Mitarbeitenden wird vom Beobachter eine «Kultur der Verschwiegenheit» beobachtet, die sich darauf bezieht einander im Falle eines Fehlverhaltens nicht darauf anzusprechen oder dieses vor den Vorgesetzten zu decken. Jemand von den Mitarbeitenden bestätigt diese Wahrnehmung und führt dies darauf zurück, dass dahinter die Angst stehe, im Falle von eigenem Fehlverhalten vor dem Team blossgestellt zu werden. Zusätzlich sei es für jüngere Mitarbeitende auch schwer ältere und erfahrenere Mitarbeitende auf Fehler an- und ihnen damit ihre Kompetenz abzusprechen (TNB P14). So lernen jüngere Mitarbeitende schnell z.B. auf der Einhaltung von Regeln zu bestehen, auch wenn sie diese als unsinnig empfinden, weil man andernfalls vor den Patient:innen als *laissez-faire* und bei den anderen Mitarbeitenden als «Regelaufweicher» gelte (TNB P12). Dies wird von anderen Mitarbeitenden wiederum als mangelnde Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel empfunden, was dazu führe, dass zwar «hintenherum gemeckert werde, vorneherum aber so getan werde als sei alles in Ordnung» (TNB P07). Zusätzlich gebe es auch so etwas wie eine Abstumpfung gegenüber herausforderndem Verhalten von Patient:innen, an das man sich rasch gewöhne (TNB P05). Schwieriger scheint es zu sein sich an die Arbeit unter Corona Bedingungen zu adaptieren und auch der von den Mitarbeitenden wahrgenommene Mangel an Psychologen sei eine Herausforderung (TNB P01).

### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Die Mitarbeitenden sind zuständig für die Sicherheit auf der Abteilung, d.h. sie machen Rundgänge und kontrollieren z.B. die Fenster, aber nicht die Schränke der Patient:innen. Letzteres geschieht nur im Verdachtsfall und unter Hinzuziehung einer zweiten Pflegefachperson, da es andernfalls einen zu grossen Eingriff in die persönliche Sphäre der Patient:innen darstelle (TNB P02). Der Besitz pornografischer Darstellungen ist den Patient:innen erlaubt, sollte aber nicht offen in den Zimmern herumliegen (TNB P02). Zur Sicherheit gehört es auch z.B. den Besuch eines Anwalts bei einem isolierten Patienten so zu begleiten, dass genügend Distanz vorhanden ist, um das Gespräch nicht zu hören aber doch eingreifen zu können, wenn etwas Sicherheitsrelevantes passieren sollte (TNB P04). Eine weitere Sicherheitsmassnahme betrifft das genau Protokollieren der Bekleidung von Patient:innen bevor diese in einen begleiteten oder unbegleiteten Ausgang gehen. Dies wird gemacht für den Fall, dass Patient:innen zur Fahndung ausgeschrieben werden müssen (TNB P12).

Die Pflegenden arbeiten im Bezugspflegesystem und führen regelmässige Bezugsgespräche mit ihren Patient:innen (TNB P 01). Sie gestalten thematische Gruppengespräche mit den Patient:innen (TNB P 02, 16), leiten die gut organisierte Stationsversammlung (TNB P03) und die Tagesvorbereitung (TNB P07), geben die Medikamente aus und kontrollieren die Vitalzeichen der Patient:innen (TNB P07). Sie begleiten die Patient:innen sowohl einzeln als auch in Gruppen (TNB P14) in den geschlossenen Garten oder in das Klinikgelände (TNB P 07, 09, 11, 12), wo die Patient:innen an einem Kiosk eine Einkaufsmöglichkeit haben. Sie begleiten sie aber auch bei externen Gruppenausgängen (TNB P 05, 12), die durchaus herausfordernd sein können, weil die Patient:innen nicht immer beieinander bleiben, sondern z.B. in

Ladengeschäften an unterschiedlichen Dingen interessiert sind (TNB P12), so dass es nicht leicht ist den Überblick zu behalten. Deswegen erleben die Pflegenden dies als eine besonders verantwortungsvolle Aufgabe (TNB P12). Eine Mitarbeitende zahlt den Patient:innen das Taschengeld aus (TNB P05), weswegen sie stets willkommen ist.

Die Betreuung der isolierten Patient:innen nimmt viel Zeit und Energie in Anspruch, da diese häufig klingeln und dann andere Tätigkeiten wie z.B. Bezugspflegegespräche oder der Übergaberapport unterbrochen werden müssen (TNB P 04, 05, 07). In der Regel wollen die Patient:innen dann aus dem Isolierzimmer, um im Raucherzimmer eine Zigarette zu rauchen (TNB P 04, 05, 07). Patient:innen bei denen dies nicht möglich ist, erhalten ersatzweise Nikotinpflaster (TNB P04).

Daneben sind die Mitarbeitenden mit administrativen Aufgaben (TNB P 09, 16) oder den Übergaberapporten beschäftigt (TNB P 03, 04, 07, 09, 11, 12, 14, 16). Die Rapporte können kurz und knapp, ohne Besonderheiten verlaufen (TNB P 04, 07, 09, 16), sie können rein pflegerisch (TNB P 04, 07, 09, 16) oder multiprofessionell besetzt sein (TNB 11) und das Verhalten einzelner Patient:innen ausführlicher in den Blick nehmen (TNB P 11, 14) oder mehrere Patient:innen ausführlicher besprechen und eigene Reaktion reflektieren (TNB P12). Sie dienen auch der Klärung von Terminen mit den Patient:innen und dem Team (TNB P14). In einem Fall informierte eine ärztliche Mitarbeiterin in wenig besorgtem Tonfall, dass ein Patient sich in eine pflegerische Mitarbeiterin verliebt habe, was zunächst Erheiterung hervorrief, dann bei der betreffenden Mitarbeiterin aber doch zu grosser Betroffenheit führte, da sie und ihre Kolleg:innen die Situation – aufgrund der Vorgeschichte des Patienten – eher besorgniserregend fanden. Es wurden mehrere Möglichkeiten mit dieser Situation umzugehen diskutiert und schliesslich entschieden, dass der zuständige Oberarzt gemeinsam mit der betroffenen Mitarbeiterin und dem Patienten ein Dreiergespräch führen würde (TNB P14).

### *Die Recovery – Orientierung und ihre Grenzen*

Der Beginn der Implementierung von Recovery-orientierten Massnahmen verlief eher zögerlich (TNB P 02). So folgte eine der geplanten Massnahmen dem Wunsch der Patient:innen, in einem geschützten und extern moderierten Rahmen, für sie heikle Themen mit den Mitarbeitenden ansprechen zu können. Diese externe Moderation sollte von der Seelsorgerin der Klinik wahrgenommen werden. Die Massnahme konnte aber nicht direkt, sondern erst einige Wochen später beginnen, da dafür noch Etliches zu planen war (TNB P 04).

Tatsächlich fand das erste «Meeting», wie die Massnahme genannt wird, zum ersten Mal im April 2021 statt. Thematisch wurde über das Erleben von Zwangsmassnahmen, sowohl aus der Sicht der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden gesprochen (TNB P 06). Dabei zeigte sich, dass Patient:innen auch erleichtert sind, wenn aus ihrer Sicht gefährliche Mitpatient:innen isoliert werden, speziell wenn diese zu sexuellen Übergriffen unter den Patient:innen neigen. Die Mitarbeitenden waren bestürzt darüber, dass die Patient:innen sich nicht schon früher mit dieser Information an sie gewandt hatten, was diese einerseits mit Scham und andererseits mit einem fehlenden Raum für solche Gespräche begründeten.

Das Thema sexualisierte Sprache und beleidigendes Verhalten unter den Patient:innen, was ganz überwiegend im Raucherzimmer vorkommt (das von den Mitarbeitenden nicht betreten werden soll), tauchte eine ganze Zeit später nochmal im Rahmen einer thematischen Gruppe auf, wo es von den Patient:innen direkt thematisiert werden konnte, was sie als Erleichterung empfanden (TNB P 13).

Ein zweites «Meeting» folgte vier Wochen später mit der Beteiligung von drei Patient:innen und drei Mitarbeitenden. Allerdings war die externe Moderatorin unzufrieden mit der Organisation des «Meetings», sie wünschte sich vorab darüber informiert zu werden, wer teilnehmen würde und um welches Thema es gehen sollte (TNB P08), was mit den anwesenden Patient:innen vier Wochen im Vorhinein nur schwer zu realisieren ist. Das Thema des «Meetings» war der Einsatz von Peer-Mitarbeitenden in der forensischen Psychiatrie (TNB P 08). Für die Patient:innen war es wichtig zu betonen, dass ein Peer-Mitarbeitender über eigene Erfahrungen in der Forensik verfügen und die Funktion eines Bindegliedes zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden wahrnehmen sollte. Allein durch seine Anwesenheit würde eine andere Perspektive in die Forensik eingebracht werden und ausserdem seien Peer-Mitarbeitende hoffnungstiftend (TNB P08).

Am dritten «Meeting» (TNB P10) beteiligten sich zwei Patient:innen und drei Mitarbeitende. Thematisiert wurde das mangelnde Interesse der anderen Patient:innen sich an diesem «Meeting» zu beteiligen sowie die Frage der Umstrukturierung des wöchentlichen Einkaufs für die Abteilung durch Patient:innen. Hintergrund für das zweite Thema war, dass die Patient:innen abends nur noch selten gemeinsam kochen. Es mangle an Lebensmitteln dafür, was wiederum mit der begrenzten Anzahl an Waren, die bei einem Einkauf erworben werden dürfen, in Zusammenhang stehe. Dabei zeigte sich, dass die Begrenzung der Waren eine Regel darstellte, die irgendwann wegen einer Person, die längst nicht mehr da war, eingeführt, aber nie mehr abgeschafft wurde. Dies wollten die beteiligten Mitarbeitenden in einem Teamgespräch veranlassen, was sie am darauffolgenden Tag auch taten (TNB P11).

Das vierte «Meeting» fand unter Beteiligung von zwei Patient:innen und vier Mitarbeitenden statt (TNB P 15). Der thematische Schwerpunkt lag auf dem Lockerungsstufensystem. Wie das Gespräch ergab, hatten die Patient:innen nur wenige Informationen dazu und die informative Erklärung von den Mitarbeitenden wurde von den Patient:innen als sehr hilf-reich empfunden.

Trotz der beklagten mangelnden Beteiligung von Patient:innen an dem Meeting (TNB P10) und an anderen Recovery-orientierten Gesprächsrunden – nach der Ankündigung, dass man in der thematischen Gruppe nun über Recovery sprechen würde und es den Patient:innen freistellte die Gruppe zu verlassen, blieben nur drei Patient:innen (TNB P16) –, melden einzelne Patienten dem Beobachter auch zurück, dass sie persönlich sehr von dem Modellversuch profitiert hätten im Sinn von Einsichten in ihre persönliche Entwicklung (TNB P11). Im Einzelfall scheint vieles möglich zu sein, so erhält eine Patientin die Möglichkeit sich weiterzubilden und eine neue Fremdsprache zu lernen (TNB P07).

Auch die Mitarbeitenden äussern in Einzelgesprächen mit dem Beobachter Ideen, wie man Patient:innen weiter unterstützen könnte z.B. indem man mit ihnen trainiert ihre Medikamente selbständig zu richten und einzunehmen (TNB P03) oder wie man die Aufenthalte im geschlossenen Garten sportlich besser nutzen könnte (TNB P04). Allerdings setzen sie diese Ideen nicht um.

Anders sieht es aus, wenn gemeinsam etwas getan wird wie z.B. beim Sportangebot wo Patient:innen und Mitarbeitende sich gemeinsam bewegen: Die Patient:innen wirken dann aktiver und die 'Kluft' zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen scheint kleiner zu werden (TNB P03). Ähnliches scheint auch für begleitete Gruppenausgänge in die Stadt zu gelten (TNB P12), welche von den Patient:innen besonders geschätzt werden. Dies trifft auch zu, wenn gemeinsam Gesellschaftsspiele wie z.B. 'Siedler von Catan' gespielt werden (TNB P11) und alle Beteiligten zu Mitspielenden werden.

Auch innerhalb der Gruppe der Patient:innen gibt es gelegentlich mehr Lebendigkeit und vermehrte Interaktionen: Dann wird geschäkert, sich über Zeitungsartikel

ausgetauscht oder gemeinsam geraucht (TNB P 11). Einige Patient:innen interessieren sich für das Befinden von Mitpatient:innen fragen explizit nach z.B. wenn eine Standortgespräch stattgefunden hat oder wenn bei jemandem neue Medikamente angesetzt wurden (TNB P 14) oder der Einkauf für die Patient:innen, den diejenigen mit entsprechender Lockerungsstufe übernehmen, geplant wird (TNB P04).

Hindernisse für oder Grenzen der Recovery-Orientierung liegen aus Sicht der Mitarbeitenden vor, wenn Patient:innen sich nicht krankheitseinsichtig zeigen oder aufgrund einer anderen kulturellen Herkunft ein sich deutlich unterscheidendes Krankheitsverständnis haben (TNB P11) und entsprechend nicht mit den psychoedukativen Empfehlungen von Mitarbeitenden konform gehen (TNB P11). Für die Mitarbeitenden kann in derlei Situationen auch ein Konflikt entstehen, weil sie einerseits die Selbstbestimmung der Patient:innen respektieren und fördern wollen und sich andererseits aber auch der Gesundheitsfürsorge der Patient:innen verpflichtet sehen, so dass sie gelegentlich auch mit strengen Massnahmen reagieren. So verbieten sie z.B. jemandem mit starkem Übergewicht, sich zusätzlich zu den normalen Mahlzeiten, sogenanntes 'Junkfood' wie Pizza, Hamburger oder Pommes frites zu bestellen oder einem anderen Patienten sich Zigaretten aus aufgelesenen Kippen, getrockneten Blumen und Gräsern zu drehen (TNB P04). Dies kann bis zur Nutzung von informellem Zwang gehen z.B. wenn ein eher untergewichtiger Patient aufgefordert wird zuerst etwas zu essen bevor auf eine andere Bitte von ihm eingegangen werden wird (TNB P05).

Auch die 'Einmischung' von Angehörigen in die Behandlung z.B., wenn diese die Rechte von Patient:innen mit vertreten oder entsprechend Anwälte finanzieren (TNB P04), so dass die betreffenden Patient:innen sich nicht auf die Behandlung einlassen, wird als Hindernis verstanden. Dies kann dazu führen, dass Mitarbeitende eine Zwangsmedikation begrüssen, weil aus ihrer Sicht medikamentös behandelte Patient:innen für sie leichter erreichbar sind (TNB P11). Andererseits wird durchaus respektiert, wenn Patient:innen eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Dann kann es aber sein, dass die Symptomatik der psychischen Erkrankung so zunimmt, dass diese Patient:innen isoliert werden müssen. In so einem Fall sehen Mitarbeitende eine Zwangsmedikation auch als Ultima Ratio an, um die Absonderung der betreffenden Patient:innen aufheben und sie wieder in die Gruppe der Patient:innen integrieren zu können (TNB P 05, 07). Über Absonderungen von Patient:innen in den Isolationszimmern sprechen die Mitarbeitenden nur hinter verschlossenen Türen (TNB P04) und auch die Patient:innen sind bedrückt und ratlos, wenn sie Situationen mit Zwangs-kontext auf der anderen Seite der Tür miterleben (TNB P05).

### *Die Rolle des Beobachters*

Die Mitarbeitenden und der wissenschaftliche Mitarbeiter des Modellversuchs haben sich teilweise schon vor der Teilnehmenden Beobachtung kennengelernt. Trotzdem muss er als teilnehmender Beobachter nun mit den Personen und Bedingungen der Abteilung vertraut werden. Dies scheinen auch die Mitarbeitenden der Abteilung zu wissen, den sie empfangen ihn zur ersten Beobachtungsrunde sehr freundlich, nehmen sich Zeit, zeigen ihm die Abteilung und erklären ihm Abläufe (TNB P01) und geben ihm die Möglichkeit sich allen Mitarbeitenden auf der Abteilung vorzustellen (TNB P02). Ein Mitarbeitender schlägt dem Beobachter vor ihn durch die gesamte Schicht zu begleiten (TNB P03), zeigt sich also sehr offen und bereit sich und seiner Arbeit «zuschauen zu lassen», während andere Mitarbeitende eher Sorge haben, dass die Beobachtungen ihrer Kontrolle dienen und erleichtert reagieren, wenn der Beobachter ihnen anhand des Aufbaus des Modellversuches erklärt, dass dies nicht der Fall ist (TNB P05). Mit der Zeit werden Mitarbeitende und Patient:innen vertrauter mit dem Beobachter (TNB P 05, 07) der sich ihnen bewusst zur Verfügung stellt (TNB P07). Sich zur Verfügung stellen bedeutet präsent und offen für die Bedürfnisse des Gegenübers zu sein und auf diese einzugehen. Dabei kann es sich bei den Patient:innen um Gesellschaftsspiele (TNB P 04, 11), um

Gespräche auf der Abteilung, die häufig mit alltäglichen Themen beginnen und dann zum Bericht von Lebensgeschichten werden (TNB P 05, 07, 09, 11, 12, 14, 16) oder um Gespräche bei Begleitungen (TNB P12) handeln.

Die Mitarbeitenden nützen den Beobachter in ähnlicher Weise. Sie besprechen Konfliktsituationen mit ihm z.B. wie gehe ich mit Patient:innen um, die ich schon vor dem Aufenthalt hier privat gekannt habe (TNB P02), oder wie kann ein Konflikt unter Patient:innen gelöst werden (TNB P03), sie berichten aber auch von Teamkonflikten (TNB P14). Daneben geht es auch um Persönliches: sie erzählen von ihren Ferien (TNB P09), von ihren Erfahrungen an anderen Arbeitsstellen (TNB P11), und ihren beruflichen Plänen (TNB P14).

Der Beobachter wiederum wählt zunehmend gezielter Beobachtungssituationen aus (TNB P 03, 04, 05, 11, 12, 14), die teils aus der Reflektion des Beobachteten (TNB P 12) und teils aus seiner Selbstreflektion (TNB P 09, 12) resultieren.

### **Die Sitzungen der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppen setzte sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen und hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung BA 1 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 12 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzungen von Januar und April 2021 mussten Corona-bedingt ausfallen. Im Oktober und November 2021 fanden keine AG-Sitzungen mehr statt. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich zwei Patient:innen und zwei Mitarbeitende teil; die anderen Teilnehmenden wechselten. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| <b>AG Nr.</b> | <b>Anzahl PAT</b> | <b>Anzahl MA</b> |
|---------------|-------------------|------------------|
| 01            | 4                 | 2                |
| 02            | 3                 | 2                |
| 03            | 3                 | 3                |
| 04            | 4                 | 3                |
| 05            | ausgefallen       |                  |
| 05            | 3                 | 2                |
| 06            | 2                 | 4                |
| 07            | 2                 | 2                |
| 08            | ausgefallen       |                  |
| 09            | 1                 | 1                |
| 10            | 2                 | 3                |

|    |   |   |
|----|---|---|
| 11 | 2 | 2 |
| 12 | 2 | 2 |
| 13 | 2 | 3 |

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorischen Herausforderungen, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe.

#### *Die organisatorischen Herausforderungen*

Eine der organisatorischen Herausforderungen bestand darin, die Arbeitsgruppe pünktlich zu beginnen. In der Regel begann sie ca. zehn Minuten später als geplant (Protokoll 1, 3, 7), weil es technische Probleme mit dem Beamer gab, Mitarbeitende und/oder Patient:innen zu spät kamen oder ein anderer Raum gesucht werden musste. In zwei Fällen begann die Arbeitsgruppe mit einer Verspätung von einer (Protokoll 12) bzw. zwei Stunden (Protokoll 9). Im letzten Fall, weil sich zur geplanten Sitzungszeit weder Mitarbeitende noch Patient:innen fanden, die sich an der Sitzung beteiligen wollten.

Eine weitere organisatorische Herausforderung ergab sich durch die geplante Massnahme «Meeting», da dafür die Termine mit der externen Moderatorin und der Abteilung geplant und koordiniert werden mussten, so dass die Massnahme nicht wie geplant im Januar 2021, sondern erst im April 2021 starten konnte (Protokoll vgl. Thematische Beschreibung TNB BA1).

#### *Die Gestaltung der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Wie auf allen Interventionsabteilungen begann auch hier die erste Sitzung der Arbeitsgruppe mit der abteilungsspezifischen Vorstellung der Ergebnisse vom ersten Erhebungszeitpunkt (Protokoll 1). Die meisten anderen Sitzungen begannen mit einer zusammenfassenden Rekapitulation der in der letzten Arbeitsgruppensitzung behandelten Themen (Protokolle 2, 3, 5, 7, 11) es sei denn, es waren Teilnehmende zum ersten Mal dabei, dann wurde eine kurze Einführung in das Projekt gegeben (Protokoll 13). Einmal wurde eine Sitzung durch einen der teilnehmenden Patienten sehr gestört, so dass ein Mitarbeitender mit dem Patienten die Sitzung verlassen musste (Protokoll 4). Gegen Ende der Sitzungen wurden Vereinbarungen getroffen über Dinge, die bis zur nächsten Sitzung erledigt sein sollten und Aufgaben zugeordnet (Protokoll 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10), die in der Regel sowohl von Patient:innen als auch von Mitarbeitenden erledigt wurden. Dabei kam es vor, dass Patient:innen sich von den Mitarbeitenden nur ungenügend unterstützt fühlten, z. B. in der Terminkoordination mit der externen Moderatorin des «Meetings» (Protokoll 9), was sie auf mangelndes Interesse bei den Mitarbeitenden zurück führten. Insgesamt wurde in den Sitzungen der Arbeitsgruppe aber lebhaft und konstruktiv gearbeitet (Protokolle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12).

#### *Die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen*

Mit der Bezeichnung thematische Schwerpunkte sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint.

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 1) wurde dazu genutzt, den teilnehmenden Patient:innen und Mitarbeitenden die Ergebnisse der Befragung (Fragebogenerhebung und Fokusgruppeninterviews) abteilungsspezifisch vorzustellen. Die Teilnehmenden folgten der Präsentation aufmerksam. Die anwesenden Patient:innen beteiligten sich mit Fragen, Anmerkungen und weiteren Beispielen aus ihrem Alltag lebhaft an der Präsentation und gaben an, sich durch die Ergebnisse vollständig repräsentiert zu fühlen. Die anwesenden Mitarbeitenden enthielten sich hingegen jedweden Kommentars, z.B. auch zu den Ergebnissen aus den Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden.

In der zweiten Sitzung wurde insbesondere das Thema «intransparente Kommunikation zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen» diskutiert. Dazu gehörte auch die Reklamation der Patient:innen, dass die Rückmeldungen von der Abteilung und aus den Standortbestimmungen häufig nicht deckungsgleich sind und ihre Expertise in Bezug auf Medikamente nicht genügend Berücksichtigung finden. Es wurden Ideen entwickelt und wieder verworfen, wie z.B. die Einführung eines Patientenrats, bis sich schliesslich die Idee des «Meetings» in Ansätzen ergab. Dabei sollte das «Meeting» die Mitarbeitenden aller Berufsgruppen und die Patient:innen einbeziehen und im geschützten Rahmen einen Austausch auf Augenhöhe ermöglichen.

Die dritte Sitzung begann wiederum mit der Rekapitulation der Inhalte der zweiten Sitzung, was unmittelbar dazu führte, dass weiter darüber diskutiert wurde, dass die Rückmeldungen aus der Standortbestimmung sich nicht mit den Rückmeldungen von den Mitarbeitenden der Abteilung deckten. Und so entstand der Gedanke, dass die Patient:innen von Beginn an bei ihren je individuellen Standortbestimmungen anwesend sein könnten, um so die Transparenz der Kommunikation zu verbessern.

In der vierten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde die Idee des «Meetings» wiederaufgenommen und konkretisiert. Es wurde besprochen wie das «Meeting» organisiert werden könnte, welche Themen dort besprochen werden sollten und wie das «Meeting» auch für die Berufsgruppen des ärztlichen und psychologischen Dienstes interessant sein könnten, z.B. indem dort nicht über Alltägliches (der Raucherraum ist mal wieder nicht aufgeräumt) gesprochen wird. Stattdessen sollten übergeordnete Themen, die alle betreffen, zur Sprache kommen. Es wurde auch besprochen, wie die Standortbestimmung für die Patient:innen verbessert werden könnte.

In der fünften Sitzung der Arbeitsgruppe zeigte sich, dass die Mitarbeitenden und die Patient:innen inzwischen aktiv an der Verbesserung der Standortbestimmung gearbeitet hatten und dies mit dem Team und der ärztlichen Leitung abgesprochen und geklärt hatten. Dies bedeutete, dass die Patient:innen ab sofort bei ihren Standortbestimmungen von Beginn an anwesend sein durften. Ein Termin für das erste «Meeting» war hingegen noch nicht festgelegt worden, allerdings sollte die Bekanntgabe an die nicht beteiligten Mitpatient:innen mit einem kleinen Ausschreibungstext noch am selben Nachmittag erfolgen.

Die sechste Sitzung der Arbeitsgruppe widmete sich wieder dem Thema «Meeting» und thematisierte insbesondere die Frage, wie die Auswahl der zu besprechenden Themen festgelegt werden sollte. Es wurde vereinbart, dass die Mitarbeitenden und die Patient:innen jeweils für sich Themen sammeln sollten, um diese dann in der thematischen Gruppe abzustimmen.

In der siebten Sitzung der Arbeitsgruppe war wiederum die Standortbestimmung das zentrale Thema. Inzwischen hatten die ersten Patient:innen von Beginn an bei ihrer je individuellen Standortbestimmung teilgenommen und berichteten, wie sie dies erlebt hatten. Die Rückmeldungen waren durchgängig positiv: Die Patient:innen gaben an, ein differenzierteres Bild der einzelnen Perspektiven auf sie gewonnen zu haben und auch überrascht gewesen zu sein wie viele positive Rückmeldungen ihnen gegeben wurden. «Insgesamt sehr positiv aber auch anstrengend» (Protokoll 7).

Die achte Sitzung der Arbeitsgruppe hat zu Gunsten des ersten «Meetings» nicht stattgefunden, so dass sich eine Pause von acht Wochen bis zur neunten Sitzung ergab. In der neunten Sitzung werden die ersten Ermüdungserscheinungen thematisiert. Die beiden Patient:innen, die kontinuierlich teilnahmen, klagten ebenso wie die beiden Pflegefachpersonen darüber, dass es sehr schwierig und frustrierend sei sowohl mehr Patient:innen als auch mehr Mitarbeitende zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe und zur Teilnahme am «Meeting» zu motivieren und sie selbst auch nicht mehr viel Lust hätten weiter zu machen.

Dieses Thema zog sich über die nächsten Sitzungen (Protokoll 10, 11, 12 und 13) hin, wobei zunächst Möglichkeiten sondiert wurden, wie man weitere Patient:innen und Mitarbeitende interessieren und begeistern könnte, z.B. indem die Schulung wiederholt oder ein Peermitarbeitender in eine thematische Gruppe eingeladen wird.

Letztgenanntes wurde realisiert und hat bei einigen Mitarbeitenden und Patient:innen auch Eindruck hinterlassen, aber nicht genug, um sich ernsthaft zu beteiligen. Ansonsten wurden diese Sitzungen genutzt, um miteinander über Themen zu sprechen, für die eigentlich das «Meeting» vorgesehen war wie z.B. die doppelte Stigmatisierung – psychisch krank und ein Delikt begangen – oder das Erleben der Isolierung. Immer wieder wurde auch über mögliche Ursachen des mangelnden Interesses von Mitarbeitenden und Mitpatient:innen gesprochen. Bei den Mitarbeitenden wurde als ursächlich angesehen, dass es dort zwei Lager gebe. Das eine Lager wolle die Patient:innen eher verwalten und sei nicht an Veränderungen interessiert wohingegen das andere Lager sehr wohl Veränderungen wolle, aber am anderen Lager scheitere (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung FGI 2 MA). Bei den Mitpatient:innen wurde Ichbezogenheit und der Fokus auf eigenen Interessen als ursächlich für den Mangel an Beteiligung angesehen (vgl. dazu auch Thematische Beschreibung TNB). Die zunehmende Frustration der beteiligten Patient:innen führte dazu, dass diese ihre Beteiligung nach der dreizehnten Sitzung der Arbeitsgruppe einstellten und andere Patient:innen nicht motiviert werden konnten.

#### *Die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe*

Wie in den bisherigen Beschreibungen bereits ersichtlich wurde, haben sich zumindest zwei Patient:innen bis zur neunten Sitzung der Arbeitsgruppe engagiert beteiligt. Sie haben bei der Präsentation der abteilungsspezifischen Ergebnisse aus der ersten Datenerhebung lebendig und aktiv mitdiskutiert (Protokoll 1), haben sich zwischen den Sitzungen der Arbeitsgruppe getroffen um weitere Massnahmen zu überlegen bzw. die vorhandenen Ideen zu konkretisieren (Protokoll 4), haben protokolliert und organisiert (Protokoll 5, 7) und sich am «Meeting » und dem Standort beteiligt (Protokoll 8, 9). Mit der neunten Sitzung (Protokoll 9), etwa vier Wochen nachdem das erste von insgesamt vier «Meetings» stattgefunden hat, begannen sie über die ersten Ermüdungserscheinungen zu sprechen, darüber wie schwierig es sei die Mitpatient:innen zu motivieren sich zu beteiligen und darüber, dass sie sich von den Mitarbeitenden des Pflegedienstes nur wenig unterstützt fühlten. Sie gingen davon aus, dass die Pflegenden die anderen Patient:innen nicht ausreichend informierten und dass auch die Pflegefachleute selbst zu wenig Informationen hatten darüber wie das Meeting jeweils organisiert werden musste (Protokoll 10). Sie rangen noch darum doch alltagspraktische Themen wie den Einkauf für die Patient:innen im «Meeting» zu besprechen, weil sie damit die Hoffnung verbanden, dass dies das persönliche Interesse etlicher Mitpatient:innen träfe (Protokoll 11). Nachdem die Umsetzung der im «Meeting» gesammelten Vorschläge auf sich warten liess, entschieden sie sich selbst auch nicht mehr an der Arbeitsgruppe teilzunehmen und so wurde die Arbeitsgruppe eingestellt.

#### *Fazit*

Allem Anschein nach ist es hier nicht gelungen einen Effekt für die Patient:innen im Sinn von Erleben von Selbstwirksamkeit zu erreichen. Die Enttäuschung der beteiligten Patient:innen und Pflegefachpersonen bezieht sich auf das mangelnde Interesse der Mitpatient:innen und den Mangel an Engagement der pflegerischen Kolleg:innen («sie sitzen mit im Boot aber sie rudern nicht» Protokoll 10, Abschnitt 5) sowie den Mangel an Unterstützung durch das multiprofessionelle Team (vgl. hierzu FGI 2 MA). Die Massnahme «Meeting» wurde als zu komplex und nicht niederschwellig genug eingeschätzt (vgl. FGI 2 MA). Und die Massnahme «Patient:innen sind von Beginn an bei ihren Standortgesprächen dabei» wird von den Patient:innen (vgl. Protokoll AG 7) zwar positiv beurteilt aber gleichzeitig als Leistung den beteiligten Mitarbeitenden und nicht sich selbst zugerechnet (vgl. FGI 2 PAT). Insofern konnten sie sich auch nicht selbstwirksam erleben.

## 10.6 Anlage 6 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung BA 2

### **Die Teilnehmende Beobachtung**

Im Zeitraum von Oktober 2020 bis November 2021 wurden auf der Abteilung BA2 an insgesamt 7 Tagen jeweils zwischen Mitte und Ende eines Monats Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich fünf Stunden Dauer durchgeführt.

Die thematische Analyse (Braun & Clarke 2006) der Beobachtungsprotokolle, unter Nutzung der Software MAXQDA 20, ergab folgende Themen: Das Milieu der Station, die Tätigkeiten der Mitarbeitenden, die Recovery-Orientierung und deren Grenzen sowie die Rolle des Beobachters.

#### *Das Milieu*

Die Abteilung BA 2 ist eine geschlossenen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes. Der Zutritt zum Gebäude erfolgt für Mitarbeitende getrennt von Patient:innen und Besucher:innen durch einen separaten Eingang, der gleichwohl von den Mitarbeitenden des Empfangs des Klinikgebäudes geöffnet werden muss. Anders als am Standort Rheinau verfügt der wissenschaftliche Projektmitarbeiter, als Angestellter der Klinik in Basel, über einen Schlüssel, so dass er zwar nicht das Gebäude jedoch die Stationen selbständig betreten kann.

Die Abteilung verfügt über ein Einbett- und mehrere Zweibettzimmer sowie drei Isolationsräume. Es gibt einen grossen Ess- und Aufenthaltsbereich mit vorgelagerter Küche für die Patient:innen, in denen diese gemeinsam mit Mitarbeitenden Mahlzeiten zubereiten (TNB P 06), einen von Mitarbeitenden und Patient:innen viel frequentierten Raucherraum (TNB P 02, 03, 04, 06, 07) sowie einen kleinen Aufenthaltsbereich mit Sofas, Tischfussball und Fernsehgerät (TNB P 04). In diesem kleinen Aufenthaltsbereich hat zeitweise der gemeinsame Übergabe-Rapport mit den Patient:innen stattgefunden (TNB P 06). An den Wänden des Flurs hängen 'lustige' Poster und Bilder mit pädagogischen Botschaften (TNB P 03). Zusätzlich gibt es ein Schulzimmer und einen dazu gehörenden Lehrer (TNB P 05) und ein Abteilungsbüro vor dem sich die Patient:innen gerne aufhalten, wenn sich die Mitarbeitenden darin befinden (TNB P 05, 07). Im Abteilungsbüro gibt es eine Übersichtstafel zu den Patient:innen, die mit Fotos derselben ergänzt sind (TNB P 05). Hinzu kommt ein kleiner Besprechungsraum (TNB P 01). Insgesamt macht die Station einen sehr ordentlichen und aufgeräumten Eindruck (TNB P 02).

Wenn die Isolationszimmer belegt sind, kann dies zu einer erheblichen Lärmbelastung führen, da die darin abgesonderten Jugendlichen häufig aus Langeweile klingeln (TNB P 05, 06). Gelegentlich werden Jugendliche auch in ihren Zimmern isoliert (TNB P 06), eine Massnahme, die als Sanktion bei Fehlverhalten oder Regelverletzungen durch die Jugendlichen sowohl angedroht (TNB P 06) als auch eingesetzt wird (TNB P 01). Eine Situation, in der es öfter zu solcherlei Androhungen kommt, sind die gemeinsamen Mahlzeiten (TNB P 01, 06). Die Jugendlichen dürfen erst mit dem Essen beginnen, wenn alle Patient:innen etwas auf dem Teller haben, was sie gerne nutzen, um die Mitarbeitenden zu provozieren (TNB P 06). Auch unter den Jugendlichen selbst kommt es zu Spannungen und gegenseitigen Provokationen während der Mahlzeiten (TNB P 01). Dies mag auch damit zu tun haben, dass die Mitarbeitenden während der Mahlzeiten nicht mehr mit den Jugendlichen an einem Tisch sitzen dürfen, aufgrund der Massnahmen zur Einschränkung der Corona-Pandemie (TNB P 04). Beim gemeinsamen Spielen von Gesellschaftsspielen sollen die Jugendlichen entsprechend auch Masken tragen, was von ihnen auch genutzt wird, um zu provozieren, z.B. indem sie die Maske nicht korrekt tragen oder vorgeben kontinuierlich zu trinken. Auch dann wird die Sanktion Absonderung im Zimmer für einen begrenzten Zeitraum eingesetzt (TNB P 06).

Auch jenseits dieser Massnahmen gibt es einiges an Stationsregeln zu beachten: So dürfen die Jugendlichen z.B. maximal zwölf Zigaretten/Tag rauchen (TNB P 03) und

diese nur an einem fest in der Wand des Raucherraumes installierten Gerät anzünden. Die Jugendlichen dürfen nicht schlecht übereinander sprechen: Sagt ein Jugendlicher über eine andere jugendliche Person «sie habe schwanger getan», so wird er gemassregelt (TNB P 02) und der Beobachter gewinnt zunehmend den Eindruck, dass das Reglement der Abteilung darauf ausgerichtet ist Konflikte zwischen den Jugendlichen oder zwischen den Jugendlichen und den Mitarbeitenden zu vermeiden bzw. am Ausbruch zu hindern (TNB P 04).

Die Mitarbeitenden halten die Jugendlichen zumindest für anstrengend und/oder für gefährlich (TNB P 02) und so ist es aus Sicht eines Mitarbeitenden von grosser Bedeutung, dass die Regeln grundsätzlich befolgt werden, weil man andernfalls für die Jugendlichen keine Autoritätsperson sei und sie dies ausnützen würden (TNB P 05). Einige Mitarbeitende beklagen, dass der Umgang mit den Patient:innen zu uneinheitlich sei (TNB P 04) während andere den Eindruck haben, dass es nicht genug Transparenz in Bezug auf Sicherheitsvorschriften gebe (TNB P 02). Gerade neue Mitarbeitende, von denen es viele gibt (TNB P 07), erhalten diesbezüglich auch widersprüchliche Botschaften. So wird einem Mitarbeitenden, der befristet als Vertretung auf der Abteilung tätig ist, einerseits der Auftrag erteilt, nach dem Essen nach einer verlorenen Gabel zu suchen und andererseits mitgeteilt, dass man hier nur verschwundene Messer als potentielle Waffen ernst nimmt (TNB P 02).

Die Atmosphäre unter den Mitarbeitenden kann sehr entspannt und angenehm sein (TNB P 02, 06), sie kann aber auch unmittelbar latent angespannt wirken (TNB P 03). Dies führt dazu, dass Mitarbeitende sich emotional ausgelaugt fühlen und dies auf die unterschwellig aggressive Stimmung sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden zurückführen (TNB P 03). Diese Stimmung wiederum habe mit der «schlechten Kommunikationskultur zwischen den Mitarbeitenden» (TNB P 03) zu tun, die als eine Mischung aus «Misstrauen und Konformität» (TNB P 03) gegenüber Vorgesetzten beschrieben wird. Hinzu käme die mangelhafte Organisation bzw. die mangelnde Transparenz bezüglich der Tagesplanung für die Patient:innen (TNB P 03). Insgesamt wirken die Mitarbeitenden sehr mit sich beschäftigt, erzählen sich schon zu Schichtbeginn im Frühdienst Geschichten über Entweichungen und Ängste, die sie in diesem Zusammenhang umtreiben (TNB P 04). Trotzdem überlegen etliche Mitarbeitende gemeinsam wie sie der angebotenen Supervision, die sie als hinderlich wahrnehmen, aus dem Weg gehen können (TNB P 03).

Diese Bandbreite an Einschätzungen und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden untereinander spiegelt sich auch im Umgang mit den Jugendlichen wider: So kann eine gemeinsame Zeit im geschlossenen Garten ausgelassen und fröhlich sein (TNB P 03), während ein begleiteter Ausgang im Park der Klinik vollkommen schweigend und ohne jedweden Kontakt zwischen den Patient:innen und den Mitarbeitenden verlaufen kann (TNB P 03). Die Patient:innen können direktiv und verdriesslich angesprochen werden (TNB P 06), sie können auf dem Flur mitgeteilt bekommen, dass man den Eindruck habe ihr Zustand verschlechtere sich (TNB P 06), aber die Mitarbeitenden können auch sehr rücksichtsvoll sein z.B. beim morgendlichen wecken (TNB P 04) und sich gemeinsam mit einem Patienten über dessen bevorstehende Entlassung freuen (TNB P 07).

### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Die Mitarbeitenden sind sehr damit beschäftigt Information über und mit den Patient:innen auszutauschen. So gibt es einerseits Übergabe-Rapporte ohne Patient:innen (TNB P 02) und Übergabe-Rapporte ohne Patient:innen in Vorbereitung des Rapportes mit den Patient:innen (TNB P 04, 07). Dabei fällt auf, dass in dem vorbereitenden Rapport ohne Patient:innen bei den Informationen zu den einzelnen Patient:innen häufig Worte genutzt werden, die ein kriminelles Verhalten ausdrücken

wie z.B. «Patientin X habe eine Zigarette von Mitpatient Y geklaut» (TNB P 07) oder Patientin A habe versucht» einen Telefonvertrag von ihren Bei-ständen zu erpressen» (TNB P 07). Der Übergabe-Rapport ohne Patient:innen findet im Abteilungsbüro statt, wohingegen der Übergabe-Rapport mit den Patient:innen an wechseln-den Orten stattfindet. Dafür wird das Besprechungszimmer (TNB P 01), der kleine Aufenthaltsbereich (TNB P 05) oder auch die Zimmer der Patient:innen genutzt (TNB P 07). Inhaltlich wird der Tagesverlauf mit den Jugendlichen nach- und vorbesprochen, es wird das Verhalten der Jugendlichen in Bezug auf Deliktrelevanz und die Einhaltung von Regeln thematisiert und es werden gegenseitige Erwartungen geklärt (TNB P 01, 05). Wenn der Übergabe-Rapport im Zimmer der Jugendlichen stattfindet, wird der Mitpatient oder die Mitpatientin so lange hinausgeschickt (TNB P 07) und die Mitarbeitenden kontrollieren dabei auch die Ordnung im Zimmer (TNB P 07). Neben den Übergabe-Rapporten gibt es auch Besprechungen der Mitarbeitenden im Tages-verlauf etwa um speziellen Ereignisse wie einen Konflikt mit einer externen Tiertherapeutin nach zu besprechen (TNB P 02) oder einzelne Kolleg:innen über die Patient:innen zu in-formieren (TNB P 02) oder zum interprofessionellen Informationsaustausch (TNB P 03).

Einen grossen Anteil an den Tätigkeiten der Mitarbeitenden nimmt die Begleitung der Patient:innen ein. Sie werden zu Einzel-und Gruppenausgängen (TNB P 01, 02, 07) in den Park der Klinik begleitet, aber auch in den geschlossenen Garten der Klinik für forensische Psychiatrie (TNB P 01). Sie werden von den Mitarbeitenden begleitet, wenn sie das Internet nutzen (TNB P 03, 07) und dabei genau kontrolliert und schliesslich begleiten die Mitarbeitenden die Patient:innen auch bei den Mahlzeiten (TNB P 01,02,04, 06). Die Mitarbeitenden achten auf die Einhaltung von Stationsregeln und setzen diese durch (TNB P 03,05,07), sie kochen gemeinsam mit den Patient:innen ( TNB P 04), spielen Gesellschafts-spiele mit ihnen (TNB P 06), beschäftigen sie mit kreativen Tätigkeiten ( TNB P 07) und lenken gelegentlich gezielt von ihren Sorgen z.B. um erkrankte Angehörige (TNB P 07) ab. Die Mitarbeitenden bieten aber auch Boxtraining (TNB P 05, 07) und Akupunktur (TNB P 06) für die Patient:innen an und handhaben Krisensituation wie z.B. Selbstverletzendes Verhalten von Patient:innen (TNB P 03).

Neben den direkten patientenbezogenen Tätigkeiten übernehmen sie auch die Vertretung der Mitarbeitenden am Empfang/Sicherheitsschleuse während deren Pausen (TNB P 05) und erledigen administrative Tätigkeiten (TNB P 03).

### *Die Recovery-Orientierung und ihre Grenzen*

Auf dieser Abteilung waren als Recovery-orientierte Massnahmen einmal der 'gemeinsame Rapport mit den Patient:innen' und einmal die 'selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Jugendlichen' festgelegt worden.

Der gemeinsame Rapport sollte zu mehr Partizipation der Jugendlichen beitragen. Allerdings scheint es die intendierte Auswirkung nicht zu geben. Zunächst wird dieser gemeinsame Rapport in einem kleinen Besprechungszimmer durchgeführt (TNB P 01, 02), wo die Jugendlichen einzeln zu den Mitarbeitenden gerufen werden, was dem Ganzen einen Tribunal-Charakter verleiht, insbesondere, da mit den Jugendlichen sehr direktiv gesprochen wird (TNB P 01, 02). Dieser direktive Ton führt dazu, dass die Patient:innen einsilbig reagieren, kaum Blickkontakt aufnehmen und sich eher zurückziehen oder ärgerlich reagieren, weil sie sich wie Kinder behandelt fühlen (TNB P 01, 02). In der Folge wird der gemeinsame Rapport in den kleinen Aufenthaltsbereich der Abteilung auf die dort stehenden Sofas verlagert (TNB P 03). Die Jugendlichen reagieren hier eher trotzig pubertär und fläzen sich während des Rapports auf den Sofas (TNB P 03), was wiederum die Mitarbeitenden veranlasst im Ton noch direkter zu werden (TNB P 03).

Der gemeinsame Rapport wird von den Mitarbeitenden vorbesprochen bevor er durchgeführt wird (TNB P04). Trotzdem scheinen sich die Mitarbeitenden bezüglich des Rapports nicht einig zu sein (TNB P04). So gibt es Mitarbeitende, die eine eher fürsorgliche Haltung zum Ausdruck bringen und Mitarbeiter, die dies durch gewollte Strenge verhindern wollen (TNB P 07). Insbesondere ein Mitarbeitender signalisiert den Patient:innen mit seiner Haltung, dass er von ihnen keine sinnvollen Beiträge erwartet (TNB P 04). In der Folge wird der gemeinsame Rapport in die Zimmer der Patient:innen verlagert, um den Tribunal-Charakter zu reduzieren (TNB P 06). Dies verlangt mehr Flexibilität von den Mitarbeitenden, da es vorkommt, dass Patient:innen gerade unter der Dusche stehen oder zur Toilette sind, so dass andere Patient:innen in anderen Zimmern vorgezogen werden (TNB P 06).

Die zweite Recovery-orientierte Massnahme, 'die selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Patient:innen', weckt bei den Mitarbeitenden keine Begeisterung und sie hoffen, dass sich diese Massnahme nicht durchsetzt (TNB P 02). Dieser Wunsch scheint in Erfüllung zu gehen, weil der Gesundheitszustand eines der Patienten, der die Zubereitung des Abendessens massgeblich mittragen sollte, sich so verschlechtert, dass er dies nicht übernehmen kann (TNB P04).

Die Kommunikation einiger Mitarbeitender mit den Jugendlichen ist eher geprägt von knappen Anweisungen, oder mürrischer Ablehnung (TNB P 01, 02). So wendet sich z.B. ein Patient, der zum Kochen eingeteilt war, mit einer Frage an einen Mitarbeitenden im Abteilungsbüro. Dieser antwortet nicht auf die Frage des Patienten, sondern fragt seinerseits in unwirschem Tonfall, ob das Essen schon fertig sei (TNB P 02) und unterstellt damit, dass der Patient seiner Verpflichtung nicht nachgekommen ist, obgleich dies sehr wohl der Fall war. Die Patient:innen werden von den Mitarbeitenden für vermeintliches Fehlverhalten zur Rede gestellt, etwa wenn sie bei weiteren Mitarbeitenden die gleiche Frage stellen (TNB P 02) oder ein vorgegebenes Ziel anders als auf dem vorgegebenen Weg erreichen wollen (TNB P 07) und die Mitarbeitenden überlegen gemeinsam welche Strafe hart genug ist für den Diebstahl einer Zigarette (TNB P 07).

Einigen Mitarbeitenden ist der Umgang mit den Patient:innen zu 'lasch' (TNB P 04) und sie würden gerne strenger sein. Sie gehen davon aus, dass die Patient:innen durch einen verständnisvollen Umgang lernen, dass sie sich alles erlauben können, was verhindert werden müsse. Bei den Jugendlichen handle es sich nicht um kranke, sondern um pubertierende Menschen und deswegen funktionierten auch Konzepte wie Trauma-Pädagogik nicht (TNB P 04). Andere Mitarbeitende reagieren auch auf eine unangemessen vorgetragene Frage von Patient:innen verständnisvoll z.B. bietet eine Mitarbeiterin einer Patientin, die sehr fordernd Zigaretten verlangt, an, gemeinsam mit ihr einen 'Haushaltsplan' für das Taschengeld zu erstellen, so dass genügend Geld für Zigaretten übrig bleibt (TNB P 05).

Es ist möglich, dass Mitarbeitende und Patient:innen gemeinsam Freude und Fröhlichkeit erleben z.B. bei einem gemeinsamen Basketballspiel (TNB P 07) und auf individueller Ebene fördern die Mitarbeitenden 'ihre' Bezugspatient:innen auch gezielt und überwiegend unterstützend. So definiert ein Mitarbeitender genau mit welchen Überlegungen er seine Bezugspatientin am Boxtraining teilnehmen lässt und was sie davon profitieren kann (TNB P 07). Hier wird deutlich, dass die Recovery-Orientierung auf dieser Abteilung zumindest kontrovers betrachtet wird.

### *Die Rolle des Beobachters*

Die Mitarbeitenden und der wissenschaftliche Mitarbeiter des Modellversuchs haben sich teilweise schon vor der Teilnehmenden Beobachtung kennengelernt. Trotzdem muss

er als teilnehmender Beobachter nun mit den Personen und Bedingungen der Abteilung vertraut werden. Dabei sind immer wieder Terminabsprachen notwendig (TNB 01, 03, 05, 07) und der Prozess des gegenseitigen Kennenlernens scheint sich länger hinzuziehen (TNB 03, 05). Erst bei der letzten Teilnehmenden Beobachtung erkundigen sich einige Mitarbeitende danach was mit den Beobachtungsdaten geschieht und ob der Beobachter ihre Arbeit beurteile (TNB P07), wagen es also ihr Misstrauen anzusprechen. Etwa ab der vierten Teilnehmenden Beobachtung scheinen die Mitarbeitenden den Beobachter auch als Mitarbeitenden wahrzunehmen, der sie bei ihren Tätigkeiten unterstützen und z.B. Begleitungen in den geschlossenen Garten übernehmen kann (TNB P 04) oder einfach als jemand der sich auskennt auf der Station im Dienst sein kann (TNB P06).

Auffallend ist auch, dass die Patient:innen längere Zeit benötigen, um mit dem Beobachter in Kontakt zu treten, ein Gespräch mit ihm zu führen oder mit ihm Gesellschaftsspiele zu spielen. Das geschieht erst ab der vierten Teilnehmenden Beobachtung, dann aber bleibt es dabei (TNB P 04, 05, 06, 07). In den Gesprächen geht es um Alltagsthemen wie Fussball (TNB P 05), Haustiere (TNB P 06), Musik und Kleidungsstile (TNB P06) aber auch um Drogenkarrieren (TNB P 05) und andere Leidensgeschichten (TNB P 06). Neben den Gesprächen stellt sich der Beobachter auch für Gesellschaftsspiele wie Schach (TNB P 04) und Tischtennis (TNB P 07) zur Verfügung.

Auch die Mitarbeitenden nutzen den Beobachter als Gesprächspartner und teilen ihm ihre Ansichten zur Jugendforensik mit, z. B. dass die Frustration einiger Mitarbeitender damit zu tun habe, dass sie den Eindruck haben eigentlich nicht therapeutisch für die Jugendlichen, sondern gegen eine übermächtige gesellschaftliche Entwicklung anzuarbeiten (TNB P 06). Oder, dass es für die Mitarbeitenden schwer sei nichts weiter tun zu können als die Patient:innen in ihrer Problematik auszuhalten, weil man Eltern nicht ersetzen kann (TNB P07). Wie auch bei den Teilnehmenden Beobachtungen auf den anderen Abteilungen (vgl. thematische Beschreibungen Teilnehmende Beobachtung RA 1, 2 & 3, BA 1) reflektiert der Beobachter das Beobachtete und sein eigenes Verhalten in den Beobachtungssituationen (TNB P 03, 04, 06).

### **Die Sitzungen der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hatte den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf ihrer Abteilung umgesetzt werden können. Es gehörte auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Sitzungen der Arbeitsgruppe wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung BA 2 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 12 Sitzungen stattgefunden. In den Monaten März, Juli, August und September 2021 fanden keine Sitzungen der Arbeitsgruppe statt. Ein Patient nahm bis zur einschliesslich neunten Sitzung kontinuierlich an der Arbeitsgruppe teil, während die anderen Patient:innen wechselten. Ab der zehnten Sitzung wechselten die teilnehmenden Patient:innen sitzungsweise. Ein Mitarbeitender nahm kontinuierlich teil, die anderen teilnehmenden Mitarbeitenden wechselten sitzungsweise. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick:

| AG Nr. | Anzahl PAT               | Anzahl MA |
|--------|--------------------------|-----------|
| 01     | 4                        | 2         |
| 02     | 2                        | 2         |
| 03     | 2                        | 2         |
| 04     | 1                        | 2         |
| 05     | 2                        | 2         |
| 05     | 3                        | 2         |
| 06     | 2                        | 4         |
| 07     | Abgesagt durch Abteilung |           |
| 08     | 2                        | 2         |
| 09     | 1                        | 1         |
| 10     | Abgesagt durch Abteilung |           |
| 11     | 1                        | 2         |
| 12     | Abgesagt durch Abteilung |           |
| 13     | Abgesagt durch Abteilung |           |
| 14     | 4                        | 4         |
| 15     | 2                        | 2         |
| 16     | 4                        | 2         |

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die organisatorischen Herausforderungen, die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen.

#### *Die organisatorischen Herausforderungen*

Wie bereits in der tabellarischen Übersichtlich deutlich wird, bestand eine der organisatorischen Herausforderungen darin, dass die Sitzungen stattfinden konnten. Dazu war es oft nötig, dass der wissenschaftliche Mitarbeiter – trotz festgelegter Termine – ein bis zwei Tage vor dem geplanten Termin auf der Abteilung anrief, um sich zu erkundigen ob die Beteiligten wirklich informiert sind und der Termin tatsächlich stattfinden kann. Trotzdem sind vier Arbeitsgruppensitzungen (Nr. 7,10, 12, 13) aufgrund abteilungsinterner Gegebenheiten nicht zustande gekommen. Eine weitere Herausforderung war die Beteiligung der Patient:innen. Gelegentlich wurde vergessen den Termin in deren Wochenpläne einzutragen, so dass sie zur geplanten Zeit in Therapien oder im Ausgang gewesen sind und erst verspätet oder gar nicht hinzukamen (Protokoll 2, 3) oder ihnen wurde die Teilnahme aus therapeutischen Gründen untersagt (Protokoll 4). Auch die beteiligten Mitarbeitenden verspäteten sich gelegentlich um bis zu fünfzehn Minuten (Protokoll 15).

Von der Abteilungsleitung war festgelegt worden, dass sich zwei Mitarbeitende fix an der Arbeitsgruppe beteiligen sollten: ein Ergotherapeut und eine pflegerische Mitarbeiterin. Letztere verließ die Arbeitsgruppe nach der vierten Sitzung, weil sie den Eindruck hatte mit der Aufgabe alleine gelassen zu werden. Der Ergotherapeut blieb kontinuierlich an der Sitzung beteiligt während die anderen Mitarbeitenden bei jeder Sitzung wechselten.

Nach der fünften Sitzung der Arbeitsgruppe hatte ein ZOOM-Termin für alle Mitarbeitenden der Abteilung stattgefunden. Dieser Projekt-Relaunch verfolgte das Ziel, das Projekt stärker in das Bewusstsein der Mitarbeitenden zu heben. An der darauffolgenden sechsten Sitzung beteiligten sich dann vier Mitarbeitende aber der Erfolg war leider nur von kurzer Dauer und mit einer Ausnahme blieb es dabei, dass sich zwei Mitarbeitende /pro Sitzung beteiligten.

#### *Die Gestaltung der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe begann, ebenso wie auf den anderen beteiligten Abteilungen, mit einer abteilungsspezifischen Präsentation der Ergebnisse aus der ersten Datenerhebung (Protokoll 1). Die anwesenden Patient:innen waren alle erst nach der Schulung und der ersten Datenerhebung aufgenommen worden, so dass diese Präsentation mit vielen Erläuterungen zu Recovery im Allgemeinen und dem Projektaufbau im Speziellen ergänzt wurde.

Die meisten anderen Sitzungen begannen mit einer zusammenfassenden Rekapitulation der in der letzten Arbeitsgruppensitzung behandelten Themen (Protokolle 2, 3, 4, 6, 8, 9, 15) es sei denn, es waren Teilnehmende zum ersten Mal dabei, dann wurde eine kurze Einführung in das Projekt gegeben (Protokoll 5, 11, 14). Gegen Ende der Sitzungen wurden Vereinbarungen getroffen über Dinge, die bis zur nächsten Sitzung erledigt sein sollten und Aufgaben zugeordnet (Protokoll 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11), die in der Regel von Mitarbeitenden erledigt wurden.

Insgesamt wurde in den Sitzungen der Arbeitsgruppe aber lebhaft und konstruktiv gearbeitet (Protokolle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 14, 15, 16).

#### *Die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Mit der Bezeichnung thematische Schwerpunkte sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint.

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 1) wurde dazu genutzt den teilnehmenden Patient:innen und Mitarbeitenden die Ergebnisse der Befragung (Fragebogenerhebung und Fokusgruppeninterviews) abteilungsspezifisch vorzustellen. Die Teilnehmenden folgten der Präsentation aufmerksam und diskutierten die Ergebnisse lebhaft miteinander. Die Mitarbeitenden waren überrascht über die rege Beteiligung der Patient:innen (Protokoll 1).

In der zweiten Sitzung der Arbeitsgruppe wurden bereits erst mögliche Massnahmen diskutiert. Dabei handelte es sich zum einen um den Wunsch der Jugendlichen ihr Abendessen selbständig zuzubereiten, und zum anderen darum in den Isolationsräumen eine Medienwand zu integrieren, um der Reizarmut etwas entgegenzusetzen.

Bezüglich des Abendessens wurde besprochen, dass dies durchaus eine Möglichkeit sei, insbesondere, wenn es sich um Gerichte handelt zu deren Zubereitung keine scharfen Küchengeräte benötigt würden. Eine Mitarbeiterin übernahm es Informationen zur Medienwand einzuholen und diese der Arbeitsgruppe in der nächsten Sitzung vorzustellen. Der andere Mitarbeiter wollte sich vor der nächsten Arbeitsgruppensitzung nochmals mit den Jugendlichen zusammensetzen und die Idee des selbständig zubereiteten Abendessens konkretisieren (Protokoll 2).

Bei der Präsentation der Hausaufgaben gab es in der dritten Sitzung viel zu diskutieren. So zeigte sich, dass es in Bezug auf das Abendessen noch viele weitere offene Fragen zu klären gab wie z.B. wer alles informiert und um Erlaubnis gebeten werden musste, wie der finanzielle Rahmen dafür aussehen müsste, ob alle Patient:innen selbständig kochen dürfen usw. So dass sich hierfür weitere Hausaufgaben ergaben. Ähnlich war es mit der Medienwand zu der viel Information, einschliesslich eines kleinen Videos, eingeholt worden war von der Mitarbeiterin. Dabei wurde ziemlich schnell klar, dass die Kosten für eine Medienwand das Jahresbudget sprengen und frühestens im kommenden Jahr budgetiert und angeschafft werden könnten. Deswegen wurde die Medienwand als

aktuelle Massnahme ausgeschlossen. Stattdessen wurde die Gestaltung eines gemeinsamen Übergabe-Rapports als mögliche Massnahme eingebracht (Protokoll 3). In der vierten Sitzung stand wiederum das Abendessen im Zentrum der Diskussion: Inzwischen war von dem Mitarbeiter ermittelt worden, dass dafür zusätzliche Kosten zwischen 50 und 120 CHF entstehen würden. Er hatte auch bereits mit der Abteilungsleitung geklärt, dass dies im Rahmen läge und ihre Einwilligung erhalten. So sollten die Jugendlichen die Möglichkeit bekommen, sich ihr Abendessen einmal pro Woche selbst zuzubereiten. Als Gerichte wurden Pizza und Burger in Betracht gezogen und lebhaft debattiert wie man diese so gesund wie möglich zubereiten könne. Ein Zeitplan konnte noch nicht festgelegt werden, da der Plan noch von der Arbeitsgruppe Sicherheit genehmigt werden musste. Der Mitarbeiter unternahm es wiederum die Massnahme dort vorzustellen. Mit dem gemeinsamen Übergabe-Rapport war inzwischen begonnen worden und sowohl die Jugendlichen als auch die Mitarbeitenden fanden die Neuerung sinnvoll, weil damit mehr Transparenz in der Kommunikation geschaffen wurde und es zu weniger Missverständnissen zwischen den Beteiligten komme (Protokoll 4).

Diese positive Reaktion auf den gemeinsamen Rapport wurde in der fünften Arbeitsgruppensitzung relativiert, weil die Patient:innen darüber klagten, dass dieser in ihre Mittagspause fiel und sie deswegen weniger Zeit zum 'chillen' hätten. Zusätzlich hätten sie auch noch andere Ideen, wie man den Rapport gestalten könnte, die aber erst im Team abgesprochen werden müssten. Die beiden Mitarbeitenden versprachen sich bei ihren Kolleg:innen dafür einzusetzen. Bezüglich des Termins für die selbständige Zubereitung des Abendessens wurde anhand des konkreten Wochenplanes ersichtlich, dass dies tatsächlich nur Freitag, Samstag oder Sonntag möglich wäre, da es ansonsten zu Überschneidungen mit den Therapien käme. Bezüglich der Frage wer das Kochen übernehmen dürfe wurde festgehalten, dass sowohl eine Selbst- als auch eine Fremdbeurteilung vorgenommen werden soll. Als Kriterien wurden festgelegt: die Jugendlichen sollen mindestens zwei Monate auf der Abteilung sein, ihre Teilnahme soll freiwillig erfolgen, sie sollen bereits erste Erfahrungen in der Kochgruppe gesammelt haben, sie sollen verlässlich sein und nicht zu angespannt. Die Einschätzung soll jeweils eine halbe- bis eine Stunde vor Beginn der Zubereitung der Mahlzeit vorgenommen werden (Protokoll 5).

Die sechste Sitzung der Arbeitsgruppe wurde der Rapportsituation gewidmet, weil sich inzwischen klar abzeichnete, dass weder die Patient:innen noch die Mitarbeitenden damit zufrieden waren. Die Mitarbeitenden äusserten die Vermutung, dass sich die Jugendlichen im Rapport so wenig äusserten, weil sie die Anwesenheit mehrerer Mitarbeitender als Tribunal empfänden. Dies wurde von den Jugendlichen verneint und sie verwiesen auf den für sie ungünstigen Zeitpunkt des Rapports. In der Folge wurde überlegt ob und wenn ja wie man diesen Zeitpunkt verändern könne. Es wurde schnell deutlich, dass an dem Zeitpunkt keine Veränderungen möglich sind, so dass stattdessen der Vorschlag entwickelt wurde, den gemeinsamen Rapport nur Montag und Freitag durchzuführen. Mit diesem Vorschlag wollten sich die Mitarbeitenden wieder an das Team wenden (Protokoll 6).

Die geplante siebte Sitzung der Arbeitsgruppe war von der Abteilung abgesagt worden. In der achten Sitzung der Arbeitsgruppe wurde festgestellt, dass die Kriterien für die Berechtigung zur selbständigen Zubereitung des Abendessens hinderlich sind. Die Regel, dass nur Patient:innen kochen dürften, die zwei Monate auf der Abteilung wären, sei nicht sinnvoll, da viele Patient:innen, die dafür in Frage kämen, ohnehin nicht viel länger da sei-en. Entsprechend wurde beschlossen, dass alle Patient:innen, die an der regulären Kochgruppe teilnehmen, auch das Abendessen zubereiten dürfen. Dies bleibe eine freiwillige Aufgabe, die auf der Eigeninitiative der Patient:innen basiert, welche montags den Speiseplan der Woche anschauen, bis Donnerstag den Einkauf planen und dann am Freitag kochen könnten. Dies sollte am folgenden Freitag zum ersten Mal umgesetzt werden. Hinsichtlich des Rapports wollten die Mitarbeitenden einen Rahmenplan

erarbeiten auf dem die Jugendlichen sich eintragen können und damit Einfluss darauf haben wann der Rapport mit ihnen stattfinden soll (Protokoll 8).

In der neunten Sitzung der Arbeitsgruppe, an der zum ersten Mal auch die pflegerische Abteilungsleitung teilnahm, wurde berichtet, dass die selbständige Zubereitung des Abendessens inzwischen problemlos funktioniere und zum Selbstläufer geworden sei. Mit dem gemeinsamen Übergabe-Rapport bleibe es schwierig, aber es werde weiter versucht Lösungen zu finden und den Patient:innen entgegenzukommen. Von der Abteilungsleitung wurde die Idee zu einer dritten Massnahme eingebracht. Diese sieht vor ein Diskussionsforum einzurichten in dem die Patient:innen mit den Mitarbeitenden für sie heikle Themen ansprechen könnten (Protokoll 9).

Die geplante zehnte Sitzung der Arbeitsgruppe wurde von der Abteilung abgesagt. In der elften Arbeitsgruppensitzung präsentierte eine Mitarbeiterin den Vorschlag anhand eines thematischen Leitfadens, der für Jugendliche in Jugendeinrichtungen entwickelt wurde, für die Jugendlichen relevante Themenregelmässig mit ihnen zu diskutieren. Diese Diskussion sollte zum Ziel haben, Veränderungsvorschläge zu erarbeiten, um diese dann der Abteilungsleitung und der Klinikleitung vorzustellen, und sei insofern wesentlich «lösungs-orientiert». In der Arbeitsgruppe entstand ein Konsens darüber, dass man sich nicht «zu strikt» an den Punkten, die in der entsprechenden Broschüre aufgelistet sind, orientieren sollte, um ein nicht zu restriktives kommunikatives Klima zu schaffen (Protokoll 11).

Die geplante zwölfte und dreizehnte Arbeitsgruppensitzung wurden von der Abteilung abgesagt.

In der 14. Sitzung der Arbeitsgruppe wurde das Thema Diskussionsgruppe erneut aufgenommen. Nun wurde die Idee entwickelt, dass diese Gruppe explizit von der Abteilungsleitung angeboten werden solle und man war sich einig in der Überzeugung, dass diese Schirmherrschaft benötigt werde, um die Gruppe als wirklich funktionierende Gruppe aufrecht erhalten zu können. Inhalt der Gruppe sollte der Leitfaden sein, den die Mitarbeiterin in der letzten Sitzung der Arbeitsgruppe vorgestellt hatte und es solle darüber hinaus auch eine problemzentrierte Runde in Bezug auf die Interaktionen zwischen Patient:innen und Mitarbeitenden werden. Zusätzlich sprachen die Patient:innen darüber, dass sie sich mehr Sicherheit auf der Abteilung wünschten und schlugen vor Kameras zu installieren, damit die Mitarbeitenden nachvollziehen können was auf der Abteilung passiert und nicht immer Aussage gegen Aussage stünde. Dieser Vorschlag wurde lange diskutiert, aber die Mitarbeitenden waren davon wenig überzeugt (Protokoll 14).

In der 15. Sitzung wurde berichtet, dass nun eine sogenannte Recovery-Gruppe, die von der Abteilungsleitung angeboten wird, eingerichtet ist und auch bereits stattgefunden hat. Die Patient:innen seien sehr zufrieden damit, weil es gut sei in einer Runde zu sprechen, die eher auf Augenhöhe mit den Mitarbeitenden vollzogen wird. Einer der Punkte, die besprochen wurden, war das «Feedback» von Patient:innen zu Mitarbeitenden, was den Patient:innen wichtig gewesen ist. In der für diesen Zweck eigentlich vorgesehenen 'Ampelrunde', die jeden Abend stattfindet und dazu dienen soll, dass sich Patient:innen und Mitarbeitende gegenseitig sagen können wie sie ihr Verhalten am jeweiligen Tag erlebt haben, sei dies nicht möglich gewesen. Dort hätten nur die Mitarbeitenden den Patient:innen Rückmeldungen gegeben und die Patient:innen seien zurückhaltend gewesen aus Angst vor Sanktionen (Protokoll 15).

Die 16. und letzte Sitzung der Arbeitsgruppe dauerte nur kurz und bestätigte im Wesentlichen den Bericht aus der 15. Sitzung: Die Patient:innen waren offenbar sehr zufrieden mit der Recovery-Gruppe und hatten den Eindruck gehört und ernst genommen zu werden (Protokoll 16).

### *Fazit*

Trotz etlicher Herausforderungen, sowohl organisatorischer wie auch inhaltlicher Art, ist es am Ende anscheinend doch gelungen, die beiden geplanten Massnahmen – die

selbständige Zubereitung des Abendessens durch die Jugendlichen und den gemeinsamen Übergaberapport- umzusetzen und eine dritte Massnahme – die Recoverygruppe - einzuführen. Insbesondere der gemeinsame Übergaberapport mit den Patient:innen hat im Prozessverlauf viele Anpassungen erfordert. Mit der Beteiligung der pflegerischen Abteilungsleitung in der neunten Sitzung der Arbeitsgruppe schien der Prozess an Fahrt aufzunehmen.

## 10.7 Anlage 7 Die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung und der Sitzungen der Arbeitsgruppe der Abteilung BA 3

### **Die Teilnehmende Beobachtung**

Im Zeitraum von Oktober 2020 bis Oktober 2021 wurden auf der Abteilung BA3 an insgesamt 10 Tagen Teilnehmende Beobachtungen von durchschnittlich 5,5 Stunden Dauer durchgeführt. Eine der Teilnehmenden Beobachtungen galt ausschliesslich einer Sitzung des Patientenrates und dauerte eine Stunde.

Die thematische Analyse (Braun & Clarke 2006) der Beobachtungsprotokolle, unter Nutzung der Software MAXQDA 20, ergab folgende Themen: Das Milieu der Station, die Tätigkeiten der Mitarbeitenden, die Recovery-Orientierung und deren Grenzen sowie die Rolle des Beobachters.

#### *Das Milieu*

Die Abteilung BA 3 ist eine geschlossen geführte Abteilung innerhalb eines geschlossenen Gebäudes. Der Zutritt zum Gebäude erfolgt für Mitarbeitende getrennt von Patient:innen und Besucher:innen durch einen separaten Eingang, der gleichwohl von den Mitarbeitenden des Empfangs des Klinikgebäudes geöffnet werden muss. Anders als am Standort Rheinau verfügt der wissenschaftliche Mitarbeiter, als Angestellter der Klinik in Basel, über einen Schlüssel, so dass er zwar nicht das Gebäude jedoch die Stationen selbständig betreten kann.

Die Abteilung verfügt mehrheitlich über Dreibettzimmer, die sehr ordentlich wirken (TNB P 01, 02) und im hinteren Teil der Abteilung liegen. Dieser wird bei Neuaufnahmen durch eine zu verschliessende Tür für kurze Zeit vom vorderen Teil der Abteilung abgetrennt wodurch Patient:innen möglicherweise kurz warten müssen, bevor sie in ihr Zimmer gehen können (TNB P 06).

Die Patient:innen haben aussen an ihren Zimmertüren Persönliches wie Mandalas, Fotos, Poster usw. angebracht (TNB P04). Weiter stehen den Patient:innen ein grosser Aufenthalts- und Essbereich (TNB P03), wo auch Informationsbroschüren zu psychischen Erkrankungen ausliegen (TNB P03), ein mit Sofas ausgestatteter kleiner Aufenthaltsbereich im hinteren Teil der Abteilung (TNB P 10), ein Raucherraum (TNB P01) und ein am Stationseingang gelegenes Besucherzimmer (TNB P01), das multifunktional genutzt wird, zur Verfügung. Zusätzlich scheint es ein Telefonzimmer zu geben, wo Patient:innen ab 12.00 Uhr telefonieren dürfen. Dies führt dazu, dass sich um diese Uhrzeit dort eine Schlange bildet (TNB P01). Darüber hinaus gibt es ein Abteilungsbüro sowie einen nahe des Aufenthalts-raums der Patient:innen gelegenen Pausenraum für die Mitarbeitenden (TN P01), dessen Tür offen bleibt, wenn die Mitarbeitenden dort ihre Pause machen, so dass sie für die Patient:innen präsent und ansprechbar bleiben (TNB P06, 10). Der Raucherraum wird hier nicht nur von den Patient:innen sondern auch von den Mitarbeitenden genutzt (TNB P 01) und scheint der 'Ort der relativen Normalität' (TNB P 03, Abs. 12) zu sein, an dem Patient:innen und Mitarbeitende sich begegnen (TNB P 03, 05) und miteinander reden und lachen (TNB P 02). Vor dem Abteilungsbüro stehen immer wieder etliche Patient:innen, die darauf warten ihre Anliegen vorbringen zu können (TNB P01).

Auf der Abteilung findet eine Morgenversammlung statt, bei der es keine Anwesenheitspflicht gibt (TNB P 03). Insgesamt scheinen die Stationsregeln auf der Abteilung sehr individualisiert auf die Patient:innen und deren Zustand adaptiert zu werden. So geht ein relativ neuer Patient über den Stationsflur und trägt dabei provokativ Kopfhörer, was die Stationsregeln eigentlich untersagen. Eine Mitarbeitende spricht den Patienten darauf an, entscheidet aber anhand seiner Reaktion eher deeskalierend zu wirken und insistiert nicht weiter (TNB P 04). Andere Patient:innen werden, wie die Regeln es vorsehen, bei Anliegen an die Mitarbeitenden an ihre Tagesbezugspersonen verwiesen (TNB P 04). Damit scheint das Klima auf der Abteilung nicht sehr restriktiv zu sein.

Die Patient:innen nehmen die Mahlzeiten gemeinsam und ziemlich schnell ein (TNB P 06), dabei wirkt die Atmosphäre durchaus familiär und die Patient:innen erkundigen sich z.B. nach dem Befinden anderer Patient:innen (TNB P 07). Die Patient:innen haben 'Ämtli' wie Küchendienst rund um die Mahlzeiten zu erledigen (TNB P 01). Nach dem Mittagessen scheinen sich die Patient:innen häufig hinzulegen (TNB P 01), bevor weitere Aktivitäten wie der gemeinsame Stationsputz (TNB P 02, 04), die thematische Gruppe (TNB P 05) oder der Einkauf für die Kochgruppe (TNB P 04) anstehen. Beim Einkauf für die Kochgruppe wird nur das eingekauft was für die zu kochende Mahlzeit notwendig ist (TNB P 04), wohingegen beim Stationseinkauf Patient:innen mit ausreichender Lockerungsstufe auch persönliche Dinge für ihre Mitpatient:innen besorgen. Der Stationseinkauf ist unter den Patient:innen nicht sehr beliebt (TNB P 04), da er durchaus zu Konflikten untereinander führen kann, z.B. wenn der gewünschte Gegenstand nicht mehr vorrätig war und stattdessen ein Ersatz eingekauft und mitgebracht wird (TNB P 04). In solchen Situationen halten sich die Mitarbeitenden eher beobachtend zurück, weil sie wollen, dass die Patient:innen lernen solche Probleme selbständig zu klären (TNB P 07). Auch auf dieser Abteilung wandern die Patient:innen gelegentlich ziellos umher (TNB P 08).

Die Mitarbeitenden dieser Abteilung verbringen die Pausen teils gemeinsam in ihrem Pausenraum, dessen Tür für die Patient:innen offen bleibt (TNB P 06, 10). Sie frühstücken miteinander (TNB P 06) und nehmen in der Spätschicht auch das Abendessen, das Mitarbeitende teilweise zu Hause schon vorbereitet haben (TNB P 05) gemeinsam ein. In den Pausen ist die Stimmung locker und fröhlich (TNB P 01, 03, 05) und es werden die verschiedensten berufsbezogenen Themen diskutiert. Dabei stehen einzelne Mitarbeitende immer wieder auf, um auf die Anliegen von Patient:innen, welche den Kopf zur Tür hereinstrecken, zu reagieren (TNB P 03).

#### *Die Tätigkeiten der Mitarbeitenden*

Die Mitarbeitenden beobachten den Gesundheitszustand der Patient:innen indem sie z.B. darauf achten welche beobachtbaren Auswirkungen ein externes Telefonat hat (TNB P 01) oder ob Patient:innen reizüberflutet sind und sich zwischendurch in ihre Zimmer zurückziehen sollten (TNB P 07). Dabei weisen sie auch neue Mitarbeitende, welche die Patient:innen noch nicht so gut kennen, daraufhin wann z.B. eine Gesellschaftsspiel für einzelne Patient:innen zu viel wird (TNB P 03). Die Mitarbeitenden geben die Medikamente für die Patient:innen aus (TNB P 03, 05, 06, 08) und erinnern einzelne Patient:innen an die Medikamenteneinnahme (TNB P 06).

Die Mitarbeitenden spielen viele Gesellschaftsspiele wie Schach, Yazzi, Mühle aber auch Tischtennis (TNB P 01, 02, 03, 04, 05, 10) mit einem oder mehreren Patient:innen. Sie begleiten die Patient:innen sowohl in der Gruppe als auch einzeln in den Park der Klinik oder in den geschlossenen Garten (01, 02, 05, 06, 08, 10) aber auch zum externen Einkauf (TNB P 04) oder im virtuellen Ausgang bei der Nutzung des Internets (TNB P 07). Diese Begleitungen dienen der Sicherheit auf der Abteilung aber auch der Prävention von Entweichungen, so wird z.B. vor dem Ausgang notiert welche Bekleidung

Patient:innen tragen (TNB P04) für den Fall, dass eine Fahndung ausgelöst werden muss. Auch die exakte Kontrolle von Paketen, welche die Patient:innen erhalten (TNB P 07), dient der Sicherheit auf der Abteilung. Die Mitarbeitenden betreuen Patient:innen, die in Isolationsräumen abgesondert sind (TNB 06) und begleiten diese auf der Abteilung oder im geschlossenen Garten bei den Unterbrechungen der Absonderung (TNB P 07).

Die Mitarbeitenden unterstützen die Patient:innen einerseits sehr individuell z.B. beim Erlernen der deutschen Sprache (TNB P 04), oder sie weisen interessierte Patient:innen auf besondere Naturereignisse hin. So hat z.B. ein Specht im geschlossenen Garten eine Bruthöhle gebaut (TNB P 05) und nun hofft einer der Patient:innen, dass er junge Spechte sehen kann. Mit einzelnen Patient:innen führen sie im Einzelgespräch Tagesnachbesprechungen durch (TNB P 10). Sie unterstützen die Patient:innen aber auch bei gemeinsamen Aktivitäten wie dem Stationsputz (TNB P 07) oder bei der Zubereitung einer Mahlzeit (TNB P 08) einschliesslich des anschliessenden Aufräumens der Küche. Bei diesen Tätigkeiten loben sie die Patient:innen für ihr Tun (TNB P 05), setzen aber auch Grenzen (TNB P 01, 10) wenn Regulation erforderlich ist.

Die Mitarbeitenden leiten Gruppen wie die Morgenrunde (TNB P 03), die Stationsversammlung (TNB P04) oder die Kochgruppe (TNB P 07). Sie dokumentieren ihre Tätigkeiten und erledigen weitere administrative Aufgaben (TNB P 03, 04, 05, 06, 08) und informieren die jeweils nächste Schicht in den Übergabe-Rapporten (TNB P 01, 03, 04, 07, 10) auch interdisziplinär (TNB P 04) oder in der Teamsitzung (TNB 08). Darüber hinaus weisen sie Hospitanten oder Auszubildende ein, erklären ihnen Abläufe und zeigen ihnen die Örtlichkeiten und das Klinikinformationssystem und informieren sie über die konzeptionellen Vorstellungen auf der Abteilung (TNB P 01, 03, 10).

#### *Die Recovery–Orientierung und ihre Grenzen*

Die Arbeit an der Recovery-Orientierung ist auf dieser Abteilung präsent. Die Patient:innen arbeiten teilweise sehr engagiert daran mit und die Mitarbeitenden unterstützen sie dabei, z.B. indem sie Recovery zum Thema in der thematischen Gruppe machen (TNB P 02) wobei die Patient:innen es übernehmen das Besprochene zu protokollieren. Auch in Bezug auf das Bedürfnis nach Lebensfreude unterstützen die Mitarbeitenden die Patient:innen: So hatte eine Patientin den Vorschlag gemacht an Halloween einen Filmabend mit Popcorn zu veranstalten, worauf die Abteilungsleitung erklärte, dass sich die Abteilung möglicherweise an den Kosten beteiligen würde, wenn die Patient:innen einen Kostenplan erstellten (TNB P 01).

Im Zuge des Modellversuches wurden auf dieser Abteilung folgende Massnahmen etabliert: Die Patient:innen sind von Beginn an ihren jeweiligen Standortgesprächen beteiligt – ein solcher wurde im Rahmen der Teilnehmenden Beobachtung aufgrund des Respekts vor der Privatsphäre der Patient:innen nicht beobachtet – und als zweite Massnahme wurde der Patientenrat gegründet. Die Aufgabe des Patientenrates ist es, die Anliegen der Patient:innen zu sammeln und gegenüber der Abteilungsleitung zu vertreten. Zum Zeitpunkt der Teilnehmenden Beobachtung war der Patientenrat bereits in der zweiten ‘Amtszeit’ tätig, d.h. es hatten bereits zwei Wahlen stattgefunden. In der zweiten Wahl hatte sich ein relativ neuer Patient aufstellen lassen und ist auch gewählt worden. Er begründete sein Interesse damit, dass er einerseits direkt einen guten Eindruck machen wollen, andererseits aber auch interessiert daran gewesen wäre, seine Zeit auf der Abteilung mit etwas Sinnvollem zu verbringen. Inzwischen hätten sich schon öfter Patient:innen an ihn gewandt – u.a. mit Wünschen nach Fitnessgeräten auf der Abteilung und der Einrichtung eines ‘Liebeszimmers’ – und er habe Spass an der Verantwortung dieser Funktion (TNB P 05).

In einer der Teilnehmenden Beobachtungen (TNB P 09) wurde eine gemeinsame Sitzung des Patientenrats mit den Patient:innen beobachtet. Da die Gruppe der Patient:innen recht gross ist (vgl. dazu auch thematische Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe), wurde die Gruppe halbiert wobei die beiden Vorsitzenden- Patienten parallel jeweils eine Kleingruppe leiteten und sie anschliessend in einem Plenum wieder zusammenführten. Die Sitzung der Kleingruppe wurde mit einer Befindlichkeitsrunde eingeleitet, bei der die anwesenden Patient:innen deutlich offener als gewöhnlich über ihre Sorgen, Probleme und Hoffnungen sprachen und sich dabei aufeinander bezogen (TNB P 09). Danach ging es um das Thema 'Geld'. Für die Patient:innen ist nicht nachvollziehbar, dass es in dieser Klinik für sie keine Möglichkeit gibt einer entlohnten Arbeit nachzugehen. So stünden Patient:innen welche keine IV-Rente beziehen und kein eigenes Vermögen besitzen durchschnittlich 7-10 CHF/Tag zur Verfügung. Eine Möglichkeit für einen Stundenlohn von 3,50 CHF mit einer Arbeit in der Klinik zu verdienen, wäre deshalb eine sehr willkommene Aufbesserung des Budgets (TNB P 09). Insgesamt, so die Auffassung der beiden Vorsitzenden des Patientenrates, laufe es sehr gut (TNB P 08).

Eine dritte Massnahme, die ausserhalb der Arbeitsgruppe zusätzlich entwickelt und umgesetzt wurde ist das 'Forensic Surfing'. Dafür wurde in einem Gebäude, ausserhalb der Psychiatrischen Klinik für Forensik, ein Raum gefunden, den die Patient:innen mit der entsprechenden Lockerungsstufe abteilungsübergreifend und selbständig nutzen können, um im Internet zu surfen. Den Raum konnten die Patient:innen nach ihren Wünschen gestalten (TNB P 08).

Auf der individuellen Ebene der Patient:innen finden sich ebenfalls Recovery-Themen. So gibt es einen Patienten, der das Gitarrenspielen übt und berichtet, dass er vier Jahre lang Unterricht gehabt habe, damals aber nicht geübt habe. Auf der Abteilung habe er zwar keinen Unterricht, aber immerhin die Möglichkeit Noten auszudrucken und mit den Noten zu üben, was ihm sehr helfe (TNB P 06). Die Mitarbeitenden unterstützen Patient:innen auch in individuellen Gesprächen auf Augenhöhe. Ein Patient berät sich z.B. mit einem Mitarbeitenden darüber wie er seinem Sohn, der in der Schule gefragt werde was sein Vater mache, vermitteln könne, dass er psychisch beeinträchtigt sei und deswegen in einer psychiatrisch-forensischen Klinik untergebracht (TNB P 04). Ein anderer Patient lernt neben seinem Deutschunterricht noch Französisch und Englisch, weil er so hofft, einmal eine Arbeit in der Tourismusbranche zu finden. Den Englischunterricht gibt ihm ein Mitpatient in sehr strukturierter Form (TNB P 08).

Insgesamt sind die Patient:innen in gutem Kontakt miteinander. Dies zeigt sich daran, dass sie z.B. im geschlossenen Garten nicht sprachlos ihre Runden laufen, sondern gemeinsam etwas machen (TNB P 10) oder nach dem Abendessen zusammensitzen, sich unterhalten, Spiele spielen oder Serien im Fernsehen anschauen (TNB P 10) oder sich beim gemeinsamen Mittagessen nach ihrem jeweiligen Befinden erkundigen (TNB P 06, 07).

Trotzdem gibt es auch hier Grenzen der Recovery-Orientierung, die im Wesentlichen bereits in der ersten Datenerhebung beschrieben wurden (vgl. dazu thematische Beschreibung der ersten Fokusgruppeninterviews mit den Patient:innen). So glichen im Abteilungsalltag die Tage einander in ihrer Monotonie, was einen lethargisch werden lasse und jeglichen Eigenantrieb raube (TNB P 05). Der mit den Isolationszimmern verbundene Lärm, der durch das Klingeln der abgesonderten Patient:innen entsteht und auf der gesamten Abteilung zu hören ist, sei eine sehr grosse Belastung (TNB P 07). Hinzu komme die räumliche Enge in den Dreibettzimmern, in denen den Patient:innen jeweils abgetrennte Nischen als persönlicher Raum zur Verfügung stehen, was teilweise über Jahre ausgehalten werden muss (TNB P 04) und häufig zu Konflikten unter den Patient:innen führte, z.B. wenn Mitpatient:innen sich nicht waschen würden oder laut schnarchten (TNB P 04).

Ein weiterer Aspekt hat mit der Entfernung zu den Familien und der Lockerungspraxis zu tun. Wenn Patient:innen nur einen 'Urlaubstag' haben und die Familien weit entfernt wohnen, kann die Anfahrt so zeitaufwändig sein, dass ein Besuch zeitlich nicht möglich ist (TNB P 04), was den Erhalt der Verbundenheit erschwert.

Einige Patient:innen haben auch den Eindruck, das Mitarbeitende ihnen grundsätzlich misstrauen und gehen davon aus, dass sie deswegen in der Therapie keine Fortschritt machten. Als Beispiel wurde eine Situation angeführt in der ein Patient einen Mitpatienten fragte wie es ihm im Standortgespräch gelungen sei sich so gut darzustellen. Daraufhin hätten die Mitarbeitenden angenommen, dass er in seinem eigenen Standortgespräch schauspielern wolle (TNB P 07).

### *Die Rolle des Beobachters*

Die Mitarbeitenden und der wissenschaftliche Mitarbeiter des Modellversuchs haben sich teilweise schon vor der Teilnehmenden Beobachtung kennengelernt. Trotzdem muss er als teilnehmender Beobachter nun mit den Personen und Bedingungen der Abteilung vertraut werden, um Beobachtungszeiten und Situationen planen und auswählen zu können.

Dies erfolgt zunächst anhand des Wochenplans der Abteilung, den die Mitarbeitenden ihm freundlich aushändigen (TNB P 01). Der Beobachter selbst trifft die Überlegung, dass es gut sei ganze Schichten zu beobachten, um das Vertrauen der Mitarbeitenden und der Patient:innen schneller zu gewinnen (TNB P 03). Es gibt aber auch das Kriterium spezifische Aktivitäten wie eine Gruppenveranstaltung (TNB P 03) oder einen externen Einkauf (TNB P 04) oder spezifische Situationen wie die Zeit des Rappports aus der Perspektive der Patient:innen (TNB P 06) beobachten zu wollen. Darüber hinaus gibt es Empfehlungen von Mitarbeitenden was aus deren Sicht besonders interessant zu beobachten sei, etwa der gemeinsame Stationsputz (TNB P 02), oder die freitägliche Kochgruppe (TNB P 06).

Es geht also darum einander erst einmal kennenzulernen. Dies geschieht in Gesprächen die sich nach und nach mit den Mitarbeitenden ergeben (TNB P 01, 02, 03). Ab der fünften Teilnehmenden Beobachtung scheint der Beobachter von den Mitarbeitenden integriert worden zu sein, denn ab nun bekommt er auch Aufgaben übertragen wie z.B. Patient:innen in den geschlossenen Graten zu begleiten (TNB P 05).

Der Beobachter stellt sich sowohl den Patient:innen als auch den Mitarbeitenden zur Verfügung, d.h. er ist offen für ihre Anliegen und Themen und geht darauf ein. Bei den Mitarbeitenden handelt es sich dabei – im Unterschied zu anderen Abteilungen – nie um private, sondern immer um berufliche Themen. Diese können sowohl den Modellversuch, die Erfahrungen des Beobachters auf den anderen Abteilungen (insbesondere derjenigen in den anderen involvierten Kliniken) als auch Überlegungen inhaltlicher Art zu der Arbeit auf der hiesigen Abteilung betreffen (TNB P 06, 08, 10).

Ab der dritten teilnehmenden Beobachtung fordern die Patient:innen den Beobachter auf mit ihnen zu spielen. Dabei handelt es sich um Spiele wie Mühle, Kniffel, Würfelpoker, Skip-Bo oder Tischtennis (TNB P 03, 08, 10). Mit ihm zu sprechen beginnen sie schon ab der zweiten Teilnehmenden Beobachtung. Dabei kann es um ganz alltägliche Dinge wie die Architektur in Basel (TNB P 02), oder die besten Papierchen für Zigarettentabak (TNB P 05), über die Corona Impfung (TNB P 05), die besten Mobiltelefone (TNB P 06), den Modellversuch (TNB P 04, 05, 08, 10) oder Sportarten (TNB P 06) gehen. Es gibt aber auch sehr persönliche Themen wie die Sehnsucht nach Normalität (TNB P 03), Lebensträume (TNB P 04), Lebensgeschichten (TNB P 04), die Erkrankung und ihre Behandlung (TNB P 07, 08), die mangelnde Privatsphäre (TNB P 06) und die Angst vor den Isolationszimmern (TNB P 06).

Diese Situationen reflektiert der Beobachter einerseits im Nachhinein, beim Schreiben der Beobachtungsprotokolle (exempl. TNB P 07) und andererseits direkt in der Situation, wenn er entscheidet wie er reagieren will (exempl. TNB P 04).

### **Die Sitzungen der Arbeitsgruppe**

Die Arbeitsgruppen setzt sich aus Patient:innen und Mitarbeitenden der Abteilung zusammen. Sie hat den Auftrag zwei Recovery-orientierte Massnahmen zu erarbeiten, die auf der Abteilung umgesetzt werden können. Es gehört auch zu den Aufgaben der Arbeitsgruppe die Umsetzung der Massnahmen zu planen und deren Implementierung kritisch zu begleiten. Die Arbeitsgruppen wurden vom wissenschaftlichen Mitarbeiter moderiert und protokolliert.

Zur Prozessevaluation wurden die Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen thematisch entsprechend dem Vorgehen nach Braun und Clarke (2006) induktiv, d.h. ohne im Vorhinein festgelegte Themen, analysiert. Dazu wurde die Software MAXQDA 20 genutzt.

Auf der Abteilung BA3 waren insgesamt 16 Arbeitsgruppensitzungen im Zeitraum von September 2020 bis Dezember 2021 geplant. Tatsächlich haben 15 Sitzungen stattgefunden. Die Sitzung vom Dezember 2021 hat, bedingt durch die Corona-Pandemie, nicht stattgefunden. An der Arbeitsgruppe nahmen kontinuierlich drei bis vier Patient:innen und ebenfalls drei bis vier Mitarbeitende teil. Die anderen Teilnehmenden wechselten.

|    | Anzahl Patient:innen | Anzahl Mitarbeitende |
|----|----------------------|----------------------|
| 01 | 5                    | 5                    |
| 02 | 5                    | 6                    |
| 03 | 5                    | 5                    |
| 04 | 4                    | 5                    |
| 05 | 4                    | 6                    |
| 06 | 4                    | 3                    |
| 07 | 4                    | 4                    |
| 08 | 4                    | 3                    |
| 09 | 3                    | 5                    |
| 10 | 3                    | 3                    |
| 11 | 3                    | 3                    |
| 12 | 3                    | 4                    |
| 13 | 3                    | 4                    |
| 14 | 3                    | 2                    |
| 15 | 2                    | 3                    |

Die Analyse der Protokolle der Arbeitsgruppensitzungen führte zu folgenden Themen: Die Gestaltung der Arbeitsgruppensitzungen, die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen sowie die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen.

Anders als in den Sitzungen der Arbeitsgruppe auf den anderen Abteilungen schien auf dieser Abteilung die Organisation der Arbeitsgruppe keinerlei Herausforderung darzustellen. Zwei der Sitzungen begannen mit einer fünfminütigen Verspätung; zu allen anderen Sitzungen waren die Teilnehmenden jeweils pünktlich in dem dafür vorgesehenen Raum versammelt.

#### *Die Gestaltung der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Wie auf allen Interventionsabteilungen, begann auch hier die erste Sitzung der Arbeitsgruppe mit der abteilungsspezifischen Vorstellung der Ergebnisse vom ersten

Erhebungszeitpunkt. Dabei glich die Atmosphäre eher einer offenen Gesprächsrunde mit vielen Nachfragen und Diskussionsbeiträgen und war insgesamt konzentriert, motiviert und offen (Protokoll 1). Die anderen Sitzungen begannen mit einer zusammenfassenden Rekapitulation der in der letzten Arbeitsgruppensitzung behandelten Themen (Protokolle 2, 3, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15), bevor diese, oder neu eingebrachte Themen weiter vertieft wurden. Patient:innen und Mitarbeitende kamen sehr gut in einen diskursiven und konstruktiven Austausch miteinander, so dass in jeder Sitzung konzentriert gearbeitet werden konnte (Protokolle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14). Zum Ende der Sitzung wurden Lösungsvorschläge festgehalten und gelegentlich auch Hausaufgaben verteilt (Protokolle 2, 5, 13, 14), die teils von den Patient:innen und teils von den Mitarbeitenden erledigt wurden.

#### *Die thematischen Schwerpunkte der Sitzungen der Arbeitsgruppe*

Mit der Bezeichnung thematische Schwerpunkte sind die vorgeschlagenen Massnahmen, die tatsächlich geplanten Massnahmen und deren Umsetzung gemeint.

Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 1) wurde dazu genutzt den teilnehmenden Patient:innen und Mitarbeitenden die Ergebnisse der Befragung (Fragebogenerhebung und Fokusgruppeninterviews) abteilungsspezifisch vorzustellen. Hierbei gab es eine lebhaftere, angeregte und konstruktive Diskussion. Dabei zeigte sich, dass einige Patient:innen das strenge Sicherheits-Reglement nicht als zu streng, sondern im Gegenteil als sicherheitsstiftend wahrnehmen, weil sie sich vor manchen Mitpatient:innen auch fürchten. Es wurde beschlossen, dass Patient:innen und Mitarbeitende getrennt voneinander bis zur nächsten Sitzung Vorschläge für zu etablierende Massnahmen sammeln sollten.

In der zweiten Sitzung (Protokoll 2) wurden zunächst einige Diskussionspunkte der letzten Sitzung rekapituliert. Die Patient:innen hatten mehrere Flipchart-Blätter mit Vorschlägen gefüllt, die Punkt für Punkt durchgegangen und teilweise andiskutiert wurden wie z.B. mangelnde Bildungsmöglichkeiten oder mangelnde Entlohnung für die in der Arbeitstherapie geleistete Arbeit. Es gab aber auch viele kleine Veränderungsvorschläge, die jeweils für sich genommen, schnell erledigt gewesen wären und insofern kein Potential für den Modellversuch boten. In der Diskussion zeigte sich aber, dass sich die Patient:innen an der Lösung dieser kleinen Veränderungsvorschläge sehr gut beteiligen könnten und so entstand die Idee einen Patientenrat zu gründen, der genau diese Aufgabe stellvertretend für alle Patient:innen der Abteilung übernehmen sollte. Als zweite Massnahme wurde beschlossen, dass die Form der Standortgespräche in den Fokus rücken und möglicherweise verändert werden sollte.

Entsprechend wurden in der dritten und vierten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokolle 3 & 4) diese beiden Themen weiter vertieft. Für die dritte Sitzung (Protokoll 3) hatten die Patient:innen eine Liste zusammengestellt mit den Dingen, die ihnen bei den Standortgesprächen wichtig sind. Dazu gehörten: die anwaltschaftliche Unterstützung der Patient:innen durch das Kernteam (Zum Kernteam gehören: die Patientin/der Patient, der oder die Fallführende und die Bezugspflegeperson), die Vorbesprechung des Standortgespräches im Kernteam (insbesondere mit welchen Kritikpunkten zu rechnen ist). Ferner wurde festgelegt, dass nicht mehr als die unbedingt notwendige Anzahl an Personen am Gespräch teilnimmt. Über den zu gründen Patientenrat, dessen potentielle Form und Zuständigkeit, wurde ebenfalls weiter diskutiert. Hier einigte man sich darauf, dass die Mitarbeitenden weiter recherchieren und das Ergebnis in der nächsten Sitzung vorstellen würden.

In der vierten Sitzung (Protokoll 4) zeigte sich, dass bereits erste Veränderungen der Standortgespräche stattgefunden hatten und die betroffenen Patient:innen damit überaus zufrieden gewesen sind. So war im Kernteam eine Vorbesprechung des Standortgespräches durchgeführt worden, die Patient:innen durften sich entscheiden bei welchen Teilen des Standortgespräches sie anwesend sein wollten und es wurde ihnen auf Wunsch ermöglicht, als Erste in dem betreffenden Raum zu sein und dadurch die anderen Beteiligten empfangen zu können.

Das zweite Thema betraf den zu gründenden Patientenrat. Die Mitarbeitenden hatten weiter recherchiert, ihre Erkenntnisse vorgestellt und so wurde in der Arbeitsgruppe folgendes festgelegt: Der Patientenrat sollte aus zwei bis drei Patient:innen bestehen, es sollte Wahlen geben, alle Patient:innen sollten dabei zwei Stimmen haben von denen sie nur eine an sich selbst vergeben dürften, dem Patientenrat sollten zwei Gefässe zur Verfügung stehen – ein Treffen des Patientenrates alleine und die Thematische Gruppe (welche als Pflichtveranstaltung für alle Patient:innen fix in den Wochenplan der Abteilung integriert ist) – und bei der Ablehnung von Beschlüssen des Patientenrates durch die Institution müsse diese ausführlich begründet werden.

Die fünfte Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 5) beschäftigte sich ausschliesslich mit formalen Aspekten zur Wahl des Patientenrates.

In der sechsten Sitzung (Protokoll 6) wurden beide Massnahmen 'evaluiert', denn der Patientenrat war inzwischen gewählt und die erste Sitzung des Patientenrates mit den Mitpatient:innen hatte, ebenso wie die Veränderungen des Standortgespräches, stattgefunden. Bezüglich des Standortgespräches ermunterten die Mitarbeitenden die Patient:innen sich selbst aktiver einzubringen und die anderen Beteiligten um ein Feedback zu bestimmten Punkten zu bitten. Das sei aus ihrer Sicht sinnvoller als passiv die ausführlichen Rückmeldungen aus allen Therapien anzuhören und kaum darauf Bezug nehmen zu können.

Die Vertreter des Patientenrates hatten zurückgemeldet, dass die erste Sitzung mit allen Patient:innen aus ihrer Sicht chaotisch verlaufen sei: Alle haben durcheinander geredet, es sei keine Ordnung darin gewesen und manche Patient:innen hätten sich unangemessen verhalten. Aus diesem Grund wünschten sich die Patientenräte, dass zukünftig die Mitarbeitenden die Ordnung an den Sitzungen durchsetzen sollten. In der Arbeitsgruppe einigte man sich im Folgenden darauf, dass der Patientenrat selbst zunächst einige Regeln aufstellen sollte, die an den Sitzungen gelten und für einen besseren Ablauf sorgen sollten.

Die siebte Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 7) beschäftigte sich weiter mit dem Ablauf der Sitzungen des Patientenrates. Zunächst wurde der Vorschlag eingebracht, in die nächste Sitzung einen kleinen Ball mitzunehmen, mit dem man festlegen könne wer reden dürfe und wer nicht; demnach dürfe nur sprechen wer im Ballbesitz ist. In der weiteren Diskussion ging es darum wer die Hoheit über die Redezeit hat und wie lange diese maximal sein sollte. Es wurde beschlossen, dass die Hoheit über die Redezeit bei den Mitgliedern des Patientenrates liegen solle und dass niemand mehr als zehn Minuten sprechen solle. Die Durchsetzung läge beim Patientenrat und die Mitarbeitenden würden ihn auf Wunsch unterstützen.

In der achten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 8) wurde ein neues Thema von den Patient:innen eingeführt, welches beim Patientenrat deponiert worden war: Die Internetnutzung auf der Abteilung. Unter den Patient:innen herrsche Unklarheit darüber wann welche Patient:innen mit welchen Mitarbeitenden zu welcher Zeit und zu welchem Zweck das Internet begleitet nutzen dürfen. Der Patientenrat fühlt sich damit überfordert und traut sich nicht zu hierzu realistische Vorschläge zu machen, welche die Interessen aller Patient:innen widerspiegeln. Die Diskussion des Problems beanspruchte die gesamte Sitzungszeit.

Die neunte Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 9) wurde von einem Mitarbeitenden eröffnet, der erklärte, dass ein in der Arbeitsgruppe sehr engagierter Patient verlegt wurde und nicht mehr mitarbeiten könne. Bei der Rekapitulation des Themas Internet aus der letzten Sitzung wurde deutlich, dass die Patient:innen aktuell das Internet gar nicht nutzen dürfen, da jemand vollkommen regelwidrig ein Gewaltvideo heruntergeladen habe. In der Folge entwickelte sich das Gespräch in der Arbeitsgruppe hin zum Thema Vertrauen und Misstrauen zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen und umgekehrt. Dabei wünschten sich die Patient:innen mehr Möglichkeiten solcherlei Gespräche wie in der Arbeitsgruppe mit den Mitarbeitenden führen zu können. Dieser Wunsch führte zur Überlegung, ob man nicht Gruppen wie diese mit jeweils der Hälfte der Patient:innen abhalten könne.

Die zehnte und elfte Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 10 & 11) wurde in Vertretung des wissenschaftlichen Mitarbeiters von der Projektleitung moderiert.

In der zehnten Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 10) wurde der Projektverlauf aus Sicht der Teilnehmenden besprochen: Die Kommunikation mit den Mitarbeitenden habe sich sehr verbessert, es würde viel mehr miteinander gesprochen. Auch im Patientenrat laufe es sehr gut. Einmal monatlich steht die Thematische Gruppe dem Patientenrat zur Verfügung. Mitarbeitende seien auf Wunsch der Patient:innen dabei, damit sie eingreifen könnten, wenn es notwendig würde. Dies sei bislang aber noch nie der Fall gewesen. Alle Beteiligten wünschten sich mehr Angebote wie diese Arbeitsgruppe, weil sie den Eindruck haben hier wirklich in ein ehrliches Gespräch miteinander kommen zu können. Darüber und wie das zu organisieren sein könnte wolle man weiter nachdenken. In der elften Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 11) wird es etwas persönlicher, nachdem zunächst die im kommenden Monat anstehende Neuwahl des Patientenrates besprochen und geplant wurde.

Im weiteren Verlauf wird über die Notwendigkeit gesprochen die Genesung als einen gemeinsamen Auftrag von Patient:innen und Mitarbeitenden zu verstehen, dass es aber nicht so ganz einfach ist einander das dafür notwendige Vertrauen entgegenzubringen. Und auch darüber, dass zu der Genesung auch die je eigene Auseinandersetzung mit dem Delikt gehört, was in der Bearbeitung mit Scham, Schuld, Trauer und anderen nicht einfach auszuhaltenden Gefühlen verbunden sein kann.

Die zwölfte Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 12) trifft die Mitglieder unzufrieden an: Die Mitarbeitenden sind unzufrieden mit dem Patientenrat, weil es an Dynamik mangle. Die Anliegen der Patient:innen seien eher konsumorientiert und heikle Themen würden nicht angesprochen werden. Dies wird von den beteiligten Patient:innen bestätigt und ergänzt. So gebe es auch zu wenig Interesse unter den Patient:innen, sich an der Konzeption des 'forensic surfing' und an der Gestaltung des dafür vorgesehenen Raumes zu beteiligen (vgl. dazu auch die Thematische Beschreibung der Teilnehmenden Beobachtung) und es besteht die Befürchtung, dass nur einige Patient:innen sich dafür engagieren und sich entsprechend von ihren Mitpatient:innen ausgenutzt fühlen. Im Verlauf der Diskussion wird deutlich, dass sich der Patientenrat nicht zutraut die Konflikte mit den Mitpatient:innen direkt in der Thematischen Gruppe anzusprechen. Folgende Lösung soll ausprobiert werden: die Gruppe wird in zwei Hälften aufgeteilt, jede Kleingruppe wird von einem Mitglied des Patientenrates geleitet, es werden Themen vorgegeben und anschliessend werden die Kleingruppen wieder in einem Plenum zusammengeführt.

Die 13. Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 13) widmet sich dem Rückblick auf diesen Versuch. Auch in den beiden Kleingruppen wurden die heiklen Themen nicht angesprochen und die Diskussion dreht sich um die Frage, warum das so schwierig erscheint. Es wird ersichtlich, dass die Patient:innen im Umgang miteinander sehr vorsichtig und zurückhaltend sind, weil sie keine Konflikte provozieren wollen. Sie haben die Befürchtung, dass solche Konflikte eskalieren und ungünstig ausgehen könnten. Das liege daran, dass man zu wenig voneinander wisse z.B., bezogen auf das jeweilige Delikt was ohnehin ein Tabuthema sei.

In der 14. Sitzung (Protokoll 14) geht es erneut um das Thema mangelnde Entlohnung der in der Arbeitstherapie erbrachten Arbeit und es wird beschlossen, dass mit diesem Thema ein zweiter Versuch des Patientenrates, mit den Mitpatienten in zwei kleineren Gruppen zu arbeiten, unternommen werden soll (vgl. dazu auch die Thematische Beschreibung der Teilnehmenden Beobachtung).

Die 15. Sitzung der Arbeitsgruppe (Protokoll 15) sollte eigentlich die vorletzte Sitzung sein, aufgrund der Corona Pandemie wird sie aber tatsächlich zur letzten Sitzung, ohne dass dies zum Zeitpunkt der Sitzung bereits bekannt ist. Inhaltlich geht es darum, dass es immer wieder sinnvolle Veränderungsvorschläge gibt (z.B. die Kühlschränke nicht mehr abzuschliessen), diese aber nur selten via Kummerkasten oder direkt beim Patientenrat eingebracht werden. Als ursächlich dafür wird von den beteiligten Patient:innen

vermutet, dass alle Patient:innen so mit sich selbst beschäftigt sind, dass sie im Alltag nicht an so etwas denken und /oder, dass sie so resigniert sind, dass sie nicht daran glauben etwas verändern zu können. Gleichzeitig wird aber deutlich, dass sich durch den Modellversuch schon einiges bewegt hat und es wird beschlossen in einer der nächsten Stationsversammlungen das Ganze für alle Patient:innen noch einmal zu rekapitulieren. Das Thema 'Delikte sind tabu' wird auch erneut aufgegriffen und der wissenschaftliche Mitarbeiter berichtet, dass auf einer anderen Interventionsabteilung die Patient:innen den Wunsch geäußert haben eine Deliktgruppe, die von einer Psychologin geleitet werden soll, einzurichten. Dieser Hinweis stößt bei den Beteiligten in der Arbeitsgruppe auf positive Resonanz, die allerdings aufgrund fehlender personeller Ressourcen etwas gebremst werden muss.

#### *Die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe*

Wie die thematische Beschreibung der Sitzungen der Arbeitsgruppe und die Beschreibung ihres Vorgehens zeigt, haben die Patient:innen in allen Arbeitsgruppen sehr engagiert mitgearbeitet (Protokoll 1-15). Sie haben sich eingebracht, diskutiert, Vorschläge gemacht und Wünsche geäußert, sie haben Hausaufgaben übernommen und sich auch ausserhalb der Arbeitsgruppe dafür eingesetzt. In der Arbeitsgruppe sind sie auf Mitarbeitende getroffen, die voll hinter dem Modellversuch stehen und Veränderung wollen. Auch sie haben sich engagiert und eingesetzt und sind den Patient:innen, wo immer möglich, entgegengekommen, so dass sich in dieser Arbeitsgruppe ein konstruktives Arbeitsklima entwickelt hat.

#### *Fazit*

Hier kann man sehr gut erkennen wie ein solcher Prozess mustergültig verlaufen kann. Die etablierten Massnahmen sind nachhaltig umgesetzt und um weitere Massnahmen ergänzt worden (forensic surfing), die Patient:innen und die Mitarbeitenden haben ein grösseres Verständnis füreinander entwickelt und sich in der Arbeitsgruppe wirklich als eine Gruppe, die gemeinsam Lösungen findet, wahrgenommen. Von der Veränderung der Standortgespräche haben viele Patient:innen profitiert und sind dadurch zu Beteiligten an der eigenen Behandlung geworden. Mit der Wahl des Patientenrats haben sie Demokratie ganz praktisch erfahren und diejenigen Patient:innen, die sich im Patientenrat engagieren, lernen mit welchen Herausforderungen solch eine Aufgabe verbunden ist.

Dass dieser Prozess so gut verlaufen ist, hat vermutlich mit der grossen Kontinuität in der Arbeitsgruppe zu tun: Es war sicherlich sehr hilfreich, dass sechs bis acht Mitglieder (Pa-tient:innen und Mitarbeitende) der Arbeitsgruppe bei jeder Sitzung anwesend waren. Dar-über hinaus ist es hilfreich gewesen, dass die Beteiligten offen waren für die Recovery-Orientierung und sich damit auseinandergesetzt haben und insbesondere, dass die Abteilungsleitung und die fachverantwortliche Pflegefachperson kontinuierlich in der Arbeitsgruppe mitgearbeitet haben.

## 10.8 Anlage 8 Quantitativer Vergleich der Standortbedingungen

### **Vergleiche der Standortbedingungen**

Im Vergleich der Standortbedingungen werden die standortspezifischen Werte, also die Werte der jeweiligen Gesamteinstitution, vorgestellt. Diese Darstellungsform dient dazu aufzuzeigen wie die Ergebnisse der quantitativen Daten die qualitativen Daten ergänzen.

#### *Analysen für die unverbundene Stichprobe*

Nachfolgend werden die Werte der Patient:innen und der Mitarbeitenden, die sich auf die Eigenschaften der Abteilungen beziehen (der RSA-R und der EssenCES), in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wiedergegeben. Diese Form der Darstellung soll ermöglichen, die Effekte der Interventionen abzuschätzen. Dies sowohl in Abhängigkeit von Standorten – welche, als Institutionen mit verschiedenen strukturellen Eigenschaften, unterschiedliche Rahmenbedingungen aufweisen – als auch in Abhängigkeit der sozialen Rollen, die den Teilnehmenden als Patient:innen und als Mitarbeitenden zukamen.

Bei den standortabhängigen Vergleichen wurden in der Stichprobe der Patient:innen und derjenigen der Mitarbeitenden Varianzanalysen durchgeführt. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich jeweils rechts neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub> wiedergeben.

Sowohl der abteilungsspezifische Vergleich als auch die standortabhängigen Vergleiche beziehen sich auf unabhängige Stichproben.

Die Daten derjenigen Patient:innen und Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten, wurden zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> von den Analysen ausgeschlossen, und nur zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> berücksichtigt. Partielle Verbesserungen und Veränderungen, die auf eine intrapersonellen Entwicklung der Patient:innen und Mitarbeitenden basieren, werden im zweiten Teil als verbundene Stichprobe beschrieben.

In Bezug auf den Hauptscore des RSA-R Total wurde ein Signifikanzniveau von 5% gewählt. Bezüglich der Subscores: RSA-R Räumlichkeiten, RSA-R Lebensziele, RSA-R Entscheidungsfreiheit, RSA-R individuelle Leistungen, RSA-R Einbeziehung und RSA-R unterschiedliche Behandlungsoptionen wurde ein – entsprechend der Bonferroni-Korrektur für multiples Testen – Signifikanzniveau von  $5\% / 6 = 0.83\%$  festgelegt. Die Scores des EssenCES: Sicherheit, Therapeutischer Halt und Zusammenhalt in der Gruppe der Patient:innen – welche auf unterschiedliche Phänomene abzielen, und sich nicht zu einem Gesamtscore vereinheitlichen lassen – wurden auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet.

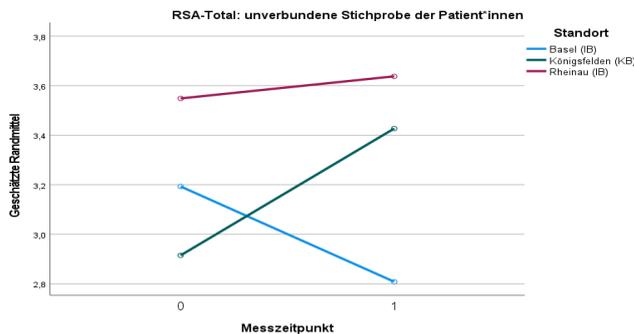
Zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> nahmen 18 Patient:innen vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe) , 18 vom Standort Rheinau und 17 vom Standort Basel teil. Zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> nahmen 12 Patient:innen vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe), 17 vom Standort Rheinau und 23 vom Standort Basel teil. Dabei wurden zweifach vorhandene Teilnehmende zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> ausgeschlossen.

Von den Mitarbeitenden nahmen zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> 24 Mitarbeitende vom Standort Rheinau und 45 vom Standort Basel teil. Zum Zeitpunkt T<sub>0</sub> waren die Mitarbeitenden am Standort Königsfelden (Kontrollgruppe) nicht befragt worden. Zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> nahmen 16 Mitarbeitende vom Standort Königsfelden (Kontrollgruppe), 15 vom Standort Rheinau und 18 vom Standort Basel teil. Auch hier wurden zweifach vorhandene Teilnehmende zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> ausgeschlossen. Die nachfolgenden Tabellen geben die Teilnehmenden in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wieder.

| <b>Patient:innen</b> | Messzeitpunkt t <sub>0</sub> | Messzeitpunkt t <sub>1</sub> | <b>Gesamt</b> |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|
| Königsfelden         | 18                           | 12                           | <b>30</b>     |
| Rheinau              | 18                           | 17                           | <b>35</b>     |
| Basel                | 17                           | 23                           | <b>40</b>     |
| <b>Gesamt</b>        | <b>53</b>                    | <b>52</b>                    | <b>105</b>    |

| Mitarbeitende | Messzeitpunkt t <sub>0</sub> | Messzeitpunkt t <sub>1</sub> | Gesamt     |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| Königsfelden  | 0                            | 16                           | <b>16</b>  |
| Rheinau       | 24                           | 15                           | <b>39</b>  |
| Basel         | 45                           | 18                           | <b>63</b>  |
| <b>Gesamt</b> | <b>69</b>                    | <b>49</b>                    | <b>118</b> |

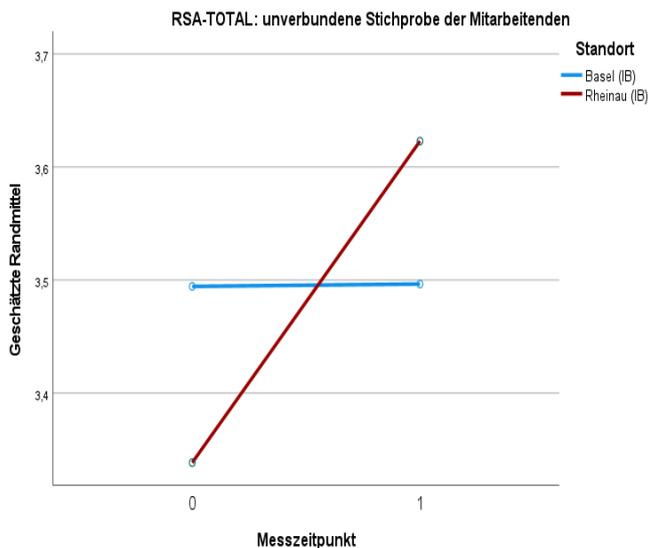
## Der RSA-R



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.005* |
| Messz.    | 0.641  |
| Interakt. | 0.066  |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Ein Interaktionseffekt der Faktoren «Ort» und «Zeit» verpasste dabei knapp das gewählte Signifikanzniveau. Die Abbildung legt nahe, dass ersterer auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist. Die Verläufe insofern standortspezifisch, als die Werte am Standort «Rheinau» weitgehend konstant bleiben, sich in Basel verschlechtern und in Königsfelden verbessern.

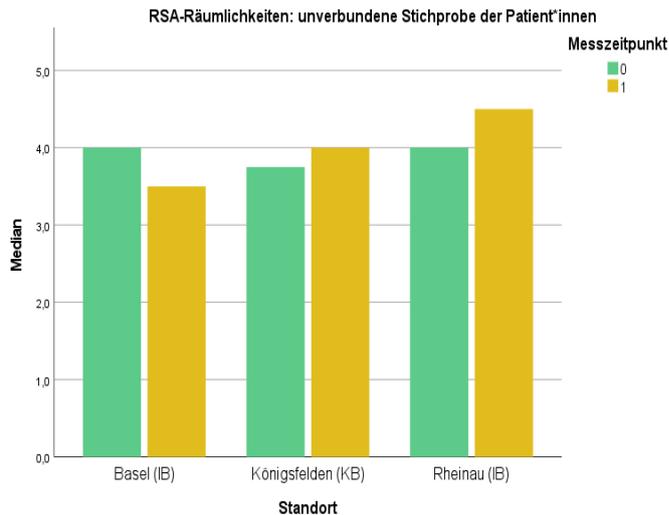
In der Stichprobe der Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich kein Effekt feststellen.



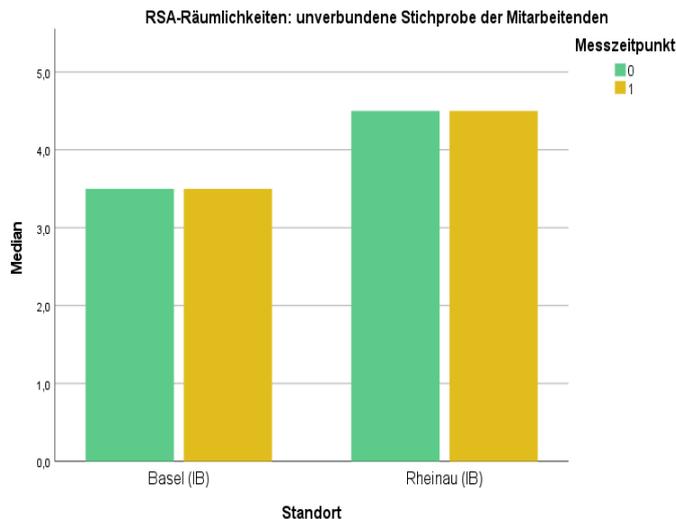
| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.895 |
| Messz.      | 0.203 |
| Interakt.   | 0.210 |

| Kruskal-Wallis-Test             |       |
|---------------------------------|-------|
| t <sub>1</sub>                  |       |
| Mittlere Rangsummen am Standort |       |
| Basel (KB)                      | 23.33 |
| Königsf. (IB)                   | 26.19 |
| Rheinau (KB)                    | 25.73 |
| Signifikanz: 0.821              |       |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Ein Interaktionseffekt der Faktoren «Ort» und «Zeit» verpasste dabei knapp das gewählte Signifikanzniveau. Die Abbildung legt nahe, dass ersterer auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist. Die Verläufe insofern standortspezifisch, als die Werte am Standort «Rheinau» weitgehend konstant bleiben, sich in Basel verschlechtern und in Königsfelden verbessern. In der Stichprobe der Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich kein Effekt feststellen.



| Mann-Whitney-Tests |       |
|--------------------|-------|
| Standort           | Sig.  |
| Basel              | 0.017 |
| Königsfelden       | 0.285 |
| Rheinau            | 0.483 |

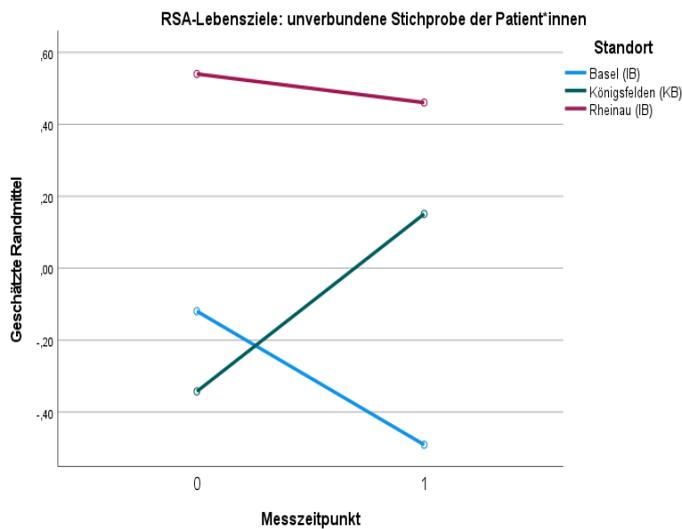


| Mann-Whitney-Tests |       |
|--------------------|-------|
| Standort           | Sig.  |
| Basel              | 0.703 |
| Rheinau            | 0.809 |

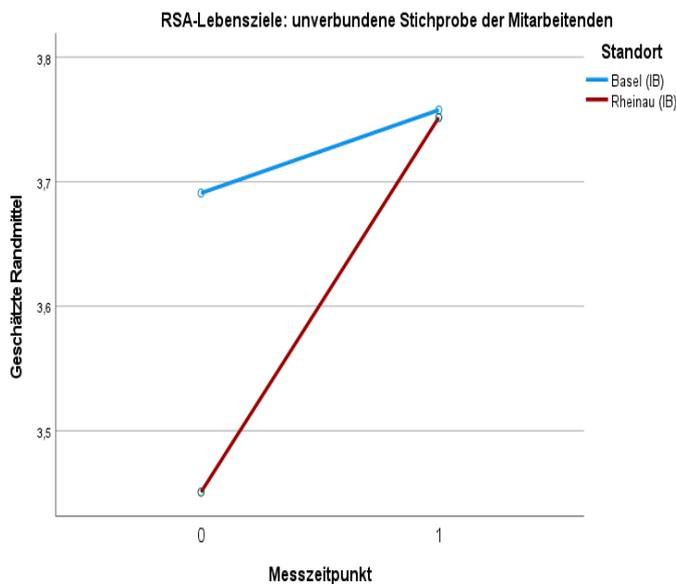
| Kruskal-Wallis-Test T1          |       |
|---------------------------------|-------|
| Mittlere Rangsummen am Standort |       |
| Basel (KB)                      | 17.72 |
| Königsf. (IB)                   | 26.53 |
| Rheinau (KB)                    | 32.10 |
| Signifikanz: 0.010              |       |

Wie die Daten zeigen, liessen sich in Bezug auf die Räumlichkeiten keine Effekte hinsichtlich des Unterschiedes der Werte zu den Zeitpunkten  $T_0$  und  $T_1$  in Bezug auf die verschiedenen Standorte feststellen, wobei der Unterschied am Standort «Basel» das gewählte Niveau ( $\alpha = 0.83\%$ ) knapp verfehlte.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich hinsichtlich des Faktors «Zeit» ebenfalls kein Effekt feststellen. Hinsichtlich des Ortes verfehlte ein Effekt, der nahelegt, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Standorten Königsfelden/Rheinau auf der einen und Basel auf der anderen Seite gibt, knapp das gewählte Niveau der Signifikanz ( $\alpha = 0.83\%$ ).

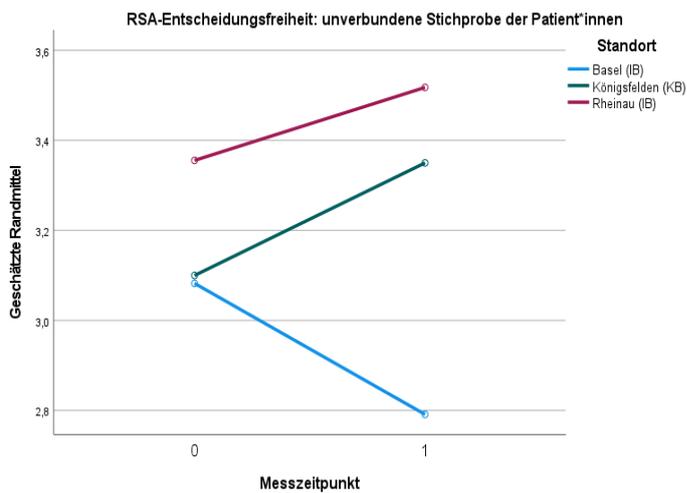


| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.001* |
| Messz.    | 0.936  |
| Interakt. | 0.147  |

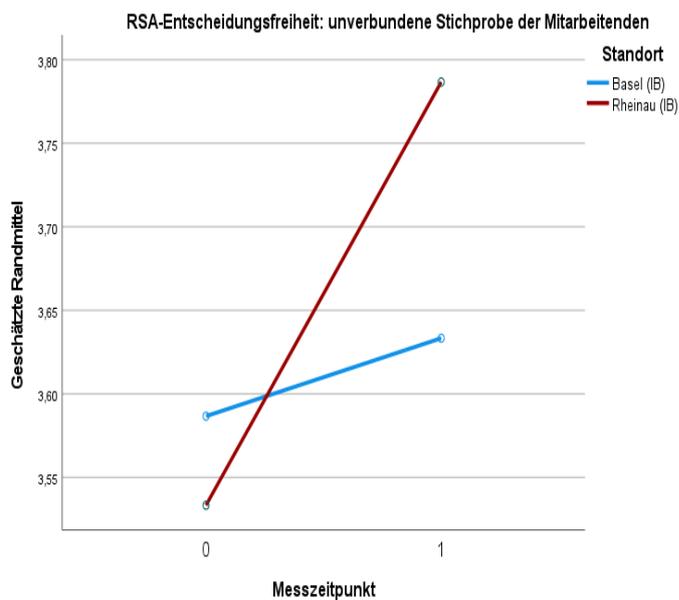


In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 0.83\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Die Abbildung legt nahe, dass dieser auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich kein Effekt feststellen.



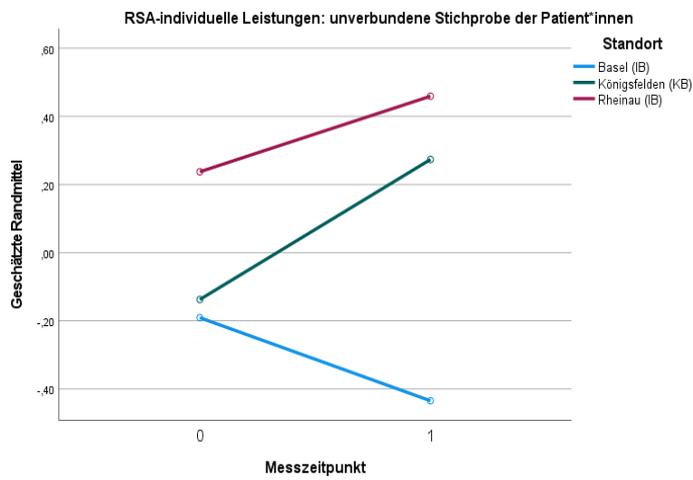
| Faktor    | Sig.  |
|-----------|-------|
| Standort  | 0.089 |
| Messz.    | 0.835 |
| Interakt. | 0.454 |



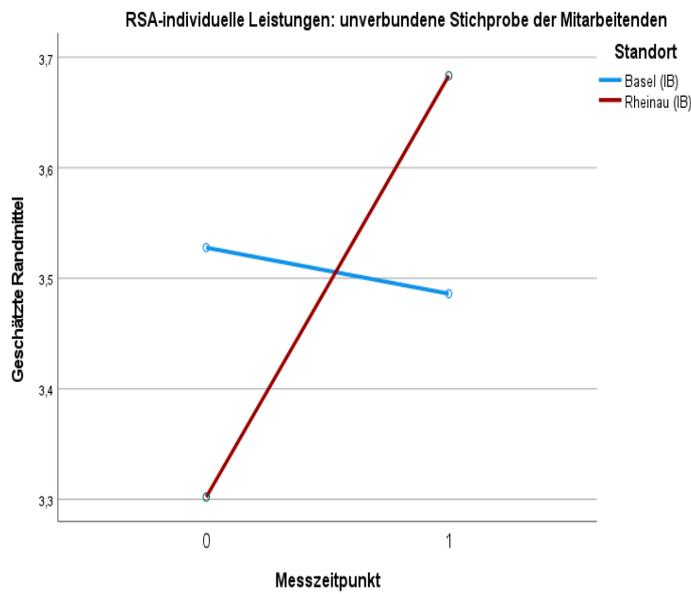
| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.717 |
| Messz.      | 0.278 |
| Interakt.   | 0.454 |

| Kruskal-Wallis-Test<br>t1       |       |
|---------------------------------|-------|
| Mittlere Rangsummen am Standort |       |
| Basel (KB)                      | 23.25 |
| Königsf. (IB)                   | 26.97 |
| Rheinau (KB)                    | 25.00 |
| Signifikanz: 0.747              |       |

Weder in der Stichprobe der Patient:innen, noch in derjenigen der Mitarbeitenden, liess sich ein Effekt feststellen.



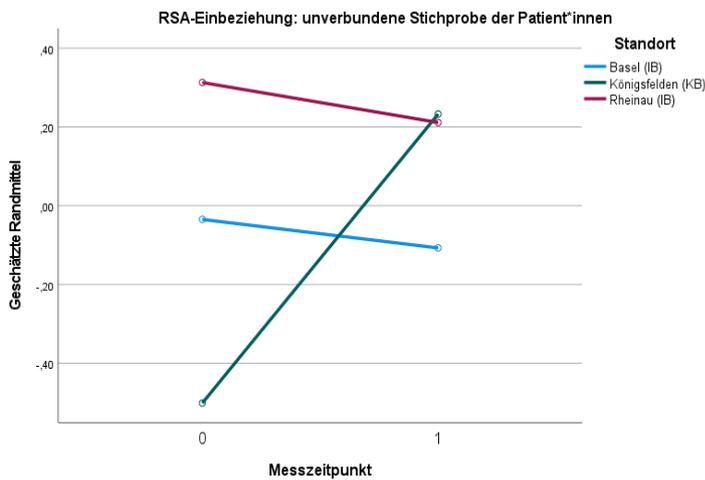
| Faktor    | Sig.  |
|-----------|-------|
| Standort  | 0.010 |
| Messz.    | 0.479 |
| Interakt. | 0.312 |



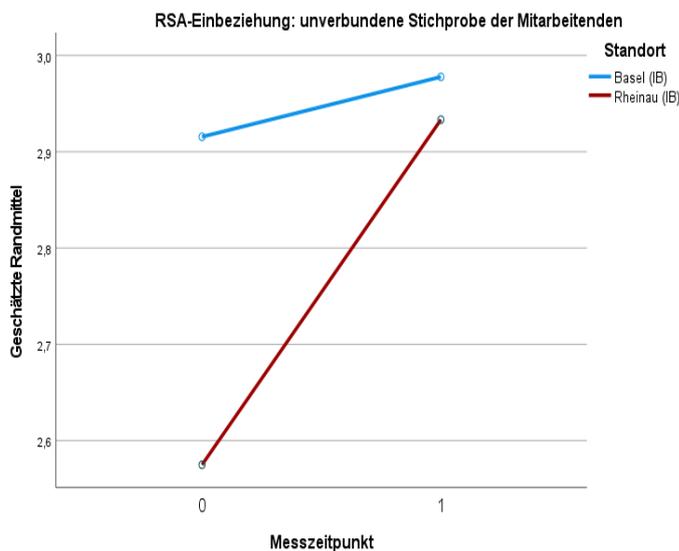
| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.928 |
| Messz.      | 0.280 |
| Interakt.   | 0.179 |

| Kruskal-Wallis-Test<br>t1          |       |
|------------------------------------|-------|
| Mittlere Rangsummen<br>am Standort |       |
| Basel (KB)                         | 20.39 |
| Königsf. (IB)                      | 31.38 |
| Rheinau<br>(KB)                    | 23.73 |
| Signifikanz: 0.072                 |       |

In der Stichprobe der Patient:innen liess sich kein Effekt feststellen; ein Haupteffekt des Faktors «Ort» verfehlte das gewählte Signifikanzniveau ( $\alpha = 0.83\%$ ) nur knapp.  
 In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich kein Effekt feststellen, obgleich sich Hinweise auf eine besonders zufriedenstellende Situation in Königsfelden finden lassen.



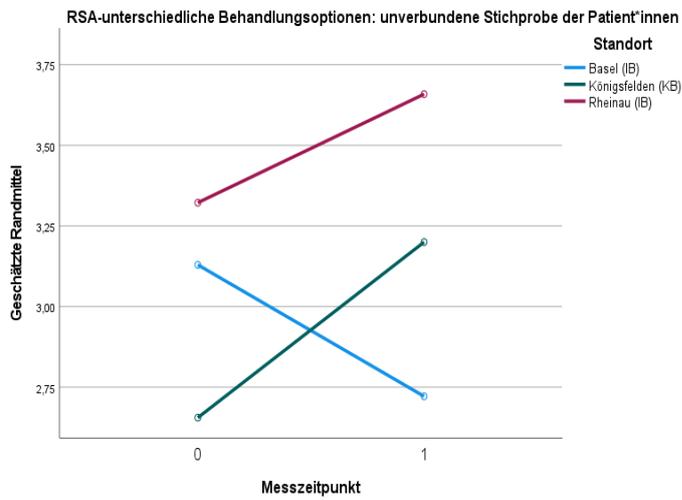
| Faktor    | Sig.  |
|-----------|-------|
| Standort  | 0.180 |
| Messz.    | 0.318 |
| Interakt. | 0.142 |



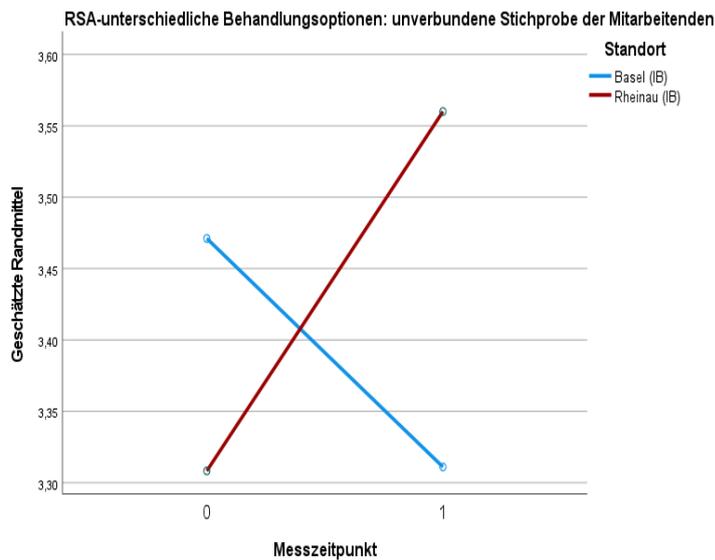
| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.345 |
| Messz.      | 0.303 |
| Interakt.   | 0.468 |

| 3-faktorielle ANOVA          |             |
|------------------------------|-------------|
| t <sub>1</sub>               |             |
| Mittelwerte (SD) am Standort |             |
| Ba. (KB)                     | 2.98 (0.75) |
| Kö. (IB)                     | 3.13 (0.69) |
| Rh. (KB)                     | 2.93 (0.78) |
| Signifikanz: 0.705           |             |

Weder in der Stichprobe der Patient:innen, noch in derjenigen der Mitarbeitenden, liess sich ein Effekt feststellen.



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.008* |
| Messz.    | 0.353  |
| Interakt. | 0.051  |



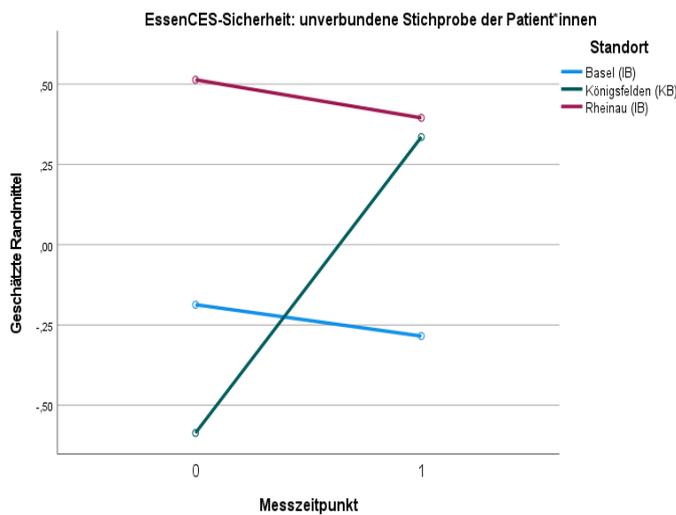
| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.776 |
| Messz.      | 0.762 |
| Interakt.   | 0.176 |

| 3-faktorielle ANOVA<br>t1    |             |
|------------------------------|-------------|
| Mittelwerte (SD) am Standort |             |
| Ba. (KB)                     | 3.31 (0.73) |
| Kö. (IB)                     | 3.25 (0.57) |
| Rh. (KB)                     | 3.56 (0.69) |
| Signifikanz: 0.403           |             |

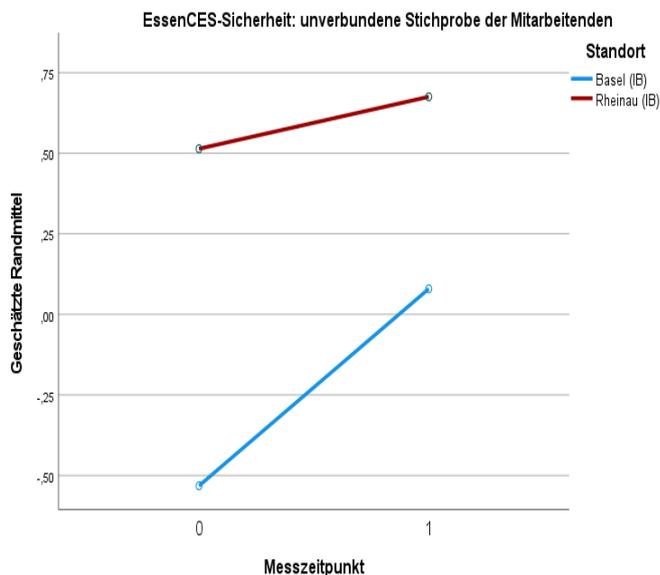
In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 0.83\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des «Ortes» feststellen. Die Abbildung legt nahe, dass dieser auf den Unterschied zwischen dem Standort Rheinau auf der einen und den Standorten «Basel» und «Königsfelden» auf der anderen Seite bezogen ist.

In der Stichprobe der Mitarbeitenden liess sich kein Effekt feststellen.

## Der EssenCES



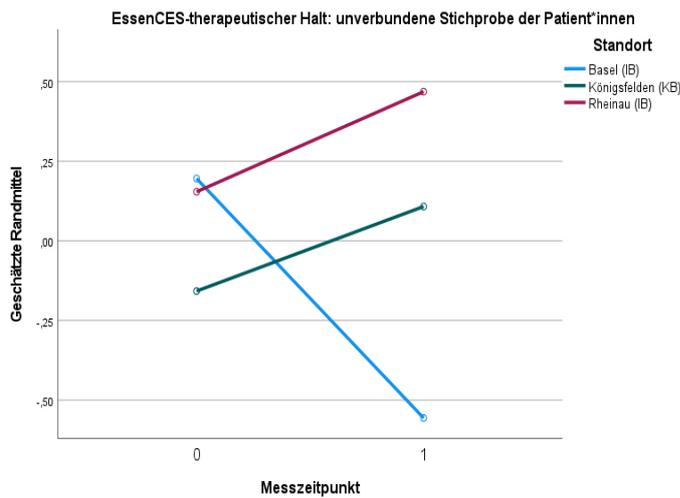
| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.003* |
| Messz.    | 0.183  |
| Interakt. | 0.033* |



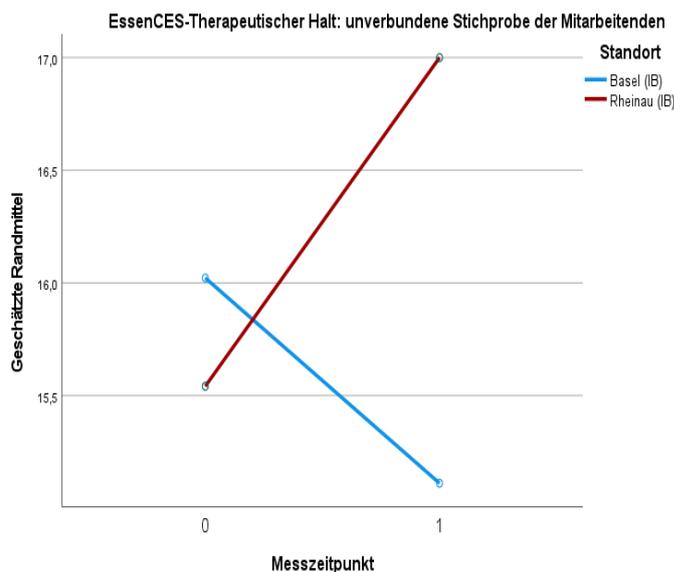
| 2 x 2 ANOVA |        |
|-------------|--------|
| Faktor      | Sig.   |
| Standort    | 0.001* |
| Messz.      | 0.032* |
| Interakt.   | 0.208  |

| Kruskal-Wallis-Test<br>t1          |       |
|------------------------------------|-------|
| Mittlere Rangsummen<br>am Standort |       |
| Basel (KB)                         | 20.00 |
| Königsf. (IB)                      | 25.91 |
| Rheinau<br>(KB)                    | 30.03 |
| Signifikanz: 0.124                 |       |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich ein Haupteffekt des Faktors «Ort» nachweisen, wobei am Standort «Rheinau» die Werte grundsätzlich am besten ausfielen. Ferner blieben die Werte an den Standorten «Rheinau» und «Basel» weitgehend konstant, während sie am Standort «Königsfelden» stiegen. Der entsprechende Interaktionseffekt verfehlte das gewählte Signifikanzniveau nur knapp. In der Stichprobe der Mitarbeitenden wies der Standort «Rheinau» grundsätzlich die besten Werte auf (signifikanter Effekt des Ortes in der 2 x 2 ANOVA), während sie in Basel ( $\alpha = 5\%$ ) im Verlauf der Zeit stiegen. Ein Unterschied zwischen den drei Standorten zum Zeitpunkt T<sub>1</sub> liess sich nicht feststellen.



| Faktor    | Sig.   |
|-----------|--------|
| Standort  | 0.069  |
| Messz.    | 0.752  |
| Interakt. | 0.022* |

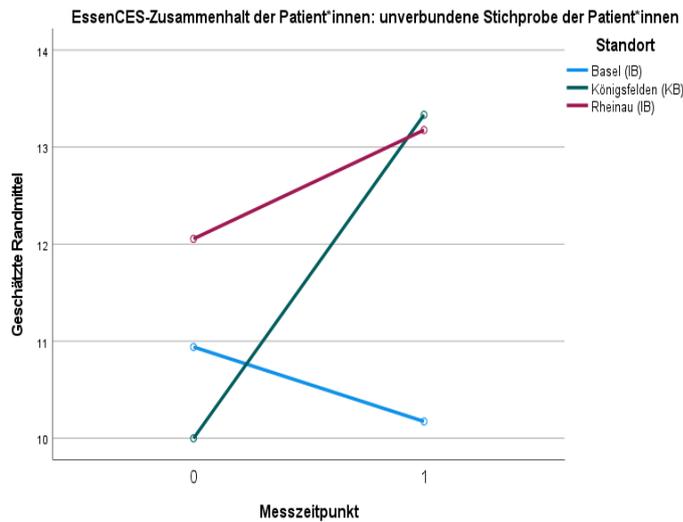


| 2 x 2 ANOVA |        |
|-------------|--------|
| Faktor      | Sig.   |
| Standort    | 0.222  |
| Messz.      | 0.634  |
| Interakt.   | 0.041* |

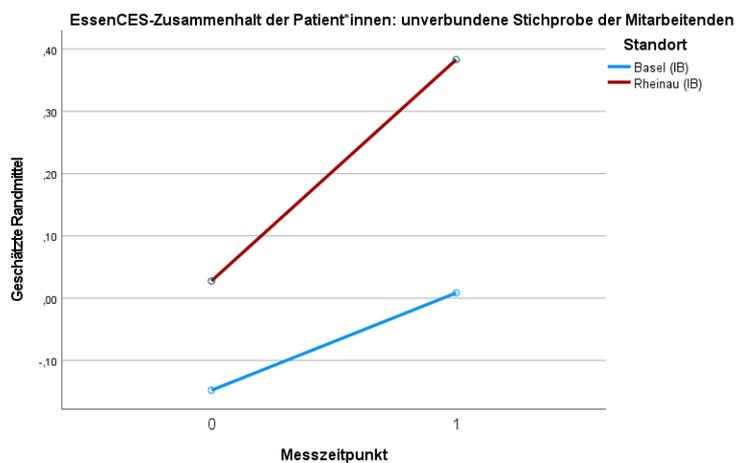
| 3-faktorielle ANOVA t1       |              |
|------------------------------|--------------|
| Mittelwerte (SD) am Standort |              |
| B. (IB)                      | 15.11 (4.13) |
| K. (KB)                      | 16.13 (1.67) |
| R. (IB)                      | 17.00 (1.46) |
| Signifikanz: 0.165           |              |

In der Stichprobe der Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ) verbesserten sich die Werte an den Standorten Rheinau und Königsfelden, während sie sich am Standort Basel verschlechterten.

Bei den Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ) liess sich dieselbe Interaktion zwischen den Standorten Rheinau und Basel feststellen. Ein Unterschied zwischen den drei Standorten zum Zeitpunkt  $T_1$  liess sich nicht feststellen.



| Faktor    | Sig.  |
|-----------|-------|
| Standort  | 0.056 |
| Messz.    | 0.092 |
| Interakt. | 0.076 |



| 2 x 2 ANOVA |       |
|-------------|-------|
| Faktor      | Sig.  |
| Standort    | 0.183 |
| Messz.      | 0.215 |
| Interakt.   | 0.629 |

| 3-faktorielle ANOVA<br>t1    |              |
|------------------------------|--------------|
| Mittelwerte (SD) am Standort |              |
| B. (IB)                      | 10.39 (2.95) |
| K. (KB)                      | 10.81 (1.91) |
| R. (IB)                      | 11.53 (3.00) |
| Signifikanz: 0.475           |              |

Weder in der Stichprobe der Patient:innen, noch in der der Mitarbeitenden, liess sich ein Effekt ( $\alpha = 5\%$ ) feststellen. Ein Unterschied zwischen den drei Standorten zum Zeitpunkt  $T_1$  liess sich nicht feststellen.

### Analysen für die verbundene Stichprobe

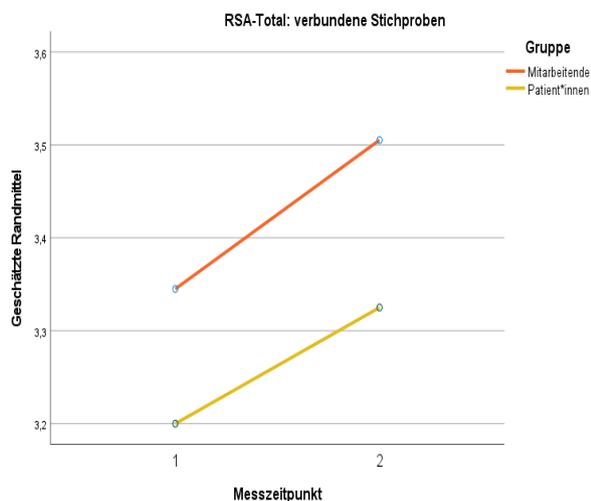
Nachfolgend werden diejenigen Werte der Patient:innen und der Mitarbeitenden, die sich auf die Eigenschaften der Teilnehmenden beziehen ( der RSA-R und der EssenCES), welche zu beiden Zeitpunkten an der quantitativen Datenerhebung teilgenommen haben, dargestellt. Damit soll die Abschätzung der Effekte der Interventionen auf diejenigen Teilnehmenden, die den gesamten Modellversuch von Anfang bis Ende miterlebt haben, ermöglicht werden.

Dabei wird zwischen Patient:innen und Mitarbeitendem unterschieden. In Hinblick auf die Vergleiche für abhängige Stichproben wurden Varianzanalysen (mixed-ANOVA mit «Gruppe» als Intersubjekt- und «Messzeitpunkt» als Intrasubjekt-Faktor) durchgeführt. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich jeweils neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt  $T_0$  und  $T_1$  wiedergeben.

Ebenso wie in den Analysen für die unverbundenen Stichproben, wurde in Bezug auf den Hauptscore des RSA-Total ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  gewählt. Dies geschah aufgrund des verhältnismässig kleinen  $n$  und des initialen, explorativen Charakters des Modellversuches. Bezüglich der Subscores; RSA-R Räumlichkeiten, RSA-R Lebensziele, RSA-R Entscheidungsfreiheit, RSA-R individuelle Leistungen, RSA- R Einbeziehung und RSA-R unterschiedliche Behandlungsoptionen wurde – entsprechend der Bonferroni-Korrektur für multiples Testen – ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\% / 6 = 0.83\%$  festgelegt. Die Scores des EssenCES: EssenCES-Sicherheit, EssenCES-therapeutischer Halt und EssenCES-Patientenzusammenhalt zielen auf unterschiedliche Phänomene und lassen sich nicht zu einer Gesamtscore vereinheitlichen. Sie wurden auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet. Die nachfolgende Tabelle gibt die Anzahl der Teilnehmenden in Abhängigkeit von ihrer Gruppenzugehörigkeit wieder.

| Gruppe        | $n$ |
|---------------|-----|
| Patient:innen | 5   |
| Mitarbeitende | 24  |

### Der RSA-R



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.414       |
| Messzeitpunkt | 0.078*      |
| Interaktion   | 0.823       |

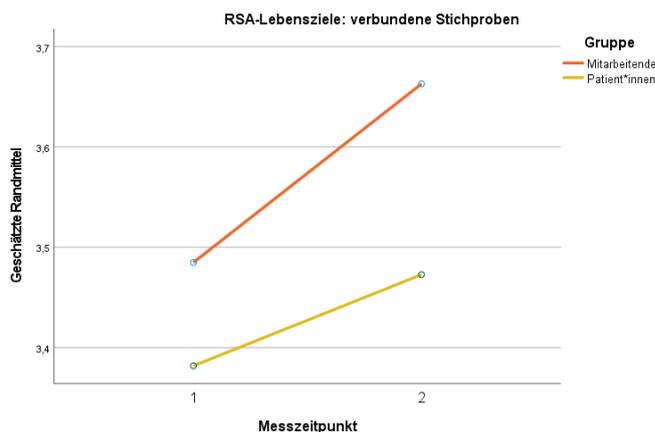
... r «Messzeitpunkt» das Niveau von  $\alpha = 5\%$  Gruppe, während auch der Faktor «Gruppe» und der Interaktionseffekt

«Gruppe\*Messzeitpunkt» nicht signifikant waren. Dies heisst, dass sich die Werte des RSA-Total-Scores im Verlauf der Zeit bei den Patient:innen und Mitarbeitenden, die zu beiden Zeitpunkten an der quantitativen Erhebung teilgenommen hatten, verbesserten, und dies – wie anhand der Grafik ersichtlich ist – in einem etwa gleich starken Ausmasse, während ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen zwar vorhanden, aber nicht signifikant war.



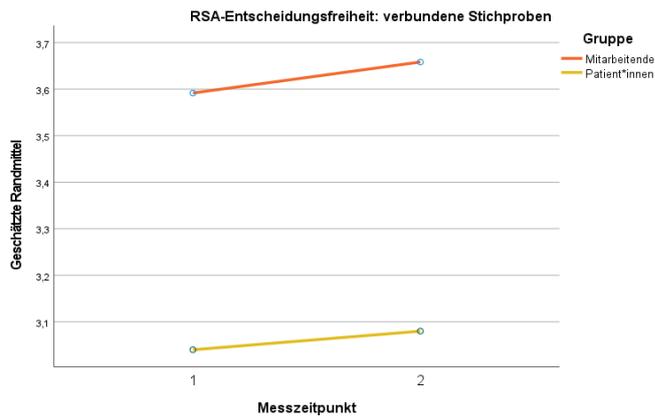
| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.517       |
| Messzeitpunkt | 0.218       |
| Interaktion   | 0.686       |

Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der verbundenen Stichprobe der Patient:innen und Mitarbeitenden ein signifikanter Effekt nachweisen.



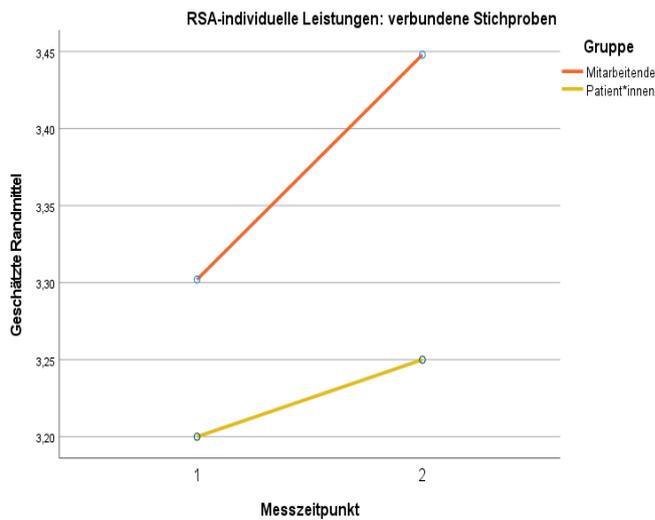
| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.517       |
| Messzeitpunkt | 0.218       |
| Interaktion   | 0.686       |

Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der verbundenen Stichprobe der Patient:innen und Mitarbeitenden ein signifikanter Effekt nachweisen.



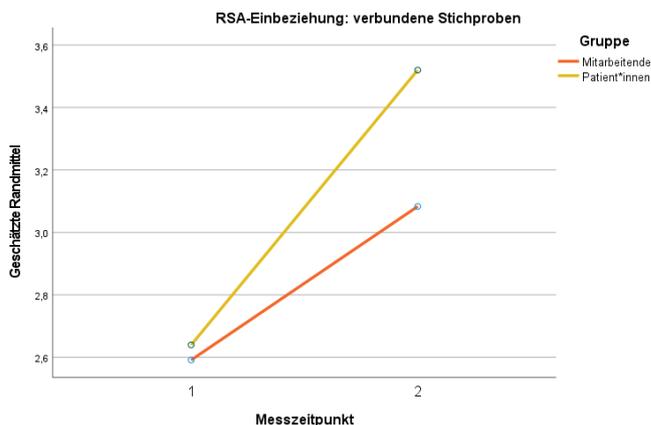
| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.009*      |
| Messzeitpunkt | 0.684       |
| Interaktion   | 0.919       |

Die Daten zeigen, dass ein Effekt, der anzeigen würde, dass die Mitarbeitenden die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen grundsätzlich besser einschätzen, als dies die Patient:innen tun ( $\alpha=0.83\%$ ) die Signifikanzschranke knapp verfehlte. Auch andere Effekte liessen sich nicht belegen.



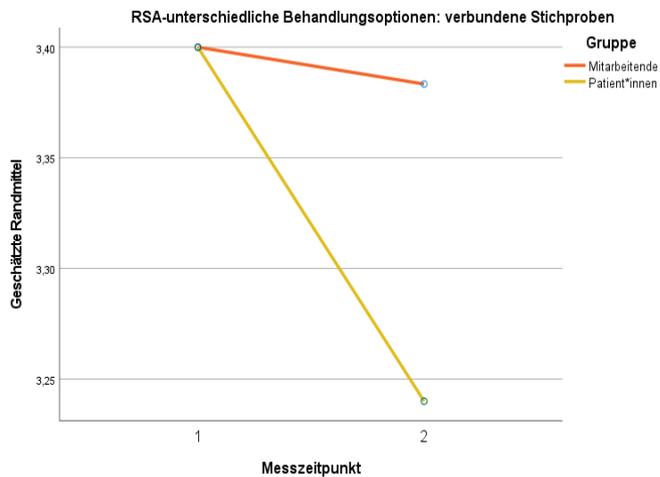
| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.051       |
| Messzeitpunkt | 0.776       |
| Interaktion   | 0.805       |

Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der verbundenen Stichprobe der Patient:innen und Mitarbeitenden ein signifikanter Effekt nachweisen.



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.458       |
| Messzeitpunkt | 0.002*      |
| Interaktion   | 0.346       |

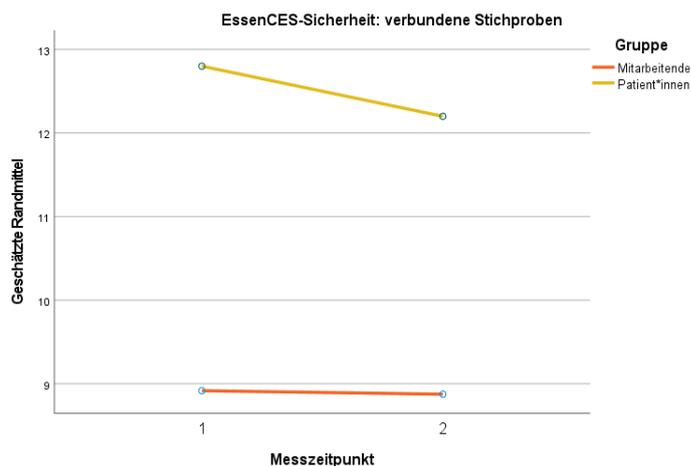
Wie die Daten zeigen, war der Faktor «Messzeitpunkt» auf dem Niveau von  $\alpha = 0.83\%$  signifikant, während der Faktor «Gruppe» und der Interaktionsfaktor «Gruppe\*Messzeitpunkt» nicht signifikant waren. Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit verbesserte sich insofern die Einbeziehung der Patient:innen aus Sicht sowohl der Patient:innen als auch der Mitarbeitenden in der verbundenen Stichprobe.



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.769       |
| Messzeitpunkt | 0.609       |
| Interaktion   | 0.677       |

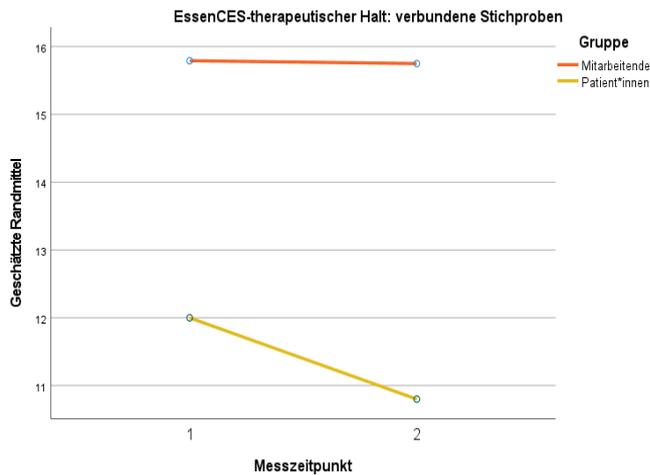
Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der verbundenen Stichprobe der Patient:innen und Mitarbeitenden ein signifikanter Effekt nachweisen.

## Der EssenCES



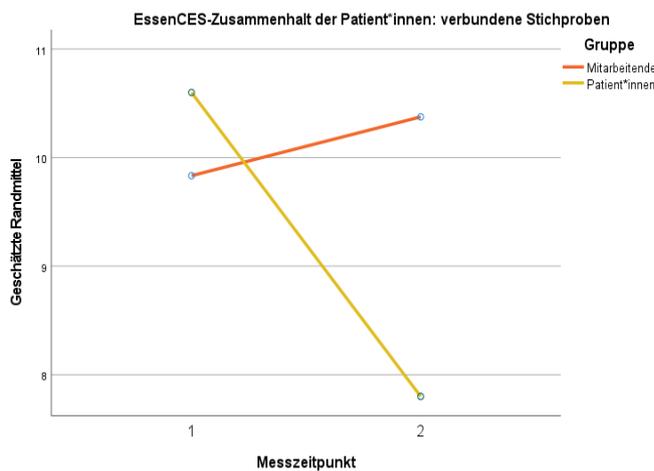
| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.051       |
| Messzeitpunkt | 0.776       |
| Interaktion   | 0.805       |

Wie aus den Daten hervorgeht, verpasst ein Effekt der Gruppe, der anzeigen würde, dass die Patient:innen der verbundenen Stichprobe die Sicherheit grundsätzlich höher einschätzen als die Mitarbeitenden ( $\alpha = 5\%$ ), knapp das Level der Signifikanz.



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.001*      |
| Messzeitpunkt | 0.280       |
| Interaktion   | 0.313       |

Wie aus den Daten hervorgeht, schätzen die Mitarbeitenden der verbundenen Stichprobe den therapeutischen Halt grundsätzlich höher ein als die Patient:innen ( $\alpha = 5\%$ ). Andere Effekte zeigen sich nicht.



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Gruppe        | 0.514       |
| Messzeitpunkt | 0.172       |
| Interaktion   | 0.047*      |

Hier zeigt sich, dass der Zusammenhalt der Patient:innen aus Perspektive derjenigen Patient:innen, die zu beiden Zeitpunkten an der Fragebogenerhebung teilgenommen hatten, abnahm, während er aus Perspektive der Mitarbeitenden etwas zunahm ( $\alpha = 5\%$ ). Andere Effekte zeigen sich nicht.

### 10.9 Anlage 9 Die Ergebnisse des hypothestetenden Verfahrens

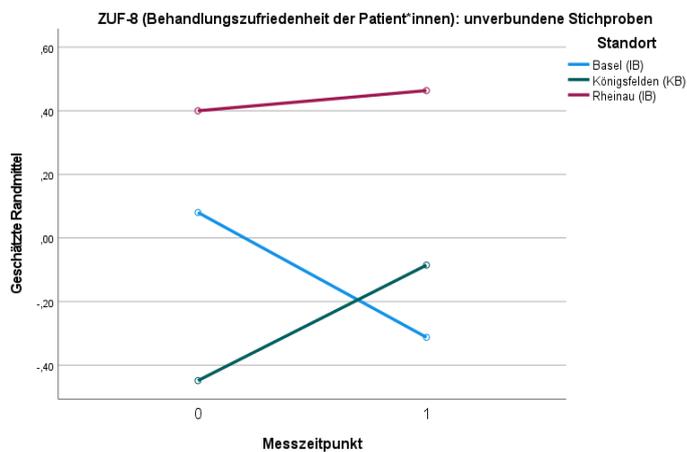
Nachfolgend werden die Werte der Patient:innen dargestellt, die sich auf die allgemeine Behandlungszufriedenheit, das Stigmatisierungserleben, den wahrgenommenen Zwang, die Hoffnung und die Selbstmanagementfähigkeiten beziehen. Diese wurden mit den Instrumenten ZUF-8, ISMI, MPC8 und die Dimensionen «Hoffnung» und Selbstwirksamkeitserleben mit dem FERUS erhoben.

Sie werden in Abhängigkeit von Standort und Messzeitpunkt wiedergegeben, um eine Abschätzung der Effekte, welche die Interventionen auf den verschiedenen Abteilungen hatten, zu ermöglichen.

In der Stichprobe der Patient:innen wurden Varianzanalysen durchgeführt, die sich auf unabhängige Stichproben beziehen. Die entsprechenden Kennziffern der Tests finden sich neben den Diagrammen, welche die Messwerte der Fragebögen zum Zeitpunkt  $T_0$  und  $T_1$  wiedergeben. Die Daten derjenigen Patient:innen, die zu beiden Zeitpunkten teilgenommen hatten, wurden dabei zum Zeitpunkt  $T_1$  von den Analysen ausgeschlossen, und nur zum Zeitpunkt  $T_0$  berücksichtigt. Getrennte Varianzanalysen für abhängige Stichproben wurden wegen des sehr kleinen  $n$  von fünf Patient:innen nicht durchgeführt.

In Bezug auf den Hauptscore des ISMI-Total wurde ein Signifikanzniveau von 5% gewählt. Die Scores des ZUF-8, des MPC5 und des FERUS wurden ebenfalls auf einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  getestet.

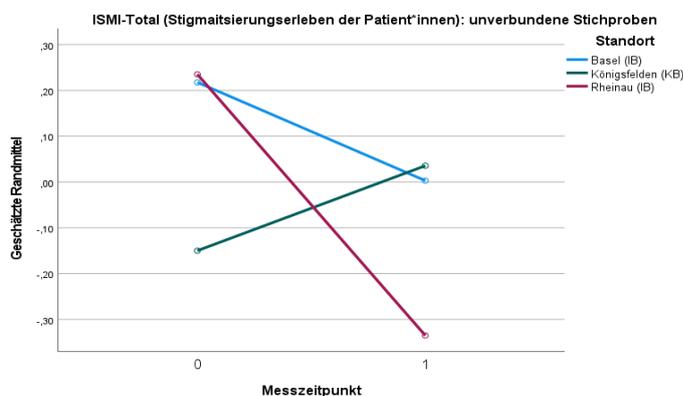
## Die Behandlungszufriedenheit



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.006*      |
| Messzeitpunkt | 0.950       |
| Interaktion   | 0.232       |

Wie die Daten zeigen, liess sich ein Haupteffekt in Bezug auf den Faktor «Ort» feststellen, wobei aus der Abbildung hervorgeht, dass die Werte am Standort «Rheinau» grundsätzlich auf eine höhere Behandlungszufriedenheit verwiesen, als an den Standorten «Basel» und «Königsfelden» ( $\alpha = 5\%$ ). Andere Effekte zeigen sich nicht.

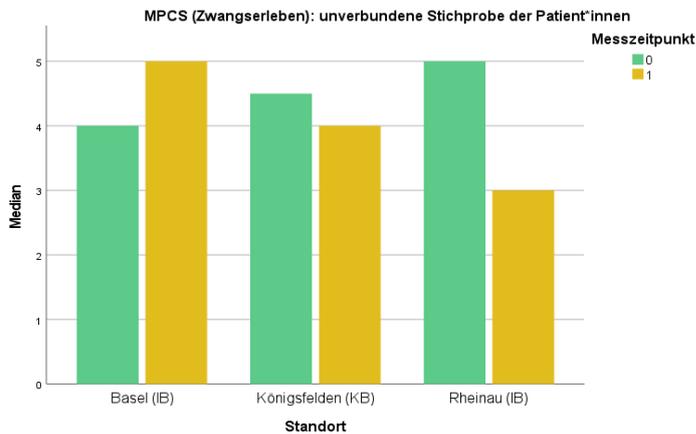
## Das Stigmatisierungserleben



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.708       |
| Messzeitpunkt | 0.302       |
| Interaktion   | 0.305       |

Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der unverbundenen Stichprobe der Patient:innen ein signifikanter Effekt nachweisen.

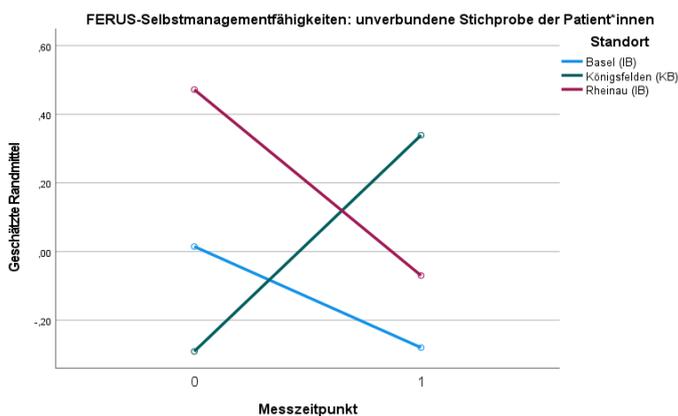
## Der wahrgenommene Zwang



| Mann-Whitney-Tests |       |
|--------------------|-------|
| Standort           | Sig.  |
| Basel              | 0.149 |
| Königsfelden       | 0.950 |
| Rheinau            | 0.153 |

Wie die Daten zeigen, liessen sich in Bezug auf den wahrgenommenen Zwang keine Effekte hinsichtlich des Unterschiedes zu den Zeitpunkten T<sub>0</sub> und T<sub>1</sub> in Bezug auf die verschiedenen Standorte feststellen (Mann-Whitney-U-Tests).

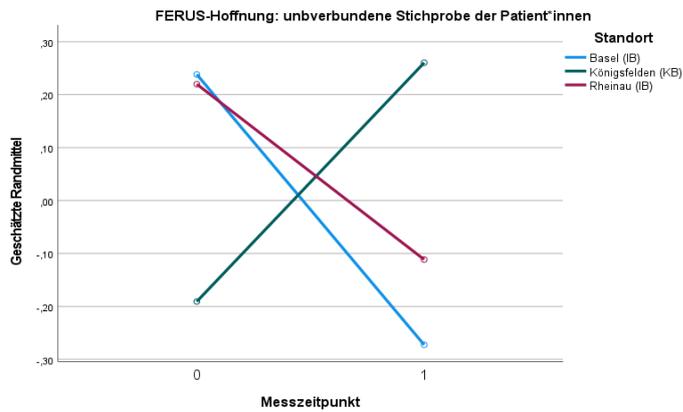
## Die Selbstmanagementfähigkeiten



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.319       |
| Messzeitpunkt | 0.715       |
| Interaktion   | 0.040*      |

In Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt» liess sich kein Effekt feststellen. Allerdings war der Interaktionseffekt signifikant und zeigte an, dass sich die Selbstmanagementfähigkeiten am Standort «Königsfelden» verbesserten, während sie sich an den anderen beiden Standorten verschlechterten.

## Die Hoffnung



| Faktor        | Signifikanz |
|---------------|-------------|
| Standort      | 0.946       |
| Messzeitpunkt | 0.492       |
| Interaktion   | 0.107       |

Weder in Bezug auf die Haupteffekte «Gruppe» oder «Messzeitpunkt», noch mit Blick auf den Interaktionseffekt «Gruppe\*Messzeitpunkt» liess sich in der unverbundenen Stichprobe der Patient:innen ein signifikanter Effekt nachweisen.