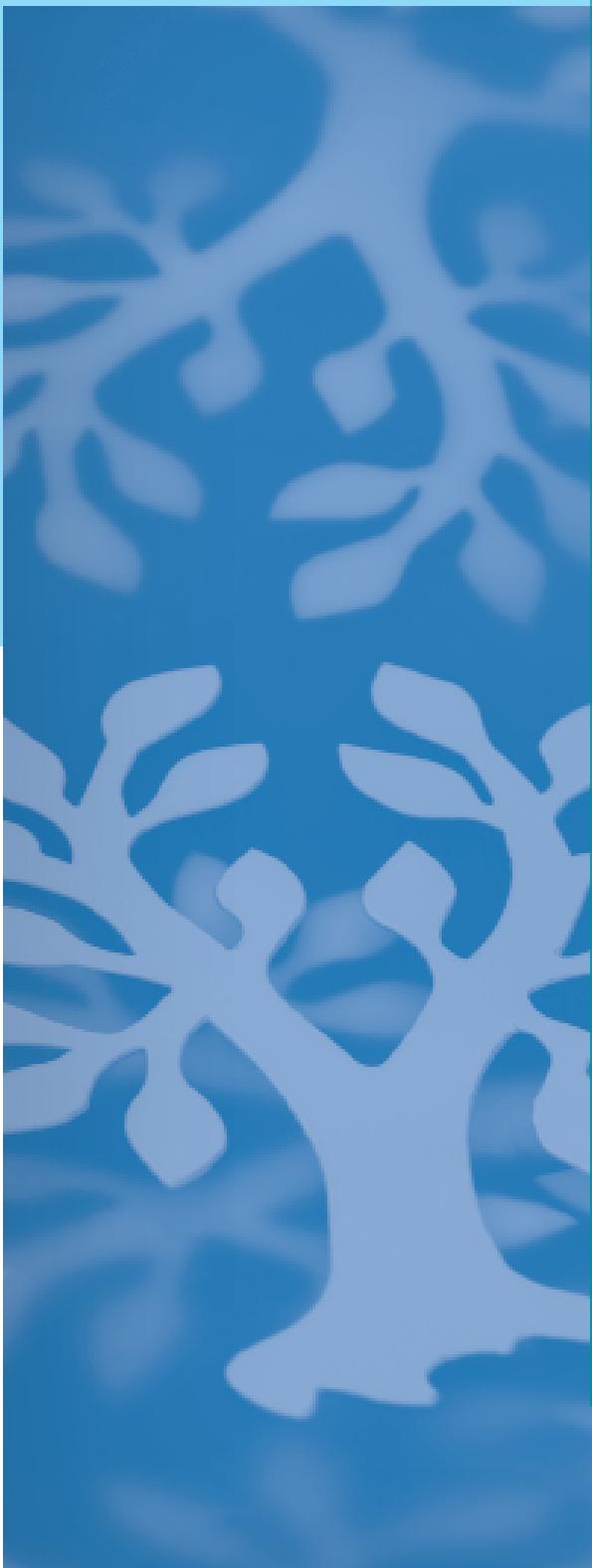


# Persönliche PDF-Datei für Ziegenhagen J, Göppert L, Glück R, von Peter S.

Mit den besten Grüßen von Thieme



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

**Sicherheitsrelevante Merkmale der stationsäquivalenten Behandlung – Eine Untersuchung aus der Perspektive von Nutzer\*innen**

**Psychiatrische Praxis**

2025

10.1055/a-2506-7112

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z.B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Copyright & Ownership**  
© 2025. Thieme. All rights reserved.  
Die Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* ist Eigentum von Thieme.  
Georg Thieme Verlag KG,  
Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 0303-4259

# Sicherheitsrelevante Merkmale der stationsäquivalenten Behandlung – Eine Untersuchung aus der Perspektive von Nutzer\*innen

## Safety-relevant components of inpatient equivalent home treatment – An investigation from the perspective of users

### Autorinnen/Autoren

Jenny Ziegenhagen<sup>1</sup>, Lena Göppert<sup>1</sup>, Rosa Glück<sup>1</sup>, Sebastian von Peter<sup>2</sup>

### Institute

- 1 IAG Psychische Gesundheiten, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Neuruppin
- 2 Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH, Neuruppin

### Schlüsselwörter

Zwang, Zuhausebehandlung, Wohlbefinden

### Keywords

coercion, home treatment, well-being

eingereicht 12.07.2024

akzeptiert 19.12.2024

Artikel online veröffentlicht 2025

### Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-2506-7112

ISSN 0303-4259

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Prof. Sebastian von Peter  
Medizinische Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH  
Psychiatrie und Psychotherapie  
Fehrbelliner Straße 38  
16816 Neuruppin  
Deutschland  
sebastian.vonpeter@mhb-fontane.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel** Das Thema Sicherheit während der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) wird aus Nutzer\*innensicht untersucht. StäB ist eine Form der akut-psychiatrischen Versorgung, bei der Nutzer\*innen zu Hause aufgesucht werden. Die Arbeit ist Teil der Aktiv-Studie und wurde von Autor\*innen mit eigenen Erfahrungen psychiatrischer Behandlung verfasst.

**Methode** 55 Leitfrageninterviews mit Nutzer\*innen von StäB sind mit thematischer Analyse ausgewertet worden. Dabei war die Frage leitend, wie die Sicherheitsbedürfnisse von Nutzer\*innen in der StäB, auch im Vergleich zur stationären Behandlung, erfüllt werden können.

**Ergebnisse** Das Thema Sicherheit ist für die Nutzer\*innen die Grundlage für eine Unterstützung in Krisen. Der Haltung der Mitarbeiter\*innen und ihrer Beziehung zu den Nutzer\*innen kommen dabei eine prägnante Rolle zu.

**Schlussfolgerungen** StäB bietet mehr Möglichkeiten für eine sichere Behandlung als der stationäre Kontext. Die Abwesenheit von Zwang und Gewalt ist nötig, damit Nutzer\*innen während einer psychiatrischen Behandlung sicher sein können.

### ABSTRACT

**Objective** Our article explores the issue of safety during psychiatric treatment from the service user's point of view. This manuscript is part of the Aktiv study and was written by authors with lived experience of psychiatric treatment.

**Methods** 55 interviews with users of inpatient equivalent home treatment (=IEHT) were evaluated with the thematic analysis. The guiding question was how the safety needs of users in IEHT can be met, including in comparison to inpatient treatment.

**Results** The topic of safety is the basis for support in crises for users. The attitude of the staff and their relationship with the users play a significant role in this.

**Conclusions** IEHT offers more options for safe treatment compared to the inpatient treatment context. The absence of coercion and violence is necessary for users to be safe during psychiatric treatment.

## Einleitung

In der psychiatrischen Versorgung spielt das Thema Sicherheit eine große Rolle. Ganz allgemein wird unter Sicherheit ein Zustand des Geschützseins vor Schäden und Gefahren aufgefasst [1]. Auf der Webseite „Sicheres Krankenhaus“ wird deutlich gemacht, dass Gefährdungen in der Psychiatrie abhängig von der Art der zu behandelnden Personen unterschiedlich ausgeprägt sein können und verschiedene Sicherheitskonzepte erfordern [2]. Diese Definition zeigt bereits, dass das Thema Sicherheit in psychiatrischen Einrichtungen meistens in Hinblick auf die Eigenschaften der Nutzer\*innen dieser Einrichtungen diskutiert wird. Eine solche einseitige „Verortung des Risikos“ [3] führt dazu, dass, wie in diesem Artikel gezeigt wird, strukturelle Ursachen sowie das Handeln und Verhalten der Mitarbeitenden, die ebenso für Sicherheitsrisiken verantwortlich sind, aus dem Blick geraten.

Die vorliegende Untersuchung wurde überwiegend von Forschenden mit eigenen Erfahrungen als Nutzer\*innen psychiatrischer Versorgung durchgeführt. Das führt zu einer entsprechend positionierten Auseinandersetzung zum Thema Sicherheit. Dies ist wichtig, weil einseitige Sicherheitskonzepte nicht nur die Problematik mit sich bringen, dass die spezifischen Sicherheitsbedürfnisse der Nutzer\*innen nicht beachtet und erfüllt werden, auch werden zusätzliche Gefahren für diese Gruppe generiert: Berzins et al. stellen fest, dass eine Verortung des Risikos im klinischen Alltag vor allem aufseiten der Nutzer\*innen dazu führt, dass der Schwerpunkt auf physische Maßnahmen gelegt wird, in stationär-psychiatrischen Einrichtungen also auf Isolation oder andere Zwangsmaßnahmen [3, 4]. Die Perspektive der Nutzer\*innen in Hinblick auf Sicherheit findet oft wenig Beachtung, weil ihre Möglichkeiten, sich zu äußern, begrenzt sind [5]: oft befürchten sie Sanktionen, wenn sie sich im klinischen Alltag kritisch äußern, oder ihre Sichten werden abgetan oder ihnen wird nicht zugehört [5, 6].

In Deutschland ist seit 2017 die stationsäquivalente Behandlung (StäB) möglich, im Rahmen derer Nutzer\*innen mit akutem Behandlungsbedarf vergleichbar mit internationalen Versorgungskonzepten des Home Treatments oder der Crisis Resolution Teams zu Hause behandelt werden können. Die Nutzer\*innen werden täglich durch multiprofessionelle Teams zu Hause aufgesucht, wöchentlich findet eine ärztliche Visite statt und eine 24 h Erreichbarkeit wird vorgehalten [7]. Während der StäB-Behandlung leben die Nutzer\*innen überwiegend selbstbestimmt in vertrauter Umgebung, alltägliche Aktivitäten und soziale Interaktionen sind weiterhin möglich. So können Ressourcen genutzt werden und es bleiben Sicherheiten erhalten, die während einer stationären Behandlung oft verlorengehen. Während bisherige Studien zum Thema Sicherheit vor allem den stationären Kontext fokussieren [3, 5, 8, 9], gibt es unseres Wissens keine Arbeit, die dieses Thema für den ambulant-aufsuchenden Kontext untersucht. Darüber hinaus mangelt es im deutschsprachigen Raum an Forschung, welche die Sicherheit der Nutzer\*innen ins Zentrum rückt. Auch im internationalen Kontext wird das Thema Sicherheit vor allem in Bezug auf die Unversehrtheit der Mitarbeiter\*innen in den Fokus genommen, was die Frage aufkommen lässt, um wessen Sicherheit es in diesen Diskursen überhaupt geht [5, 9, 10].

Diese Veröffentlichung ist im Rahmen eines Teilprojektes der AKtiv-Studie (Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter

und integrierter Versorgung) [11] entstanden, das sich mit den Erfahrungen von Nutzer\*innen der StäB-Behandlung unterschiedlicher Einrichtungen befasst hat. In diesem Teilprojekt arbeiteten Wissenschaftler\*innen mit und ohne eigene Psychiatrie- und Krienerfahrungen kollaborativ zusammen. Wie oben erwähnt, wurde die vorliegende Arbeit überwiegend durch die selbst erfahrenen Wissenschaftler\*innen (im Folgenden „Peer-Forschende“ genannt) umgesetzt. Dabei war die Frage leitend, wie die Sicherheitsbedürfnisse der Nutzer\*innen in der StäB- und auch im Vergleich zum stationären Behandlungssetting erfüllt werden können. Darüber hinaus wird die Frage verfolgt, welchen Einfluss das Verhalten der Mitarbeiter\*innen auf die Sicherheit der Nutzer\*innen hat [12].

## Methoden

### Studiendesign allgemein

Diese Arbeit ist im Rahmen eines weitgehend betroffenenkontrollierten Teilprojektes der AKtiv-Studie entstanden [11], die vom Innovationsfonds finanziert wurde. Die Aktiv Studie untersuchte die Art der Implementierung, die Behandlungsprozesse, die klinische Wirksamkeit, stationäre Wiederaufnahmeraten und die Kosten der stationsäquivalenten (StäB) im Vergleich zur stationären Behandlung. Dabei wurde die Eignung der StäB für unterschiedliche Zielgruppen, Versorgungssettings und Versorgungsregionen geprüft. Die Studie lief von 7/2020-12/2023 und wurde an bundesweit zehn Studienzentren umgesetzt. Die Studie wurde durch das Ethikkomitee der Medizinischen Hochschule Brandenburg und zusätzlich die Ärztekammer der jeweiligen Bundesländer bewilligt.

Ein Teilprojekt der Aktiv-Studie, aus dem auch diese Arbeit stammt, nutzte einen kollaborativ/partizipativen Ansatz der Prozessevaluation und fokussierte auf die Erfahrungen mit StäB von Nutzer\*innen und ihren Angehörigen. Nach der Datenerhebung und einer ersten Auswertung der Daten teilte sich das Team dieses Teilprojektes und die oben genannten Autor\*innen arbeiteten im Rahmen einer weitgehend betroffenenkontrollierten Arbeitsgruppe weiter. Wenn sich die nachfolgenden Ausführungen auf die betroffenenkontrollierten Arbeiten beziehen, sprechen wir in der Wirkform. Dieses „Wir“ bezieht sich auf die Subgruppe der Peer-Forscher\*innen.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich nur auf Ergebnisse, die durch die Befragung der Nutzer\*innen entstanden sind. Die Interviews (n=55) wurden im Erhebungszeitraum vom 1. März – 15. August 2021 durchgeführt, wobei Nutzer\*innen bezüglich ihres Erlebens der StäB leitfadengestützt interviewt wurden. Hierzu wurden aus der Stichprobe des quantitativen Teils der AKtiv-Studie Teilnehmer\*innen zufällig ausgewählt, so dass aus jedem Studienzentrum zwischen 4–6 Nutzer\*innen an qualitativen Interviews teilgenommen hatten.

### Entwicklung Leitfäden

Zunächst formulierte das gesamte kollaborative Forschungsteam unter Rückgriff auf Literatur, mit Hilfe der Reflexion eigener Erfahrungen und der Formulierung individueller Bedürfnisse, wie für die Gruppe selbst eine ideale StäB-Begleitung in Krisen gestaltet sein könnte. Dieser Prozess diente dazu, Klarheit über eigene Vorannahmen zu erhalten und Wissen über Aspekte einer Behandlung zu generieren, die aus Perspektive Nutzender von Relevanz sein könnten.

ten. Die daraufhin entwickelten Forschungsfragen bildeten die Grundlage für die Ausformulierung der Leitfäden (befinden sich im elektronischen Annex). Die Struktur der entwickelten Leitfäden folgte u. a. der Überlegung, welche Reihenfolge der Themen für die zu befragenden Nutzer\*innen, aber auch für die Interviewer\*innen während der Befragung günstig sein würde. Das beinhaltete bspw. bewusst Entscheidungen darüber zu treffen, an welcher Stelle Fragen zum Vorkommen von Zwang platziert werden sollten und welche Form und Inhalte anschließen, um der möglichen Konfrontation der Interviewten mit traumatischen Inhalten gut begegnen zu können.

In den Leitfäden fanden sich Fragen dazu, wie Nutzer\*innen Zugang zu StÄB finden konnten und welche Rolle die Weitergabe von Informationen in der Entscheidungsfindung, aber auch im weiteren Verlauf der Behandlung und in der Situation des Behandlungsendes spielte. Auch wurde danach gefragt, wie Nutzer\*innen in Behandlungsprozesse einbezogen wurden, ob sie z. B. auf die zeitliche Gestaltung Einfluss nehmen konnten. Weiterhin war von Interesse, welche Haltung der Mitarbeiter\*innen dazu beigetragen hat, dass Nutzer\*innen sicher waren und wie sich das konkret in der therapeutischen Beziehung ausdrückte, ob z. B. eigenes Wissen der Nutzer\*innen zu dem, was für sie hilfreich ist, einbezogen wurde. Unter der Kategorie „Raum“ wurde gefragt, wie es für Nutzer\*innen war, dass zunächst fremde Menschen in ihren privaten Raum kamen. In Bezug auf die Rolle der Angehörigen (auch Freund\*innen), war die Frage, ob Netzwerkgespräche stattfanden und wie die StÄB Beziehungen zu Angehörigen beeinflusst hat. Nutzer\*innen, die bereits Erfahrungen in der stationären Psychiatrie gemacht hatten, wurden gebeten diese Erfahrungen zu vergleichen.

## Befragungen

In der AktiV-Gesamtstudie wurden gemäß Kriterien, die nicht kollaborativ beschlossen wurden, sondern ausschließlich von Mitarbeiter\*innen ohne eigene psychiatrische Behandlungserfahrung, Gruppen von Menschen von der Befragung ausgeschlossen. Ein Kommentar dazu aus der Peer-Forschungsgruppe:

*Von allen Befragungen der Gesamtstudie wurden u. a. Personen mit sogenannten „kognitiven Defiziten“ ausgeschlossen, einem angeblichen Mangel also an Fähigkeiten, um zu erkennen und zu begreifen. Ebenso wurden Menschen ausgeschlossen, denen eine Einwilligungsunfähigkeit zugeschrieben wurde, die also angeblich nicht in der Lage seien, ein „Ein-Willen“ haben zu können. Wir sehen die Beschränkung nicht innerhalb von Personen, sondern in dieser Studiengestaltung, indem sie Menschen von Teilhabe ausgeschlossen hat.*

Die Befragung fand mittels Telefoninterviews oder Videointerviews statt, je nachdem welche Auswahl die befragten Nutzer\*innen dazu getroffen haben. Telefoninterviews wurden in unterschiedlich besetzten Tandems durchgeführt, gemischt aus Forschenden mit und ohne Psychiatrieerfahrungen. Um eine offene Gesprächsatmosphäre zu fördern, wurden die Interviewten zu Beginn über das Ziel der Befragung, über die Wichtigkeit der Perspektive von Nutzer\*innen und Angehörigen informiert. Außerdem legten die Interviewer\*innen offen, dass sie über eigene Erfahrungshintergründe mit psychiatri-

scher Behandlung verfügen, was bei vielen Interviewpartner\*innen zur Vertrauensbildung beigetragen haben könnte.

In der Situation der Befragung erkannten wir (= Peer-Forscher\*innen) zwei Aufgaben: Zum einen sollten wir innerhalb des von uns zuvor geformten Fragesystems Daten, also Belege, sammeln und das Gespräch dementsprechend steuern. Gleichzeitig wollten wir offen sein für Beziehung und für das, was unser Gegenüber berichtet; die Berichte lösten in uns Mitgefühl aus: Mit-Freude, Verständnis, Neid, Ärger und auch Erinnerungen an eigene Situationen. Die beiden Aufträge zu verbinden war schwer. Es schien, als wären nicht gleichzeitig zwei „innere Leitungen“ zur Verfügung: eine für ein Arbeiten in Kategorien und eine andere dafür, ganz präsent zu sein. In der Datenerhebung und -Analyse spielte unser Eigenes also eine Rolle, wurde aber häufig zurückgehalten. Wir gehen davon aus, dass auch etwas, was nicht in geäußerter Sprache vorkommt, in einem menschlichen Miteinander da ist und die Ergebnisse einer Befragung nicht frei von diesem Einfluss sein können. Statt weiterer Zurückhaltung wünschen wir uns Offenheit und einen Diskurs darüber, was dabei geschieht, wenn Menschen nach zuvor bestimmten Merkmalen herangezogen („rekrutiert“) werden, um in definierten Kategorien zu antworten.

## Auswertungen

### Erstauswertung im kollaborativen Team

Zunächst wurden unter Zuhilfenahme des Analyse-Programms MaxQDA alle transkribierten Interviews gelesen und daraus Kategorien abgeleitet. Diese wurden zwischen je zwei Mitarbeiter\*innen und später in der gesamten Forschungsgruppe zusammengefasst. In einem Tandem bestehend aus zwei Peer-Forscher\*innen wurde der Auftrag einer Zusammenfassung nicht ausgeführt, weil die beiden Code-Bäume hinsichtlich ihrer Systematik unterschiedlich waren: es waren darin Aussagen, die nicht auf einer gleichen Achse gesammelt werden konnten. Stattdessen bildeten wir ein System mit einer zweiten Achse, als Versuch, Bezüge zwischen strukturellen Aspekten der Versorgung, der Lage sowie den Bedürfnissen der Nutzer\*innen und ihren Bewertungen sichtbar zu machen. Dieses Codier-System wurde vom kollaborativen Gesamtteam nicht aufgenommen und es gab keinen Raum zur Verständigung in Bezug auf das weitere methodische Vorgehen, was zu einer Trennung der Forschungsgruppe führte. Die Zweitauswertung des Materials erfolgte darum unter uns, in der Subgruppe der Peer-Forscher\*innen.

### Zweitauswertung im Peerforscher\*innen-Team

Während der Zweitauswertung haben wir nach einem Zufallsprinzip ausgewählte Interviews mit Hilfe der thematischen Analyse [13] erneut ausgewertet. Wir haben das oben beschriebene Modell weiter erprobt; es bedarf allerdings einer weiteren Verfeinerung und wird daher im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter erörtert. Während dieser Auswertung fiel uns die Kategorie „Sicherheit“ als zahlenmäßig am meisten gefüllt auf. Die Kategorie „Sicherheit“ spielt also eine prägnante Rolle im Erleben der Nutzer\*innen. Wir haben uns diesem Thema zugewandt, mit dem Ziel, es aus Nutzer\*innen-Sicht genauer zu betrachten und einen Zusammenhang mit der StÄB-Behandlung herauszufinden. Wir haben uns auch gefragt, wie das Thema uns und unsere Erfahrungen mit der Psychiatrie berührt. Diese Erfahrungen flossen in die Benennung und Beschreibung der unten vorgestellten vier Teilbereiche ein, sofern sich unsere Erfahrungen mit

den Ergebnissen der Befragung deckten. Davon abweichende eigene Erfahrungen stellten wir zurück, wenn dies nicht so war. Es folgte eine erneute Prüfung des Materials, um noch fehlende Aspekte des Themas Sicherheit herauszufinden und die Beschreibung der vier untergeordneten Bereiche.

## Herausforderungen der Arbeit

Eine große Herausforderung für uns als Peer-Forscher\*innen war die Konfrontation mit den Thema Sicherheit in Behandlungskontexten, während wir in der Vergangenheit oder aktuell, für einzelne von uns lebensbedrohlichen Gefahren in psychiatrischen Behandlungen ausgesetzt waren. Wir erlebten diese Belastungen während des Arbeitsprozesses immer wieder am eigenen Leib. Gleichzeitig führte die Erkenntnis, dass den Sicherheitsbedürfnissen von Nutzer\*innen kaum Aufmerksamkeit geschenkt wird, während der Literaturrecherche zu Bestürzung, die bewältigt werden musste. Anforderungen hinsichtlich des Artikelformates machten Kompromisse notwendig, die die Möglichkeiten der Autor\*innen erheblich begrenzten.

## Ergebnisse

Die nachfolgend aufgeführten Kategorien (Übersicht in ▶ Tab. 1) bilden die zentralen Aspekte zum Thema Sicherheit aus Sicht der Nutzer\*innen ab. Sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Nutzer\*innen und geben Aufschluss darüber, welche strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen und welches Handeln von Seiten der Mitarbeiter\*innen zu einer Verbesserung oder Verschlechterung der Sicherheit der Nutzer\*innen beitragen. Jede Kategorie wurde zweifach operationalisiert. Die erste Zusammenfassung bildet das Erleben der Nutzer\*innen ab. Die „Ableitung für die Praxis“ nennt die Rahmenbedingungen der Behandlung sowie die Handlungen der Mitarbeiter\*innen in Interaktionen mit Nutzer\*innen. Beide Operationalisierungen sind positiv formuliert und stellen innerhalb der strukturellen Bedingungen ein Optimum dar, gegenüber dem die Bedürfnisse der befragten Menschen nur in unterschiedlichem Maß erfüllt bzw. nicht erfüllt wurden.

## Verlässlichkeit

Eine umfassende Aufklärung zu Beginn der Behandlung, darüber „worum es geht“, bewirkte bei Nutzer\*innen, sich auf die Situation einlassen zu können.

*„Ich wusste, worum es geht, wusste, was es ist, weil man mich von Anfang an aufgeklärt hat. Und so konnte ich mich da dann auch darauf einlassen.“ (AK-B1-80)*

Wenige bis keine Informationen erhalten zu haben hingegen schuf Unsicherheit und z. B. das Gefühl in der Entscheidung für die Behandlung überrumpelt worden zu sein. Wichtig war für Nutzer\*innen weiterhin Transparenz bezüglich der konkreten Behandlungsgestaltung, etwa informiert zu werden, zu welcher Zeit, wie häufig und lange Mitarbeiter\*innen zu ihnen kamen. So wurden Situationen, in denen Menschen auf Mitarbeiter\*innen ohne informiert zu sein lange warten mussten oder Mitarbeiter\*innen früher kamen als vereinbart, als schwierig beschrieben.

*„Ich warte hier und warte nach Befehl und bin nicht informiert.“, (AK-B1-70)*

*„Oder wenn die dann zu früh kamen, dann war ich immer ganz nervös. Ja, das war manchmal ein bisschen schwierig, damit umzugehen.“ (AK-B1-58)*

Die Einhaltung von Absprachen hingegen und ein Verlass auf regelmäßige Strukturen, bewirkte bei Nutzer\*innen Sicherheit z. B. in Form von „Rückendeckung“.

*„Insofern, mir war diese mentale Rückendeckung, dass ich weiß, morgen kommt einer – egal, ob das am Sonntag war-, das hat schon ganz viel im Kopf an Positivem ausgelöst. Das hat mir Sicherheit gegeben.“ (AK-B1-48)*

Im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit des Teams während der Behandlung und auch über die Behandlung hinaus, beschrieben Nutzer\*innen das Gefühl nicht allein zu sein und zu wissen, zur Not ist jemand (wieder) für sie da, als zentral.

*„Ich habe auch eine Telefonnummer bekommen, wo ich wieder anrufen darf, wenn ich je wieder Hilfe brauche. (...) dass ich gleich dann wieder Hilfe bekomme. (...) Ich fühle mich dadurch sicher.“ (AK-B1-83)*

Dieses „nicht-allein-sein“ zeigte sich wesentlich als Folge einer fürsorglichen Haltung der Mitarbeiter\*innen.

*„Ich habe einfach angerufen und ich war so froh, wenn X, die Pflegerin, sich Zeit für mich in der Nacht genommen hat. Weil, sie hat gewusst, ich brauche ein Gespräch. Ich konnte für mich weinen. Sie hat ihre Schulter für mich gegeben.“ (AK-B1-83)*

Manchmal waren MA bereits durch frühere Behandlungen bekannt und Beziehungen konnten so erhalten bleiben.

**Erleben der Nutzer\*innen** *Ich bin nicht allein. Ich kann mich darauf verlassen, dass ich gut versorgt und umsorgt werde und dass Mitarbeiter\*innen Absprachen einhalten. Ich verfüge über alle Informationen, die für mich im Kontext der Behandlung wichtig sind. Während der Behandlung kann ich die Mitarbeiter\*innen jederzeit erreichen. Auch nach Ende der Behandlung kann ich Kontakt zu den StäB-Mitarbeiter\*innen aufnehmen.*

**Ableitung für die Praxis** *Mitarbeiter\*innen sorgen für Transparenz und halten Absprachen zuverlässig ein. Sie sind jederzeit erreichbar und richten ihr Handeln an den Bedürfnissen der Nutzer\*innen aus. Mitarbeiter\*innen handeln fürsorglich. Das StäB-Team ist auch nach Behandlungsende für Nutzer\*innen ansprechbar.*

## Mitbestimmung/Autonomie

Hier zeigten sich nicht nur spezifische Themen als für Mitbestimmung bedeutsam, sondern besonders auch die Beziehungen, innerhalb denen diese verhandelt wurden, auf welche Weise also und in welchem Maß verschiedene Themen mitgestaltet werden konnten. Beispielsweise wurde das deutlich in der Weitergabe von Wissen

► **Tab. 1** Übersicht über die Ober- und Unterkategorien des Code-Systems.

Verlässlichkeit	Verstehen und Verständnis	Mitbestimmung/Autonomie	Sicherer Raum
Erreichbarkeit während der Behandlung	Offenheit	Häufigkeit der Kontakte	Privatsphäre
Erreichbarkeit nach Ende der Behandlung	Aufmerksamkeit	Dauer der Kontakte	Grenzen der Nutzer*innen
Absprachen	Interesse	Dauer der Behandlung	Wünsche und Bedürfnisse der Nutzer*innen
Informationen bekommen	Verständnis	Gestaltung Behandlungsende	Kein Zwang
Versorgung/ Fürsorge	Respekt	Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen	Kontakt zu anderen Nutzer*innen
	Wertschätzung/ Anerkennung	Wahl der eingesetzten MA	
	Einfühlung		
	Kritikfähigkeit		

von Seiten der Behandler\*innen als Voraussetzung für Entscheidungen der Nutzer\*innen.

*„Warum ich keine Zweifel hatte: Weil mir gesagt wurde, über die Dauer kann ich entscheiden. (...) Das war für mich eine sehr wichtige Hilfe zur Entscheidung.“ (Ak-B1-87)*

Innerhalb des Spektrums gesetzlicher Vorgaben wurden in den einzelnen Einrichtungen Abläufe verschieden verhandelt und wurde Nutzer\*innen in ihren Bedürfnissen unterschiedlich begegnet. Manchmal machten Mitarbeiter\*innen es z. B. möglich, dass Nutzer\*innen mitentscheiden konnten, wer aus dem Team je nach Vertrauensverhältnis zu ihnen nach Hause kam und wer nicht. Eine Mitbestimmung bezüglich des Zeitpunkts der Entlassung auf Grundlage geteilter Informationen aller Optionen und unter Einbezug der eigenen Einschätzung der Nutzer\*innen zu ihrer Situation wurde von Nutzer\*innen als wichtig erachtet. Als problematisch hingegen wurde beschrieben, wenn dies nicht ermöglicht und der Begriff der "Mitbestimmung" diesem umfänglichen Sinn entwendet und dennoch Mitbestimmung angepriesen wurde:

*„Und dann meinte der Arzt: „Ja, und jetzt...“ Der hat das dann so gesagt, dass man das ja gemeinsam entschieden hat, dass es jetzt bis Freitag geht. Oder nein, was hat der gesagt? „Ja, es gibt ja jetzt einen Entlasstermin.“ Und dann meinte ich, ja, den hat man mir jetzt genannt. „Nein, den hat man Ihnen nicht genannt. Den haben Sie ja mitbestimmt.“ Ja, okay. Man hat mich gefragt, ob ich Donnerstag oder Freitag möchte.“ (AK-B1-70)*

Die Orientierung der therapeutischen Gestaltung hingegen an den geäußerten Bedürfnissen der Nutzer\*innen wurde als Situation beschrieben, in der Zwang keinen Platz hatte:

*„Zum Beispiel die, die ich möchte, die Frau X hatte gefragt: „Heute ist schönes Wetter. Wollen wir ein bisschen rausgehen?“ Dann habe ich ja nachdem gesagt: ja, oder heute nicht. Das durfte ich selber entscheiden. Wenn ich ja gesagt habe, dann sind wir eine Runde laufen gegangen, dann hatte sie mich irgendwann gefragt: „Wollen wir jetzt umdrehen?“, da habe ich gesagt: „Ja“. Das war dann ganz entspannt. Also ich wurde nicht gezwungen oder so.“ (AK-B1-83)*

Nutzer\*innen äußerten Kritik an bestehenden Regelungen, da ihnen diese nicht hilfreich waren. Ein „Ausschleichen“ der Behandlung beispielsweise ist momentan nicht möglich. Nutzer\*innen beschrieben ihre Entlassung als abrupt und wünschten sich stattdessen die Möglichkeit eines schrittweisen Abschieds aus Beziehungen und der unterstützenden Situation.

*„Für mich war ebenso die Frage, ob das so abrupt sein muss. Also quasi von jedem Tag so und so auf null. A.: Dieses Ausschleichen, was Sie meinten. Ja. B.: Ja, das war so ein Gedanke, ob man das vielleicht flexibler gestalten könnte.“ (AK-B1-75)*

Außerdem wurde eine Anpassung der Kontakthäufigkeit und der zu bearbeitenden Themen an die jeweils unterschiedlich intensiven Phasen der Behandlung gewünscht.

*„Wie viel Kontakt braucht ein Mensch am Anfang? Und dann die Reduzierung von Personal halt Stück für Stück für Stück, dass man sich wieder an sein alleiniges Umfeld gewöhnen kann.“ (AK-B1-29)*

**Erleben der Nutzer\*innen** Ich kann Einfluss nehmen auf die Dauer der Behandlung und mitgestalten, wie die Behandlung beendet wird. Ich kann entscheiden welche Mitarbeiter\*innen ich wie oft, wie regelmäßig und wie lange treffe. Die Gespräche und therapeutischen Aktivitäten passen zu meinen Bedürfnissen.

**Ableitung für die Praxis** Die MA ermöglichen, dass die Dauer der Behandlung, die Kontaktzeit und die Kontaktfrequenz entsprechend den Bedürfnissen organisiert werden. Die Entlassung und das Behandlungsende werden flexibel umgesetzt. Welche MA eingesetzt werden, wird auf Grund der Notwendigkeiten von Seiten der Nutzer\*innen entschieden.

## Verstehen und Verständnis

Hier finden sich Faktoren, die das Handeln der Mitarbeiter\*innen im Blick haben und deren Haltung gegenüber Menschen in Krisen ausdrücken. Unter dieser Kategorie zeigte sich in den Interviews eine besonders enge Verbindung zwischen der individuellen Haltung der Mitarbeiter\*innen und direkten Auswirkungen auf Nutzer\*innen. Die Faktoren wirkten innerhalb der Beziehung zwi-

ischen Mitarbeiter\*innen und Nutzer\*innen, zum Beispiel indem Nutzer\*innen durch den Kontakt zu Mitarbeiter\*innen ihr Verständnis von sich selbst und der Situation veränderten.

*„In dem Moment, wo die diese Therapien angewendet haben, habe ich auch manchmal verstehen können, warum ich manches mache und warum ich nicht mehr rausgehe. (...) Ich habe mich irgendwann mal mit jemandem unterhalten, wieso das so war. (...) Mir ging es besser damit, weil ich es verstehen konnte und ich das wieder ändern konnte.“ (AK-B1-83)*

Die Anwesenheit von Mitarbeiter\*innen, die an dem Erleben der Nutzer\*innen interessiert waren und sich eingefühlt haben, war von Nutzer\*innen von zentralem Wert und führte zur Entwicklung neuer Zuversicht.

*„Aber ich bin schon aktiver geworden, auch innerlich, glaube ich, wieder, in meinen innerlichen Strukturen und Gedanken. Ein bisschen beweglicher wieder und auch diese Begegnungen mit Leuten einfach, die einem so positiv begegnen und auch sehr behutsam mit einem umgehen irgendwie, das hat mir einfach Mut gemacht, mich mehr wieder auf Menschen einzulassen.“ (AK-B1-75)*

Vielfach wurde als bedeutsam hervorgehoben, dass Mitarbeiter\*innen „offen“ oder „nett“ waren. Eine solche wertschätzende Haltung gegenüber Nutzer\*innen war für eine vertrauensvolle Beziehung grundlegend.

*„Also ernstgenommen haben die mich eigentlich immer, finde ich, und auch als Person gesehen. Also das würde ich auch als sehr positiv beschreiben, mehr als auf Station, sage ich mal. Ja, dass ich mich wirklich auch als Person wertgeschätzt und wahrgenommen gefühlt habe.“ (AK-B1-58)*

Anders als in der Klinik war in der StäB eine Aufmerksamkeit ohne durch das Klinikgeschehen störende Einflüsse möglich, Nutzer\*innen schätzten die Wirkung dieses Raumes nur für sie.

*„Klar, in der Klinik klingelt mal das Telefon und, und, und. Und hier war eben diese Ruhe, da, sage ich mal, spielte ich eine Stunde die Hauptrolle. Nicht das drumherum, was noch passieren könnte mit Anklopfen.“ (AK-B1-31)*

Auch in einer StäB sind Mitarbeiter\*innen gegenüber Menschen in Krisen in einer strukturell machtvollen Position. Eine Aufmerksamkeit der MA gegenüber dieser Situation zeigte sich unter anderem in deren Maß an Offenheit für Kritik und an ihrer Umsetzung.

*„Und dann war sie sauer. Die hat mich dann auch nicht ausreden lassen, weil, man darf keine Kritik üben. So habe ich das empfunden. „Also da hatte ich nicht den Eindruck, dass die nicht offen für Kritik wären. Das haben sie selbst auch immer wieder angesprochen sozusagen, ja. (...) Dass sie dann gesagt haben, ich soll es ruhig sagen, wenn irgendwas nicht passt und so, genau.“ (AK-B1-23)*

Manche Mitarbeiter\*innen haben praktische Unterstützung geleistet, konkrete Handlungen vermittelten Nutzer\*innen Sicherheit und Verlass in einer anderen Form als „nur“ durch Worte. Auch die Kategorie „Respekt“ drückte sich häufig auf der Ebene von Handlungen aus:

*„Sehr höflich und auch mal gefragt, ob sie Schuhe ausziehen sollen oder nicht und so.“ (AK-B1-69)*

**Erleben der Nutzer\*innen** *Ich werde gesehen und ernst genommen. Die MA interessieren sich für mich und das, was mich betrifft. Ich werde verstanden, respektiert und wertgeschätzt. Es wird einfühlsam auf mich eingegangen. Ich kann Kritik ohne Angst äußern.*

**Ableitung für die Praxis** *MA zeigen Interesse an den Nutzer\*innen und an dem, was diese betrifft. Sie sind offen und aufmerksam und nehmen die Nutzer\*innen ernst. Die MA bemühen sich, die Nutzer\*innen zu verstehen, sie respektieren die Nutzer\*innen und schätzen sie wert. Sie gehen einfühlsam auf die Nutzer\*innen ein. Die MA sind offen für Kritik.*

## Sicherer Raum

Eine Zuhause-Behandlung stellt im Hinblick auf den eigenen Raum eine verletzliche Situation dar und erfordert, dass MA, die zu Nutzer\*innen nach Hause kommen, die Regeln und Grenzen der Nutzer\*innen mit ihnen besprechen und sie respektieren. Die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung in Bezug auf eigene Routinen und Aufgaben blieben im Vergleich zur Klinik eher erhalten, was als sinnvoll benannt wurde.

*„Also das ist sozusagen mein Spielfeld gewesen und die Leute konnten mir helfen (...)“ (AK-B1-82)*

So war es Nutzer\*innen möglich, gewohnte Alltagsaktivitäten weiter durchzuführen, Angehörige, Freunde oder Haustiere weiter zu versorgen und/oder durch sie mit „aufgefangen“ zu werden. Der Kontakt konnte erhalten bleiben, Nutzer\*innen wurden aus tragenen Beziehungen nicht herausgerissen.

*„Meine größte Angs war, von meinem Rudel, von meiner Familie weg zu müssen. Ich habe eine Frau und zwei Hunde und die sind sozusagen mein Rettungsnetz. (...) Das heißt, ich musste nicht weg, und das war das, was mir letztendlich so viel Erleichterung verschafft hat, dass ich in dem Moment von 180 auf 0 gefallen bin.“ (AK-B1-82)*

Nutzer\*innen konnten in der vertrauten Umgebung sein und gemeinsam mit Mitarbeiter\*innen auch (wieder) Zugang zu anderen Orten und Situationen finden, die für sie z. B. mit Angst verbunden waren. In den beschriebenen Vergleichssituationen ging es häufig darum, Situationen auf einer psychiatrischen Station nicht gestalten und ihnen auch nicht ausweichen zu können. Beispielsweise wurde der Kontakt zu Mitarbeiter\*innen und anderen Nutzer\*innen als einschränkend beschrieben.

*"Und mit dem Essen genauso. Mit so vielen Menschen zusammen kann ich nicht. Ich bin immer draußen und immer auf Beobachtung. Ich beobachte alle Menschen um mich herum und auf der Station ist man nie alleine. Und dann ist doch keiner da, weil keiner Zeit hat. (...). Also das war sehr schlimm." (AK-B1-76)*

Der Vorteil von StäB wurde mehrfach darin gesehen, bei Schlafproblemen nicht gezwungen zu sein mit fremden Personen in einem Zimmer zu schlafen. Menschen, die in der stationären Psychiatrie zuvor Gewalt erfahren haben und für die eine erneute stationäre Aufnahme mit Retraumatisierung verbunden wäre, haben dies als Entscheidungsgrund für StäB genannt. Auf einer psychiatrischen Station sind Nutzer\*innen ständig durch die Ausstattung der Mitarbeiter\*innen mit der Möglichkeit Zwang auszuüben, von Gewalt bedroht, und auch von anderen Formen von Gewalt umgeben. Dies wurde von Nutzer\*innen beschrieben, die bereits Klinikerfahrung hatten.

*"Also ich bin kein so ein Mensch, der sich so gern einsperren lässt, sage ich mal." (AK-B1-79)*

Die Frage nach dem Einsatz von Zwang und Gewalt in StäB wurde überwiegend verneint, dennoch haben auch während StäB Patient\*innen Gewalt erfahren, beispielsweise in der Situation zu einer Medikation gedrängt zu werden.

*„Ich habe mich da auch wohlgefühlt, muss ich ganz ehrlich sagen, und dann wurde ich gedrängt auf Psychopharmaka, was ich ständig abgelehnt habe. Irgendwann habe ich dann zugesagt.“ (AK-B1-73)*

In einer StäB sind so definierte Zwangsbehandlungen bisher nicht möglich, zudem bewirkte die Rolle der Nutzer\*innen als Gastgeber\*innen in Bezug auf Machtverhältnisse eine neue Situation.

*"Also sie sind da sehr behutsam mit meinem Umfeld umgegangen, was mir wiederum als Gastgeberin natürlich dann auch so wieder das zugespielt hat, dass ich da sicher sein kann, dass ich hier die Fäden in der Hand habe." (AK-B1-13)*

**Erleben der Nutzer\*innen** *Ich kann in der Krise in meinem Zuhause bleiben. Meine Privatsphäre bleibt (im Gegensatz zur Situation auf Station) weitgehend \* erhalten. Ich lerne Mitarbeiter\*innen in dem Tempo kennen, wie es für mich gut ist. Ich bin nicht mit anderen Nutzer\*innen in Kontakt, wenn ich nicht möchte. Die MA stellen sich auf mich ein, beachten meine Wünsche und respektieren meine Grenzen. Ich muss nichts tun, was ich nicht möchte.*

**Ableitung für die Praxis** *Das Behandlungs-Team sucht die Nutzer\*innen zu Hause auf. Die MA beachten die Privatsphäre der Nutzer\*innen, stellen sich auf sie ein und beachten ihre Wünsche. Sie respektieren die Grenzen der Nutzer\*innen und üben weder Zwang noch Druck aus.*

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema Sicherheit von großer Bedeutung für Nutzer\*innen ist. Das Element, das in allen Kategorien vorkommt, sie verbindet und als wesentlich dafür genannt wurde, wie Nutzer\*innen die Behandlung erlebt haben und ob diese für sie sicher und hilfreich war, ist die Beziehung zwischen ihnen und den Mitarbeiter\*innen. Es zeigte sich u. a. in der Möglichkeit der Mitgestaltung, z. B. in gemeinsamer Entscheidung, welche MA eingesetzt wurden, was für manche Nutzer\*innen eine sichere Interaktion mit MA überhaupt erst möglich gemacht hat. In großer Zahl begegnete uns die Aussage, MA seien freundlich gewesen, was die Bedeutung einer offenen und zugewandten Haltung der MA zeigt. Eine StäB findet in der Lebensumgebung der Nutzer\*innen statt. Sowohl in dem Angebot von Gespräch, in konkreter Unterstützung (z. B. Begleitung in angstbesetzten Situationen), als auch in der Gestaltung des Einbeugs von Angehörigen wurde diese persönliche Haltung der MA sichtbar. Sich zuspitzende Situationen, wie von Nutzer\*innen als Erfahrung bei stationärer Behandlung im Vergleich mit der Klinik beschrieben, wurden uns in Aussagen über die StäB kaum berichtet. Das führen wir darauf zurück, dass Menschen sich in ihrem Zuhause frei bewegen können und dass durch den Einbezug von dem, was den Menschen in ihrer Umwelt eignet, ein womöglich anderes Verständnis von Krise und Genesung zum Tragen kommt. Unsere Ergebnisse machen deutlich, dass es eine Reihe Faktoren gibt, die die Ausprägung von Sicherheit für Nutzer\*innen in der StäB beeinflussen.

## Whose safety? Sicherheit aus verschiedenen Perspektiven

Sweeney et al. betonen, dass die Unsicherheiten und Ängste innerhalb der Psychiatrie sehr unterschiedlich gelagert sind: während sich die Mitarbeiter\*innen, insbesondere jene in leitender Funktion, auf Vorhaben des „Risikomanagements“ konzentrierten, meistens mit dem Ziel, dass sich vor allem die Mitarbeiter\*innen sicherer fühlen, bezogen sich die Ängste der Nutzer\*innen vor allem auf die eigenen Sicherheitsbedürfnisse [6]. Diese Ängste werden auch in anderen Studien als zentral für die Situation vieler Nutzer\*innen in stationären Kontexten beschrieben [14, 15] und stehen in diesen Kontexten oft mit Machtungleichgewichten im Zusammenhang. Nach Sweeney verunmöglichen sie eine gelungene Beziehung und verhindern eine Verbesserung der Situation für die Nutzer\*innen, weil sie zu Misstrauen gegenüber Personal führen, zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der Behandlung bis hin zu einem verzögerten Hilfesuchverhalten bzw. zur Vermeidung psychiatrischer Versorgungsangebote (6, S. 1080).

Gefahren für die Sicherheit können sich für Nutzer\*innen entweder aus dem eigenen Verhalten im Rahmen des Krisengeschehen, aus dem Verhalten anderer Nutzer\*innen oder aus dem Verhalten der Mitarbeiter\*innen ergeben. Dabei wird das Thema Sicherheit, wie einleitend erwähnt, üblicherweise vor allem auf das Verhalten von Nutzer\*innen bezogen thematisiert, während die anderen Aspekte in der Forschung meist fehlen [10]. Gründe für Gefahren durch Nutzer\*innen werden dabei vor allem in deren Krisenverhalten, in ihren früheren Erfahrungen oder Lebensumständen sowie in sozialen Konstrukten, wie Geschlecht, Klasse oder ras-

sifizierten Merkmalen gesucht. Fernando et al. zeigen, dass diese Verortung zu einer stärkeren Stereotypisierung von sogen. Risikopersonen auf der Grundlage von Rassismus, Heterosexismus und Diagnose führt, was sich auch darin zeigt, dass schwarze Nutzer\*innen (hier im US-amerikanischen Kontext) einem größeren Risiko ausgesetzt sind, Zwang zu erfahren. Das macht die Versorgung für sie noch unsicherer und führt dazu, dass sie diese eher nicht in Anspruch nehmen [16].

Diese Verortung von Sicherheitsrisiken vor allem bei Nutzer\*innen zeigt sich auch in der deutschen S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang [17]. Über viele Seiten werden Untersuchungsergebnisse zu Gewalthandlungen durch Nutzer\*innen und deren Ursachen dargelegt, während das Thema Gewalt gegen Nutzer\*innen kaum Raum einnimmt. So ist der Abschnitt "Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens" sehr kurzgehalten. Anhand dieser Verteilung wird deutlich, wie stark Einflussfaktoren auf die Sicherheit in Behandlungskontexten auf der individuellen Ebene bei den Nutzer\*innen verortet werden. Vielleicht liegt das auch daran, dass Nutzer\*innen bei dieser Leitlinienentwicklung nur marginal beteiligt waren. Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) hat der Endfassung der Leitlinie nicht zugestimmt.

Auf den klinischen Alltag bezogen verstärkt diese Verortung von Sicherheitsrisiken vor allem bei den Nutzer\*innen den oben bereits erwähnten Trend, dass deren Sicherheitsbedürfnisse im klinischen Alltag wenig sichtbar sind und dadurch nicht beantwortet werden. Eine betroffenengeleitete Studie weist auf Schwierigkeiten von Nutzer\*innen hinsichtlich des Äußerns von Sicherheitsbedenken hin: 77 % der Befragten gaben darin an, dass es 'schwierig' oder 'sehr schwierig' war, Sicherheitsbedenken gegenüber dem Personal psychiatrischer Einrichtungen zu äußern [3]. Dies wurde damit begründet, dass sie Angst vor Konsequenzen haben, wenn sie Bedenken äußern. Außerdem wurde die Schwierigkeit von Nutzer\*innen benannt, Probleme anzusprechen, während sie sich noch psychisch beeinträchtigt fühlen, weil sie befürchten, dass ihre Bedenken dann als nicht glaubwürdig abgetan werden könnten [3, 6].

Und schließlich verstellt eine derartige Fokussierung auf individuelle Faktoren den Blick auf die vielfältigen Ursachen für den Verlust von Sicherheit in Behandlungskontexten. In unserer Untersuchung erwiesen sich bspw. strukturelle Faktoren oder das Verhalten von Mitarbeiter\*innen als besonders einflussreich hinsichtlich der Sicherheit der Nutzer\*innen. Die bereits erwähnte Übersichtsarbeit von Berzins et al. identifizierte zahlreiche, nicht Nutzer\*innen-bezogene, Anlässe für den Verlust von Sicherheit. Sie zeigt, dass Stationsregeln und deren Umsetzung häufig Ursachen von aggressivem Verhalten von Nutzer\*innen sind und macht deutlich, dass dieses Verhalten in Situationen entsteht, in denen das Personal versucht, Nutzer\*innen daran zu hindern, irgendeine Tätigkeit umzusetzen, bspw. den Raum zu verlassen, oder, weil Mitarbeiter\*innen Nutzer\*innen zu anderen Tätigkeiten bringen wollen, bspw. Medikamente einzunehmen.

Die Nutzer\*innen-Forscherin Alison Faulkner erläutert in ihrem Blog "Whose safety is it anyway?" zum Versorgungskontext Großbritannien: "Das Konzept der Sicherheit in der psychischen Gesundheit ist äußerst komplex. Dienste und Systeme sind damit beauftragt, sich selbst und andere vor Menschen zu schützen, die als psychisch krank eingestuft und als Gefahr für die öffentliche Sicherheit

wahrgenommen werden, so dass nicht immer klar ist, wessen Sicherheit im Vordergrund steht" [19]. Faulkner bezieht sich dabei auf unterschiedliche Studien [9, 18] und macht deutlich, dass es ein weitaus breiteres Spektrum an Sicherheitsproblemen gibt als die Selbst- und Fremdgefährdung von und durch Nutzer\*innen, wie sie den üblichen Risikomanagement-Ansätzen psychiatrischer Versorgungseinrichtungen zugrunde liegen.

## Sicherheit im Rahmen von StäB und während der stationären Behandlung

Viele der in dieser Arbeit erfassten sicherheitsrelevanten Bedürfnisse der Nutzer\*innen sind Grundbedürfnisse und verlangen folglich in allen Behandlungskontexten entsprechende Antworten. So sind die Aspekte, die das „Handeln der Mitarbeiter\*innen“ und die „Mitbestimmung/Autonomie“ der Nutzer\*innen betreffen, für alle Behandlungssettings gleichermaßen von Bedeutung. Demgegenüber beinhaltet die Oberkategorie „sicherer Raum“ Merkmale, die spezifischer für das StäB-Setting sind: die Merkmale „Zuhause-Behandlung“, „Privatsphäre“, „Grenzen der Nutzer\*innen“ und „Kontakt mit anderen Nutzer\*innen“ sind in der StäB schon strukturell stärker ausgeprägt. Auch Stress infolge festgefügter stationärer Abläufe und durch den Verlust von Selbstbestimmung kann in der StäB eher vermieden werden. Viele der von uns Befragten erlebten auch die regelmäßigen Kontakt- und Gesprächsangebote und die Tatsache, dass Mitarbeiter\*innen während der StäB-Besuche exklusiv für sie zur Verfügung standen, als unterstützend undförderlich, was auch zu ihrer Sicherheit beitrug. Schließlich spielt die Bedrohung durch Zwang in der StäB eine weit geringere Rolle als in der Klinik, was für Nutzer\*innen einen bedeutsamen Vorteil in Hinblick auf die eigene Sicherheit darstellt. Nach der Erfahrung von Zwang oder Druck gefragt, haben in unserer Studie Nutzer\*innen nur sehr vereinzelt über derartige Erfahrungen berichtet, dabei ging es meist um informellen Zwang. Viele Befragte gaben als Motiv für die Entscheidung für StäB an, stationäre Aufenthalte vermeiden zu wollen. So sind sich viele Nutzer\*innen der Risiken bewusst, die sie eingehen, wenn sie einen Klinikaufenthalt in Betracht ziehen. Bis-her mussten sie diese Risiken in Kauf nehmen, wenn sie in einer akuten Krise nach Unterstützung suchten. Für Menschen, die diese Risiken vermeiden möchten, kann StäB eine gute Unterstützungs möglichkeit sein.

Diese Situation könnte sich bald ändern: Der Einsatz von Zwang im ambulanten Setting wird international und national diskutiert. In einem jüngsten Entscheid des Bundesgerichtshofes wird davon ausgegangen, dass eine Zwangsbehandlung während der StäB gegenüber der auf einer Station ein mildereres Mittel sei [20]. Als Vertreter\*in von Betroffenen schrieb Julia Lippert zu dieser Frage: „Mit diesem utilitaristischen (...) Ansatz und der rein argumentativen Schutzbegründung, die so eine rechtliche und leider auch moralische Gewalt hat, ist es möglich, jeglichen Entzug von Grundrechten, als rechtlich und ethisch gerechtfertigt zu verklausulieren. Wir wollen doch nur schützen. (Koste es, was es wolle.)“ [21]. Eine solche Ausweitung der Hoheitsrechte auf den häuslich-ambulanten Bereich würde die Sicherheit von Nutzer\*innen auch außerhalb stationärer Behandlungssettings in Gefahr bringen. Das Zuhause eines Menschen ist ein rechtlich garantierter Schutz-, Rückzugs-

und Sicherheitsraum. Die Ausübung von Zwang und Gewalt im Rahmen der StäB würde dieser Versorgungsform einer ihrer zentralen Vorzüge nehmen.

## Sicherheit im Rahmen von StäB – was ist beeinflussbar?

Nicht alle der im Codesystem erwähnten Merkmale lassen sich im Rahmen der StäB gleichermaßen gut beeinflussen (s. ▶ **Tab. 2** für eine Übersicht). Die Umsetzung einiger Merkmale hängt bspw. von vertraglichen Vereinbarungen und der institutionsspezifischen Ausgestaltung dieser Vereinbarungen ab: bspw. beeinflussen StäB-Vorgaben die Umsetzung der Merkmale „Dauer der Behandlung“, „Frequenz und Häufigkeit der Kontakte“, „Gestaltung des Behandlungsendes“. Anders ist es mit den in ▶ **Tab. 2** aufgeführten institutionsabhängigen Merkmalen und dem Handeln der Mitarbeiter\*innen: inwiefern Informationen zur Verfügung gestellt werden, ob und wie ein Team auch nach Ende der Behandlung ansprechbar bleibt oder ob es Nutzer\*innen möglich ist, Einfluss auf die Auswahl der zuständigen Mitarbeiter\*innen zu nehmen, konnte in den von uns untersuchten StäB Teams relativ frei entschieden werden. Und auch die Anstrengungen der Teams, Kontakt unter den StäB-Nutzer\*innen herzustellen, gestalteten sich unterschiedlich aus: einige Teams machten dies möglich, andere nicht, wobei diese Kontakte im Erhebungszeitraum insgesamt durch Maßnahmen zur Pandemie-Bekämpfung eingeschränkt und diese Ergebnisse dadurch beeinflusst sind.

Unsere Arbeit zeigt, dass das Handeln der Mitarbeiter\*innen von zentraler Bedeutung für die Sicherheit der Nutzer\*innen ist. Viele der Befragten haben sich positiv über dieses Handeln geäußert. Zuwendung und ein respektvoller, freundlicher Umgang spielten hier eine wichtige Rolle (▶ **Tab. 2**). Auch in der Literatur zeigt sich, dass die Sicherheit der Nutzer\*innen in starkem Maße von der Qualität der Beziehung und der Interaktion zwischen ihnen und den Mitarbeiter\*innen abhängt [18, 19, 22]. Gilbert bspw. macht deut-

lich, dass eine gute Beziehung zu und Kommunikation mit den Mitarbeiter\*innen unbedingte Voraussetzung für ihre Sicherheit ist und nur dann die Behandlung als ein sicherer Ort erlebt werden kann. Whittington und Richter verdeutlichen, dass das „fehlende Bindeglied“ für ein besseres Verständnis und einen besseren Umgang mit Gewalt die „Idee der Interaktion“ ist [23]. Nur wenn den Interaktionen zwischen Nutzer\*innen und Mitarbeiter\*innen die gebührende Bedeutung beigemessen werde, in der Theorie und in Praxis, werde es möglich, wirksame Interventionen zu entwickeln.

## Fazit

*„Also ich bin kein so ein Mensch, der sich so gern einsperren lässt“ (AK-B1-79)*

In unserer Untersuchung hat sich gezeigt, welche zentrale Bedeutung dem Thema Sicherheit aus der Perspektive der Nutzer\*innen zukommt, und auch welche Vorteile die StäB in dieser Hinsicht hat. Ein zentraler Sicherheitsfaktor, nämlich die Abwesenheit von Zwang, wird für die ambulante Behandlung aktuell in Frage gestellt. Sollten Zwangsbehandlungen in der StäB zur Praxis werden, wären zentrale Vorteile der Zuhausebehandlung wie bspw. eine sichere und Vertrauen fördernde Behandlungssituation zukünftig nicht mehr vorhanden. Das fundamentale Bedürfnis nach Sicherheit besonders für Menschen in Krisen wäre damit zurückgewiesen.

Dass der Fokus beim Thema Sicherheit bisher stark auf individuelle Faktoren gerichtet ist und Gefahren überwiegend bei Nutzer\*innen verortet werden, lässt sich auch damit erklären, dass die Perspektive von Nutzer\*innen in der Forschung weitgehend ausgeklammert worden ist [10]. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, inwiefern eine Auseinandersetzung mit dem Thema durch Forschende, die die psychiatrische Versorgung in der Rolle als Nutzer\*innen kennengelernt haben, bisher unbeachtete Aspekte des Themas Sicherheit aufdecken kann. Und zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass intersektionale Analysen fehlen, die Situa-

▶ **Tab. 2** Übersicht der Beeinflussbarkeit der sicherheitsrelevanten Voraussetzungen von Seiten der Klinik.

Vertraglich definierte Aspekte	Institutionsabhängige Aspekte	Handeln Mitarbeiter*innen
Dauer der Behandlung	Informationen zur Verfügung stellen	Absprachen einhalten
Häufigkeit der Kontakte	Kontakt zu anderen Nutzer*innen ermöglichen	Privatsphäre beachten
Dauer der Kontakte	Erreichbarkeit nach Ende der Behandlung ermöglichen	Versorgung, Fürsorge
Erreichbarkeit während der Behandlung	Wahl der eingesetzten MA ermöglichen	Verständnis, Respekt, Wertschätzung
Gestaltung Behandlungsende	Mitbestimmung bei der Umsetzung der therapeutischen Maßnahmen ermöglichen	Offenheit
	Keinen Zwang ausüben	Aufmerksamkeit Interesse Einfühlung Kritikfähigkeit Grenzen der Nutzer*innen beachten
		Wünsche und Bedürfnisse der Nutzer*innen beachten

tionen von Nutzer\*innen, die mehrfach marginalisiert werden, ins Zentrum stellen und die spezifische Vulnerabilität von Mehrfach-betroffenen in Hinblick auf ihre Sicherheit im psychiatrischen System den Blick nimmt.

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

Ängste und Unsicherheiten von Nutzer\*innen, die sich auf die psychiatrische Behandlung richten, werden in der Praxis und in der Forschung zu selten aufgegriffen. Dies steht im Widerspruch zur hohen Relevanz, die das Thema Sicherheit sowohl für Nutzer\*innen als auch für Mitarbeitende besitzt. Das Erleben von Sicherheit ist die Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im klinischen Alltag. Dies wird vor allem durch respektvolle Beziehungen und die Abwesenheit von Zwang in der Behandlung möglich gemacht. Die Stationsäquivalente Behandlung scheint gelungenere Beziehungen zwischen Nutzer\*innen und Mitarbeiter\*innen zu ermöglichen und die Abwesenheit von Zwang (bisher) ist basal für das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses. Dies gilt es zukünftig mehr zu berücksichtigen.

## Fördermittel

Innovationsfonds – 01VSF19048

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Duden (2004). Im Internet: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sicherheit>; Stand: 09.07.2024
- [2] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Sicheres Krankenhaus 2024; Im Internet: <https://www.sicheres-krankenhaus.de/>; Stand: 09.07.2024
- [3] Berzins K, Louch G, Brown M et al. Service user and carer involvement in mental health care safety: raising concerns and improving the safety of services. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 644. DOI: 10.1186/s12913-018-3455-5
- [4] Morgan J, Sarah Carr: coming from a different perspective. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 903. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30445-5
- [5] Faulkner A. The Right to Take Risks: service users' views of risk in adult social care. *The Journal of Adult Protection* 2012; 14: 287–296
- [6] Sweeney A, Gillard S, Wykes T et al. The role of fear in mental health service users' experiences: a qualitative exploration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 1079–1087. DOI: 10.1007/s00127-015-1028-z
- [7] Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2024). Im Internet: <https://www.dkgев.de/themen/versorgung-struktur/psychiatrie-psychosomatik/stationsäquivalente-psychiatrische-behandlung/>; Stand: 09.07.2024
- [8] Jenkin G, Quigg S, Paap H et al. Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives. *PLoS One* 2022; 17: e0266935. DOI: 10.1371/journal.pone.0266935
- [9] Slement A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nurs Inq* 2017; 24: e12199. DOI: 10.1111/nin.12199
- [10] Dews LH, Murray K, Thibaut B et al. Identifying research priorities for patient safety in mental health: an international expert Delphi study. *BMJ Open* 2018; 8: e021361. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021361
- [11] Nikolaidis K, Weinmann S, von Peter S et al. StäB oder Station? – Erste Ergebnisse zur Studienpopulation und zur Behandlung im Rahmen der multizentrischen AKtiv-Studie zur stationsäquivalenten Behandlung. *Psychiatr Prax* 2023; 50: 407–414. DOI: 10.1055/a-2138-8920
- [12] von Peter S. (2017). Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. *Psychiatr Prax*. 2017; 44: 431–433. DOI: 10.1055/s-0043-120241
- [13] Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide. *Bpsqmip* 2022; 1: 46–50. DOI: 10.53841/bpsqmip.2022.1.33.46
- [14] Keating F, Robertson D, McCulloch A, Francis E. Breaking the circles of fear: a review of the relationship between mental health services and African and Caribbean communities. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2002
- [15] Laurance J. Pure madness: how fear drives the mental health system. London and New York: Routledge; 2003
- [16] King C. Whiteness in Psychiatry: The Madness of European Misdiagnoses. In: Russo J, Sweeney A, Hrsg. Searching for a Rose Garden: Challenging Psychiatry, Fostering Mad Studies. Manchester: PCCS Books; 2016: 69–76
- [17] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (10.09.2018). Im Internet: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%2BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%2BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf); Stand: 09.07.2024
- [18] Coffey M, Cohen R, Faulkner A et al. Ordinary risks and accepted fictions: How contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expect* 2017; 20: 471–483. DOI: 10.1111/hex.12474
- [19] Faulkner A. Whose safety is it anyway? (2018). Im Internet: <https://www.nationalelfservice.net/populations-and-settings/patient-safety/whose-safety-is-it-anyway-service-user-and-carer-involvement-in-mental-health-care-safety/>; Stand: 20.05.24
- [20] Bundesgerichtshof Beschluss XII ZB 459/22 vom 8. November 2023. Im Internet: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=XII%20ZB%20459/22&nr=135820>; Stand: 09.07.2024
- [21] Lippert J. Ambulante Zwangsbehandlung – Wie nun auch der Bundesgerichtshof den ärztlichen Zwang nach Hause bringen will (13.02.2024) Im Internet: <https://kabinet-nachrichten.org/2024/02/13/ambulante-zwangsbehandlung-wie-nun-auch-der-bundesgerichtshof-den-aerztlichen-zwang-nach-hause-bringen-will/>; Stand: 09.07.2024
- [22] Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 92. DOI: 10.1186/1472-6963-8-92
- [23] Whittington R, Richter D. From the Individual to the Interpersonal: Environment and Interaction in the Escalation of Violence in Mental Health Settings. In: Richter D, Whittington R. (eds) *Violence in Mental Health Settings*. New York: Springer; 2006