

Aus der
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik

**Open Doors By Fair Means
Ein Kooperationsprojekt zur Implementierung eines
Türöffnungskonzepts auf psychiatrischen Akutstationen**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Bratzke-Schreiber, Lisa Katharina

2025

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. A. J. Fallgatter

2. Berichterstatter: Professorin Dr. C. Gawrilow

Tag der Disputation: 18.07.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Kurzer Abriss der Psychiatriegeschichte	6
1.2 Rechtliche Erwägungen	8
1.3 Modelle und Konzepte	9
1.4 Aktueller Forschungsstand	11
1.4.1 Zwangsmaßnahmen und unerwünschte Ereignisse	12
1.4.2 Therapeutische Haltung und Stationsatmosphäre	13
1.5 Ziele der Studie	14
2. Ergebnisse	16
2.1 Studienprotokoll: <i>Open Doors by Fair Means: Implementation of an Open Ward Policy in Acute Care Units. Study Protocol for a 3-year Prospective Controlled Study with a Quasi-Experimental Design</i>	17
2.2 Studie 1: <i>Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards</i>	25
2.3 Studie 2: <i>Implementierung eines Konzepts der offenen Türen auf zwei psychiatrischen Akutstationen an zwei Kliniken</i>	35
3. Diskussion	47
3.1 <i>Quantitative Erhebungen zum Türstatus und seinen Bedingungen</i>	47
3.2 <i>Qualitative Erhebungen: der Türstatus aus subjektiver Sicht von Patienten und Personal</i>	49
3.3 <i>Limitationen</i>	50

<i>3.4 Zusammenfassende Diskussion</i>	51
3.4.1 Patientencharakteristika	52
3.4.2 Charakteristika des Personals	52
3.4.3 Systemische Faktoren	53
3.4.4 Integration in ein Gesamtkonzept der Behandlung	54
<i>3.5 Schlussfolgerungen</i>	56
4. Zusammenfassung	57
5. Literaturverzeichnis	59
6. Erklärung zum Eigenanteil	65
Danksagung	69

1. Einleitung

Die in Deutschland seit dem Jahr 2009 geltende UN-Behindertenrechtskonvention erklärt in Artikel 12, dass „Menschen mit Behinderungen (...) gleichberechtigt (...) Rechts- und Handlungsfreiheit genießen“, sowie dass hinsichtlich der Maßnahmen, die sich auf diese Freiheit beziehen, „die Rechte, der Wille und die Präferenzen“ der Betroffenen zu achten sind (nach Steinert, 2019). Vielfach wurde in Folge dessen gefordert, sämtliche Praktiken der Unterbringung und Zwangsbehandlung auch psychisch Erkrankter, ebenso wie die zugehörigen Gesetze, abzuschaffen (Steinert, 2019). Dem gegenüber stehen beispielsweise etwa 100.000 Gerichtsverfahren zu zwangsweisen Unterbringungen im Jahr 2002; im Jahr 2013 etwa 139.608 Verfahren. Geschätzte 2-8% dieser Patienten sind von Zwangsbehandlungen betroffen (Bruns et al., 2015). Eine Umfrage ergab, dass nur 4,2% der befragten Kliniken ausschließlich über offene Stationen verfügten; 37,5% verfügten über teil- oder zeitweise offene Stationen und 56% der Kliniken verfügten über mindestens eine geschlossene Station (Gebhardt & Steinert, 1998). Dabei bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, einzelnen Kliniken und in der Erhebung der Daten. Ein zentrales, deutschlandweites Register konnte bislang nicht umgesetzt werden (Steinert et al., 2022).

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann mit anderen Grundrechten in Konflikt geraten, wie beispielsweise dem Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Steinert, 2019), oder dem Recht auf Schutz und Behandlung (Pollmächer et al., 2022). Ebenso können Situationen entstehen, in denen Betroffene nicht in der Lage sind, im eigenen Interesse Entscheidungen zu treffen. In einem solchen Fall muss ein Dritter im Interesse des Betroffenen entscheiden, also ein gesetzlicher Betreuer, oder, im Akutfall, ein Arzt (Pollmächer et al., 2022).

Auch die Psychiatrie als medizinische Disziplin bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen der Behandlung von Patienten, der Wahrung der Patientenrechte und dem gesellschaftlichen Ordnungsauftrag, der der Psychiatrie von Seiten der Gesellschaft, Versorgungsinstitutionen oder Angehörigen zugetragen wird (Mahler et al., 2023). Ein spezifischer Aspekt der Unterbringung ist ganz konkret die Frage, ob eine Station offen oder geschlossen geführt wird. Wenngleich es sich bei einer geschlossenen Tür um eine weit weniger intrusive Zwangsmaßnahme als eine Fixierung oder Zwangsmedikation handelt, greift sie doch weitreichend in die persönlichen Freiheitsrechte der Patienten ein, einschließlich jener, die nicht richterlich auf einer Station untergebracht sind. Hieraus ergibt sich die Frage, inwieweit

eine so weitreichende Schließung von Stationen, wie sie in Deutschland noch immer verbreitet ist, aufrechtzuerhalten ist, oder ob eine Öffnung der Türen im Einklang mit genannten Forderungen und unterschiedlichen Bedürfnislagen möglich ist. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit umfassender Erhebungen, die untersuchen, ob weitreichendere Stationsöffnungen möglich sind. Hierzu soll die vorliegende Arbeit einen Teil beitragen.

1.1 Kurzer Abriss der Psychiatriegeschichte

Die Geschichte der Psychiatrie ist auch eine Geschichte der inneren Struktur einer Gesellschaft. Dies beinhaltet, wie eine Gesellschaft mit ihren Kranken und Schwachen umgeht (Hammer, 1997). Ein Indikator hierfür ist insbesondere der Umgang mit psychisch Erkrankten und deren Integration oder auch Exklusion. So wurden bis in die frühe Neuzeit herein „Irre“ verbannt; sie wurden räumlich in geschlossene Verwahranstalten ausgelagert und es bestand keine Aussicht auf eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Der erste Direktor des 1826 neu entstandenen Irrenhauses in Heidelberg, Dr. Friedrich Groos, brachte die vorherrschende Sicht auf psychisch Kranke und den Auftrag seines Hauses klar zum Ausdruck, indem er die Irrenanstalt zu einer gefängnisartigen polizeilichen Anstalt erklärte, um die vermeintlich unheilbar psychisch Kranken zumindest der Öffentlichkeit zu entziehen (Häfner, 2016). Primäre Aufgabe der Irrenanstalten war also, die bürgerliche Ordnung sicherzustellen; das Fürsorgeprinzip war dem, mit Ausnahme von in der frühen Neuzeit entstandenen Hospitälern (z.B. Kloster Haina; Wickel, 1922), untergeordnet (Häfner, 2016; Foucault, 1975).

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Vorstellung populär, psychische Erkrankungen entstünden durch Sündhaftigkeit, mangelnde Erziehung oder schädliche Umwelteinflüsse, so dass Erkrankte möglichst isoliert werden müssten, fernab von Städten im ländlichen Raum, auch, um von der gesundheitsfördernden Wirkung der Natur zehren zu können (Häfner, 2016; Loetsch, 2000). Zugleich entwickelten sich jedoch im Geiste der Aufklärung zunehmendes Interesse an naturwissenschaftlichen Zusammenhängen sowie Annahmen zu Zusammenhängen zwischen Psyche und Soma, womit sich die Psychiatrie als medizinisches Fachgebiet zu entwickeln begann (Birnbaum, 1928). Im Zuge dessen entstanden zu Beginn des 19. Jahrhunderts erste Ansätze zur (auch konkret räumlichen) Integration, indem Nervenkliniken nicht mehr abgeschieden im Grünen errichtet wurden, sondern auch Teil des Stadtbildes wurden (Häfner, 2016). Gleichzeitig war die Psychiatriegeschichte zwischen 1900 und 1945 geprägt von großen Veränderungen im Zuge

politischer Umbrüche. Zur Zeit des Nationalsozialismus wurden zahlreiche Menschen mit psychischen Erkrankungen Opfer der nationalsozialistischen Rassenideologie und wurden als „unwertes Leben“ stigmatisiert und verfolgt (Roelcke, 2010). Erst nach dem zweiten Weltkrieg begann eine kritische Auseinandersetzung mit der Geschichte der Psychiatrie und den Verbrechen, die an psychisch Kranken begangen wurden.

Im Laufe der 50er Jahre kam es zu den ersten Zulassungen von antipsychotisch und antidepressiv wirksamen Medikamenten. Deren Wirkung wurde Ende des 19. Jahrhunderts eher zufällig im Rahmen der chemischen Herstellung von Farben entdeckt. Einer dieser Stoffe, Promethazin (heutiger Handelsname Atosil, ein Phenotiazin-Derivat), wurde zunächst aufgrund seiner antihistaminergen und sedierenden Wirkung gegen Stress- und Schocksituationen wie auch bei Operationen eingesetzt, bevor seine antipsychotische Wirkung erkannt wurde. Auch Chlorpromazin (Handelsname Megaphen) wurde als ein weiteres Phenotiazin-Derivat in den 50er Jahren synthetisiert und als wirkstärkeres Antipsychotikum eingesetzt (Cahn, 2006). Auf der Suche nach weiteren antipsychotisch wirksamen Stoffen wurde Mitte der 50er Jahre Imipramin synthetisiert, das zwar hinsichtlich seiner antipsychotischen Wirkung enttäuschte, sich aber als hilfreich gegen Depressionen erwies. Damit konnte 1958 das erste Antidepressivum (Handelsname Tofranil) am Markt eingeführt werden (Helmchen, 2023).

Seit Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten sich auch psychotherapeutische Ansätze wie zunächst die Psychoanalyse, später die Verhaltenstherapie sowie weitere Verfahren. Durch die neuen Behandlungsmöglichkeiten veränderte sich die Versorgung psychisch Kranker erheblich, bestand nun doch die Chance auf die deutliche Linderung von Symptomen, die Behandlungsmöglichkeiten über die Verwahrung psychisch Kranker in Irrenanstalten hinaus ermöglichte. Zunehmend setzte sich eine kritische Bewegung durch, die die bisherige Praxis der ausschließlich geschlossenen Unterbringung in Frage stellte und eine humanere Behandlung Betroffener forderte. So entstanden neue Konzepte wie die Sozialpsychiatrie und die „offene Tür“, die darauf abzielten, psychisch kranken Menschen ein Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (Langer, 1983; Hammer, 1997). Diese Entwicklung mündete in den 1970ern in der Psychiatriereform, die durch eine Enquête-Kommission des deutschen Bundestages angestoßen wurde und zum Ziel hatte, die Situation psychisch kranker Menschen in psychiatrischen Einrichtungen zu verbessern. Sie setzte sich für die Dezentralisierung der Psychiatrie ein, so dass Menschen nicht mehr ausschließlich in großen Anstalten, die meist nach wie vor als sehr große Institutionen weitab der größeren Städte lokalisiert waren, behandelt wurden, sondern auch ambulante Therapie- und Behandlungsangebote erhal-

ten sollten (Gebhardt & Steinert, 1998). Die Patienten sollten so in ihrem sozialen Umfeld verbleiben können und nicht länger isoliert und abgeschottet von der Gesellschaft leben müssen. Die Reform forderte auch die Schaffung von Patientenrechten und die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Es wurden Gesetze verabschiedet, die den Schutz der Patientenrechte und die Einbeziehung von Patienten in Entscheidungen über die Behandlung stärkten (Finzen, 2015). Aufgrund von Befürchtungen, die zunehmende Freiheit psychisch kranker Menschen könne eine Bedrohung für die Gesellschaft darstellen, stieß die Reform jedoch auch auf Widerstand (Brückner, 2021). Die Abwägung, wie einerseits psychisch Erkrankte zu einer Behandlung auch dann bewogen werden können, wenn ihr Krankheitsbild zu einem gegebenen Zeitpunkt keine realistische Einschätzung des eigenen Zustands und eines angepassten Behandlungsangebotes ermöglicht, wie viel Zwang dabei einzusetzen sei und wie dies im Verhältnis zu individuellen Persönlichkeitsrechten und jenen anderer steht, bleibt ein andauernder Prozess, der auch weiterhin in Abhängigkeit zu gesellschaftlichen Entwicklungen steht (Brückner, 2021).

1.2 Rechtliche Erwägungen

Im Grundgesetz (Art. 2) ist verankert, dass jeder Mensch im Rahmen seiner Menschenwürde frei über seinen Körper bestimmen kann. Daraus folgt zunächst, dass jede Behandlung, die abseits des gegebenen Einverständnisses eines Patienten erfolgt, eine Verletzung dieses Persönlichkeitsrechts darstellt. Zugleich wird im Falle einer Unterbringung das Recht auf Freiheit beeinträchtigt. Eine Voraussetzung für die Ausübung ebendieser Freiheits-, Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Diese ist dann anzuzweifeln, wenn das Verhalten des Patienten darauf schließen lässt, dass er Wahlmöglichkeiten nicht nutzen könnte (z.B. aufgrund von Stupor, Katatonie oder manischer bzw. psychotischer Erregung), Informationen aufgrund der Erkrankung offensichtlich nicht verstehbar oder nicht realitätsangemessen nutzbar sind, wenn eine Krankheitseinsicht nicht festzustellen ist, und wenn der Patient nicht aufgrund seiner eigenen Werte und Haltungen entscheiden kann (Bühler et al., 2015).

Um eine freiheitsentziehende Unterbringung zu veranlassen, bestehen zwei Wege: die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der einzelnen Bundesländer (PsychKG) in dem Fall, dass ein Patient „bedingt durch eine psychische Erkrankung sein Leben, seine Gesundheit oder die Rechtsgüter anderer gefährdet“ (vergl. z.B. Baden-Württembergisches PsychKG, §13),

sowie die zivilrechtliche Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB § 1831), die durch den gesetzlichen Betreuer eines einsichtsunfähigen Patienten bewirkt werden kann (Bühler, Kren & Stolz, 2015).

Konkret sieht das Psychisch-Kranken-Gesetz je nach Bundesland für Patienten angesichts akut drohender Gefahren eine kurzfristige Unterbringung von 24-48 Stunden vor. Sollen diese überschritten werden, muss seitens des behandelnden Arztes eine richterliche Unterbringung beantragt werden, deren Dauer mehrere Wochen betragen und nach Ablauf verlängert werden kann (Schreiber et al., 2019). Insbesondere sieht nun das Baden-Württembergische PsychKG seit seiner Novellierung, analog (wenn auch nicht deckungsgleich) zu den nordrhein-westfälischen und Berliner Psychisch-Kranken-Gesetzen explizit die Möglichkeit einer nicht geschlossenen Unterbringung, also beispielsweise auf einer offen geführten Station vor, sofern der Verbleib in der Behandlung sichergestellt werden kann (Steinert et al., 2019; Schreiber et al., 2023).

1.3 Modelle und Konzepte

Dass geschlossene Stationen für den Zweck der Unterbringung unfreiwillig behandelter Patienten keine zwingende Voraussetzung sind, wird bereits seit einigen Jahren unter Beweis gestellt. An dieser Stelle seien zwei bekannte Beispiele in Deutschland dargestellt.

Das Marienhospital Eickel als Klinik der Pflichtversorgung für Herne eröffnete bereits 1977 eine psychiatrische Abteilung, in der von Beginn an konsequent auf geschlossene Stationen verzichtet wurde (Zinkler, 2017). Im Gegensatz zu der Mehrzahl deutscher psychiatrischer Kliniken wurde hier auch auf eine diagnosenspezifische Verteilung auf bestimmte Stationen verzichtet, so dass es zu einer vollständigen Durchmischung von Patienten hinsichtlich ihrer Erkrankungen kommt. Behandlungspläne für die Patienten werden individuell erstellt, einzig Gruppentherapien werden krankheitsspezifisch ausgerichtet. Die Psychiatrische Klinik in Heidenheim an der Brenz ist Pflichtversorger für den gleichnamigen Landkreis. Hier werden die Türen tagsüber geöffnet, jedoch im Gegensatz zu Herne nachts geschlossen. Darüber hinaus kann ein Türschließmechanismus eingesetzt werden, um die Türen im Bedarfsfall kurzfristig zu schließen. Die Verteilung der Patienten ist etwas weniger heterogen als in Herne: Suchtpatienten werden eher einer der drei Stationen zugewiesen, während allgemein- und gerontopsychiatrische Patienten eher in den anderen beiden Stationen behandelt werden. Beide Kliniken verzichten auf Isolierzimmer, geschlossene Bereiche oder Videoüberwachung. Eine

Vielzahl weiterer deutscher Kliniken führen ihre psychiatrischen Stationen zumindest teilweise und nach verschiedenen Modellen erfolgreich offen (Zinkler et al., 2017; Steinert et al., 2019).

In der Regel wird eine psychiatrische Station für schwerer Erkrankte nicht einfach geöffnet. Zumeist wird die Öffnung in ein verschiedene aufeinander abgestimmte Maßnahmen umfassendes Konzept integriert, um die Öffnung einer bisher geschlossenen Station zu unterstützen. Es werden dafür unterschiedliche Strategien beschrieben (Lang, 2014; Beine, 2019; Schreiber et al., 2019). Hierzu zählen die Stärkung der Selbstbestimmung der Patienten, ihre Rechte und Bedürfnisse zu respektieren und sie in Entscheidungsprozesse einzubinden (*shared decision making*). Es existieren verschiedene Modelle, die z.B. neben einer offenen Stationsführung weitere Interventionen zur Erhöhung der Sicherheit und Verringerung von Zwang umfassen, wie z.B., *Safewards* (Bowers et al., 2014; Simpson & Brennan, 2024) und das *Weddinger Modell* (Mahler, 2023). Die Schaffung einer offenen und einladenden Umgebung, die Patienten das Gefühl des Willkommenseins vermittelt, kann auch durch eine entsprechende architektonische Gestaltung erzielt werden (Lang, 2014; Rohe et al., 2018).

1.4 Aktueller Forschungsstand

Aufgrund der weit verbreiteten diagnoseorientierten Spezialisierung psychiatrischer Stationen sind aktuell nur noch wenige Stationen einer psychiatrischen Klinik geschlossen (bzw. „beschützend“ oder „geschützt“) geführt. Dementsprechend entspricht das Diagnosespektrum einer geschlossenen Station nicht der Verteilung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Eine Vielzahl jener Patienten, die auf einer geschlossenen Station behandelt werden, leidet unter akuten psychotischen oder manischen Symptomen. Eine kleinere Anzahl zeigt selbstverletzendes Verhalten oder wird als akut suizidal eingestuft (Cibis et al., 2017). Die Aufnahme auf eine geschlossene Akutstation beinhaltet damit die implizite Annahme, betroffene Patienten und ihr Umfeld könnten dadurch vor ihren selbst- oder fremdgefährdenden Absichten adäquat geschützt werden.

Zu dem Thema Türöffnung gibt es trotz intensiver Diskussionen und zahlreicher Veröffentlichungen bislang wenig empirische Forschung (Steinert et al., 2019). Grundsätzlich stellt eine geschlossene Tür im Vergleich zu Isolation oder Fixierung eine weniger restriktive Maßnahme dar. Zugleich ist die Stationsschließung leicht infrage zu stellen, betrifft es letztlich doch nur eine Minderheit an Patienten, die sich konkret durch Flucht einer Behandlung entziehen. Nur etwa 10% aller auf ei-

ner deutschen Akutstation behandelten Patienten sind richterlich untergebracht und damit unfreiwillig in Behandlung (Schreiber 2022; Falter & Steinert, 2019; Beine, 2019). Der Türschluss wird überwiegend damit begründet, fluchtgefährdete, suizidale oder vor äußeren Einflüssen besonders schutzwürdige Patienten vom Verlassen der Station abzuhalten. Tatsächlich bleiben Stationen aber häufig auch dann geschlossen, wenn sich dort kein einziger untergebrachter Patient in Behandlung befindet (Schreiber, 2022; Haglund et al., 2016). So erscheinen die zugrundeliegenden Argumente fragwürdig, oder zumindest unvollständig. Einzelne qualitative Erhebungen deuten darauf hin, dass die weite Verbreitung geschlossener Stationen in Zusammenhang mit Teamdynamiken, Behandlungskultur, Kontrollbedürfnissen und Unsicherheiten steht (Schreiber, 2022; Beine, 2019; van der Merwe et al., 2009). Als Ängste werden angegeben, dass unfreiwillig behandelte Patienten fliehen und sich selbst oder anderen Schaden zufügen könnten. Dem gegenüber stehen Befunde, dass sich 50-85% aller Krankenhaussuizide während eines erlaubten Ausgangs ereignen (Schreiber et al., 2019; Wolfersdorf et al., 2016). Auch Befunde zu aggressiven Zwischenfällen und Entweichungen deuten eher darauf hin, dass geschlossene Türen das Risiko von Entweichungen erhöhen und es Patienten aus Angst vor Zwang eher erschweren, Therapieangebote auch wiederholt aufzusuchen (Lang, 2012). Ein weiterer Faktor, der die Wahrscheinlichkeit aggressiver Zusammenstöße erhöhen könnte, ist die Enge, die durch viele Patienten auf kleinem Raum entstehen kann (*crowding*). Die bisherigen Befunde dazu sind jedoch uneinheitlich (Steinert & Hirsch, 2018).

1.4.1 Zwangsmaßnahmen und unerwünschte Ereignisse

In der Vergangenheit wurden Beobachtungsdaten aus zum Teil großen retrospektiven Erhebungen veröffentlicht. Im Rahmen einer Schweizer Untersuchung zu Auswirkungen einer veränderten Türkonzeption über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg konnte keine Zunahme von Zwangsmaßnahmen festgestellt werden; vielmehr war die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auf den neu geöffneten Stationen verringert (Blaesi et al., 2015). Es ergab sich jedoch eine veränderte Verteilung der Patienten; unfreiwillig in Behandlung befindliche Patienten wurden eher den noch verbleibenden geschlossenen Stationen zugewiesen. In einer Studie aus England wurden zwei jeweils sechs Monate andauernde Phasen mit und ohne Öffnung der Stationen miteinander verglichen (Baker et al., 2009). Während sich die Patienten hinsichtlich demographischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Diagnose und Behandlungsdauer) nicht unterschieden, kam es während des geschlossenen Zeitraumes gehäuft zu gewalttätigen Vorfällen und der Anwendung von Zwangsmedikation. Während der Phase der Türöffnung kam es nicht häufiger zu Entwei-

chungen. In einer deutschen Beobachtungsstudie wurden retrospektiv über 15 Jahre hinweg Daten aus 21 psychiatrischen Kliniken ausgewertet (Huber et al., 2016). Die teilnehmenden Kliniken wurden unterteilt in jene mit einer Offenen-Tür-Konzeption und solche mit geschlossenen Türen. Es wurden Unterschiede zwischen den Kliniken erhoben, wie z.B. Häufigkeiten von Suiziden, Aggression, Gewalt, Zwangsmaßnahmen und Entweichungen. In Bezug auf Suizide und Suizidversuche wurden keine Unterschiede zwischen den Klinikgruppen beobachtet. Entweichungen mit Rückkehr traten häufiger in Kliniken mit offenen Türen auf, während Entweichungen ohne Rückkehr häufiger in Kliniken mit geschlossenen Stationen vorkamen. Hinsichtlich Gewalt und Aggressionen unterschieden sich die Gruppen nicht; Isolation und Fixierungen kamen in Kliniken mit offen geführten Stationen weniger häufig vor. Insgesamt schlossen die Autoren daraus, dass sich offene Stationen positiv auf die Reduktion von Aggression auswirken. Während diese Ergebnisse einerseits oft für die Argumentation für offene Türen herangezogen werden, gab es jedoch auch Kritik am Forschungsdesign (Pollmächer & Steinert, 2016). So wurde die Unterteilung in „offen“ oder „geschlossen“ rückwirkend von den Autoren der Studie nach eigener Einschätzung vorgenommen. Es konnte nicht erhoben werden, in welchem Umfang die „offenen“ Stationen tatsächlich geöffnet waren, ob sie während bestimmter Ereignisse weiterhin offen blieben oder geschlossen wurden, oder ob über den Türstatus hinaus weitere spezifische Interventionen eingesetzt wurden, um Suizide, Konflikte oder Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Der Befund, dass gewalttätige Zwischenfälle auf offenen Stationen seltener auftreten, könnte auch Ergebnis einer Stichprobenverzerrung sein, weil entsprechende Patienten eher in geschlossene Behandlung kommen und entsprechend zugewiesen worden sein könnten. Daher ist ein kausaler Zusammenhang an dieser Stelle nicht klar nachzuweisen (Pollmächer & Steinert, 2016).

1.4.2 Haltung und Stationsatmosphäre

Neben dem Ziel Risiken zu vermeiden spielen auch die therapeutische Haltung und Stationsatmosphäre eine Rolle für die Türöffnung. Lo et al. (2017) untersuchten Auswirkungen einer offenen-Tür-Konzeption auf die Stationsatmosphäre aus Perspektive des Pflegepersonals. Hierzu wurden mit Hilfe eines Fragebogens Skalen zu Sicherheit, therapeutischem Halt, Patientenverbundenheit sowie der allgemeinen Stationsatmosphäre auf geschlossenen, offenen, und neu geöffneten Stationen erhoben (Lo et al., 2017). Das Stationsklima erwies sich dabei auf den neu geöffneten Stationen als signifikant positiver, sowohl im Vergleich zu den geschlossenen Stationen, als auch im Vergleich zu den bereits offen geführten Sta-

tionen. Die Autoren führen dies auf die Einführung neuer Konzepte zur Behandlung von Hochrisikopatienten zurück. Auch die Patientenverbundenheit wurde auf den neu geöffneten Stationen als wesentlich besser eingeschätzt. Dies wiederum wurde in Zusammenhang mit dem Ansatz gemeinsamer Entscheidungsfindung gesehen, der die persönliche Verantwortung der Patienten stärken und zu einem umsichtigeren Verhalten innerhalb der Patientengruppe führen sollte. Auch aus Perspektive des Pflegepersonals wurden Stationsklima, Sicherheit und Patientenzusammenhalt auf den geöffneten Stationen besser bewertet (Blaesi et al., 2015). In einer älteren prospektiven Fragebogenstudie konnte im Prä-post Vergleich mit Personal und Patienten hingegen keine Veränderung der Stationsatmosphäre beobachtet werden (Modistin et al., 1996). Insgesamt scheinen strukturelle Bedingungen und Traditionen für die Behandlung psychiatrischer Patienten hinter verschlossenen Türen maßgeblich zu sein. Bislang mangelt es jedoch an kontrollierten Studien mit vergleichbaren Stichproben.

1.5 Ziel der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie untersucht die Implementierung einer Konzeption der offenen Türen auf vier Akutstationen an zwei Standorten in Baden-Württemberg (Tübingen und Friedrichshafen) mit jeweils zwei baugleichen Akutstationen. Diese konnten zuvor fakultativ offen geführt werden. Während der dreimonatigen Baselinephase wurden zunächst ohne weitere Intervention die Türöffnungszeiten erhoben. Für die Interventionsphase wurden an je einer Interventionsstation pro Standort die Türen geöffnet, sofern nicht entscheidende Gründe dagegensprachen. Es erfolgte also eine Umkehr des Türöffnungszustandes, die Station war im Normalfall offen, sofern nicht ganz spezifische und nicht anders zu bewältigende Gründe zum Schließen der Tür zwangen. Über solche Gründe wurde während jeder Übergabe des Stationsteams und ggf. fortlaufend während des Tages beraten. Auf der Kontrollstation des jeweiligen Standortes fand diese Intervention nicht statt. Während der Nacht blieben die Stationen grundsätzlich geschlossen. Es wurden quantitative Daten zur Dauer offener Türintervalle erhoben, sowie die Anzahl unfreiwilliger Behandlungstage in Relation zum Türschluss. Darüber hinaus wurde die Häufigkeit unerwünschter Zwischenfälle wie Suizide, aggressiver Übergriffe, von Zwangsmaßnahmen und Entweichungen erhoben und verglichen. Neben den objektiven quantitativen Daten werden auch qualitative Analysen zu projektbegleitend stattgefundenen Fokusgruppen dargestellt, die sowohl mit Patienten als auch Personal durchgeführt wurden. Hierdurch werden subjektive Einord-

nungen und Haltungen mit in die Gesamtbewertung aufgenommen, die ihrerseits in Wechselwirkung mit der Etablierung einer Türöffnungskonzeption stehen können.

Folgende Maße wurden erhoben:

- Die durchschnittliche Dauer der Türöffnung auf den vier Akutstationen (%)
- Der Anteil von Behandlungstagen mit offener Tür (%)
- Die Anzahl unfreiwilliger Behandlungstage mit offener Tür (dies entspricht der Anzahl untergebrachter Patienten pro Tag mit offener Tür)

Darüber hinaus wurden die Häufigkeiten von

- Zwangsmaßnahmen
- Suiziden und Suizidversuchen
- Aggressiver Zwischenfälle
- Entweichungen

erhoben.

Im Rahmen qualitativer Erhebungen wurden vor, während und nach der Intervention jeweils für Personal- und Patientengruppen getrennt Fokusgruppen durchgeführt. Ziel war es hierbei, anhand eines semistrukturierten Interviews Haltungen zu den folgenden Aspekten zu erfassen und qualitativ inhaltsanalytisch auszuwerten:

- Kommunikation,
- Akzeptanz,
- Stigmatisierung,
- Atmosphäre,
- Autonomie und
- Sicherheitsempfinden

2. Ergebnisse

2.1 Open Doors by Fair Means: Implementation of an Open Ward Policy in Acute Care Units. Study Protocol for a 3-year Prospective Controlled Study with a Quasi-Experimental Design towards an open ward policy in acute care units.

Lisa K. Schreiber^{1*}, Florian G. Metzger^{1,2}, Tobias A. Duncker³, Andreas J. Fallgatter¹, Tilman Steinert⁴

Erschienen in: *BMC Psychiatry*. 2019;19:1-8.

Akutpsychiatrische Stationen bleiben häufig unter der Annahme geschlossen, dass eine Öffnung eine Gefährdung von Patienten oder Dritten zur Folge hätte. Erste retrospektive Untersuchungen deuteten jedoch nicht darauf hin, dass Risiken durch eine offene Stationsführung grundsätzlich erhöht würden. Die vorliegende Studie sollte erstmals mit einem prospektiven, quasi-experimentellen Design erheben, wie weit eine offene-Tür-Konzeption zu verwirklichen ist und dabei mögliche Auswirkungen auf befürchtete Risiken wie z.B. die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen erfassen. Das folgende Studienprotokoll stellt zunächst die gesamte Studie mit ihrem theoretischen Hintergrund, dem geplanten Zeitraum sowie den Interventionen und Outcomes dar.

STUDY PROTOCOL

Open Access

Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units



Lisa K. Schreiber^{1*} , Florian G. Metzger^{1,2}, Tobias A. Duncker³, Andreas J. Fallgatter¹ and Tilman Steinert⁴

Abstract

Background: Acute psychiatric wards in Germany are often locked due to the assumption that opening could endanger patients and society. On the contrary, some findings suggest that aversive events such as absconding and attempted suicides do not occur more often on wards with an open-door policy. However, these data are probably biased with regard to differing patient populations on open and locked wards. To our best knowledge, the present study is the first prospective controlled study with a quasi-experimental design dealing with this issue.

Methods: This study investigates whether indicators of an open-door policy, as measured by a priori determined outcomes, can be improved by a defined complex intervention on two intervention wards in two psychiatric hospitals, compared to two control wards with otherwise very similar conditions. Both hospitals contain two wards identical in structure and patient admittance policies, so that a similar study protocol can be followed with similar patient populations. Both hospitals have a defined catchment area and receive voluntary and involuntary admissions. In a baseline phase, wards will be opened facultatively (i.e., if it seems possible to staff). In the following intervention period, one ward per hospital will establish an enhanced open-door policy by applying additional strategic and personnel support. As a control group, the control ward will continue to be opened facultatively. After one year, control wards will be opened according to the open-door policy as well. Interventions will include the continuous identification of patients at risk as well as the development of individual care concepts and additional staffing. For this purpose, nursing and medical staff will be methodically supported on an ongoing basis by study staff.

Outcomes variables will be the percentage of door opening on each ward between 8 a.m. and 8 p.m., the percentage of all treatment days with the door opened and the number of involuntary treatment days with open doors. Data on frequencies of aggressive incidents, absconding, police searches, and seclusion or restraint will be used as control variables. Additional costs will be calculated.

Discussion: Treating mentally ill patients on locked wards is a highly relevant and critically discussed topic. In particular, it is controversially discussed whether changes in door policy can be established without increasing risks to patients and others. This study aims to gain robust data on this issue, going beyond beliefs and questionable retrospective observational studies.

(Continued on next page)

* Correspondence: lisa.schreiber@med.uni-tuebingen.de

¹University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

(Continued from previous page)

Trial registration: Our trial “Open Doors By Fair Means” is retrospectively registered with DRKS (DRKS00015154) on Sept. 10th 2018 and displayed on the public web site. It is searchable via its Meta-registry (<http://apps.who.int/trialsearch/>).

Keywords: Safety, Ward, Psychiatry, Absconding, Coercive measures, Compulsory treatment, Restraint, Absconding, Open door policy, Ward climate, Ward atmosphere, Suicide

Background

In contrast to somatic hospitals, psychiatric clinics are authorized by public and civil law to restrain the patient’s freedom under defined conditions against their will. This involuntary commitment is justified by danger to the patient themselves or others, in Germany as well as in all other developed countries. In the short term this is possible depending on federal state law, e.g. for 24–48 h; in the longer term, the request of the clinic or a legal guardian by judicial authorization is required [1]. Traditionally, involuntary detention is ensured by locking the ward door, in severe cases accompanied by other restrictions such as seclusion or mechanical restraint.

Only about 10% of patients treated in German psychiatric hospitals are held against their will in the clinic [2]. Hence, the treatment of the remaining voluntary 90% of the patients behind locked doors, even if they are allowed to leave the ward at any time, raises ethical questions, such as whether this encroachment on fundamental rights is appropriate and necessary in the treatment of psychiatric patients [3, 4]. Austria has already adopted legislation to address these concerns. Voluntary patients do not need to be treated on locked wards unless they specifically request such conditions (which they usually do not). As a result, in most parts of Austria, psychiatric wards follow an open-door policy which is generally accepted by the public, courts, and the police. In a comparative study on differences between the Weissenau Hospital for Psychiatry in Germany, and the psychiatric hospital in Vienna, Austria, no significant differences were found regarding the frequency of absconding, police searches, suicide attempts, and mechanical restraint within the subgroup of involuntarily treated patients [5].

Since 2015, it is legally possible to treat involuntarily committed patients on open wards in some federal states of Germany [5, 6]. On the background of a movement claiming to abolish all coercive measures in psychiatric hospitals, the practice of locked acute psychiatric care units is a topic of intense discussion in Germany [4, 7]. In order to enable open-ward management, different strategies exist. A relationship-oriented approach with more intensive care for ‘difficult’ patients is preferred. In addition, architectural features such as the location of the nurses’ station, the presence of a counter or at least

the presence of a nurse near the door, and the possibility of remote door locking are considered vital. The most extreme strategy is to mechanically restrain or seclude those patients who are at risk of leaving an open ward against medical advice. However, even if this seems to happen in some cases in Austria under conditions of generally open wards and maybe also in German hospitals with a strict open-door policy, most experts would consider such procedure as ethically dubious, if not unlawful [8]. Across Germany, there are considerable differences in hospital organization in terms of specialized wards, concentration or distribution of involuntary patients and so-called “intensive care units” (mostly not available). The most recent guideline of the German Association for Psychiatry and Psychotherapy on the prevention of coercive measures [9] does not express a clear recommendation regarding open wards or hospital organization due to a lack of robust evidence, but generally recommends a policy of least possible restrictions of all kinds. Some German clinics already claim to provide only wards with open doors [10].

Patients admitted or transferred to closed wards usually suffer from severe psychotic or manic symptoms. Others, in a smaller number, are either suicidal in the face of a depressive disorder or show self-harming behaviors. In both cases, restrictive interventions potentially might reinforce existing symptoms such as regressive tendencies or exacerbation of psychotic symptoms due to fear and loss of control [11–13].

50–85% of all suicides occur while patients take approved leave from the psychiatric unit. In most of these cases, patients suffer from affective or substance-related disorders. The concerns about this suicide risk and subsequent judicial liability are a major reason for keeping psychiatric wards locked [11, 14, 15].

However, the suspected risk of absconding seems to increase the probability of absconding: 58% of patients who escape or do not return from a leave name the locked door as one of the reasons [16–19]. Significantly fewer patients absconded or were discharged against medical advice during one year of open ward management in a study in the Department of Psychiatry, University of Basel, Switzerland [20]. Moreover, with the door open, compliance increased and the likelihood of self-harming behaviors, aggression, and refusal of medical treatment decreased.

So far, in contrast to intense discussions among professionals, there is little empirical work on the subject, with mostly retrospective observational data lacking adequate controls. For example, the impact of a change of door policy on coercive measures was investigated over a two-year period in a clinic-wide study in Basel, Switzerland. As a result, no increase in coercive measures on other wards was found and the frequency of coercive measures on the newly opened wards decreased overall [21]. However, there was a redistribution of involuntary patients to the remaining locked wards. In another study, two consecutive periods of six months in one acute care unit, one closed and one mostly open, were compared [22]. While patients did not differ in terms of gender, diagnosis, age and duration of treatment, violent incidents and coercive medication application occurred significantly more frequently during the closed-door period. Moreover, while the ward was open, absconding did not occur more frequently.

In a 15-year observational study, outcomes in 21 German psychiatric hospitals were examined retrospectively [23, 24]. Hospitals were dichotomized into those practicing an “open-ward policy” and those with a “locked-door policy”, defined by expert consensus. The probability of completed suicides was defined as the primary outcome measure for one paper [23], aggression, violence, and coercive interventions for the other [24]. Suicide attempts during treatment and absconding with and without return were defined as secondary outcome measures. In addition, differences between ward types regarding outcomes were examined. As a result, no statistically significant differences were found between hospitals regarding suicides and attempted suicides. Absconding with return occurred more often in hospitals with open-ward policy, whereas absconding without return occurred less frequently. Violence did not differ significantly between hospital types (“open door policy” and “locked door policy”), seclusion and restraint were reported less frequently in hospitals with “open door policy” [24]. All kinds of adverse events occurred less frequent on open wards compared to closed wards. The authors concluded that open wards have a positive effect on reducing aggression.

Although this dataset from 21 German clinics represents the largest database on the issue of an open-door policy and the two papers are often cited by those promoting a strict open-door policy, the study approach was subjected to strong criticism in terms of considerable flaws in design and methods [25]. Data was recorded over a long period of time for other purposes. Calculations were based on a simple division into clinics with a locked or open-door policy which was done retrospectively by the study authors based on personal knowledge. Neither the extent to which doors were actually open over the study period, nor whether they were open or closed during the adverse

events nor which other interventions had taken place to avoid suicides, violence, or coercive interventions. Therefore causal interpretations are impossible. Moreover, the finding that violent incidences occur less often on open wards and similar findings relating to suicide attempts and the use of seclusion and restraint might easily be explained by the clinical practice to place patients considered at risk on locked wards, i.e., a serious sample bias. However, psychiatric inpatient treatment is not only about avoiding risks. It also focuses on therapeutic setting and ward atmosphere, which are crucial to its success. These include therapeutic hold as a precondition for therapy commitment, and also the support of the patients among each other [26–28]. To investigate the effects of an open-door policy on ward atmosphere from the nursing staff’s point of view, the parameters “safety”, “therapeutic hold”, and “patient cohesion” as well as the global atmosphere on closed wards, open wards and newly opened wards were measured in a study from a university psychiatric hospital in Switzerland via a questionnaire [23]. The global ward atmosphere was reported to be significantly better on newly opened wards than on closed or open wards. Also, the overall feeling of safety was reported to be above average on newly opened wards compared to closed or open wards. The authors attribute this to the establishment of new procedures for dealing with high-risk patients. This might be a specific measure that goes beyond the effect of door-opening and possibly provides an explanation for the significant difference between newly opened and already open wards. While no significant differences in terms of therapeutic hold were found, patient cohesion at newly opened wards was rated above average. The authors attribute this to the approach of “shared decision making”, which is expected to strengthen patients’ personal responsibility and might lead to a more caring behavior within the patient group. Overall, the authors conclude that it is possible to open closed wards without a higher safety risk and, moreover, that it is suitable for the implementation of a more supportive treatment environment.

Overall, structural conditions and traditions seem to account for the treatment of psychiatric patients behind locked doors. As of today, there are no controlled trials and no comparable populations to underpin the ongoing discussions, which are characterized by ideology and criticism of the current handling of coercive measures.

Therefore, the current study investigates whether an open-door policy can be established and which interventions can be used to care for special patients. We will collect quantitative data on duration of open door intervals, days with open doors and involuntary treatment days, adverse events and additional cost. Moreover, we will collect qualitative data from staff and patients on ward atmosphere, sense of security and general concerns

on the open door management as well as qualitative data on the reasons for closing an open ward intermittently. In the course of the ongoing trend towards the opening up of psychiatric hospitals in order to create the least restrictive treatment atmosphere, well-made studies producing reliable numbers are urgently needed. Based on the findings of this study, we want to derive recommendations that can make a substantial contribution to new guidelines. These should facilitate decisions in dealing with difficult patients, to apply the least restrictive measures and provide security with regard to legal uncertainties.

Methods

This study aims to determine the extent to which a total of four wards in two psychiatric hospitals, where also involuntarily admitted patients are treated, can establish an open-door policy via additional staffing and strategic support. For this purpose, the same intervention is carried out in two psychiatric hospitals in Tuebingen and Friedrichshafen, where the two identical wards are either next to each other (Friedrichshafen), or on superimposed floors (Tuebingen). In both scenarios, one ward will serve as experimental, while the other will serve as control. The patients will be admitted in an alternating fashion. After one year, the ward which had previously been the control ward will receive the intervention. The intervention will be continued at the primary intervention ward. In the control wards, treatment as usual will take place. That is, ward doors will not stay closed throughout the first year but will be opened according to clinical considerations as has been previously practiced (so-called facultatively opened doors). After 12 months, the two control wards will undergo three months of implementation of the new policy and become intervention wards as well. Both hospitals provide similar conditions with identical ward architecture and an alternating patient admittance policy, so that the study can be carried out with the same study protocol and similar patient populations.

Study design

The present study is a prospective controlled study with a quasi-experimental design.

Ethics and consent

This study was approved by the ethics committee of Ulm University on March 1st, 2017, No. 313/16 and by the ethics committee of Tuebingen University on June 6th, 2017, No. 170/2017/BO1.

Study participants

Data of all patients who are admitted to the acute wards of the University Department of Psychiatry and Psychotherapy

Tuebingen and the Department for Psychiatry Friedrichshafen (part of the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy I of Ulm University), between June 1st 2017 and March 31st 2020 will be collected. There is no specific target age group, but as only adults are treated at the participating wards, all patients will be over the age of 18. The 34 months of data collection include a four-month baseline phase, three months of implementation phase and a total of 27 months of intervention in the intervention wards. The investigation group is defined as those patients treated at the two intervention wards within the first 12-month period. The control group is defined as those patients treated at the other wards without specific interventions during the same period. To control for bias, we will compare distributions of diagnoses and how many patients are admitted involuntarily. In Tuebingen, we will also collect data on how long patients are allowed to leave the ward. In Friedrichshafen, there is no further differentiation, patients are either allowed to leave the ward or they are not. This represents different clinical practices which could not completely be harmonized. Furthermore, the number of patients and staff per day will be recorded.

Recruitment of participants

Participants will not be actively recruited. All patients who are admitted to one of the two acute wards of the University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen and the Department for Psychiatry Friedrichshafen during the 34-month period, will participate in the study without any exclusion criteria.

Timeline and procedures

The planned timeline is shown in Fig. 1.

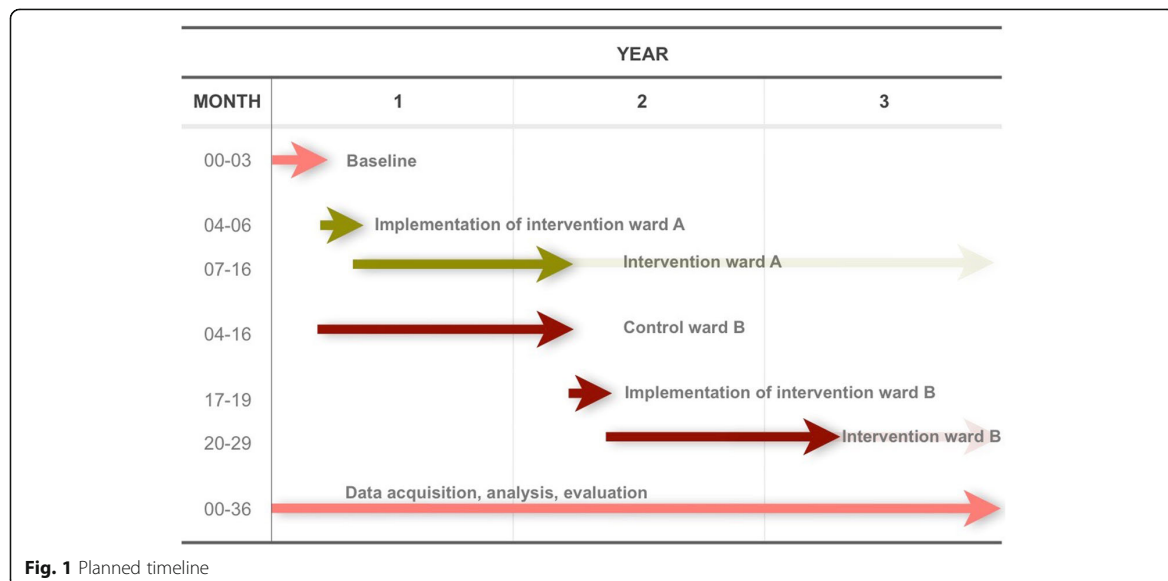
Interventions

On each intervention ward, the open-door policy will be implemented as a mission expressed by the clinical director "to keep the door open by all reasonable efforts with high priority, but without running inappropriate risks". That means it will still be possible to lock the door temporarily with good reasons (to be documented).

Staff will be fully informed about the project and introduced to the interventions (see below) before it starts. Patients will be informed about the open-door policy at admission. As a daily routine, independent of this project, patients come together with nurses to talk about upcoming events each morning. During this meeting, they will be informed about the current door status and questions can be clarified from day to day if necessary.

In detail, interventions will be:

- The door status will be discussed each morning with the complete staffing team (doctors and nurses) and



specific reasons requiring a locked door will be identified.

- Weekly team meetings to discuss special events or concerns.
- Patients who are considered to be endangered or at risk, will be identified and the team obliged to discuss possible interventions, e.g. a more intensive care or specific arrangements for patients at risk. These could include accompanied leave, planned visits at home, activities on or outside the wards as well as therapeutic and deescalative talks.
- An additional nurse for the ward team will be deployed in Friedrichshafen beginning with the intervention period; in Tuebingen, nursing trainees will be involved in taking care of patients in need of support.
- An intervention known as the “Potsdam Table” has been implemented successfully several times [28]. This can be a small table with chairs, flowers, newspapers and a nurse as a contact person (professional, nurse) near the ward door. The purpose of this intervention is the establishment of a meeting facility that might dissuade endangered patients urging to leave the ward by deescalating conversations. Depending on the reasons why a patient wishes to leave the ward contrary to the agreement, the contact person can respond by offering contact, initiating activities, discussing the crisis and in case of doubt also deciding that the door should rather be closed.

As doors will only be opened after a careful risk assessment on a daily and situational basis, this approach

does not require a termination condition. It will still be possible to close doors at any time when necessary (e.g. if a patient at risk wants to leave and other interventions do not work).

Standard care

On control wards, the door will continue to be opened facultatively without additional interventions. This requires that all patients accept time agreements, and a sufficient number of staff is always present.

Outcome measures

The primary outcome measures will be the average opening time of the four acute wards between 8 a.m. and 8 p.m. in percent, the percentage of treatment days with the door open (at least part time), as well as the number of involuntary treatment days with the door open. The latter means that if the door is open for one full day x and seven involuntary patients are present, this will count as 7 involuntary treatment days with open doors.

As secondary outcomes, the frequency of coercive measures (seclusion, restraint, involuntary medication), suicides, suicide attempts, severe self harm and aggressive incidents will be recorded as well as the frequency of absconding. This includes deviations from agreements in voluntarily treated patients, as well as searches for missing patients by the police. In Friedrichshafen, aggressive incidents will be documented with the Staff Observation Aggression Scale [29], in Tuebingen, the documentation of aggressive incidents is part of the survey which is to be filled out on a daily basis. Coercive measures will be routinely documented at both locations by a case register according to the law on assistance for

persons with mental diseases in Baden-Wuerttemberg [2]. In addition, costs of the intervention per day with the door open are to be documented. Ward atmosphere will be assessed by staff and patients every six months by the Ward Atmosphere Scale [30].

Qualitative study

Focus groups will be conducted on each of the four wards with both patients and nurses in different sessions every six months. These group talks contain questions from a semi-structured interview based on the German version of the Ward Atmosphere Scale [30]. Answers and discussions will be audio-taped and evaluated. The acceptance of an open or closed ward management, the ward atmosphere depending on the door status, the feeling of safety and of stigmatization will be addressed. In weekly meetings, the ward team will reflect on problems or uncertainties in the context of the open-door policy during the past week. These meetings will be documented by taking notes. These meetings are thought to help categorize specific difficulties which can be addressed during the planning and implementation of intervention methods.

Sample size

The size of the sample is equivalent to the total of all patients admitted to the respective hospitals' acute care units in the intervention period. As an estimate, we expect an amount of 560 admissions per year at each ward in Tuebingen and 420 at each ward in Friedrichshafen. With three months baseline and 24 months of intervention, we expect 4410 patients in 27 months in total.

With regard to the qualitative part of the study, we estimate a total of 280 participants. This includes five times two focus groups with patients and two focus groups with staff separately, with each seven participants for all the four wards, in total 280 patients and 56 professionals.

Randomization

In this study, no individual randomization is possible because conditions cannot be controlled equally. In the case of two basically identical acute wards, however, cluster randomization is feasible by means of a strictly alternating admission system to one of the two acute wards of the hospital. At baseline, units do not differ in terms of number of admissions, patients' diagnoses, number or distribution of professional groups. Structural conditions are exactly identical.

Data collection and management

Data on the door status with registration of reason, time, ID, diagnosis, legal status and explanatory statement will be documented by the nursing staff on a daily basis.

Specific interventions for patients at risk during open-ward periods, time and duration, as well as qualitative data from weekly meetings and focus groups will be documented, recorded and transcribed by study staff. Quantitative data on bed occupancy, diagnoses and agreements on leaving the ward will be collected from in-house documentation systems. Data on restraint during survey period will be provided by the department of IT and medical controlling. Staffing levels for each day will be obtained from available nursing schedules.

Statistical analysis

Calculations will be performed with SPSS.

Descriptive statistics will be obtained. Linear or logistic models for outcomes will be used to examine relationships between explanatory variables and outcomes over time.

For all tests, if necessary, measures will be transformed before analysis. All analyses are exploratory.

Qualitative data

Thematic analysis will be used for identifying, analyzing and reporting themes or patterns within data. The interviews will be transcribed verbatim and analyzed according to Mayring [31]. This content analysis technique is broadly applied in social sciences to evaluate large quantities of material from semi-structured interviews. It allows to build categories of content and to count certain text components (e.g. aspects of stigmatization, safety feeling, ward atmosphere).

Collaborating organizations

This study is a collaborative project of the Department of Psychiatry and Psychotherapy of the University Hospital Tuebingen and Department for Psychiatry Friedrichshafen of the Centre for Psychiatry Suedwuerttemberg.

Discussion

Acute psychiatric care units are often locked in order to prevent the absconding of patients at risk. However, even under the good conditions of hospital treatment in Germany (with more beds available than in many other countries), this classification only applies to about 10% of patients treated in said units. Thus, about 90% of patients are treated on a voluntary basis. Though some of the patients treated voluntarily are at risk of suicide, too, and some of them suffer from serious symptoms, most of them are treated at wards with locked doors without the therapeutic need or legal requirements to do so. Literature offers numerous suggestions on interventions and structural changes in the treatment of acute psychiatric patients. So far, evidence is scarce and focuses on opinions or refers to observational studies.

This study aims to investigate the impact of an open-door policy in a prospective quasi-experimental design on adverse events such as absconding, suicides, suicide attempts, severe self harm and aggressive incidents as well as costs and limitations. More evidence is needed to identify criteria and to develop interventions to modify common treatment methods to a less restrictive, more open and supportive psychiatric care. It is the first prospective controlled study with a quasi-experimental design on this topic.

The results are expected to make a significant contribution to providing sustainable, comprehensive and evidence-based treatment recommendations for acute psychiatric care units and to provide substantial evidence instead of beliefs for a highly controversial discussion.

Acknowledgements

We thank Mr. Justin Hudak for language editing.

Funding

The study is funded by the Centre for Psychiatry Suedwuerttemberg. We acknowledge support by Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) and Open Access Publishing Fund of University of Tuebingen. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Availability of data and materials

Not applicable.

Authors' contributions

TS and AJF designed the study. AJF, TS, TAD and LKS were involved in preparation and procedure. LKS wrote the first draft, TAD contributed to the draft, AJF, TS and FGM contributed to the final manuscript. All contributing authors approved the final manuscript. AJF, TS and FGM supervised the project; TAD participated in supervision.

Ethics approval and consent to participate

The project was approved by the Ethics Committee of the University of Ulm on March 1st, 2017, No. 313/16 and the Ethics Committee of the University of Tuebingen on June 6th, 2017, No. 170/2017/BO1.

There is no need for patient consent to participate in the study as far as the patients' data is only used according to regular clinical documentation. If patients decide to participate in focus groups and questionnaires, they are provided an information sheet and informed consent, which they sign. They may withdraw their consent at any time.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany. ²Geriatric Center, University Hospital of Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany. ³Falkenried Caduceus Klinik, Niendorfer Weg 5, 29549 Bad Bevensen, Germany. ⁴Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg, Ulm University, Ravensburg-Weissenau, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Germany.

Received: 15 November 2018 Accepted: 25 April 2019

Published online: 14 May 2019

References

- Meyder J, Wiedwald A, Stolz K, Warmbrunn J, Juchart K. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg: Praxiskommentar und Arbeitshilfen. 1st ed. Norderstedt: BoD-Books on Demand; 2016.
- Flammer E, Steinert T. Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatr Prax.* 2018;45:1–8.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(9):889–97.
- Beine KH. Öffnen wir die Türen.... *Psychiatr Prax.* 2016;43(02):69–70.
- Steinert T, Scharfetter J. Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatr Prax.* 2018.
- Steinert T, Fallgatter A. Psychiatrie mit offenen Türen. *Psychiatr Prax.* 2016; 43(08):452–4.
- Zinkler M. Neuregelung von Zwang- ein Auftrag für die Fachgesellschaft? *Psychiatr Prax.* 2013;40:115–6.
- Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht Psychiatrie.* 2017;35(2).
- Fachgesellschaft, H., Steinert, T., Weissenau, Z., & Hirsch, S. S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.
- Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, Steinert T. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(12):1857–69.
- Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen. *Nervenarzt.* 2014; 85(3):312–8.
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD002084.
- Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide. *Primary Psychiatry.* 2007; 14(12):67–74.
- Lang U. *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen.* 1st ed. Heidelberg: Springer; 2012.
- Wolferdsdorf M, Vogel R, Vogl R, Grebner M, Keller F, Purucker M, Wurst FM. Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt.* 2016;87(5):474–82.
- Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1998;5(5).
- Bowers L, Whittington R, Almvik R, Bergman B, Oud N, Savio M. A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *Int J Nurs Stud.* 1999;36(3):217–22.
- Falkowski J, Watts V, Falkowski W, Dean T. Patients leaving hospital without the knowledge or permission of staff-absconding. *The British Journal of Psychiatry.* 1990;156(4):488–90.
- Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, Heinz A. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry.* 2010;24(4):199–204.
- Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, Huber CG. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr Res.* 2014;54:94–9.
- Blaesi S, Gairing SK, Walter M, Lang UE, Huber CG. Safety, therapeutic hold, and patient's cohesion on closed, recently opened, and open psychiatric wards. *Psychiatr Prax.* 2015;42(2):76–81.
- Baker JA, Bowers L, Owiti JA. Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(1):80–9.
- Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Lang UE. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(9):842–9.
- Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, Bux DA. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res.* 2017;95:189–95.
- Pollmächer T, Steinert T. Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(12):1103.

26. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(6):492–6.
27. Middelboe T, Schjødt T, Byrting K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103(3):212–9.
28. Anschuetz S, Lerch WD, Schulz A. Der Potsdamer Tisch - Therapie- und Sicherheitsfunktion eines Moebelstuecks in einer Psychiatrischen Klinik. *Psych. Pflege Heute.* 1999;5(4):223–4.
29. Nijman HL, Muris P, Merckelbach HL, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, Allertz W. The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggress Behav.* 1999;25(3):197–209.
30. Engel RR, Knab B, von Doblhoff-Thun C. Stationsbeurteilungsbogen (SBB). *Diagnostika.* 1983;30:322–3.
31. Mayring P. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. 2014. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>. Accessed 13 Jul 2018.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



2.2 Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards

Lisa K. Schreiber, Florian G. Metzger, Erich Flammer, Heike Rinke, Andreas J. Fallgatter & Tilman Steinert

Erschienen in: *BMC Health Services Research*. 2022;22:941.

Der folgende Artikel befasst sich mit dem quantitativen Anteil der Studie als Auswertung der ersten Interventionsphase. Es werden die durchschnittliche Dauer der Türöffnung, die Anzahl unfreiwilliger Behandlungstage bei offener Tür, sowie die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und unerwünschten Ereignissen wie Suiziden und Suizidversuchen, Entweichungen oder aggressiven Zwischenfällen im Vergleich zwischen den Kliniken bzw. zwischen Baseline-, Interventions- und Kontrollstation dargestellt. Ein wesentliches methodisches Merkmal im Gegensatz zu vorangegangenen Untersuchungen ist die alternierende Zuweisung der Patienten auf die Stationen. Wenngleich nicht alle Unterschiede hinsichtlich der Patientengruppen über die Dauer der Erhebung hinweg ausgemittelt werden konnten, konnten sämtliche Outcomes erhoben und jeweils verglichen werden.

RESEARCH

Open Access



Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards

Lisa K. Schreiber^{1*}, Florian G. Metzger^{1,2,3}, Erich Flammer⁴, Heike Rinke⁴, Andreas J. Fallgatter¹ and
Tilman Steinert⁴

Abstract

Background: Psychiatric wards treating involuntarily admitted patients are traditionally locked to prevent absconding. However, on the basis of observational evidence, the necessity for locked units in psychiatric hospitals has increasingly been questioned. Updated Mental Health Laws in several Federal States of Germany legitimate involuntary commitment without generally locked doors.

Methods: We examined the effects of an open-door policy in a quasi-experimental, prospective design. For the first time, at each of two locations, two identical wards serving as control and intervention could be compared. After a baseline period of three months, one ward at each location started the 12 month intervention period with the implementation of an open-door policy, while the respective control ward, as before, used open doors only facultatively. Primary outcomes were average opening times of the four wards between 8 a.m. and 8 p.m., and the number of involuntary treatment days with the doors open. Secondary outcomes were adverse events including aggressive incidents, absconding, suicide attempts and coercive measures.

Results: Overall, door-opening times increased significantly at both sites' intervention wards. The number of adverse events did not increase during intervention period. Frequencies of coercive measures decreased in Friedrichshafen and remained unchanged in Tuebingen. In case of the intervention ward in Friedrichshafen, doors were open in up to 91% of all involuntary treatment days, whereas in the control ward, this was only the case in 67% of all involuntary treatment days ($p < .001$). In case of the intervention ward in Tuebingen, 45% of involuntary treatment days had open doors, compared to 30% in the control ward ($p < .001$).

Conclusions: It is possible to manage psychiatric wards with open doors without taking inappropriate risks. The extent to which open-door policies are achievable is be dependent on staffing and patient characteristics. Further research is necessary to explore the role of staff attitudes.

*Correspondence: lisa.schreiber@med.uni-tuebingen.de

¹ University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany
Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Trial registration: Our trial "Open Doors by Fair Means" is retrospectively registered with DRKS (DRKS00015154) on Sept. 10th 2018 and displayed on the public web site. It is searchable via its meta-registry (<http://apps.who.int/trialsearch/>).

Keywords: Safety, Ward, Psychiatry, Absconding, Coercive measures, Compulsory treatment, Restraint, Absconding, Open door policy, Ward climate, Ward atmosphere, Suicide

Introduction

Psychiatric wards with involuntarily hospitalized patients due to endangering themselves or others are usually locked to prevent absconding. Compared to other coercive measures such as seclusion or restraint, a closed door appears to be restricting personal freedom less. However, locked doors have considerable negative impact in terms of stigma and ward atmosphere [1]. Moreover, locked doors are often hard to justify as only a minority of patients is actually prone to absconding. For this reason, in Austria it is prohibited to treat voluntary patients on wards with locked doors. As a consequence, locked wards are nearly non-existent there [2]. In Germany, approximately 10% of the patients being treated in psychiatric acute care units, most of them locked, stay there involuntarily due to a court's decision [3]. The number has even increased over the past years [4]. Although locked doors are often justified by the fact that involuntarily committed patients should be prevented from leaving the ward, doors in most countries usually remain locked even when no patient is being committed involuntarily [5].

In a Swedish study, the authors found that 19% of the wards were locked without a patient being committed involuntarily. Conversely, in case of 19% of the wards that were stated to be open at least one patient was committed involuntarily [5]. Similar to most other developed countries, the preconditions of involuntary commitment in Germany are the presence of a mental illness as well as the risk of imminent personal injury to self or others and mental aberration. Similar to most other developed countries, the preconditions of involuntary commitment in Germany are the presence of a mental illness as well as the risk of danger to oneself or others and causation by the respective mental disorder. All decisions on involuntary commitment must be made by a court. Only in acute cases patients may be detained preliminarily until the end of the day after admission. The Mental Health Law for the Federal State of Baden-Wuerttemberg provides detailed regulations for the use of any coercive measures. According to clinical judgement, unaccompanied leave is possible for patients who are treated involuntarily, too. Hence, the legal conclusion is drawn in practice that psychiatric wards must not be generally locked, if absconding can be prevented otherwise [6]. This development of

legislations, that is in accordance with demands of service user organizations, psychiatric societies, and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, causes an urgent need for sound empirical research. Up to now, there is preliminary evidence from several cross-sectional and pre-post studies, predominantly from Switzerland [7, 8] and Germany [9, 10], that we had reviewed in a previous paper [11]. These studies suggest that suicide attempts, suicides, violent acts, and absconding are not more frequent in wards with an open-door policy.

Within recent years, observational evidence suggested that wards with an explicit open-door policy did not perform worse than locked doors in terms of preventing suicides and violent acts. However, fairness of comparisons and selection bias have been an issue of discussion [12]. Nevertheless, since 2015, several updated Mental Health Laws of Federal States in Germany basically enable treatment of involuntarily committed patients on open wards, if absconding is prevented by other appropriate means. For instance, the Mental Health Law of North Rhine-Westphalia states that "hospitals have to ensure by appropriate measures that the patients concerned do not withdraw themselves from the commitment" [13]. In a large observational study, data reported from 21 German hospitals with almost 350,000 cases over the course of 15 years found that suicides and suicide attempts, as well as absconding, did not occur more frequently in wards with open doors [7]. Limiting the conclusions which can be drawn, it has to be noted that data was collected retrospectively and the definition of open, semi-open and locked wards was fairly imprecise. Further doubts remain whether the definition of 'open-door policy' was precise enough, ranging from an informally expressed attitude to objectively open doors for 24 h on 365 days [11]. Prospective controlled trials with previously defined outcomes are missing.

The reason for the widespread use of locked wards may be due to treatment culture, control attempts and uncertainties [4, 14], but is by no means a therapeutic intervention. It relates primarily to the fear of involuntarily treated patients absconding and at worst committing suicide or harming themselves or others. However, between 50–85% of all suicides by psychiatric in-patients occur during a permitted leave [15]. Also, with regard to aggressive incidents and absconding, previous findings

hint on the possibility that the opposite could be true: locked doors might increase the risk of absconding, of violent conflicts between patients or between patients and staff and further might reduce treatment compliance [9, 16].

Aims of this study

The present study investigates the effects of an open-door policy on psychiatric acute care units. At two different locations, two identical wards in terms of staffing, architecture, admissions and treatment setting serving as control and intervention could be compared. After a baseline period of three months, one ward at each location started the 12 month interventions period with the implementation of an open-door policy, while the respective control ward, as before, used open doors only facultatively. A comprehensive presentation of the research project has been published as a study protocol [17]. The real challenge to manage psychiatric wards with open doors is eventually to keep doors open with involuntary treated patients present. As reported in other studies [1, 7–10], an open-door policy means that ward entrance doors are generally kept open during daytime. Locking the doors is considered as an exception that needs good reasoning and subsequent reviewing whether it is still necessary. However, open doors are not considered as an absolute requirement, inappropriate risks for patients and others must be avoided. Accordingly, we determined the average opening time between 8 a.m. and 8 p.m. in percent, and the number of days of involuntary treatment with open doors as primary outcomes. Secondary outcomes were the frequency of adverse events such as absconding, suicide attempts or aggressive incidents, and frequency of coercive measures.

Methods

Study design

Here, we present quantitative data of the intervention period. Follow-ups and qualitative results of the mixed-methods design are not part of this paper. A detailed description of the entire project can be found in the study protocol [17].

In the present study, we investigated the effects of an open-door policy on acute care wards that have been declared as 'optionally open' before but were actually mostly locked. More specifically, we compared two intervention wards and two control wards at two different sites, Tuebingen and Friedrichshafen, in the federal State of Baden-Wuerttemberg, Germany. The study was carried out between June 2017 and September 2018 starting with a three-month baseline period to assess the corresponding outcome measures without any

intervention. The staff remained assigned to the individual wards during all study periods.

In a strictly alternating manner, patients were admitted to one of the two wards of each site which are identical in their architecture. This enabled a quasi-experimental design. If the number of patients differed by more than three, the strict alternation could be paused.

While business as usual ran on the control wards, interventions were implemented on the intervention wards, where staff should try to realize open doors with all reasonable efforts, but not at any prize and without taking foreseeable risks.

Before the start of the project, the employees of each participating ward were informed about the content of the research project, as well as about the background and current research findings. The patients were regularly informed as part of the morning round. Here the information was limited to the fact that the doors could be open or closed and that they preferably should let the staff know if they wanted to leave the ward.

Ethical approval was obtained from the ethics committees of the universities of Tuebingen on June 6th, 2017, No. 170/2017/BO1 and Ulm on March 1st, 2017, No. 313/16, respectively.

Locations

The wards in Friedrichshafen and Tuebingen both belong to a psychiatric hospital that is responsible for a specific catchment area in the federal State of Baden-Wuerttemberg. Both hospitals provide many aspects of specialized in-patient care such as diagnosis-specific treatment programs, e.g. for psychotic and affective disorders, trauma and borderline personality disorder, accompanied by medical, psychotherapeutic and occupational therapy offers. On the admission wards for general psychiatry which participated in this study, mostly patients with severe mental disorders are admitted, with 17% of the patients being hospitalized involuntarily.

Participants

Overall, 3,270 admissions were recorded during the survey period between June 2017 and August 2018, 1,495 in Friedrichshafen and 1,775 in Tuebingen. Patients were on average 45.7 years old (SD=17.21), with a somewhat higher average age of 46,3 in Friedrichshafen than in Tuebingen (45,2), but without differences between sites or each site's control and intervention ward ($H(3)=5.247, p=0.155$). 50% of all patients were female. The distribution of the primary diagnoses is shown in Table 1.

Table 1 The psychiatric diagnoses according to ICD-10 presented by people hospitalized in intervention and control wards

	Ward	% Diagnoses					
		F0	F1	F2	F3	F4	F6
Control	FNC	8.1	3.4	49.0	23.3	7.5	8.2
Intervention	FNI	5.3	5.6	43.3	20.8	13.3	11.3
Control	TUC	2.7	6.8	56.4	17.1	4.7	8.9
Intervention	TUI	8.1	6.1	29.4	30.5	9.9	16.0

Note. Top: FNI = Friedrichshafen intervention ward, FNC = Friedrichshafen control ward. Bottom: TUI = Tuebingen intervention ward, TUC = Tuebingen control ward. Please note that the distribution of diagnoses does differ significantly between each sites' control and intervention wards ($p < 0.001$). Diagnoses according to ICD-10: F0 = Organic, including symptomatic, disorders; F1 = Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use; F2 = Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders; F3 = Mood (affective) disorders; F4 = Neurotic, stress-related and somatoform disorders; F6 = Disorders of adult personality and behavior

Interventions

The core intervention was a change in the team's mindset: Between 8 a.m. and 8 p.m., doors remained open and should only be closed due to specific reasons, the presence of which were to be decided in a team meeting. In order to implement this, staff were fully informed about the project and introduced to the interventions before the start of the project. Patients were informed about the open-door policy at admission.

The treatment team was asked to discuss possible obstacles at the beginning of each shift change at 8 a.m. and 1 p.m. and to decide whether doors could stay open or should be closed. In this context, it was also possible to identify patients at risk and to plan appropriate interventions, e.g. more intensive care, accompanied leave, activities or a nurse sitting near the entrance door to offer company or supportive talks. Weekly staff meetings took place to reflect on difficult situations, concerns and strategies. Closing the wards was possible at any time.

In case of the Friedrichshafen intervention ward, an additional nurse was hired to enable more 1:1 interactions with patients. On the Tuebingen intervention ward, interns and nursing students were involved in the implementation of interventions.

At a glance, interventions were [17]:

- The door status was discussed each morning with the complete staffing team (doctors and nurses). Reasons requiring a locked door were documented and individual interventions for patients at risk were planned (e.g. accompanied leave, planned visits at home, activities on or outside the wards as well as therapeutic and deescalative talks)
- Weekly team meetings to discuss special events or concerns
- An additional nurse for the ward team was deployed in Friedrichshafen; in Tuebingen, nursing trainees were involved in taking care of patients in need of support

- The "Potsdam Table" is a small sitting area with a nurse as a contact person next to the ward door, providing a meeting facility that might dissuade endangered patients urging to leave the ward by deescalating conversations. The contact person can respond by offering contact, initiating activities, and in case of doubt also deciding that the door should be closed.

Standard care

The control wards continued to be opened facultatively without additional interventions. 'Facultatively' means that the ward may be unlocked if possible, but no special efforts are undertaken in ward policy to do so. As a consequence of this long-standing policy on all participating wards, an open entrance door on an admission ward was not a new challenging event per se, neither for staff nor patients.

For several years, staff members on all participating wards have had the opportunity to take part in de-escalation training courses at regular intervals. This offer remained unchanged during the survey period.

Outcome measures

The primary outcome measures were the average opening time of the four acute wards between 8 a.m. and 8 p.m. in percent, as well as the number of involuntary treatment days with the door open. Each patient being treated involuntarily on a specific day counts as one involuntary treatment day, e.g. we counted ten involuntary treatment days on one day, if ten patients were being treated involuntarily on that day. Door opening times were defined as percentage of the 12-h interval between 8 a.m. and 8 p.m. and counted in minutes, rounded to quarter steps of an hour. For instance, if the door was open from 9 a.m. until 10.20 a.m., we documented 1.25 of 12 h which corresponds to 10.4%. As secondary outcomes, the frequency of aggressive incidents including severe self-harm, absconding, suicides, and suicide attempts were recorded

as well as the use of coercive measures such as seclusion or restraint.

Statistical analysis

Analysis was performed using IBM SPSS Statistics, version 27.0. As we found most of the data to be non-normally distributed, we performed Mann–Whitney-U tests to determine differences between two groups and Kruskal–Wallis analysis of variance with Dunn-Bonferroni post-hoc tests for more than two groups. Differences between pre-intervention period and post-intervention period were tested with Wilcoxon Signed Rank tests for paired groups. We used an alpha level of 0.05 for statistical analyses of sample characteristics. According to our three primary outcome measures, we used an adjusted alpha level of 0.015 for analyses of door opening times, number of treatment days and involuntary treatment days. For analyses of adverse events at the two sites, we used an alpha level of 0.025.

Role of the funding source

The funders had no impact on the study design, data collection and analysis, decision to publish or preparation of the manuscript.

Results

Table 2 presents the mean number of patients present per day and the mean number of admissions per day. Regarding the total number of patients, no significant differences were found between baseline (Mdn = 19) and intervention period (Mdn = 19), $U = 255,971.5$, $p = 0.160$ nor between control (Mdn = 19) and intervention group (Mdn = 20), $U = 436,127.5$, $p = 0.101$. Regarding the number of daily admissions, no significant differences were found between baseline (Mdn = 1) and intervention period (Mdn = 1), $U = 271,620.0$, $p = 0.671$ nor between control (Mdn = 1) an intervention group (Mdn = 1),

$U = 421,167.0$, $p = 0.627$. In summary, no significant differences between intervention and control wards were found, suggesting that the alternating allocation of admissions between the wards was successful in this aspect.

Door opening times

All wards were open more frequently since the start of the project: The Friedrichshafen control ward was open 42.9% during baseline and 56.9% during intervention phase. The Friedrichshafen intervention ward was open 33.5% during baseline and 80.8% during intervention period. In Tuebingen, the control ward was open 0.3% during baseline and 17.8% during intervention period, while the intervention ward was open 21.5% during baseline and 30.7% during intervention period. A Kruskal–Wallis analysis of variance was conducted to test differences of door-opening times between control (Mdn = 0) and intervention wards (Mdn = 7) during intervention period. With $H(7) = 530,704$, $p < 0.001$, overall door opening times differed significantly. Comparing all pairs of wards, we found significant differences between the Friedrichshafen control and intervention ward ($z = -7.85$, $p < 0.001$), as well as between the Tuebingen control and intervention ward ($z = -5.193$, $p < 0.001$), which means that both sites' intervention wards were open significantly longer than the control wards. Also, we found significant differences between baseline and intervention period within the Friedrichshafen control ward ($z = -3.848$, $p < 0.001$), as well as within the Tuebingen control ward ($z = -3.169$, $p = 0.002$).

Voluntary and involuntary treatment days in relation to door status

Overall, we counted 36,657 treatment days ($M = 20.05$, $SD = 3.60$) at the four wards, out of which 6,235 (17.0%, $M = 3.41$, $SD = 2.59$) were involuntary. Across all wards and study phases, doors remained closed on 68 days even

Table 2 Number of patients and admissions per day during baseline and intervention period

	Ward	Number of patients per day				Admissions per day			
		M	SD	Mdn	IQR	M	SD	Mdn	IQR
Baseline	FNC	24.96	1.26	24.0	1.25	0.84	0.86	2.0	1.25
	FNI	25.43	1.49	30.0	3.0	1.07	1.13	1.0	1.25
	TUC	16.39	1.98	19.0	5.0	1.73	1.35	1.0	1.0
	TUI	15.93	1.92	17.5	2.0	2.30	1.57	3.0	2.0
Intervention	FNC	22.47	1.78	23.5	3.5	1.10	1.02	1.0	1.0
	FNI	22.58	2.15	23.5	5.0	1.12	1.09	1.0	1.0
	TUC	17.16	1.51	16.5	3.0	1.93	1.47	2.0	2.0
	TUI	17.37	1.75	16.0	3.0	1.87	1.53	2.5	6.0

Note. TUI/Tuebingen intervention ward, TUC/Tuebingen control ward, FNI/Friedrichshafen intervention ward, FNC/Friedrichshafen control ward, M Mean, SD Standard deviation, Mdn Median, IQR Interquartile range

though none of the patients was treated involuntarily. To compare both sites' proportion of involuntary treatment days, we divided the number of involuntary treatment days by the number of patients. Friedrichshafen (Mdn=0.17) and Tuebingen (Mdn=0.14) differed significantly ($U(N_{FN}=841, N_{TU}=841)=58,875.0, z=-5.25, p<0.001$). Absolute numbers and percentages of involuntary treatment days are shown in Table 3.

During intervention period in Friedrichshafen, doors were open in 66.8% of all involuntary treatment days in the control ward, while this was the case in 90.7% in case of the intervention ward ($H(3)=12.86, p<0.001$). In Tuebingen, doors were open in up to 30.1% of all involuntary treatment days on the control ward, while it was 44.9% in case of the intervention ward ($H(3)=4.30, p<0.001$).

Reasons documented to keep the doors locked

During intervention period, reasons to keep the door locked were documented in 640 cases, relating to 468 different patients. The categories of reasons were not predefined, but only counted afterwards. In the majority of cases, a lack of communication skills due to illness (25.8%), suicidality (19.5%), and disorientation (12.9%) were given as specific reasons. Endangering others was recorded as a reason in 11.4% of the cases. Less

frequently, specific symptoms of illness such as delusions and psychotic fears (6.3%), states of excitement (2.0%), and addiction-associated symptoms, e.g. intoxication or withdrawal (4.6%), were reported. In 3.1% of the cases, previous absconding was documented as a reason to keep the wards locked. Regarding structural aspects, the reported reasons "staff shortage", "no doctor present" and "uncertainties on the part of physicians" sum up to a total of 2.5% of all cases.

The relative risk of a patient being documented as a reason for keeping the doors locked differed significantly between diagnoses. Patients with F2-diagnoses were disproportionately more often reported as patients at risk on the intervention wards (OR=1.26), whereas patients with F3-diagnoses were the least likely to be documented as a reason (OR=0.67).

Safety: adverse events

The distribution of adverse events is displayed in Table 4. No clear pattern was observable. However, the frequency of adverse events was considerably different at baseline between wards, making it difficult to compare intervention and control wards during intervention period. A significant increase of adverse events from baseline (Mdn=0) to intervention period (Mdn=0) was observed at the Friedrichshafen control ward regarding coercive

Table 3 Total number of treatment days and involuntary treatment days with related percentages of involuntary treatment days with open doors during baseline and intervention period

Period	Ward	Involuntary treatment days	% Involuntary treatment days with open doors	p Intervention vs. Control	p Baseline vs. Intervention
Baseline period	FNC	607	61.9		<0.001
	FNI	495	23.2		0.004
	TUC	71	0		0.01
	TUI	329	16.1		0.28
Intervention period	FNC	1826	66.8	<0.001	
	FNI	1161	90.7		
	TUC	804	30.1	<0.001	
	TUI	1044	44.9		

Note. TUI/Tuebingen intervention ward, TUC/Tuebingen control ward, FNI/Friedrichshafen intervention ward, FNC/Friedrichshafen control ward

Table 4 Total number of adverse events per 1000 treatment days

Ward	Aggressive incidents		Absconding		Suicide attempts		Coercive measures	
	BL	INT	BL	INT	BL	INT	BL	INT
FNC	29.25	31.27	9.92	3.54	0.42	1.53	12.8	27.0
FNI	9.68	7.83	4.92	2.26	1.42	0.76	44.4	22.7
TUC	3.61	4.04	2.96	0.14	0.54	1.13	70.5	25.2
TUI	8.60	3.77	0.49	3.77	4.77	0.34	31.6	32.7

Note. BL/Baseline, INT/Intervention period, FNC/Friedrichshafen control ward, FNI/Friedrichshafen intervention ward, TUC/Tuebingen control ward, TUI/Tuebingen intervention ward

measures ($z=3.521$, $p<0.001$). Most adverse events decreased in intervention wards ($z=-2.441$, $p=0.015$) and, to a descriptively smaller degree, in control wards ($z=-1.721$, $p=0.085$). Due to multiple comparisons, we consider none of the observed changes as meaningful.

Discussion

To our knowledge, this is the first prospective controlled trial with a quasi-experimental design for the implementation of an open-ward policy on acute care units. With over 3,000 treatment cases from two German psychiatric hospitals, our data is based on solid grounds. We managed to allocate the patients in a strictly alternating manner, ensuring the quasi-experimental design of the study. At both locations, mainly patients with psychotic or severe affective disorders were admitted to the acute care units. However, distributions of primary diagnoses differed significantly between each sites' control and intervention wards. There is no clear explanation for the fact that particularly the number of patients with F2 diagnoses differ in this way. We assume that on the one hand the survey period was rather short and that the differences would have leveled out somewhat with a longer period of time. Even if we could not find any systematic evidence of this, it is possible that, especially outside the core working hours of the ward staff, i.e. in the evenings, at night and on weekends, or when several patients were admitted at the same time, patients were distributed more according to fit or custom. However, given the successful alternating allocation, this effect cannot yet be sufficient to explain this.

Regarding our primary outcomes, days with open doors increased 2.4-fold from 33.5% at baseline to 80.8% during intervention period in Friedrichshafen and 1.4-fold from 21.5 to 30.7% in Tuebingen with significant differences when compared to the control wards, respectively. The percentage of involuntary treatment days with open doors, which to our mind is the most robust indicator of an open-door policy, increased 3.9-fold from 23.2% at baseline to 90.7% during intervention period in Friedrichshafen and 1.9-fold from 16.1 to 30.1% in Tuebingen with significant differences when compared to the control wards. However, the control wards showed increased opening times, too, indicating potential spill-over effects between the wards. It might be possible that staff on control wards tried to demonstrate they could be as successful with open doors as their neighbored intervention wards.

Considerable differences between the sites at baseline make the interpretation of our findings more difficult but underscore the importance of conducting such a kind of study at more than one site. Baseline differences probably reflect longstanding attitudes and treatment practices

within ward teams rather than differences between patient samples. As a matter of fact, the intervention was effective at both sites and there was no evidence of a ceiling effect, meaning that no further opening would have been possible in case of wards with a pre-existing open-ward policy.

However, even if the intervention was clearly effective, the intervention wards remained far from a 100% open-door practice which had been reported in the literature anecdotally [4, 11]. Reasons to keep doors locked were mostly patients with poor communication skills due to illness, disorientation, or acute suicidality. Establishing reliable relationships that allow agreements with those patients might be particularly difficult and staff for 1:1 supervision was not sufficiently available. Furthermore, some patients might consider continuous personal observation as more intrusive than a locked door. Consequently, we doubt that a 100% open-door policy can be realized on acute care wards with a considerable percentage of involuntary patients "by fair means", i.e. without using other coercive interventions to prevent absconding. Differences between the two intervention wards show that criteria for locking the door in terms of safety reasons were differently specified, which cannot be explained sufficiently by differences of the patient sample. Probably not accidentally, the ward that was already more familiar with an open-door policy before the study achieved considerably higher rates of open doors. But, notably, this ward had received an additional nursing staff person for the time of the intervention, and for reasons beyond our control, no further nurse could be hired in Tuebingen. Instead, other assistants, of which the Tuebingen clinic as a teaching hospital has a larger number compared to Friedrichshafen, were involved. Although it is a topic of discussion that increasing the personnel ratio could contribute to reducing restrictive measures [18, 19], we cannot determine which single factors were the most relevant for a successful open-door policy.

One of the most important interventions at the patient level seems to be making individual arrangements that take into account the need for freedom and autonomy, including unaccompanied or accompanied leave in particular, but also more presence of staff in the entrance area and on the ward corridors [18, 19]. Furthermore, factors such as participation in decisions and acceptance of responsibility on the part of the patient are helpful to find a common understanding of the prerequisites of an open-door policy [20].

In terms of safety, suicides or violent attacks due to absconding did not occur during the data collection. We had registered aggressive incidents, suicide attempts, and absconding in the participating wards at baseline and

during intervention period. Baseline data between wards differed significantly, which might be caused by single patients, considering the rather short period of three months. During intervention period, we did not observe a clear pattern of safety-relevant events. The number of adverse events mostly decreased on the intervention wards. Further, coercive measures, that were not allowed to be used to prevent absconding, occurred with roughly the same frequency in all participating wards during intervention period. That means that an open-door policy is not necessarily accompanied by more coercive interventions, as suggested by a recent study from four hospitals in Germany [21], but neither is there enough evidence to claim the opposite [11].

Our study has considerable strengths and some weaknesses. To our knowledge, this is the first study that investigated an open-door policy as an intervention in a prospective, controlled design on psychiatric wards treating involuntarily hospitalized patients. We did not only register the primary outcomes of open doors but also numerous other variables that can be considered as important control variables such as the percentage of treatment days with involuntary patients, absconding, suicide attempts, aggressive incidents, and the use of coercive measures. For the first time in the literature, we used a primary outcome, the percentage of involuntary treatment days with open doors, that we consider as the most conservative criterion of an open-door policy. Furthermore, a strength of this study is that it was conducted at two different sites. Like in many other studies with a small number of participating units, some of the results might be due to chance only and should not be interpreted as causal. For instance, absconding occurred more frequently in case of the intervention ward at one site but less frequent at the other. Moreover, the study at two sites allowed to compare the effects on wards with hospitals already applying open-door policies or not.

Our study has also several limitations. Whereas it included a detailed survey of some thousand admissions, the number of compared wards is relatively small. Robust evidence would require an RCT comprising dozens of hospitals which seems very difficult to achieve. Furthermore, our quasi-experimental design with alternating admissions on intervention wards and control wards had its limitations. From the presented data as well as from additional interviews, we observed considerable spillover effects between the neighboring wards regarding the intervention. Staff on control wards started competing, resulting in an increase of open-door times also in case of the control wards. We found that the implementation of an open-door policy was successful, but we cannot determine which elements of the complex intervention were most effective. Notably, the ward that received an

additional nursing staff position was particularly successful, but we do not know whether this was the reason. Eventually, we could not ascertain that secondary outcomes such as aggressive incidents were registered exactly in the same manner at both sites. Further studies on this issue are necessary.

Conclusions

In this prospective study with a quasi-experimental design, we could show that it is possible to manage psychiatric wards with open doors without taking inappropriate risks. The extent to which an open-door policy can be implemented appears to be related to factors such as staffing, patient characteristics and attitudes that require further investigation.

Acknowledgements

Our trial "Open Doors by Fair Means" is retrospectively registered with DRKS (DRKS00015154) on Sept. 10th 2018 and displayed on the public web site. It is searchable via its meta-registry (<http://apps.who.int/trialsearch/>). The Friedrichshafen data will be part of HR's dissertation. The Tuebingen data will be part of LKS' dissertation. We thank Ms. Isabell Int-Veen for language editing.

Methods

We confirm that all methods were performed in accordance with the relevant guidelines and regulations.

Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Author's contributions

TS and AJF developed the original idea for the study, conceptualized it and were responsible for funding acquisition. TS, AJF, FGM and LKS were involved in preparation and procedure. Data were collected by LKS, HR contributed to gathering data from Friedrichshafen. LKS analyzed the data, EF, TS, AJF and FGM added significant aspects to it. LKS wrote the original draft, AJF, TS, FGM and EF contributed substantially to the final manuscript by reviewing and editing. AJF, TS and FGM supervised the project. All authors have given their approval for the publication of this manuscript and agree to be accountable for all aspects of this work.

Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. This study was funded by the Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg.

Availability of data and materials

Raw data were generated at the University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen and the Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg. Some of the data are not publicly available due to their containing information that could compromise the privacy of research participants. Data that support the findings of this study are available from the corresponding author, LKS, upon reasonable request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

Ethical approval was obtained from the ethics committees of the universities of Tuebingen on June 6th, 2017, No. 170/2017/BO1 and Ulm on March 1st, 2017, No. 313/16, respectively. Since only anonymized routine data was used for evaluation, no consent to participate was required.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹University Department of Psychiatry and Psychotherapy Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany. ²Geriatric Center, University Hospital of Tuebingen, Calwerstr. 14, 72076 Tuebingen, Germany. ³Vitos Hospital for Psychiatry and Psychotherapy Haina, Landgraf-Philipp-Platz 3, 35066 Haina (Kloster), Germany. ⁴Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg, Ulm University, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg-Weissenau Ravensburg, Germany.

Received: 19 February 2022 Accepted: 6 July 2022

Published online: 22 July 2022

References

- Lo SB, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, Walter M, Borgwardt S, Lang UE. Influence of an "Open Door Policy" on ward climate: impact on treatment quality. *Psychiatr Prax.* 2017;45:133–9.
- Steinert T, Scharfetter J. Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatr Prax.* 2018;45:321–6.
- Flammer E, Steinert T. Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatr Prax.* 2019;46:82–9.
- Beine KH. Open doors, open mind. *Nervenarzt.* 2019;90:675–9.
- Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Psychiatric wards with locked doors—advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *J Clin Nurs.* 2016;15:387–94.
- Steinert T, Fallgatter A. Psychiatrie mit offenen Türen. *Psychiatr Prax.* 2016;43:452–4.
- Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, Beine KH, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE, Bux DA, Huber CG. Aggression and violence in psychiatric Hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res.* 2017;95:189–95.
- Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, Zinkler M, Beine K, Heinz A, Borgwardt S, Lang UE. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. *Lancet Psychiatr.* 2016;3:842–9.
- Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, von Haebler D, Gallinat J, Heinz A. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatry.* 2010;24:199–204.
- Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A. Comparison of aggressive behavior, compulsory medication and absconding behavior between open and closed door policy in an acute psychiatric ward. *Psychiatr Prax.* 2016;44:141–7.
- Steinert T, Schreiber LK, Metzger FG, Hirsch S. Open doors in psychiatric hospitals: an overview of empirical findings. *Nervenarzt.* 2019;90:680–9.
- Pollmächer T, Steinert T. Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. *Lancet Psychiatr.* 2016;3:1103.
- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). *SGV (1999)* published online July 17, 2019. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000086 (Accessed 30 Apr 2021).
- van der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16:293–9.
- Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Primary Psychiatry.* 2017;14:67–74.
- Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs.* 2009;30:260–71.
- Schreiber LK, Metzger FG, Duncker TA, Fallgatter AJ, Steinert T. Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units. *BMC Psychiatry.* 2019;19:1–8.
- Kalagi J, Otte I, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry.* 2018;18:1–11.
- Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. Wie kann eine „offene Psychiatrie“ gelingen? Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in der Akutpsychiatrie. *Recht Psychiatr.* 2017;35:80–5.
- Lang U. *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen: Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie.* Springer Verlag Berlin Heidelberg: Springer; 2012.
- Mann K, Gröschel S, Singer S, Breitmaier J, Claus S, Fani M, Rambach S, Salize HJ, Lieb K. Evaluation of coercive measures in different psychiatric hospitals: the impact of institutional characteristics. *BMC Psychiatry.* 2021;21:419.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



2.3 Implementierung eines Konzepts der offenen Türen auf zwei psychiatrischen Akutstationen an zwei Kliniken

Autoren: Lisa K. Schreiber, Florian Sattler, Andreas J. Fallgatter, Tilman Steinert, Florian G. Metzger

Erschienen in: *Psychiatrische Praxis*. 2024;51:300-306.

Während die quantitative Auswertung einerseits darlegen konnte, dass sämtliche Stationen häufiger offen geführt wurden und es dabei nicht zu einer Zunahme befürchteter Risiken kam, zeigten sich andererseits bereits während der Baselinephase deutliche Unterschiede hinsichtlich der Türöffnungszeiten; sowohl jeweils zwischen beiden Stationen innerhalb einer Klinik, als auch zwischen den Kliniken. Auch während der Interventionsphase unterschieden sich sowohl die jeweiligen Kontrollstationen, als auch die Interventionsstationen beider Kliniken deutlich. Dies kann als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Möglichkeit der Türöffnung nicht ausschließlich von bestimmten Vorgaben oder Patientencharakteristika abhängt, sondern weiteren Faktoren, die quantitativ in ihrer Bandbreite umfänglicher ermittelt werden können. Der folgende Artikel stellt die im Rahmen von Fokusgruppen mit Patienten und Stationspersonal zusammengetragenen Meinungen und Haltungen in Bezug auf die geschlossene bzw. offene Stationsführung vor, während und nach der ersten Interventionsphase dar und vervollständigen so das Gesamtbild der Implementierung einer offenen Stationsführung.

Implementierung eines Konzepts der offenen Türen auf zwei psychiatrischen Akutstationen an zwei Kliniken

Implementation of an Open Door Policy on Two Acute Care Units



Autorinnen/Autoren

Lisa Katharina Schreiber¹, Florian Sattler², Andreas Jochen Fallgatter¹, Tilman Steinert^{3, 4} , Florian Metzger¹

Institute

- 1 Psychiatrie und Psychotherapie, Eberhard-Karls-Universität Tübingen Medizinische Fakultät, Tübingen, Germany
- 2 Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Ulm University Medical Faculty, Ulm, Germany
- 3 Forschung und Lehre, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau), Ravensburg, Germany
- 4 Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau, Germany

Schlüsselwörter

Offene Türen, Akutpsychiatrie, Fokusgruppen, Unterbringung

Keywords

Open door policy, acute psychiatry, focus groups, involuntary treatment

eingereicht 17.03.2023

akzeptiert 18.01.2024

Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Psychiat Prax

DOI 10.1055/a-2296-0327

ISSN 0303-4259


© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Lisa Katharina Schreiber
Eberhard-Karls-Universität Tübingen Medizinische Fakultät
Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14
72076 Tübingen
Germany
Tel.: 015756554279
lisa.schreiber@med.uni-tuebingen.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter
<https://doi.org/10.1055/a-2296-0327>

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Seit den Novellierungen der baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze können richterlich untergebrachte psychiatrische Patienten auf offen geführten Stationen behandelt werden. Die vorliegende Arbeit evaluiert Haltungen von Patienten und Beschäftigten in Bezug auf die Implementierung eines Türöffnungskonzepts.

Methoden Zu Beginn und nach Abschluss der Interventionsphase wurden mit Patienten und Personal insgesamt 8 Fokusgruppen mit jeweils 6–11 Teilnehmern durchgeführt und qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse Das Konzept offener Türen wurde tendenziell positiv aufgenommen. Innerhalb des Personals bestanden Bedenken um Sicherheit und Kontrolle. Auf Patientenseite erwies sich der Türstatus als begrenzt relevant bezüglich des Erlebens von Autonomie und Stigmatisierung.

Diskussion Die Herausarbeitung von Konfliktthemen erlaubt eine weiterführende Ausarbeitung spezifischer Konzepte zur Umsetzung offener Türen auf psychiatrischen Akutstationen.

ABSTRACT

Background Since the amendments to the Baden-Württemberg Psychiatric Assistance Act, psychiatric patients who are treated involuntarily can be admitted to open wards. As a result, a comprehensive research project was carried out to implement an open-door policy. This work evaluates the attitudes of patients and therapeutic teams.

Methods Over the course of a year, 8 focus groups with 6 to 11 participants were conducted with patients and staff before and at the end of the intervention phase and analyzed qualitatively.

Results The concept of open doors was received positively. The staff raised safety concerns whereas on the patient side the door status seemed to be of limited relevance regarding the experience of autonomy or stigmatization.

Discussion The elaboration of conflict issues allows a further development of specific concepts towards the implementation of open doors on psychiatric acute wards.

Einleitung

Offene Türen in der Psychiatrie sind Gegenstand laufender Diskussionen und Weiterentwicklungen, Umsetzungen wurden in verschiedentlich realisiert [1]. Möglichkeiten nicht-geschlossener Unterbringungen für unfreiwillig behandelte Patienten fanden bereits Eingang in die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) einzelner Bundesländer. So formuliert das baden-württembergische PsychKG: „(...) Personen werden so untergebracht, behandelt und betreut, dass der Unterbringungszweck bei geringstem Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht wird“ (§ 19). Das PsychKG Nordrhein-Westfalens nennt die offene Station als bevorzugte Variante: „Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden“ [2]. Das Berliner Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten [3] formuliert: „Sobald es die Behandlung der untergebrachten Personen ohne Gefährdung des Unterbringungszwecks (...) zulässt, soll die Unterbringung (...) in offener und nicht freiheitsbeschränkender Form durchgeführt werden“. Und weiter: „(...), wenn (...) die untergebrachte Person die (...) Anforderungen erfüllt und nicht zu befürchten ist, dass sie die offene Form der Unterbringung missbrauchen wird“. Hintergrund sind die in höchstrichterlichen Grundsatzentscheidungen ausgeführten gesellschaftlichen Entwicklungen in Richtung einer auch auf Menschen mit psychischen Erkrankungen bezogenen Betonung individueller Autonomierechte. In einigen Bundesländern Österreichs etwa gilt es als rechtlich inakzeptabel, dass Menschen, die sich freiwillig in stationäre psychiatrische Behandlung begeben, auf geschlossenen Stationen behandelt werden [4].

Gleichzeitig wird erhofft, dass eine restriktionsarme Umgebung positive Auswirkungen auf Stationsklima und Selbstverständnis der Beschäftigten, die Behandlungsadhärenz und die Außenwirkung psychiatrischer Einrichtungen hat [5, 6]. Dem gegenüber steht die Unvermeidbarkeit der Anwendung restriktiver Maßnahmen angesichts akut drohender Gefahren für Patienten oder andere Personen. Hinsichtlich der Art und Dauer des Einsatzes bestehen erhebliche Unterschiede zwischen Kliniken [7, 8]. Zur Grundsatzfrage, ob die Mehrheit der freiwillig behandelten Patienten wegen einer kleinen Zahl unfreiwillig behandelter Patienten unter den Bedingungen einer geschlossenen Station behandelt werden müssen, empfiehlt die S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang [9], dass „das Ziel offener Türen (...) nicht zu Lasten anderer wichtiger Aspekte von Autonomie und Sicherheit realisiert werden [soll]“. Entscheidend ist eine Gesamtstrategie des möglichst weitgehenden Verzichts auf Restriktionen“. Ob dies ohne Zunahme anderer, schwerwiegenderer Maßnahmen umsetzbar ist, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen [10, 11].

Im Rahmen einer Studie unserer Arbeitsgruppe [12, 13] konnten über ein Jahr hinweg an zwei Baden-Württembergischen Kliniken Interventions- und Kontrollstationen verglichen werden, um die Effekte einer Offenen-Tür-Konzeption zu untersuchen. Dabei sollten die Türen nur im akuten Bedarfsfall geschlossen werden. Während die Öffnungszeiten auf den Interventionsstationen bis zu 80 % erreichten und damit signifikant verlängert werden konnten, zeigte sich keine Veränderung der Häufigkeit aggressiver Übergriffe, von Suizidversuchen oder Zwangsmaßnahmen. Bis zu 90 % unfreiwillige Behandlungstage konnten bei offener Tür verbracht werden. Vereinzelt konnten die Türen auch dann über die Dauer ge-

samter Tage geöffnet bleiben, wenn bis zu 8 untergebrachte Patienten zeitgleich auf der entsprechenden Station behandelt wurden [13].

Über quantitative Untersuchungen hinaus stellt sich die Frage, wie Patienten und Personal einerseits grundsätzlich zu den offenen Türen stehen, andererseits, wie diese konkret umgesetzt werden können. Hierzu gibt es verschiedene prominente Modelle, wie z. B. die Kliniken in Herne und Heidenheim [14]. Neben den quantitativen Erhebungen unserer Arbeitsgruppe [13] wurden erstmals Patienten und Beschäftigte befragt, die sowohl das geschlossene, als auch das offene Konzept unter sonst gleichen Bedingungen kennengelernt haben. Hierzu wurden Fokusgruppen vor und nach der Implementierung offener Stationstüren durchgeführt. Ziel war es, Unterschiede hinsichtlich relevanter Themenbereiche wie Stigmatisierung, Sicherheitsempfinden, Stationsatmosphäre und Autonomie darzustellen. Insbesondere beim Personal, das die Türöffnung konkret umsetzt, sollten Einstellungsänderungen im Laufe der Intervention evaluiert und eine Entwicklung abgebildet werden. Die Rationale hierbei ist, dass sich Bedenken seitens des Personals und der Patienten nach Einführung einer offenen Stationstür verringern.

Methoden Design

Die Psychiatrische Klinik Friedrichshafen und die Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen verfügen über je zwei baugleiche Akutstationen, so dass für jeden Standort eine Interventions- und eine Kontrollstation bestimmt werden konnte. Im Erhebungszeitraum zwischen Juni 2017 und September 2019 wurden Patienten (auch im Falle einer Wiederaufnahme) alternierend aufgenommen. Eine ausführliche Darstellung wurde veröffentlicht [12]. Es wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden entwickelt, der sich an den Skalen des „Stationsbeurteilungsbogen“ (SBB) [15] orientierte und darüber hinaus weitere für den Kontext des Türstatus bedeutsame Aspekte erfragte. Nach Einführungsfragen zu Informationsstand und persönlicher Relevanz wurden Aspekte zu *Kommunikation*, *Akzeptanz*, *Stigmatisierung*, *Atmosphäre*, *Autonomie* und *Sicherheitsempfinden* erfragt. Die Durchführbarkeit wurde am Standort Tübingen in zwei Pilot-Fokusgruppen mit Patienten und Personal mit je 6 Teilnehmenden erprobt.

Studienteilnehmende

Im Abstand von einem Jahr wurden vor und nach der Intervention auf den 4 Interventions- und Kontrollstationen durch die Autoren (LS, TS, FM, FS) jeweils getrennt Fokusgruppen mit Personal und Patienten durchgeführt. Die Interviewleiter waren den Teilnehmenden durch ihre Arbeit auf den Stationen bekannt. Insgesamt fanden pro Standort 4 Fokusgruppen mit Patienten und 4 mit Personal mit je 6–11 Personen statt. Bei den Patientengruppen war eine Pflegeperson anwesend. Die Gesamtzahl aller Teilnehmenden belief sich auf 110 Personen. Patienten wurden mit Hilfe von Aushängern und mündlicher Einladung rekrutiert, ergänzend wurden Informationsblätter ausgehändigt. Alle interessierten Patienten konnten teilnehmen, es erfolgte keine spezifische Auswahl. Unter den Teilnehmern fanden sich sowohl richterlich untergebrachte als auch freiwillig in Behandlung befindliche Patienten. Um den Zugang niedrigschwellig zu halten, wurden keine persönlichen Daten

erfasst. Für die Fokusgruppen mit Personal wurden Termine vereinbart. Während Patienten einmal teilnahmen, konnten Mitarbeiter zu Beginn und am Ende des Projekts teilnehmen. Es nahmen sämtliche Berufsgruppen teil: Pflegepersonal, Ärzte und Psychologen. Die Durchführung dauerte 30–45 Minuten und wurde beendet, sobald das Gespräch nach Einschätzung der Durchführenden inhaltlich gesättigt war. Teilnehmende erhielten keinen Zugang zu den Transkripten, wurden aber über Ergebnisse informiert.

Teilnehmende Patienten der Friedrichshafener Stationen waren im Durchschnitt 42,2 Jahre alt (SD = 11,9) und häufiger weiblichen Geschlechts (55,2 %), ebenso wie in Tübingen (58,9 %). Das Alter der teilnehmenden Tübinger Patienten lag bei 38,6 Jahren (SD = 13,5). Das Alter der Teilnehmer der Personalgruppe lag in Friedrichshafen bei 39,9 Jahren (SD = 11,7), in Tübingen bei 30,4 (SD = 12,7). In Friedrichshafen waren 71,2 % weiblichen Geschlechts, in Tübingen 40 %. Im Mittel waren sie in Friedrichshafen seit 5,1 Jahren (SD = 4,9) und in Tübingen seit 4,5 Jahren (SD = 4,2) auf der jeweiligen Station beschäftigt.

Ethik-Zustimmung und Zustimmung zur Teilnahme

Die Bewilligung der Ethikkommission der Universität Tübingen erfolgte am 06.06.2017 (Nr. 170/2017/BO1), die der Universität Ulm am 01.03.2017 (Nr. 313/16). Teilnehmende gaben ihr schriftliches Einverständnis und konnten dieses jederzeit zurückziehen. Daten über Alter und ggf. Dauer des Arbeitsverhältnisses wurden pseudonymisiert erhoben.

Auswertung

Die Gespräche wurden aufgezeichnet, extern transkribiert, anonymisiert und im Anschluss ausgewertet. Die Analyse des Textmaterials erfolgte anhand der zusammenfassend strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [16]. Die Hauptkategorien wurden deduktiv aus den für die Thematik des Türstatus relevanten Skalen des SBB abgeleitet. Weitere Hauptkategorien sowie die Subkategorien wurden induktiv anhand des Datenmaterials gebildet. Als Grundlage für die Kategorienentwicklung wurden zentrale Aspekte des Datenmaterials paraphrasiert, generalisiert und Subkategorien abgeleitet. Das finalisierte Kategoriensystem wurde auf das verbleibende Datenmaterial angewendet. Die Transkripte wurden von zwei voneinander unabhängigen wissenschaftlichen Mitarbeitern (LKS, FS) analysiert und verglichen. Bei fehlender Übereinstimmung (ca. 5 %) wurde die Codierung mit einem der Studienleiter (FGM) diskutiert und konsentiert. Die Auswertung erfolgte computergestützt (MAXQDA 2020; VERBI GmbH, Berlin), es wurden 379 Codings extrahiert. Aussagen werden folgendermaßen gekennzeichnet: P (Patient), 1 (laufende Nummer), FN oder TU (Standort), C (Kontrollstation) oder I (Interventionsstation) bzw. P (Personal), A (alphabetisch laufender Buchstabe), FN oder TU, C oder I.

Ergebnisse

Es wurden 4 Kategorieebenen gebildet. Die Aussagen der Teilnehmenden entsprachen den vorgegebenen Kategorien; darüber hinaus wurden in der Patientengruppe die Kategorien *Autonomie* und *Vertrauen*, beim Personal die Kategorien *Arbeitsablauf* und *-organisation* und *Sicherheit* gebildet.

Vor Intervention

Patienten Für Patienten spielte die Frage der Sicherheit eine große Rolle. Es wurde die Sorge vor unerlaubtem Entweichen geäußert: „Wenn die Türen auf wären, würden die ganzen Patienten doch stift gehen und müssten gesucht werden“ (P1FNI). „Ich wäre letzte Woche wahrscheinlich zweimal abgehauen“ (P1TUI). Es war aber auch wichtig, keinen ungewollten Kontakt zu ihrem Umfeld haben zu müssen: „Sicherheit muss sein – für die Patienten und die Außenwelt“ (P4FNI). „Das gibt mir Sicherheit, dass von außen niemand reinkommt, zum Beispiel Besuch, den ich nicht möchte“ (P5FNI). Manche empfinden Schutz z. B. vor Selbstverletzungen: „Sie beschützt einen (...) vor einem selber“ (P1FNC). Andere machten keinen Unterschied aus: „Wenn ich mir etwas antun will, dann mache ich es sowieso, ob die Türe geschlossen ist oder nicht“ (P2TUI).

Personal Das Personal äußerte ähnliche Bedenken. „Das ist für mich ein Sicherheitsaspekt (...), es kommt niemand raus, wir haben die Kontrolle“ (PATUI). „Die geschlossene Türe schützt uns vor unerwünschten Angehörigen oder entlassenen Patienten, die bedrohlich sind.“ (PBFNC). Es wurde befürchtet, dass eine größere Verantwortung auf dem Personal lasten würde: „Ich würde mich schuldig fühlen, wenn dem Patienten draußen etwas passiert.“ (PAFNC). Es bestanden Zweifel, ob man einem von der Außenwelt gestellten Sicherheitsanspruch gerecht werden könnte: „Wir müssten uns dann vor Angehörigen oder Polizei rechtfertigen, warum die Patienten weg sind.“ (PDFNC). Gleichzeitig verärgert es, wenn ein Verwahrauftrag vermittelt wird: „Wir sind quasi schuld, wenn ein Patient trotzdem rausgeht“ (PBTUI). Patienten, die nicht bleiben wollten, fänden ihre Wege: „Wenn der Essenswagen kommt, wenn der Putzwagen kommt, (...) irgendwann guckt tatsächlich niemand. Und dann ist er weg. Auch bei geschlossener Tür“ (PBTUI).

Nach Intervention

Patienten Befürchtungen in Bezug auf Entweichen oder Eindringen von außen bestanden auf den Interventionsstationen nicht mehr. Geschlossene Türen seien nicht das geeignete Mittel, dies zu verhindern. „Die Station gibt mir trotzdem einen geschützten Rahmen, vor allem durch das Personal (...)“ (P9FNI). „Ich habe es nicht erlebt, dass jemand abgehauen ist, wenn die Türen offen waren. Ich verspüre sogar einen größeren Drang abzuweichen, wenn die Türen zu sind“ (P10FNI). „Ich habe keine Sorgen, dass jemand anderes hereinkommt, wenn die Tür auf ist“ (P11FNI). Patienten der Kontrollstation äußerten sich unverändert: „Patienten von anderen Stationen können bei offenen Türen einfach reinkommen, das ist für mich unangenehm“ (P6FNC). „Ich finde es angenehm, dass die Türe zu ist, damit das Personal weiß, wo ich bin (...). Außerdem ist das hier eine Akutstation mit Patienten mit Fluchtgefahr“ (P7FNC).

Personal Für Beschäftigte der Interventionsstation war der Schutz vor ungehindertem Zutritt unverändert Thema: „Ehemalige Patienten kommen einfach rein und nehmen die Station als Aufenthaltsraum“ (PEFNC). „Es gibt Panik bei wahnhaften Patienten, die sich verfolgt fühlen“ (PFFNI). Überlegungen zum Vorgehen bei unerlaubtem Entweichen wurden auf der Tübinger Kontrollstation geäußert: „Die Konsequenz kann nicht sein, dass wir die Tür offen lassen, die Patienten abhauen und wir sie dann fangen lassen. (...) Riskiere ich, dass der Patient sich oder andere gefährdet oder

„mache ich einfach die Tür zu. Was ist einfacher und weniger riskant?“ (PETUC). Gleichzeitig stellte sich ein Gefühl von Vertrauen ein, dass die Situation auch bei offener Tür zu überblicken sei: „Ich habe (...) ein sicheres Gefühl, da man eine Rückmeldung über das Gehen und Kommen bekommt“ (PGFNC).

Stigma

Vor Intervention

Patienten Die Auswirkungen des negativen Stigmas wurden mehrfach benannt: „Ich war auf der Geschlossenen. Und plötzlich denkt jeder: oh Gott, wie schlimm. (...) Und man muss da ansetzen, das zu verändern. Und ich glaube, so eine Tür kann (...) der erste Anstoß dazu sein“ (P1TUC). „Geschlossene Psychiatrie hört sich an wie `Einer flog übers Kuckucksnest`, wie eine sadistische Oberschwester und Elektroschocktherapie“ (P3TUI). Insbesondere die Wirkung des Stigmas auf Angehörige beschäftigte Patienten: „Meine Angehörigen fragen mich, ob ich überhaupt spazieren dürfe. Offene Türen würden von (...) der Außenwelt besser angenommen werden“ (P12FNC). „Die Angehörigen fragen sich, ob die Patienten gefährlich sind“ (P1FNC). Von anderen Patienten wurde der Einfluss des Stigmas als irrelevant betrachtet: „Die (...) wissen ja auch, dass wir nicht grundlos hier sind. (...) Da ist das überhaupt keine Frage, ob jetzt die Tür offen oder zu ist“ (P4TUI).

Personal Das Personal machte eher positive Aspekte der eigenen Arbeit auf einer beschützenden Station aus: „Es ist ein taffer Job, auf einer geschlossenen Station zu arbeiten. Das Personal ist hier belastungsfähiger“ (PHFNC). „In der Geschlossenen geht es ordentlich zur Sache. Für meine Bekannten spiegelt das die Schwere und Verantwortung der Arbeit wider (...)“ (PIFNI). „Ich glaube (...), es hört sich schöner an, wenn man sagt „beschützt“, aber die Psychiatrie (...) bleibt Psychiatrie. (...) Ob das so viel ändert, wenn man sagt: Die Tür ist auf (...)?“ (PJTUI). Es wurde aber auch von negativen Erfahrungen berichtet: „Das Umfeld wendet sich von einem ab, wenn man sagt, dass man auf einer Geschlossenen arbeitet. Niemand will hören, wie mein Arbeitsumfeld aussieht.“ (PKFNI).

Nach Intervention

Patienten Nach der Intervention spielte das Stigma einer geschlossenen Tür keine große Rolle. „Für meine Angehörigen ist das nicht wichtig.“ (P4FNC). Auf der Tübinger Kontrollstation wurde ein anderer Eindruck wiedergegeben: „Das Bild ist besser, wenn die Station offen geführt wird.“ (P2TUC). Es wurde aber auch gesagt: „Die Frage, ob ich auf einer geschlossenen oder offenen Station bin, kam eigentlich nie.“ (P4TUC).

Personal Auf den Interventionsstationen wurde von Wertschätzung berichtet: „Die Angehörigen nehmen die offene Tür positiv wahr. Sie sehen eine moderne und patientenorientierte Psychiatrie“ (PMFNI). „Das stärkt das Selbstwertgefühl, wenn ich sagen kann, dass ich in der Lage bin, mit schwerstgestörten Menschen so zu verhandeln, dass man die Tür auflassen kann“ (PNFNI). Im Sinne einer Entstigmatisierung scheint die Türöffnung jedoch keine entscheidende Rolle zu spielen: „Die [Pat.] sehen: Die Psychiatrie ist nicht so, wie sie es sich gedacht hätten. Das hat mit der geschlossenen Tür (...) nichts zu tun“ (POTUC). Die positive Selbstwahrneh-

mung durch die Arbeit auf einer geschlossenen Station bestand auf der Kontrollstation fort: „Es spielt im Gespräch mit Bekannten eine große Rolle, dass ich auf einer geschlossenen Station arbeite. Die Arbeit wird sehr anerkannt.“ (PLFNC).

Gerechtigkeit

Vor Intervention

Patienten Die Einschränkung der Freiheit aller Patienten durch wenige, die unfreiwillig in Behandlung sind, wurde kritisiert: „Geschlossen ist nur wegen einer Minderheit. Die anderen müssen darunter leiden.“ (P13FNC). Zugleich wurde angemerkt, dass die Einschränkung der Freiheit einzelner Patienten mit dem Ziel der Stationsöffnung keine adäquate Lösung wäre: „Eine Fixierung ist keine Alternative zur geschlossenen Station. Das wäre eine sehr egoistische Haltung.“ (P14FNI).

Personal Auch seitens des Personals wurde dieser Konflikt angesprochen: „Es ist bedauerlich, teilweise nur wegen einem Patienten die Station schließen zu müssen.“ (PMFNC). Jedoch wurde auch hier in restriktiveren Maßnahmen für Einzelne keine Alternative gesehen. „Es ist gegen mein Berufsethos, Patienten zu isolieren, nur damit die Türen offen ist“ (POFNI). Dass Patienten ähnlicher Ansicht waren, wurde auch vom Personal wahrgenommen: „Die Patienten haben Verständnis für die geschlossene Tür, da sie ihre schwierigen Mitpatienten ja sehen“ (PPFNI).

Nach Intervention

Patienten In Tübingen wurde weiterhin Verständnis geäußert: „Es geht momentan nicht, weil wir einen dementen Herrn hier haben, der abhauen könnte und dann herumirren würde. Mich beruhigt, dass die Tür geschlossen ist“ (P5TUC). Auf der Friedrichshafener Station wurden seitens der Patienten keine Aussagen getroffen, die dieser Kategorie zuzuordnen wären.

Personal Nach der Intervention spielte für das Personal die Frage nach Gerechtigkeit keine Rolle, so dass keine entsprechenden Aussagen getroffen wurden.

Atmosphäre

Vor Intervention

Patienten Friedrichshafener Patienten äußerten positive Aspekte auf die Stationsatmosphäre: „Es ist angenehmer, wenn die Türen offen ist.“ (14FNC). „Offene Türen sind schöner, auch, wenn man von außen wieder zurückkommt.“ (P15FNI). In Tübingen hingegen gingen die Äußerungen in Richtung einer Gleichwertigkeit: „Ich kann auch nicht raus und für mich macht es auch keinen Unterschied, ob die Tür offen oder zu ist“ (P6TUC).

Personal Der Einfluss auf die Stationsatmosphäre wurde vom Personal unterschiedlich wahrgenommen. Einerseits wurde eine geschlossene Tür positiv bewertet: „Ich bin entspannter, wenn die Tür zu ist“ (PNFNC). „Offene Türen bedeuten Stress für mich. Die Arbeitsatmosphäre wird dadurch angespannter“ (PQFNI). Andererseits wurden negative Auswirkungen auf die Patientengruppe registriert: „Die Patienten fühlen sich nicht wohl, wenn die Tür zu ist“ (PRFNI). „Der Patient stört sich furchtbar an der Tür“ (PSFNI).

Nach Intervention

Patienten Auch nach der Intervention wurde der Türstatus als wichtiger Faktor für eine gute Atmosphäre angesehen: „Die offene Türe ist ein Luxus im Gegensatz zu früher, als [sie] zu war“ (P17FNI). „Es ist deutlich schöner“ (P15FNI). Daneben sei es aber vor allem Zeit, die das Personal mit den Patienten verbringen kann, die zu einer guten Atmosphäre beitrage: „Wichtigster Wohlfühlfaktor (...) ist, dass das Personal Zeit hat“ (P18FNI). „Wenn die Tür offen ist, hat das Personal noch weniger Zeit, weil es sehr schwer ist, die Tür im Blick zu haben. Wenn ich am Computer jetzt all die Daten eingeben müsste, (...) und dauernd gleichzeitig zur Tür schauen, ob Patient XY, dement, nicht gerade wieder nach außen drängt, dann wird (...) die Zeit für die Patienten noch geringer“ (P6TUI).

Personal Es wurden positive Auswirkungen beschrieben: „Es bringt für alle Beteiligten eine entspannte Atmosphäre, wenn die Tür auf ist“ (PUFNI). „Es ist ruhiger und leichter auf der Station, wenn die Patienten nicht den Eindruck haben, eingesperrt zu sein“ (PVFNI). „Ich glaube, das zeigt schon, dass wir [den Patienten] vertrauen.“ (PPTUC). Einzelne äußerten aber auch ein höheres Maß an Anspannung: „Ich bin angespannter, (...) wenn die Tür auf ist, weil ich einfach fixer vorne sein oder gucken muss.“ (PQTUC). Die Haltung zur offenen Station kann auch als Gemeinschaftswerk verstanden werden: „Wenn es wirklich gelebt wird, macht es einen Unterschied. Ich kenne das auch noch von vor 35 Jahren (...). Da sind alle dazu gestanden. (...) Und die Patienten haben sich ganz anders verhalten, (...) ganz anders aufeinander aufgepasst und gesagt: Du gehst nicht raus, sonst wird die Tür zugemacht“ (PSTUC).

Autonomie

Vor Intervention

Patienten Sich die Tür aufschließen lassen zu müssen, wurde überwiegend als negativ empfunden: „Man fühlt sich (...) eingeeengt und eingeschlossen“ (P16FNC). „Ich freue mich, wenn die Tür offen ist, dass ich nicht bitten und betteln muss, dass endlich jemand aufschließt“ (P19FNI). „Für mich bedeutet die geschlossene Tür purer Stress.“ (P18FNC). Für Patienten, die sich freiwillig auf der Station befanden, bestünde keine Einschränkung der Autonomie: „Jeder, der raus will, darf auch raus trotz geschlossener Tür. Ich fühle mich (...) nicht fremdbestimmt oder ausgeliefert“ (P19FNC). In Tübingen dominierte der Aspekt des Freiheitsentzugs auf Basis der Unterbringung gegenüber der geschlossenen Tür: „(...) wenn ich keinen Ausgang habe, kann ich nicht raus, egal, ob die Tür grün ist oder rot“ (P9TUI). „Irgendjemand anders bestimmt über meine Freiheit (...). Das ist Freiheitsberaubung“ (P10TUI).

Nach Intervention

Patienten Bei den Patienten der Interventionsstation wurden keine negativen Auswirkungen auf die Autonomie beschrieben. Eine offene Station habe weniger Einfluss, als der eigene Unterbringungsstatus: „Als Zwangseingewiesener fühlt man sich immer eingesperrt.“ (P20FNI). Es wird jedoch auch Enttäuschung zum Ausdruck gebracht: „Von wegen (...) offene Station. Das ist alles andere (...).“ (P11TUI). Die Patienten der Kontrollstationen beschrieben unverändert Belastungen: „Man muss ewig warten, bis jemand die Tür aufmacht. Das ist nervig“ (P20FNC). „Man fühlt sich eingesperrt.“ (P21FNC). Doch auch hier gab es die Haltung, dass eine ge-

schlossene Tür keine Einschränkung bedeuten muss: „Es ist kein Problem, zu fragen, ob man aufmachen kann“ (P22FNC).

Vertrauen

Vor Intervention

Patienten Vor der Intervention wurde die Hoffnung geäußert, dass sich das Verhältnis zwischen Patienten und Personal bessern würde: „Wenn die Tür offen wäre, hätte ich das Gefühl, man vertraut mir“ (P21FNI). „Für mich wäre es sehr gut, dass ich Kontakt mit dem Pflegepersonal habe. Ich darf raus, wenn ich will, aber sie sollen wissen, dass ich weggehe“ (P12TUI). Manche befanden auch: „Macht keinen Unterschied“ (P8TUC).

Nach Intervention

Patienten Sowohl auf der Kontroll-, als auch auf der Interventionsstation spielte der Türstatus in Bezug auf das Vertrauensverhältnis zwischen Personal und Patienten keine große Rolle: „Wichtiger (...) ist, dass man sich angenommen fühlt und das Personal auf einen eingeht“ (P24FNC). „Die offene Tür ist nicht egal, aber nur einer von vielen Faktoren, die das Vertrauen beeinflussen“ (P21FNI).

Arbeitsablauf

Vor Intervention

Personal Für den Arbeitsablauf wurden geschlossene Türen eher als günstig angesehen. Die Konzentration sei besser, wenn man nicht darauf achten müsse, ob ein Patient unerlaubt die Station verlasse. „Ich kann mich lockerer auf meine Arbeit konzentrieren, wenn die Station geschlossen ist“ (POFNC). Es könnten aber auch Aufgaben unerledigt bleiben: „Es ist für die Pflege nicht machbar, zu schauen wer rein und raus geht. Dann wäre mehr Personal für Gruppentherapien oder 1:1-Betreuung nötig“ (PTTUI). „Es ist mehr Aufwand, die Tür zu überwachen und außerdem wird es mehr Diskussionen mit der Polizei bei Abgängern geben“ (PPFNC). Es wurde auch befürchtet, es könnten sich weniger Gelegenheiten für Gespräche ergeben: „Kurzkontakte mit Patienten gehen verloren, da sie nicht mehr fragen müssen, ob sie raus dürfen“ (PTFNI).

Nach Intervention

Personal Auf der Interventionsstation beschrieb das Personal die Arbeitsabläufe durch den Wegfall des Klingelns und des Türschließens als ruhiger. „Es ist viel stressfreier. Vor allem wegen der wegfallenden Klingel. Das ständige Hin- und Herrennen hat ein Ende“ (PUFNI). „Das permanente Stören durch die Türklingel war ungeheuer (...) zermürbend“ (PQFNC). Die Befürchtung verringert Patientenkontakte wurde nicht bestätigt. Vielmehr wurde berichtet, dass es durch die Präsenz eines Mitarbeiters in Türnähe zu mehr Gesprächen kam: „Der Thekendienst bringt positive Effekte, da die Patienten immer einen Ansprechpartner haben“ (PVFNI). Negative Auswirkungen auf Arbeitsabläufe wurden nur noch seitens des Personals der Kontrollstation befürchtet: „Das bedeutet mehr Aufwand und Arbeit, wenn die Tür offen ist“ (PRFNC).

Diskussion

Ziel dieser qualitativen Erhebung war es, die von Patienten und Personal dargelegte Bandbreite an Eindrücken sowie deren Verände-

zung bezüglich der Implementierung einer offenen Stationsführung im Prä- Postvergleich darzustellen.

Während Patienten in Hinblick auf das Sicherheitsempfinden befürchteten, offene Türen könnten mit weniger Schutz einhergehen, wurde nach der Intervention angemerkt, dass ein Entweichen ohnehin möglich sei und Sicherheit eher durch das Personal vermittelt werde. Seitens des Personals wurde Besorgnis geäußert, Erwartungen Angehöriger, der Polizei oder der Gesellschaft nicht gerecht zu werden, falls es zu Entweichungen käme. Es wurde befürchtet, Patienten, die durch die Polizei wieder zurückgebracht werden müssten, würden zum Selbstläufer. De facto kam es im Rahmen unserer Untersuchung nicht häufiger zu Entweichungen; ein quantitativer Befund, der retrospektiven Auswertungen anderer Arbeitsgruppen entspricht [13, 17].

Insbesondere das Pflegepersonal empfand geschlossene Türen auch als entlastend. Dies entspricht Vorbefunden aus qualitativen Studien, in denen das befragte Pflegepersonal Gefühle von Beschämung, Schuld und Angst vor Verantwortlichmachung im Falle von Entweichungen äußerte [18]. Tatsächlich kam es im Kontakt zur Polizei wiederholt zu Meinungsverschiedenheiten, wie stark Patienten im Ausgang zu beschränken seien, wenn sie aufgrund ihres Unterbringungsstatus gefahndet werden müssten, ohne eine Gefahr darzustellen. In einer Verlaufsstudie zeigte sich, dass Personal während der Pilotphase zur Türöffnung ein geringeres Sicherheitsempfinden berichtete, dieses aber im Verlauf anstieg und nach zwei Jahren schließlich das Ausgangsniveau übertraf [10].

Bei der Frage nach Stigmatisierung spielte die Tür keine herausragende Rolle innerhalb der Patientengruppe. Ein eher unerwarteter Befund angesichts einer Studie, in der 17 % der befragten Patienten Stigmatisierung als Grund für unerlaubtes Entweichen angaben [19]. Während Einzelne medial überzogene Vorstellungen von Psychiatrie erwähnten, fanden andere, durch die eigene Erkrankung hätte auch ihr Umfeld zu einem realistischeren Bild gefunden. Seitens des Personals wurde davon ausgegangen, dass das Stigma weniger mit dem Türstatus in Verbindung steht, sondern mit der Akutstation an sich. Hier wurden Aspekte wie Stolz und Wertschätzung für die besondere Arbeit benannt, aber auch Schwierigkeiten, die eigene Tätigkeit nach außen zu vermitteln. Insgesamt wurde der Zusammenhang zwischen Türstatus und Stigmatisierung als begrenzt eingeschätzt. Auch in der Literatur werden offene Türen als Teil eines Gesamtkonzepts angesehen, das überdies u. a. intensiviertere Beziehungsarbeit und Stärkung der Patientenautonomie beinhalten kann [20–22].

Patienten und Mitarbeiter waren sich einig, dass Einzelne nicht zugunsten der Türöffnung fixiert oder isoliert werden sollten. Unter ethischen Gesichtspunkten ist ein solches Vorgehen nicht zu rechtfertigen und wird so nicht umgesetzt [23]. Bezüglich der Atmosphäre empfanden Patienten offene Türen als zuträglich, gegenüber der Verfügbarkeit des Personals jedoch als nachrangig- ein Gedanke, der sich auch in Aussagen des Personals widerspiegelte. Hinsichtlich des eigenen Befindens teilten sich jedoch die Meinungen; einige fühlen sich entspannter mit offenen Türen, andere angespannter, weil eine Möglichkeit der (subjektiven) Kontrolle entfiel. Eine offene Tür allein stellt demnach keine feste Einflussgröße dar, leistet aber einen Beitrag zum Bemühen, die Beziehung zu den Patienten aufrechtzuerhalten. Daraus resultierende Haltungen und

Interaktionen haben ihrerseits einen positiven Einfluss auf die Stationsatmosphäre [24, 25].

Über die geteilten Kategorien hinaus war für Patienten das Autonomieempfinden bedeutsam. Viele fühlten sich bei geschlossenen Türen eingesperrt und belastet durch die Abhängigkeit vom Personal. Auf den Interventionsstationen war das Thema weniger präsent, es wurde aber auch Enttäuschung zum Ausdruck gebracht, dass der Türstatus nicht über die Möglichkeit des Ausgangs entschied. Auch in einer „offenen“ Psychiatrie können Patienten nicht zu jedem Zeitpunkt ohne Einschränkung der persönlichen Freiheit behandelt werden. Pollmächer und Nyhuis [26] schlugen den Begriff der autonomiefokussierten Psychiatrie vor, die mehrere Aspekte umfasst: einen möglichst geringen Eingriff in die persönliche Freiheit des Patienten, die Stärkung individueller Autonomie, aber auch die Dritter, die es zu schützen gilt. Patienten betonten darüber hinaus die Wichtigkeit einer vertrauensvollen Beziehung zum Pflegepersonal und hofften, die Türöffnung hätte hier einen positiven Effekt. Damit handelt es sich bei der Türöffnung um *einen* Aspekt einer patientenorientierten Behandlung; der aber signalisiert, dass Patienten auf eine empathische Beziehungsaufnahme hoffen dürfen [27].

Beim Personal bestanden Bedenken, es würden Kapazitäten von anderen Aufgaben abgezogen. Konträr zur Hoffnung der Patienten wurde befürchtet, es ginge ein Mittel der Kontaktpflege verloren, wenn diese nicht mehr um Türöffnung bitten müssten. Die Kontaktangebote im Türbereich wurden jedoch sehr gut angenommen und der Wegfall des Klingelns als Erleichterung erlebt. Wie Veränderungen der Arbeitsabläufe eingeordnet wurden, scheint auch auf grundlegenden Haltungen bezüglich einer liberaleren Psychiatrie zu beruhen [18].

Grenzen der Studie

Es zeigte sich, dass die Haltungen heterogen ausfielen und je nach Gruppe unterschiedliche Schwerpunkte relevant wurden. Der ethische Diskurs schien bei den Betroffenen eine untergeordnete Rolle zu spielen. Die Teilnahme an den Fokusgruppen war nur Patienten möglich, die sich imstande sahen, einer Diskussion zu folgen und sich einzubringen, so dass die Stichprobe diesbezüglich selektiv ist. Die Redeanteile einzelner Teilnehmer unterschieden sich daher entsprechend der Schwere ihrer Erkrankung zum Teil deutlich. Diagnosen und Unterbringungsstatus wurden nicht erhoben, könnten aber in einer Nachfolgeuntersuchung eine sinnvolle Ergänzung zur Stichprobenbeschreibung darstellen. Der Fokus der Patienten lag eher auf individuellen Erfahrungen angesichts gegenwärtiger oder vergangener Behandlungssituationen, darüber hinausgehende Diskussionen kamen entgegen unserer Erwartung kaum zustande. Für künftige, insbesondere multizentrische, Untersuchungen könnte ein strukturierterer Leitfaden eingesetzt werden, um Themen klarer vorgeben und Antworten besser vergleichen zu können. Auch könnten Einzelinterviews das geeignetere Instrument darstellen, um Haltungen eines jeden Teilnehmers, ggf. diagnosespezifisch, vollumfänglich erfassen zu können. Es könnten konkrete Empfehlungen für die Umsetzung offener Stationen erfragt werden, sowie die Befragung auf weitere Gruppen wie Politik und Polizei ausgeweitet werden, um das Spannungsfeld der Thematik abzubilden.

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Begleitung der Umsetzung einer offenen Stationsführung. Sie zeigt, -bei aller Heterogenität-

dass sich die Einstellungen im Verlauf der Umsetzung verändern, insbesondere seitens des Personals. Damit trägt diese Arbeit zur notwendigen Entwicklung bei, eine liberale und autonomiefokussierte Psychiatrie umzusetzen.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

Fokusgruppen mit Patienten und Personal vor und nach der Stationsöffnung zeigen: Offene Türen stellen einen Teilaspekt einer patientenorientierten Psychiatrie dar, der einerseits zu Konflikten um Verantwortlichkeiten führen kann, andererseits aber auch die Hoffnung auf eine positivere Außenwirkung beinhaltet. Die Bedeutung der Beziehung zwischen Personal und Patienten sind explizit hervorzuheben: offene Türen verlangen und bedingen Vertrauen.

Fördermittel

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg

Danksagung

Wir bedanken uns beim Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Tübingen für die Unterstützung bei der Ausformulierung der Methodik.

Interessenkonflikt

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

Literatur

- [1] Steinert T, Schreiber LK, Metzger FG et al. Offene Türen in psychiatrischen Kliniken: Eine Übersicht über empirische Befunde. *Nervenarzt* 2019; 90: 680–689
- [2] Steinert T, Hirsch S. (eds). Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019: 152–171
- [3] Lehmann P. Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention Fragen und Antworten anlässlich der Neufassung des Berliner „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG). *Recht & Psychiatr* 2015; 33: 20–33
- [4] Steinert T, Scharfetter J. Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatr Prax* 2018; 45: 321–326
- [5] Adorjan K, Steinert T, Flammer E et al. Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 2017; 88: 802–810
- [6] Pollmächer T. Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie. *Nervenarzt* 2019; 90: 669–674
- [7] Steinert T, Flammer E. Frequency of coercive measures as a quality indicator for psychiatric hospitals? *Nervenarzt* 2019; 90: 35–39
- [8] Ketelsen R, Schulz M, Driessen M. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 105–111
- [9] Steinert T, Hirsch S, Gerlinger G. Verhinderung von Zwang: Praxisversion der S3-Leitlinie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019
- [10] Gouzoulis-Mayfrank E, Gairing SK, Krämer T et al. Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention. *Nervenarzt* 2019; 90: 709–714
- [11] Mann K, Gröschel S, Singer S et al. Evaluation of coercive measures in different psychiatric hospitals: the impact of institutional characteristics. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 419
- [12] Schreiber LK, Metzger FG, Duncker TA et al. Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 1–8
- [13] Schreiber LK, Metzger FG, Flammer E et al. Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Serv Res* 2022; 22: 1–9
- [14] Steinert T. Die Doppelfunktion der Psychiatrie. *Recht & Psychiatr* 2021; 39: 28–34
- [15] Engel RR, von Doblhoff-Thun C, Knab B. Stationsbeurteilungsbogen: SBB; Manual. Weinheim: Beltz; 1983
- [16] Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019: 633–648
- [17] Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 141–147
- [18] Muir-Cochrane E, Van der Merwe M, Nijman H et al. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *Int J Mental Health Nursing* 2012; 21: 41–49
- [19] Falkowski J, Watts V, Falkowski W et al. Patients leaving hospital without the knowledge or permission of staff—absconding. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 488–490
- [20] Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht & Psychiatr* 2017; 35: 63–67
- [21] Lang U. Innovative Psychiatrie mit offenen Türen: Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012
- [22] Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. Wie kann eine „offene Psychiatrie“ gelingen? Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in der Akutpsychiatrie. *Recht & Psychiatr* 2017; 35: 80–85
- [23] Gather J, Scholten M, Henking T et al. Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt?: Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck. *Nervenarzt* 2019; 90: 690–694
- [24] Beine KH. Öffnen wir die Türen. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 69–70
- [25] Lo SB, Gaupp R, Huber C et al. Einfluss einer „Offenen-Tür-Politik“ auf die Stationsatmosphäre: Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 133–139
- [26] Pollmächer T, Nyhuis PW. Autonomie-fokussierte Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 233–235
- [27] Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen: Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt* 2014; 85: 312–318

Tab. 1: Übersicht über Themenbereiche und Interviewfragen der Fokusgruppen

Themenbereiche	Fragen
Einführende Fragen	Ist Ihnen bewusst, dass Sie sich auf einer fakultativ offenen Station befinden? Wird das Thema untereinander reflektiert und diskutiert? Ist es subjektiv bedeutsam?
Transparenz	Ist der Türstatus jeweils zeitnah bekannt? Wird das Thema bei Aufnahme thematisiert? Wird kommuniziert, warum sich der Türstatus ändert?
Atmosphäre	Verändert sich die Atmosphäre durch eine Veränderung des Türstatus? Ist sie grundsätzlich angespannter/ entspannter/ unverändert? Verändert sich das Verhältnis zwischen Patienten und Pflegeteam?
Autonomie	Macht es einen Unterschied, selbst rausgehen zu können oder jemanden fragen zu müssen? Ist es eine Hürde, nachfragen zu müssen?
Subjektive Auswirkungen	Erreicht oder erschwert eine offene Tür das Einleben? Können Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf ausgemacht werden, z.B. durch verstärkte Verantwortungsübernahme, Veränderung der Atmosphäre oder eigener Anspannung, im Gruppengefüge?
Sicherheitsempfinden	Bestehen Bedenken, jemand könnte unangemeldet von außen hineinkommen? Verändert sich durch die Änderung des Türstatus das Sicherheitsgefühl? Entstehen dadurch Konflikte zwischen Patienten? Können Veränderungen hinsichtlich Struktur und Organisation oder subjektiv empfundener Fürsorge festgestellt werden?
Stigma	Spielt der Türstatus eine Rolle gegenüber Außenstehenden? Hat der Türstatus Auswirkungen auf das Gefühl der Stigmatisierung? Haben Außenstehende allgemein ein anderes Bild von psychisch Kranken auf einer geschlossenen Station im Vergleich zu einer offenen? Fällt es Besuch bei offener Tür leichter, auf Station zu kommen?

COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

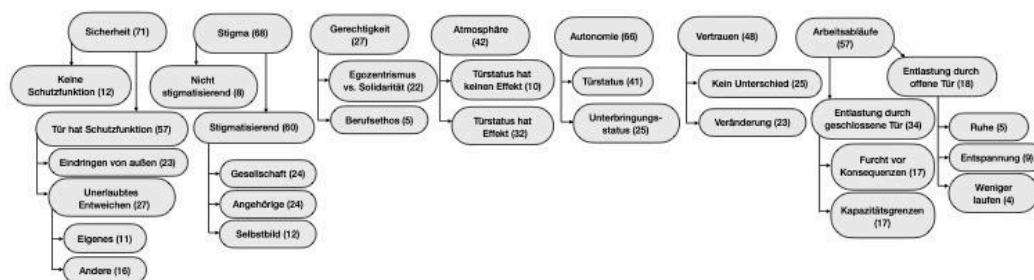
Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	4
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	1
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	4
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	N/A
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	4
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	4
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	4
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology	5
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	4
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	4
Sample size	12	How many participants were in the study?	4

Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	4
Presence of non- participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	4
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	5
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	4
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	4
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	5
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	5
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	5
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction	5
<i>Domain 3: analysis and findings</i>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	5
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Appendix
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	5
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	5
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	5
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	6

Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	6
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	6
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	6-13

Developed from: Tong A, Sainsbury P, for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Kategorien (Anzahl)



3. Diskussion

Ziel des hier berichteten Projekts war die Implementierung und Evaluation einer offenen Türkonzeption an zwei Standorten mit insgesamt vier Akutstationen, wobei die Intervention jeweils an einer der Akutstationen des jeweiligen Standortes implementiert wurde, während die andere Akutstation als Vergleichsstation diente. Es wurden sowohl quantitative Maße der Türöffnungszeiten in Prozent, die Anzahl unfreiwilliger Behandlungstage mit offenen Türen sowie die Häufigkeit aggressiver Zwischenfälle, von Selbstverletzungen, Entweichungen, Suizidversuchen sowie die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen wie Isolation oder Fixierung erfasst. Darüber hinaus wurden jeweils zu Beginn und zum Ende der Interventionsphase Fokusgruppen auf allen teilnehmenden Akutstationen durchgeführt. Inhalt der mit Hilfe eines Leitfadens geführten Gruppengespräche waren Aspekte der Kommunikation, Akzeptanz, Stigmatisierung, Atmosphäre, Autonomie und Sicherheitsempfinden, die in nach Personal und Patienten getrennten Gruppen diskutiert wurden. Die vorliegende Arbeit zeigt – neben dem publizierten Studienprotokoll – die Ergebnisse anhand zweier Veröffentlichungen mit dem Vergleich der Baseline- und Interventionsphase zwischen Kontroll- und Interventionsstationen während der ersten 15 Monate (drei Monate Baseline- und 12 Monate Interventionsphase) der Studie. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst und unter Einbeziehung der Limitationen diskutiert.

3.1 Quantitative Erhebungen zum Türschluss und seinen Bedingungen

Die Türöffnungszeiten konnten auf allen teilnehmenden Stationen deutlich und mit signifikantem Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollstationen verlängert werden (Schreiber et al., 2022). Zugleich zeigte sich, dass die Ausgangslage auf den Stationen der beiden Standorte sehr unterschiedlich war. In Friedrichshafen waren bereits vor Studienbeginn die Türen häufiger und jeweils länger geöffnet als in Tübingen. Selbst im Vergleich zwischen den Stationen derselben Klinik zeigten sich deutliche Unterschiede, was als Hinweis darauf verstanden werden kann, dass stationsabhängige Dynamiken ebenfalls einen großen Einfluss haben (Mann et al., 2021).

Als am häufigsten genannte Gründe, die Türen geschlossen zu halten, wurden mangelnde Absprachefähigkeit, Desorientiertheit und Suizidalität der Patienten genannt (Schreiber et al., 2022). Daher bedurfte es zusätzlicher Kapazitäten für die individuelle Zuwendung und Absprachen, weshalb auf den beiden Interventions-

stationen das Personal geringfügig aufgestockt wurde; in Friedrichshafen um eine weitere Stelle in der Pflege, in Tübingen mit Hilfe von Teilnehmenden des Bundesfreiwilligendienstes, Auszubildenden in der Pflege und Medizinstudierenden. Als Hauptgründe für das unerlaubte Entweichen von der Station werden in der Literatur Langeweile, Angst vor Mitpatienten, Gefühle des Eingesperrtseins und damit Abgeschnittensein von Angehörigen sowie Sorgen um den eigenen Haushalt berichtet (Bowers et al., 1999). Diese Begründungen unterschieden sich deutlich von den in den Fokusgruppen geschilderten Ängsten vor Entweichungen mit Suizid, Unfällen oder Übergriffen auf oder durch Dritte als Folge (Schreiber et al., 2024). Im Rahmen der hier dargestellten Studien konnte kein Zusammenhang zwischen Türstatus und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse wie gewaltsamer Vorfälle, Entweichungen, Suizidversuchen und Zwangsmaßnahmen festgestellt werden. Unterschiede zwischen Stationen oder Studienphasen ließen sich überwiegend auf einzelne Patienten zurückführen. Eine vermehrte Türöffnung führte damit nicht zu einer Zunahme unerwünschter Ereignisse (Schreiber et al., 2022).

Bislang lag keine Studie vor, die Türöffnungszeiten auf die gleiche Art quantifiziert wie die vorliegende. Jedoch wurden im Rahmen einer weiteren aktuellen Erhebung vier Kliniken mit sehr unterschiedlichen Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen miteinander verglichen, um Gründe für diese Unterschiede auszumachen (Mann et al., 2021). Der Befund großer Unterschiede zwischen Krankenhäusern und selbst innerhalb von Kliniken ist bekannt, aber noch nicht weitreichend untersucht (Schreiber et al., 2022). Zwei der vier von Mann et al. (2021) untersuchten Kliniken folgten einer offenen Türpolitik. In einer dieser beiden offen geführten Kliniken kam es häufiger als in der anderen zu mehr Fällen von Isolation und Fixierungen. Die Autoren schlussfolgerten daher, dass offene Stationssettings mit einer erhöhten Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in Verbindung stehen. Zugleich wurde darauf verwiesen, dass diesem Zusammenhang eine Vielzahl von Ursachen zugrunde liegen könnten und das offene Setting nicht zwingend kausal damit verbunden sein muss (Mann et al., 2021).

3.2 Qualitative Erhebungen: der Türstatus aus subjektiver Sicht von Patienten und Personal

Patienten sorgten sich im Vorfeld der Türöffnung sowohl darum, dass Patienten (sie selbst oder andere) entweichen und sich etwas antun könnten, als auch darum, dass von außen unerwünschte Besucher wie Patienten von anderen Stationen, oder auch ungeladene Freunde oder Familienmitglieder ungefragt eindringen

könnten. Dieselben Sorgen wurden vom Personal geäußert, jedoch mit Fokus auf die eigene Verantwortung für die Patienten und die Abläufe auf Station. Hier zeigten sich demnach unterschiedliche Sichtweisen auf das Thema Sicherheit. Während Patienten sich gut aufgehoben, geschützt und betreut fühlen wollen und dies auch durch entsprechend gestaltete Beziehungen zum Personal vorzufinden hoffen, steht das Personal zugleich vor der Aufgabe, neben der Sicherstellung entsprechender Rahmenbedingungen, auch einen vom Staat an die Psychiatrie übertragenen Ordnungsauftrag zu erfüllen (Mahler, 2023). Aus vorangegangenen Studien ist die Tendenz erkennbar, dass offene Türen einen positiven Effekt auf das Sicherheitsempfinden des Personals haben können, mutmaßlich durch die verstärkte Auseinandersetzung mit und Einübung von alternativen deeskalativen Methoden zum Umgang mit riskanten Situationen (Blaesi et al., 2015).

Hinsichtlich der Thematik der Stigmatisierung hob das Personal eher den hohen subjektiven Stellenwert der nicht einfachen Tätigkeit auf einer Akutstation hervor, wohingegen seitens der Patienten einerseits der durch verschlossene Türen vermittelte Eindruck einer gewissen Gefährlichkeit bzw. der einladende Eindruck einer offenen Station wahrgenommen wurde. Entsprechend positiver wurde auch die Stationsatmosphäre bei offener Tür bewertet, wobei die Meinungen in der Personalgruppe aus Sorge vor höherer Belastung durch die Beaufsichtigung der Tür hier deutlich divergierten. In vorangegangenen Studien, die die Stationsatmosphäre quantitativ mit Hilfe von Fragebögen erhoben, wurde eine verbesserte Stationsatmosphäre auf neu geöffneten Stationen gefunden. Dieser deutliche Effekt früherer Studien, der sich auch als größer im Vergleich zu seit längerem geöffneten Stationen erwies, lässt sich möglicherweise auf eine positive Erwartungshaltung und Motivation der Mitarbeiter zurückführen (Lo et al., 2018), die sich im Rahmen der vorliegenden Studie sehr gemischt darstellte. Hinsichtlich der Arbeitsbelastung wurde die Situation nach der Intervention aber eher als stressfreier empfunden, weil das beständige Türklingeln wegfiel und die Gesprächsangebote des Personals gern von den Patienten angenommen wurden. Hier zeigt sich entsprechend früherer Untersuchungen, welche Bedeutung das in Beziehung treten für beide Seiten hat und dass es an dieser Stelle weniger darum geht, dass das Personal die Kontrollfunktion der geschlossenen Tür übernimmt (Lindemeier, 2011; Lang, 2014).

Sowohl Patienten als auch Personal blickten kritisch auf den Umstand, dass die Stationen mitunter aufgrund einer geringen Anzahl von Patienten geschlossen bleiben müssen und damit alle Patienten in ihrer Freiheit eingeschränkt sind. Zugleich würde sich keine der beiden Gruppen wünschen, einzelne Patienten schwerwiegenderen Zwangsmaßnahmen wie Isolierung oder Fixierungen auszu-

setzen, damit die Station offen geführt werden kann. Hier zeigt sich die inhaltliche Verbindung zum Bereich der Sicherheit, deren Herstellung häufig unter Abwägung mitunter widersprüchlicher Aspekte stattfinden muss (Mahler, 2023). Zugleich gilt für alle Patienten gleichermaßen, ein „möglichst wenig restriktives Umfeld“ (Steinert & Hirsch, 2019) zu schaffen, was im Konkreten bedeuten kann, dass sich Patienten mit einer geschlossenen Tür, die nach Bedarf für sie geöffnet werden kann, arrangieren müssen, damit andere, zahlenmäßig weniger Patienten, nicht von weitreichenderen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wie Fixierung betroffen sind. Die individuellen Einschätzungen der Tatsache, sich die Tür aufschließen lassen zu müssen, reichte von „wenig Einschränkung“ bis „Freiheitsberaubung“ (Schreiber et al., 2024). Für gefährdete bzw. gefährdende Patienten können Ausgangsrestriktionen und damit eine Einschränkung ihrer Autonomie demnach auch bei einer offenen Stationsführung nötig sein und angewandt werden. In diesen Fällen könnten gemeinsame Absprachen und Behandlungsvereinbarungen greifen, die den Patienten in seinem Mitbestimmungsrecht stützen und das Vertrauen zwischen Patienten und Personal stärken. Patienten, die sich weder sicher fühlen, noch im Kontakt mit dem Personal auf einen wohlwollenden und vertrauensvollen Umgang hoffen können, werden wahrscheinlich eher nicht freiwillig bleiben wollen (Sollberger & Lang, 2014).

3.3 Limitationen

Eine mögliche Limitation der vorliegenden Studie ist, dass sich trotz der alternierenden Patientenaufnahme auf Interventions- und Kontrollstation keine gleichmäßige Verteilung von Diagnosen auf die Stationen ergab. Möglicherweise waren die Erhebungszeiträume und insbesondere die Baselinephase zu kurz. Zugleich kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass außerhalb der Kernarbeitszeiten, z.B. wenn nachts stationsfremde Ärzte für die Stationszuweisung verantwortlich waren, Patienten nach anderen Kriterien verteilt wurden (Schreiber et al., 2022). Gleichzeitig war zu beobachten, dass auch die Kontrollstationen während der Interventionsphase häufiger und länger offen geführt wurden als während der Baselinephase. Dies zeigt einerseits, dass das Vorhaben der Türöffnung, möglicherweise auch als Wettbewerbseffekt, an sich eine wirksame Intervention sein kann. Zugleich ist es auf Basis der vorliegenden Daten schwer zu bestimmen, welche Intervention zu welchem Grad zum Erfolg des Vorhabens beigetragen hat. Möglicherweise wurden hier auf den verschiedenen Stationen nicht dieselben Kriterien für die Dokumentation angewandt. Auch die Umsetzung der Interventionen, wie sie im Studi-

enprotokoll beschrieben sind, erfolgte nicht so systematisch wie geplant, was insbesondere auf die sehr unterschiedliche Auslegung und ungleiches Engagement Einzelner zurückzuführen ist und sich nicht systematisch auswerten ließ. Auch der Vergleich von mehr als zwei Standorten würde zu robusteren Daten führen. Ebenso zeigten die Fokusgruppen, dass an einem solchen Format nur Patienten teilnehmen können, die durch ihre Erkrankung nicht so stark eingeschränkt sind, dass sie Diskussionen inhaltlich nicht folgen können und überhaupt daran interessiert sind, sich zu einem solchen Thema zu äußern. Ein noch strukturierteres Format könnte hier helfen, differenziertere Ansichten zu erschließen (Schreiber et al., 2024). Neben der Erhebung von Zwangsmaßnahmen scheint auch der Vergleich von Medikamentengaben (als Zwangsmaßnahme gleichermaßen wie als Bedarfsmedikation) naheliegend, was in zukünftigen Untersuchungen mit berücksichtigt werden könnte.

3.4 Zusammenfassende Diskussion

Angesichts der Ergebnisse der vorliegenden Arbeiten und insbesondere aufgrund der angegebenen Gründe für Stationsschließungen scheinen die unterschiedlichen Einflussfaktoren für das Gelingen einer offenen Stationsführung ähnlich zu denen zu sein, die in Bezug auf restriktive Maßnahmen im Allgemeinen beschrieben wurden. Diese lassen sich in verschiedene Faktoren aufteilen: Charakteristika von Patienten und Personal, das Behandlungsteam als Ganzes, sowie das Umfeld vor dem Hintergrund des Gesundheitssystems (Larue et al., 2009). Diese Punkte sollen im Folgenden in Bezug auf die Ergebnisse der hier vorgestellten Untersuchungen diskutiert werden.

3.4.1 Patientencharakteristika

Im Laufe des Erhebungszeitraumes wurden für 640 Fälle Begründungen für den Türschluss dokumentiert, wobei sich diese auf 468 Patienten bezogen (Schreiber et al., 2022). Der am häufigsten dokumentierte Grund war die mangelnde Absprachefähigkeit. Darauf folgten Suizidalität, Desorientiertheit und Selbst- oder Fremdgefährdung als weitere Begründungen. Weniger häufig wurden psychotische Wahnsymptome, Erregungszustände und Symptome substanzassoziierter Störungen wie akute Intoxikation oder Entzugssymptome genannt, auch, weil Patienten letzterer Kategorie nach Möglichkeit auf eine Station mit Suchterkrankungsschwerpunkt aufgenommen wurden. In Bezug auf Zwangsmaßnahmen im Allgemeinen sind männliches Geschlecht, ein eher jüngeres Alter sowie die Herkunft

aus anderen Kulturkreisen mit eingeschränkten Kenntnissen der Landessprache sowie eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer Bipolaren Störung häufig beschriebene Prädiktoren (Larue et al., 2009, Wynn, 2002, Ryan & Bowers, 2006). Als konkrete Begründungen fanden Kaltiala-Heino et al. (2003) Desorientiertheit, Erwartung von Gewalt, Angriffe auf Personal oder Mitpatienten oder mögliche bzw. tatsächliche Zerstörung von Eigentum. Im Rahmen der hier beschriebenen Studie wurden Diagnosen nicht einzeln aufgeschlüsselt und untersucht, jedoch stellte die Gruppe der Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis die größte Gruppe innerhalb der auf den Stationen behandelten Patienten dar. Die weiteren Begründungen entsprechen jenen, die in der vorliegenden Studie dokumentiert wurden inhaltlich weitgehend. Der Aspekt der mangelnden Absprachefähigkeit kann hierbei sowohl krankheitsbedingte kommunikative Einschränkungen als auch Sprachbarrieren, darüber hinaus aber auch mangelndes Commitment bzw. Versuche, eigene Autonomiebedürfnisse durchzusetzen, beinhalten. Dies verweist auf die im Rahmen der Fokusgruppen besprochene Wichtigkeit des Aufbaus vertrauensvoller Beziehungen zwischen Patient und Personal, die fester Bestandteil sämtlicher Konzepte zur Konfliktreduktion sind (s. 3.4.5).

3.4.2 Charakteristika des Personals

Hinsichtlich relevanter Eigenschaften des Personals werden einerseits grundsätzliche Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und eigenen emotionalen Kompetenzen im Umgang mit ihnen, sowie andererseits Bildungsgrad und Erfahrungsstand genannt (Larue, 2009). Zu Haltungen zählt beispielsweise, ob sich das Personal eher als Kontrollinstanz, oder als eher partnerschaftlicher Helfer versteht (Mahler, 2023). Ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Kontrolle wird, entsprechend den Ergebnissen unserer Fokusgruppen mit dem Personal, ebenfalls als begünstigender Faktor für die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen diskutiert (Vatne & Fagermoen, 2007), ebenso wie ein eher autoritativer im Gegensatz zu einem kollaborativen Stil des Umgangs mit Patienten (Morrison 1990). Mit Bildungsgrad und Erfahrungsstand ist nicht nur ein formaler Bildungsabschluss oder die Dauer der Berufserfahrung gemeint, sondern insbesondere entsprechende Fort- und Weiterbildungen sowie Deeskalationstrainings, wie sie auch an den für die vorliegende Arbeit teilnehmenden Kliniken praktiziert werden (Bowers et al, 2007, Klinge 1994, Taxis, 2002). Entgegen der Befürchtungen des Personals, Patienten würden die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme im Türbereich weniger nutzen, wenn sie nicht um eine Öffnung der Tür bitten müssten, nahmen Patienten das Angebot weiterhin gern an. Zugleich sah

sich das Personal jedoch einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt, wenn einerseits der Türbereich im Blick behalten werden musste, gegebenenfalls aber auch mit Patienten interagiert und Dokumentationen geschrieben werden mussten. Der dadurch entstehende Stress, einschließlich der Angst vor Verantwortlichmachung, wurde auch aus anderen Fokusgruppen mit psychiatrischem Fachpersonal berichtet (Kalagi et al., 2018).

3.4.3 Systemische Faktoren

Neben genannten Patientenmerkmalen und personellen Charakteristika spielen sowohl die konkrete Umgebung als auch übergeordnete gesellschaftliche Gegebenheiten eine entscheidende Rolle. Hinsichtlich räumlicher Bedingungen konnte in einer begleitenden Untersuchung an der Tübinger psychiatrischen Uniklinik gezeigt werden, dass die Eröffnung eines modernen, architektonisch ansprechenden Bettenbaus mit großzügigem Thekenbereich auf den Stationen sowie freundlichen Zimmern mit großflächigen Fenstern und damit viel Tageslicht zu einer deutlichen Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen konnte (Rohe et al., 2017). Sinn dieser Art der Gestaltung ist, einem Gefühl des Eingeschlossenseins entgegenzuwirken. Die verbesserte Atmosphäre hat mutmaßlich auch positive Effekte auf das Personal, das zum Einen selbst von einer freundlichen Arbeitsumgebung profitiert, aber zum Anderen auch mehr Möglichkeiten hat, mit Patienten z.B. in für alle jederzeit zugänglichen Aufenthaltsräumen zu interagieren oder Beschäftigungsangebote bereitzustellen (Rohe et al., 2017). Dies ist als Teil des therapeutischen Milieus zu verstehen, zu dem offene Stationstüren ebenfalls beitragen können (Mahler, 2023, Lo et al., 2018).

Wenngleich es intuitiv folgerichtig scheint, dass eine verbesserte personelle Ausstattung nötig ist, um mehr individualisierte Pflege psychiatrischer Patienten leisten zu können, gibt es dazu bislang wenig eindeutige Befunde, insbesondere in Bezug auf die Frage, inwieweit die Erhöhung personeller Kapazitäten Voraussetzung für ein Gelingen der Umsetzung einer Türöffnungskonzeption darstellt (Steinert, 2019). Auch im Rahmen der vorliegenden quantitativen Erhebung lässt sich der Effekt erhöhter personeller Kapazitäten nur schwerlich quantifizieren. Nienaber et al. (2018) berichten, dass eine hohe Anzahl stationärer Behandlungsplätze auf überwiegend geschlossenen Stationen einen signifikanten Einfluss auf das vermehrte Auftreten von Konflikten innerhalb der Patientengruppe bzw. zwischen Patienten und Personal hat, was wiederum die Wahrscheinlichkeit des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen begünstigt. Es ist zu vermuten, dass eine höhere Anzahl an Mitarbeitern einen entgegengesetzten Effekt hat, nämlich die Reduktion von Konflikten. Konflikte erhöhen also die Wahrscheinlichkeit, dass eine Stationstür ge-

geschlossen wird, gleichzeitig kann die Türöffnung ihrerseits dazu beitragen, dass Konflikte verhindert werden (Mahler, 2023).

Aktuell scheint es ein wachsendes Unsicherheitsgefühl in der Gesellschaft - und damit auch in Bezug auf die Psychiatrie - zu geben, was zu Forderungen konkreter Sicherheitsmaßnahmen wie Überwachung, verstärkter Reglementierung und Strafen sowie Ausgrenzung von Personengruppen, so auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, führt (Mahler, 2023, Schomerus et al., 2023). Wie auch auftretende Unstimmigkeiten mit der Polizei im Rahmen der hier berichteten Türöffnungsstudie zeigten, besteht von Seiten der Gesellschaft ein gewisser Auftrag zur Verwahrung und damit Herstellung von Ordnung im öffentlichen Raum, die jedoch nicht völlig in Einklang mit dem eigentlichen Auftrag der Psychiatrie, nämlich einem therapeutischen Behandlungsauftrag mit entsprechender Indikation unter Beachtung persönlicher Rechte und der Autonomie der Patienten zu bringen ist (Zinkler, 2017, Mahler, 2023, Fallgatter, 2023). Aus rechtlicher Perspektive ist es unerheblich, ob die geschlossene Unterbringung eines Patienten durch eine geschlossene Station oder andere Maßnahmen gewährleistet ist, relevant ist hierbei einzig die Sicherstellung des Verbleibs in der Klinik und der Behandlung sowie deren fortlaufende Kontrolle durch das Personal (Henking, 2017). Zugleich sind damit Suizide oder das Entweichen aus der geschlossenen Unterbringung nicht grundsätzlich zu verhindern (Huber et al., 2016). In Hinblick auf Haftungsfragen wird daher empfohlen, klinikinterne Leitlinien zu entwickeln, die nachvollziehbar machen, wie die Form der Unterbringung umgesetzt wird und welche Maßnahmen zur Sicherstellung des Verbleibs in der Behandlung erfolgen. Diese sind auch nach außen zu kommunizieren, um das Vorgehen z.B. gegenüber der Polizei transparent zu machen (Henking, 2017). Zu diesem Zweck finden beispielsweise an der Tübinger Klinik regelmäßige Austauschtreffen mit Vertretern der Polizei statt.

3.4.4 Integration in ein Gesamtkonzept der Behandlung

Zur Reduktion restriktiver Maßnahmen wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Ansätze und Modelle entwickelt, um einen konfliktreduzierenden und stärker partizipativen Umgang mit Patienten zu etablieren, die im Folgenden dargestellt werden sollen. Hierzu zählt zunächst ein niederschwelliger Zugang zu Hilfsangeboten, die bereits in früheren Krankheitsstadien freiwillig aufgesucht werden können, gerade um Ängsten vor Freiheitsentzug und Stigmatisierung entgegenzuwirken (Steinert & Hirsch, 2019; Lang, 2014, Fallgatter, 2023). Die offene Stationsführung ist ein wichtiger Teilaspekt dieses niederschwelligen Zugangs als Teil eines Gesamtkonzepts der Behandlung.

Im stationären Kontext sollte eine Behandlungssituation, in der Patienten sich

wirksam am Geschehen beteiligen und Einfluss auf Behandlungsentscheidungen (*shared decision making*) nehmen können, hergestellt werden. Bei Aufnahme können zunächst Testverfahren zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens eingesetzt werden. Sollte sich hier ein hohes Risiko absehen lassen, kann mit Verhaltensabsprachen und Verträgen gemeinsam mit dem Patienten abgeklärt werden, wie dann zu verfahren wäre (Steinert & Hirsch, 2019).

Eine Möglichkeit, potentiellen Konfliktherden zu begegnen, die ihrerseits Konflikte und Gefährdungslagen nach sich ziehen könnten, ist das Safewards Modell (Bowers et al., 2014; Simpson & Brennan, 2024). Es stellt unterschiedliche Faktoren dar, aus denen Konfliktherde entstehen können (externe Faktoren, Charakteristika der Patienten und der Gruppe, regulatorische Rahmenbedingungen, Stationsteam) und wie diesen seitens des Behandlungsteams deeskalativ und unterstützend begegnet werden kann. An dieser Stelle kommt, neben möglichen Konfliktfaktoren wie Crowding, Zwangsunterbringung, Substanzkonsum und kurzen Verweildauern eben auch dem Türstatus eine besondere Bedeutung zu (Steinert & Hirsch, 2019, Bowers et al., 2009, Bowers et al., 2014). Diesem wird insbesondere eine hohe Symbolkraft zugesprochen (Steinert & Hirsch, 2019, Sollberger & Lang, 2014), die sich zum Teil auch in Aussagen im Rahmen der hier berichteten Fokusgruppen widerspiegelt (Schreiber et al., 2024).

Aufbauend auf dem Recovery-Ansatz, in dessen Rahmen Krankheitssymptome nicht vorrangig als zu behandelnde Störung, sondern als individuelle biografische Merkmale betrachtet werden, wurde das Weddinger Modell entwickelt (Mahler, 2019). Ausgehend von den aus retrospektiven Studien berichteten Ergebnissen, dass offene Türen zu einem signifikanten Rückgang von Entweichungsraten, Zwangsmedikation und Suiziden führten (Lang, 2010; Huber et al., 2016; Cibis et al., 2017; Huber et al., 2016) wurde die offene Stationsführung als ein wichtiger Pfeiler im Rahmen des Weddinger Modells umgesetzt. Das Modell versteht die offenen Türen dabei als Teil eines Gesamtkonzeptes, das darüber hinaus einen expliziten Fokus auf die therapeutische Beziehung sowie die transparente Therapieplanung umfasst. Innerhalb der Therapieplanung wird im Sinne der Autonomieorientierung und der Übernahme von Eigenverantwortung der Schwerpunkt auf individuelle Strategien und Ressourcen des jeweiligen Patienten gelegt. Auf Basis der Abstimmung mit dem multiprofessionellen therapeutischen Angebot können so konkrete Behandlungsziele formuliert werden (Mahler et al., 2019).

Entsprechend dieser Ansätze wurde auch in den teilnehmenden Kliniken der hier berichteten Studie in Friedrichshafen und Tübingen ein Gesamtkonzept verfolgt, das nicht nur die Öffnung der Stationen, sondern auch weitere Interventionen umfasste. Hierzu gehörte die tägliche multiprofessionelle Besprechung zur Türöff-

nung sowie wöchentliche Besprechungen zur Konzeptualisierung und konkreten Konfliktfällen sowie zur Klärung von Bedenken und Bereitstellung von Informationen zu Hintergrund und Fortgang des Projekts. Zudem wurden zusätzliche personelle Ressourcen sowie ein Kontaktangebot im Bereich der Stationstür („Potsdamer Tisch“; Anschütz et al., 1999) bereitgestellt.

Weitere mögliche Interventionen, die in (teil-) offen geführten Kliniken zum Tragen kommen, sind das vor allem in den Niederlanden verbreitete Konzept der "high and intensive care units" (*HIC*), ein von der Station abgeteilter Bereich, in dem Patienten in akuten Krisen für maximal drei Tage unter 1:1 Betreuung behandelt werden. Unmittelbar nach Abklingen der akuten Krise, meist innerhalb von Stunden, ist eine Rückkehr auf die offene Station oder in den ambulanten Kontext möglich (Voskes et al., 2021).

Über den stationären Kontext hinaus bestehen auch Bemühungen, Behandlungen vermehrt außerhalb der Kliniken im gewohnten Umfeld der Patienten bei gleicher Versorgungsdichte und -güte zu implementieren (z.B. die stationsäquivalente Behandlung; *StäB*). Hierbei können Patienten innerhalb ihres Wohnumfeldes versorgt werden, zugleich entstehen weniger der oben beschriebenen Konfliktsituationen, die in der Folge zu Zwangsmaßnahmen führen können (Klocke et al., 2022).

3.5 Schlussfolgerungen

Im Vorfeld des hier berichteten Projekts zur Implementierung einer offenen Tür Politik zeigten retrospektive Studien, dass offene Türen zu einem signifikanten Rückgang von Entweichungsraten, Zwangsmedikation und Suiziden führten (Lang, 2010, Huber et al., 2016, Cibis et al., 2017). Randomisierte prospektive Daten zum Nachweis des Einflusses des Türstatus auf Gewalt, Zwangsmaßnahmen und Entweichungen fehlten jedoch. Die hier berichtete prospektive Studie zur Türöffnung zeigt keine Zunahme von Zwangsmaßnahmen, Entweichungen oder Suiziden bzw. Suizidversuchen (Schreiber et al., 2022). Dies entspricht den Ergebnissen einer aktuell erschienenen, ebenfalls randomisierten prospektiven Studie aus Norwegen zur Türöffnung (Rustad Indregard et al., 2024). Wie weitreichend ein Verzicht auf restriktive Maßnahmen, wie von der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert, in Zukunft umgesetzt werden kann, wird sich erst erweisen müssen. Die aktuelle S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang vertritt die Annahme, dass eine absolute Freiheit von Zwang und Restriktionen in der Behandlung psychisch Erkrankter unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen und rechtlichen Bedingungen nicht um-

zusetzen ist (Steinert & Hirsch, 2019). Sie stellt in den Vordergrund, eine möglichst restriktionsarme Psychiatrie unter Abwägung der Bedürfnisse und Interessen *aller* Beteiligten anzustreben (Steinert, 2019).

4. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war die Implementierung einer offenen Türkonzeption an zwei Standorten mit insgesamt vier Akutstationen zu evaluieren. Hierzu wurden quantitative Maße zu Türöffnungszeiten, die Anzahl unfreiwilliger Behandlungstage mit offenen Türen sowie die Häufigkeit aggressiver Zwischenfälle, Selbstverletzungen, unerlaubter Entweichungen von Station, Suizidversuche und Zwangsmaßnahmen erhoben. Darüber hinaus wurden Fokusgruppen, jeweils zu Beginn und zum Ende der Interventionsphase auf allen teilnehmenden Akutstationen durchgeführt. Inhalt der Fokusgruppen waren Aspekte von Kommunikation, Akzeptanz, Stigmatisierung, Atmosphäre, Autonomie und Sicherheitsempfinden, die in nach Personal und Patienten getrennten Gruppen mit Hilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens erfragt und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Es konnte gezeigt werden, dass es möglich ist, psychiatrische Akutstationen mit offenen Türen zu führen, ohne dabei gesteigerte Risiken einzugehen. Alle teilnehmenden Stationen konnten mit Beginn des Projekts häufiger offen geführt werden, insbesondere die Interventionsstationen.

Als häufigste Begründungen für den Türschluss wurden mangelnde Absprachefähigkeit, Suizidalität und Desorientiertheit genannt. Bei Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, mit der Diagnose einer affektiven Störung hingegen ist die Wahrscheinlichkeit am geringsten, auslösend für einen Türschluss zu sein.

Im Rahmen der Fokusgruppen zeigte sich, dass der Intervention vorangehende Befürchtungen wie ein geringeres Sicherheitsempfinden sich auch subjektiv nicht bewahrheitet. Stigmatisierung schien für die Patienten in Hinblick auf den Türstatus keine konkrete Rolle zu spielen, eher hinsichtlich des Ansehens der Psychiatrie im Allgemeinen. Sowohl Patienten als auch Personal wünschen sich nicht eine Durchsetzung der Türöffnung zulasten einzelner Patienten, die alternativ fixiert oder isoliert werden müssten. Nichts desto trotz fühlten sich viele Patienten einer geschlossenen Station in ihrer Freiheit eingeschränkt und entmündigt, da ein Verlassen der Station zunächst erfragt werden muss. Sowohl bei Patienten, als auch Personal bestand die Befürchtung, dass die fortlaufende Beaufsichtigung der offenen Tür Kapazitäten von anderen Aufgaben abziehen würde. Es zeigte sich je-

doch auch, dass die Tatsache die Tür nicht ständig öffnen und wieder schließen zu müssen für das Personal entlastende Aspekte mit sich brachte. Insgesamt wurde deutlich, dass sich im Zuge der Türöffnung auch Einstellungen insbesondere auf Seiten des Personals änderten, wenngleich das Meinungsbild über alle Stimmen hinweg ein heterogenes war.

5. Literaturverzeichnis

- Adorjan K, Steinert T, Flammer E, et al. Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*. 2017;88:802-810.
- Anschuetz S, Lerch WD, Schulz A. Der Potsdamer Tisch - Therapie- und Sicherheitsfunktion eines Moebelstuecks in einer Psychiatrischen Klinik. *Psych Pflege*. 1999;5(4):223-224.
- Baker JA, Bowers L, Owiti JA. Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(1): 80-89.
- Beine KH. Öffnen wir die Türen.... *Psychiatr Prax*. 2016;43(02):69-70.
- Beine KH. Open doors, open mind. *Nervenarzt*. 2019;90:675-679.
- Bernardi O. *Psychiatrie mit offenen Türen: Offene stationäre Psychiatrie in der Pflichtversorgung*. 1. Ausg. Thieme; 2000.
- Birnbaum K. *Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft*. In: Bumke O Hrsg. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. 1928;Band 1.
- Blaesi S, Gairing SK, Walter M, et al. Safety, therapeutic hold, and patient's cohesion on closed, recently opened, and open psychiatric wards. *Psychiat Prax*. 2015;42(2):76-81.
- Bowers L, Alexander J, Bilgin H, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(4):354-364.
- Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1998;5:5.
- Bowers L, Whittington R, Almvik R, et al. A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *Int. J. Nurs. Stud*. 1999;36(3):217-222.
- Bowers L, Allan T, Simpson A, et al. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment. Health Nurs*. 2009;30:260-271.
- Brückner B. Historisch-politische Aspekte der aktuellen Debatte zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie. *Recht Psychiatr*. 2021;39(4): 229-235.
- Bruns H, Henking T. *Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen*. In: Henking T, Vollmann J. (Hrsg.) *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*. 1. Ausg. Springer;2015:19-27.
- Bühler E, Kren R, Stolz K. Einwilligungsfähigkeit des Patienten. *Betreuungsrecht und Patientenverfügungen: Praktische Informationen für Ärzte*

- und Interessierte. 2015;13-19.
- Cahn C. Roland Kuhn, 1912–2005. *Neuropsychopharmacology*, 2996;31(5), 1096-1096.
- Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax*. 2017; 44:141-147.
- Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Prim. Psychiatry*. 2017;14:67-74.
- Engel RR, Knab B, von Doblhoff-Thun C. Stationsbeurteilungsbogen (SBB). *Diagnostika*. 1983;30:322-323.
- Engel RR, von Doblhoff-Thun C, Knab B. *Stationsbeurteilungsbogen: SBB; Manual*. Beltz; 1983.
- Falkowski J, Watts V, Falkowski W, Dean T. Patients leaving hospital without the knowledge or permission of staff—absconding. *Br J Psychiatry*. 1990;156(4):488-490.
- Finzen, A. Auf dem Wege zur Reform – die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatr Prax*. 2015,42(07), 392-396.
- Flammer E, Steinert T. Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatr Prax*. 2019;46:82-89.
- Foucault M. *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. 2. Aufl. Suhrkamp; 1977.
- Haglund K, Von Knorring L, Von Essen L. Psychiatric wards with locked doors—advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *J Clin Nurs*. 2016;15:387-394.
- Häfner, H. Psychiatriereform in Deutschland. Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête. Ein Erfahrungsbericht. *Heidelberger Jahrbücher Online*. 2016;1:119-145.
- Hammer R. Euthanasia. Eine philosophische Untersuchung der Euthanasieproblematik unter besonderer Berücksichtigung der Singerschen Ethik und der existenzial-ontologischen Analyse Heideggers. Dissertation. Universität Wien; 1997.
- Helmchen, H. Alltägliche Grenzüberschreitungen: zur Skandalisierung der klinischen Arzneimittelprüfungen des Psychiaters Roland Kuhn. *Nervenarzt*. 2023;94(3):243-249.
- Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, ob

- servational study. *Lancet Psychiat.* 2016;3(9):842-849.
- Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. Wie kann eine „offene Psychiatrie“ gelingen? Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in der Akutpsychiatrie. *Recht Psychiatr.* 2017;35:80-85.
- Gather J, Scholten M, Henking T et al. Wodurch wird die geschlossene Tür ersetzt?: Konzeptionelle und ethische Überlegungen zu offenen Unterbringungsformen, formellem Zwang und psychologischem Druck. *Nervenarzt.* 2019;90:690-694.
- Gather J, Nyhuis PW, Juckel G. Wie kann eine „offene Psychiatrie“ gelingen? Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in der Akutpsychiatrie. *Recht Psychiatr.* 2017;35:80-85.
- Gebhardt RP, Steinert T. Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. *Nervenarzt.* 1998;69:791-798.
- Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Zugriff am 30.04.2021. https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000086.
- Gouzoulis-Mayfrank E, Gairing SK, Krämer T et al. Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention. *Nervenarzt* 2019; 90:709-714
- Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J. Psychiatr. Res.* 2014;54:94-99.
- Kalagi J, Otte I, Vollmann J, et al. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC psychiatry.* 2018;18:1-11.
- Ketelsen R, Schulz M, Driessen M. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 2011;73:105-111.
- Lang U. Innovative Psychiatrie mit offenen Türen: Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. 1. Ausg. Springer; 2012.
- Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, et al. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding?. *Eur J Psychiatry.* 2010;24(4):199-204.
- Langer G. Ausschnitte einer Geschichte der Psychopharmaka im 20. Jahrhundert. *Psychopharmaka: Grundlagen und Therapie.* 1983;21-37.
- Lehmann P. Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention Fragen und Antworten anlässlich der Neufassung des Berliner „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG). *Recht Psychiatr* 2015;33:20-33.

- Lo SB, Gaupp R, Huber C, et al. Influence of an "Open Door Policy" on ward climate: impact on treatment quality. *Psychiatr Prax.* 2017;45:133-139.
- Loetsch G. *Von der Menschenwürde zum Lebensunwert. Die Geschichte der Illenau von 1842 bis 1940.* Achertäler Verlag; 2000.
- Mayring P. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Zugriff am 13.07.2018. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
- Mayring P, Fenzl T(2019). *Qualitative Inhaltsanalyse.* Springer Fachmedien. 2019;633-648.
- Mann K, Gröschel S, Singer S, et al. Evaluation of coercive measures in different psychiatric hospitals: the impact of institutional characteristics. *BMC Psychiatry.* 2021;21:419.
- Meyder J, Wiedwald A, Stolz K, et al. *Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg: Praxiskommentar und Arbeitshilfen.* 1. Ausg. BoD–Books on Demand;2016.
- Middelboe T, Schjødt T, Byrstring K, et al. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103(3):212-219.
- Muir-Cochrane E, Van der Merwe M, Nijman H et al. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *Int J Mental Health Nurs.* 2012;21:41-49.
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2006;(3).
- Nijman HL, Muris P, Merckelbach HL, et al. The staff observation aggression scale–revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression.* 1999;25(3):197-209.
- Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol.* 2015;50(12):1857-1869.
- Pollmächer T, Steinert T. Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. *Lancet Psychiat* 2016;3(12):1103.
- Pollmächer, T. Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie. *Nervenarzt.* 2019;90:669-674.
- Pollmächer T, Meyer-Lindenberg A. Die Umsetzung der UN-BRK bei nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten. *Nervenarzt.* 2022;93(5), 439-441.
- Pollmächer T, Nyhuis PW. Autonomie-fokussierte Psychiatrie. *Psychiatr Prax.* 2018;45:233-235.

- Roelcke V. Psychiatrie im Nationalsozialismus. *Nervenarzt*. 2010;81(11).
- Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, et al. Aggression and violence in psychiatric Hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J Psychiat Res*. 2017;95:189–195.
- Schreiber LK, Metzger FG, Duncker TA, et al. Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units. *BMC Psychiatry*. 2019;19:1-8.
- Schreiber LK, Metzger FG, Flammer E et al. (2022). Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:1-9.
- Simpson A, Brennan G. Safewards: 10 years on and what have we got?. *J Ment Health*. 2024;33(3),283-286.
- Sollberger D, Lang UE. Psychiatrie mit offenen Türen: Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt*. 2014;85:312-318.
- Steinert T. Der Preis einer gewaltfreien Psychiatrie. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 2019;49(1),32-35.
- Steinert T. Die Doppelfunktion der Psychiatrie. *Recht Psychiatr*. 2021;39: 28-34.
- Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, et al. Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *Journal nerv. ment. dis*. 2007;195(6):492-496.
- Steinert T, Fallgatter A. Psychiatrie mit offenen Türen. *Psychiatr Prax*. 2016;43(08):452-454.
- Steinert T, Flammer E. Frequency of coercive measures as a quality indicator for psychiatric hospitals?. *Nervenarzt*. 2019;90:35-39.
- Steinert T, Hirsch S. *Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Springer; 2019:152-171.
- Steinert, T., Hirsch, S., & Flammer, E. Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland. *Nervenarzt*. 2022;93(11):1105-1111.
- Steinert T, Hirsch S, Gerlinger G. *Verhinderung von Zwang: Praxisversion der S3-Leitlinie*. Berlin, Springer; 2019.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*. 2010;45(9):889-897.
- Steinert T, Scharfetter J. Wie können psychiatrische Kliniken in Österreich vollständig offen geführt werden? *Psychiatr Prax*. 2018;45(06):321-326.

- Steinert T, Schreiber LK, Metzger FG, et al. Offene Türen in psychiatrischen Kliniken: Eine Übersicht über empirische Befunde. *Nervenarzt*. 2019;90:680-689.
- Van der Merwe M, Bowers L, Jones J, et al. Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J psychiatr ment health nurs*. 2009;16:293-299.
- Wickel. Zur Geschichte des Irrenwesens: Aus Berichten über die hessischen Landeshospitäler Haina (Kloster) und Merxhausen aus vergangener Zeit. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1922;66(1):801-824.
- Wolfersdorf M, Vogel R, Vogl R, et al. Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. *Nervenarzt*. 2016;87(5):474-482.
- Zinkler M. Neuregelung von Zwang- ein Auftrag für die Fachgesellschaft? *Psychiatr Prax*. 2013;40:115-116.
- Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht Psychiatr*. 2017;35(2):63-67.

6. Erklärung zum Eigenanteil

Diese Arbeit wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen unter Betreuung von Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter und Prof. Dr. med. Florian G. Metzger durchgeführt. Die Konzeption der Studie erfolgte durch Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter und Prof. Dr. med. Tilman Steinert.

Ich, Lisa Katharina Bratzke-Schreiber, versichere, die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Darüber hinaus erkläre ich hiermit, in wesentlichem Umfang zu folgenden Publikationen beigetragen zu haben:

1. **Schreiber, LK**, Metzger, FG, Duncker, TA, Fallgatter, AJ, Steinert, T. Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units. *BMC psychiatry*. 2019;19:1-8.

Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter und Prof. Dr. med. Tilman Steinert haben die Studie konzeptualisiert. Alle Autoren haben mit den genannten Anteilen zur Vorbereitung und Durchführung der Studie beigetragen. Ich, Lisa Katharina Bratzke-Schreiber, habe unter Supervision von Dr. Tobias Duncker den ersten Entwurf des Manuskripts verfasst, der durch inhaltliche Ergänzungen der Mitautoren erweitert und vervollständigt wurde.

Die Autoren haben zur Publikation in folgendem Umfang beigetragen (%):

Beitrag	Lisa K. Schreiber	Florian G. Metzger	Tobias A. Duncker	Andreas J. Fallgatter	Tilman Steinert
Forschungskonzept				50	50
Methodenauswahl	10	10	10	30	40
Anfertigung des Manuskripts	50	10	10	10	20

2. **Schreiber, LK**, Metzger, FG, Flammer, E, Rinke, H, Fallgatter, AJ, Steinert, T. Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research*. 2022;22:941.

Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter und Prof. Dr. med. Tilman Steinert haben das Studienkonzept entworfen. Die Daten wurden in Tübingen durch mich, Lisa Katharina Bratzke-Schreiber, unter Mithilfe des Pflegepersonals auf den Stationen, erhoben und dokumentiert. In Friedrichshafen wurden die Daten wesentlich von Heike Rinke und Prof. Dr. med. Tilman Steinert und dem dortigen Pflegepersonal erhoben. Die Auswertung der Daten erfolgte im Wesentlichen durch mich unter Beratung von Dr. Erich Flammer und unter Nutzung einzelner durch Heike Rinke ausgewertete Daten aus Friedrichshafen. Die Interpretation der Daten erfolgte durch mich unter Aufsicht, Beratung und Ergänzung der Mitautoren. Den Erstenwurf des Manuskripts habe ich selbständig verfasst, dieser wurde durch die Mitautoren, vornehmlich Prof. Dr. med. Florian G. Metzger und Prof. Dr. med. Tilman Steinert substantziell ergänzt.

Die Autoren haben zur Publikation in folgendem Umfang beigetragen (%):

Beitrag	Lisa K. Schreiber	Florian G. Metzger	Erich Flammer	Heike Rinke	Andreas J. Fallgatter	Tilman Steinert
Forschungskonzept					50	50
Methodenauswahl	10				45	45
Datenaquise	50			25		25
Datenanalyse	70		20	10		
Ergebnisinterpretation	45	20	10		5	20
Anfertigung des Manuskripts	65	20			5	20

3. **Schreiber, LK**, Sattler, F, Fallgatter, AJ, Steinert, T Metzger, FG. Implementierung eines Konzepts der offenen Türen auf zwei psychiatrischen Akutstationen an zwei Kliniken. *Psychiatrische Praxis*. 2024;21(06):300-306.

Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter und Prof. Dr. med. Tilman Steinert haben die Studie konzeptualisiert. Der Interviewleitfaden wurde durch Prof. Dr. med. Tilman Steinert entworfen und durch mich, Lisa Katharina Bratzke-Schreiber, ergänzt. Die Patientenrekrutierung in Tübingen erfolgte mittels persönlicher Ansprache und Aushängen überwiegend durch mich, außerdem durch Prof. Dr. med. Florian G. Metzger und Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter in der Tübinger Klinik, sowie durch Florian Sattler und Prof. Dr. med. Tilman Steinert in Friedrichshafen. Die Durchführung der Fokusgruppen erfolgte in Tübingen durch mich und Prof. Dr. med. Florian G. Metzger sowie weitere Stationsmitarbeiter. Die Gespräche wurden mit Einverständnis der Gruppenteilnehmer aufgezeichnet und extern transkribiert. Die Auswertung und Interpretation erfolgte durch mich in Zusammenarbeit mit Florian Sattler in Friedrichshafen unter Supervision von Prof. Dr. med. Florian G. Metzger und Prof. Dr. med. Tilman Steinert sowie unter Rücksprache mit Dr. Christine Preiser im Rahmen des Methodenberatungsangebots des Zentrums für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung Tübingen. Ich, Lisa Katharina Bratzke-Schreiber, habe das Manuskript unter Supervision von Prof. Dr. med. Florian G. Metzger selbst verfasst, alle Mitautoren haben ergänzende inhaltliche Beiträge geleistet.

Die Autoren haben zur Publikation in folgendem Umfang beigetragen (%):

Beitrag	Lisa K. Schreiber	Florian Sattler	Andreas J. Fallgatter	Tilman Steinert	Florian G. Metzger
Forschungskonzept			50	50	
Methodenauswahl	10	5	40	40	5
Patientenrekrutierung	35	25	5	25	10
Datenaquise	25	25		25	25

Datenanalyse	40	25		20	15
Ergebnisinterpretation	30	25	5	20	20
Anfertigung des Manuskripts	60	5	5	10	20

Bremen, d. 30.01.2025

Lisa Katharina Bratzke-Schreiber (Doktorandin)

Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter für die Möglichkeit, im Anschluss an verschiedenste Praktika, Hilfskraft- und Mitarbeiterstellen sowie die PiA-Zeit im Rahmen dieses Projekts weiter am UKT arbeiten und forschen zu dürfen. Für Rückfragen und Anliegen war er immer schnell und engagiert zur Stelle und hat mir vermittelt, dass das Projekt und meine Tätigkeit von Bedeutung sind.

Prof. Dr. med. Florian G. Metzger danke ich für die intensive Zusammenarbeit und Betreuung, die seinerzeit auf Station 12 begann und bis heute und über dieses Projekt hinaus anhält, was mich bereichert und worüber ich mich sehr freue.

Beiden danke ich insbesondere dafür, dass die Verbindung auch über weite Entfernungen hinweg gehalten hat und mir zugetraut wurde diese Arbeit, auch wenn ihr Abschluss viel Zeit in Anspruch nahm, zu Ende zu führen.

Prof. Dr. med. Tilman Steinert danke ich für seine enorme Expertise auf dem Feld, die in sämtliche Publikationen mit einfließen durfte. Zudem hat er mir ermöglicht, das Projekt über den gesamten Verlauf im Rahmen von Symposien und Vorträgen auf dem DGPPN-Kongress vorzustellen. Es war eine gute und wertvolle Erfahrung, dass auch durch die schwierige Pandemiezeit hindurch das Interesse der Fachwelt an dem Thema ungebrochen geblieben ist.

Ich danke außerdem Dr. Erich Flammer für seine methodische Unterstützung bei der ersten Publikation der Ergebnisse; Herrn Sattler und Frau Rinke für die offene und freundliche Zusammenarbeit bei den jeweiligen Auswertungen, sowie den vielen engagierten Pflegekräften, PraktikantInnen, FSJlerInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen auf den Stationen, die sich an der Umsetzung und Dokumentation der Türöffnung beteiligt haben.

Zu guter Letzt danke ich meiner Familie, die zahlreiche Abende und Wochenendvormittage zugunsten dieser Arbeit auf meine Anwesenheit verzichten musste; dabei ganz besonders meinem Mann Daniel für seine fortwährende Unterstützung und inhaltliche Impulse.