

Mehrdimensionaler Evaluationsansatz klinischer Gerontopsychiatrie am Beispiel des therapiemodifizierenden Einflusses ökologischer Variablen

M. Bergener, M. Braun¹, Rheinische Landeslinik Köln

Einleitung

Das im Psychiatrischen Behandlungszentrum Köln «ortsgebundene» und an der Aktionsforschung von Stake [7, 8] orientierte Evaluationsprojekt zu gerontopsychiatrischen Interventionen ist unter zwei verschiedenen Aspekten als mehrdimensionaler Untersuchungsansatz zu verstehen: Einmal beziehen sich die Untersuchungen auf verschiedene Ebenen der Klinik, zum anderen sind dabei unterschiedliche Beurteiler zur Einschätzung zum Teil des gleichen Problems herangezogen.

Als Ziel von Evaluation im Sinne des Aktionsforschungsansatzes kann gesehen werden, die Praxis und ihr Umfeld so zu untersuchen, dass die in ihr Tätigen durch die Ergebnisse Hilfen für die sie interessierenden Problemkreise der Praxis erhalten. Den Untersuchungsergebnissen sollten entsprechend Bestätigungen der Praxis oder Änderungshinweise zu entnehmen sein. Handlungsforschung versucht ja im engeren Sinne in einem Optimierungsprozess, Lösungen für Praxisprobleme zu erarbeiten, wobei die Praxis die Forschungsfragen, Ziele und Forschungsmassnahmen mitbestimmt und ihrerseits vom Forschungsprozess und den erarbeiteten Problemlösungen verändert wird.

Auf diesem Hintergrund, praxisorientierte Probleme zu untersuchen, wurden in dem Projekt folgende Dimensionen der Klinik in die Untersuchungen einbezogen:

- alle Patienten über 65 Jahre in der Klinik,
- die einzelne Station,
- einzelne Behandlungsfälle.

Alle Patienten über 65 Jahre in der Klinik

Bei dieser Untersuchungsdimension handelt es sich um eine institutionsgebundene epidemiologische Erhebung, in die über den Zeitraum von einem Jahr alle über 65jährigen Patienten der Klinik einbezogen sind. Ziel ist es dabei, genauere Kenntnisse über den behandlungsrelevanten sozialen Hintergrund der über 65jährigen Patienten zu erhalten, da gerade bei dieser Altersgruppe für die Behandlungsplanung im individuellen Fall, aber auch für die Gesamtgruppe der alten Menschen gesehen, die Kenntnis des sozialen Lebenskontextes (z. B. Wohnumfeld; Familie, soziale Beziehungen) mit seinen Hilfen und Schwierigkeiten für den alten Menschen von besonderer Bedeutung ist. Hier

wird also den Fragen des «Woher» und «Wohin» der Patienten über 65 Jahre weiter nachgegangen. Gleichzeitig interessiert die Frage, was geschieht hier in der Klinik? Konkret: wie lange werden die Patienten bei welchem Krankheitsbild, mit welchen Diagnosen und welchen Symptomen auf welchen Stationen behandelt?

In die Erhebungen zur Dimension «alle Patienten über 65 Jahre in der Klinik» waren drei Personengruppen der Klinik einbezogen: der Patient selbst, der jeweils für den Patienten zuständige Sozialarbeiter, der mit dem Patienten die Sozialanamnese erhob, und der Stationsarzt, der Angaben zur Krankheit und Versorgung des Patienten in der Klinik machte. Die Erhebung erfolgte über einen Fragebogen, der Teil der Krankenakte war und damit als Informationsquelle zum Patienten zur Verfügung stand.

Einzelne Behandlungsfälle

Von seiten einzelner offener gerontopsychiatrischer Stationen bestand das Interesse, ein Instrumentarium an die Hand zu bekommen, das eine Therapie- und Krankheitsverlaufskontrolle ermöglicht. Hier ist im Sinne der Handlungsforschung ein die Praxis interessierendes und für sie relevantes Problem herausgegriffen, mit dem Ziel, Lösungshilfen zu erarbeiten. Die Beschreibung des Krankheitsverlaufs erfolgte für depressive Patienten über 65 Jahre aus der Sicht von vier verschiedenen Gruppen:

- durch die Selbstbeurteilung des Patienten mit Hilfe der Befindlichkeits- (BFS) und Depressionsskala (DS) von von Zerssen [9, 10] und der Lebenszufriedenheitsleiter (graphische Global-Einstufung);
- durch das Pflegepersonal mit Hilfe der NOSIE (Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation) von Honigfeld, Gillis und Klett (vgl. CIPS [1]);
- durch den Arzt anhand der Hamilton-Depressions-Skala (HAMD) von Hamilton [3], dt. in CIPS [1], und mit Hilfe des CGI (Clinical Global Impressions – vgl. CIPS [1]);
- und durch einen Beobachter, der in freier Form seine Eindrücke und Informationen zum Patienten aus den «Sitzungen», in denen der Patient die Skalen bearbeitet hat, protokolliert hat.

Die Erhebung zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs erfolgte wöchentlich und liegt für 34 Patienten vor. Die Auswertung der Dokumentation des Krankheitsverlaufs erfolgt unter den Fragestellungen, wie weit die standardisierten Verfahren zur Dokumentation des Krankheitsverlaufs depressiver alter Patienten geeignet sind, wobei insbesondere auf den Zusammen-

¹ Die Daten wurden im Rahmen eines von der Stiftung Volkswagenwerk geförderten Forschungsprojektes durch Cerny E., Heimansberg A., Poensgen Th. und Wittkowski E. erhoben.

hang von Selbst- und Fremdbeurteilung einzugehen ist, bzw. wieweit und in welcher Form die wöchentlich erhobenen Beschreibungen des Patienten durch verschiedene Beurteiler – also aus unterschiedlichen Perspektiven – für die laufende Therapieplanung nutzbar gemacht werden konnten.

Einzelne Stationen

Die Dimension «Station» soll hier beschrieben und diskutiert werden unter dem Aspekt der therapeutischen Umwelt, also als eine ökologische Variable. Neben dem therapeutischen Aspekt der räumlich-architektonisch-physikalischen Gegebenheiten von Stationen können die vom Personal und von Patienten vorgenommenen subjektiven Einschätzungen und Wertungen der organisatorischen und sozialen Gegebenheiten auf den einzelnen Stationen, also das psychosoziale Klima der Stationen, als weiterer wichtiger Aspekt therapeutischer Umwelten angesehen werden (Moos [6]). Untersuchungen zeigen, dass das psychosoziale Klima einer Station das Verhalten der Patienten in einem bestimmten Ausmass mitbestimmen kann, wobei relativ komplexe Bedingungs- und Abhängigkeitsgefüge zwischen Person und Umwelt angenommen werden müssen (vgl. z.B. Mariotto und Paul [4]; Mariotto [5]).

Die Versorgung der Patienten über 65 Jahre erfolgt in der untersuchten Klinik schwerpunktmässig je nach Krankheitsbild und Krankheitszustand der Patienten in drei unterschiedlichen Stationstypen: in geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen, in denen vorwiegend alte Patienten mit starken hirnorganisch bedingten Abbauprozessen betreut werden, in offenen gerontopsychiatrischen Stationen und in einer tagesklinischen Station.

Es stellt sich nun die Frage, wieweit diese drei Stationstypen im Stationsklima aus der Sichtweise des Personals unterschiedliche ökologische Umwelten für die Patienten darstellen, das heisst also, ob die Kennzeichnung des Stationsklimas durch das Personal für die drei Stationstypen identisch ist oder stationstypische Charakteristika aufweist.

Der ursprüngliche Plan, das Stationsklima auch aus der Sicht der Patienten beurteilen zu lassen, musste nach Voruntersuchungen aufgegeben werden, da die psychisch kranken Patienten über 65 Jahre durch den von uns ausgewählten methodischen Zugang (Fragebogen, s. u.) überfordert waren.

Methoden

Zum Erfassen des Stationsklimas wurde die von Engel, Knab und von Doblhoff [2] vorgelegte deutsche Adaptation der Ward Atmosphere Scale (WAS) von Moos [6], der Stationsbeurteilungsbogen (SBB), eingesetzt. Der SBB ist ein Fragebogenverfahren, das zur Erfassung des sozialen Klimas auf Krankenhausstationen speziell mit psychisch kranken Patienten entwickelt ist, wobei die Zielgruppe eher Patienten aller Altersgruppen der Allgemeinen Psychiatrie sind und nicht spe-

ziell Patienten gerontopsychiatrischer Stationen. Der Fragebogen setzt sich aus zehn Skalen mit jeweils zehn Fragen zusammen, die von Moos [6] drei rational definierten Dimensionen zugeordnet werden, die folgendermassen bezeichnet werden können: «Soziale Beziehungen» (Skala 1–3), «Personorientierung im Behandlungskonzept» (Skala 4–7) und «Systemerhaltung und -veränderung» (Skala 8–10), worunter der Grad von Kenntnis und/oder Einhaltung von Regeln, Ordnung, Organisation im Stationsbetrieb durch Personal und Patienten zu verstehen ist.

In die Erhebung einbezogen war Personal von vier verschiedenen gerontopsychiatrischen Stationen, und zwar von einer geschlossenen, zwei offenen und einer tagesklinischen Station. Insgesamt liegen 25 für die Auswertung verwertbare Beurteilungsbögen vor (vgl. Tab. 1).

Stationstyp	Anzahl der Beurteiler
Geschlossen	7
Offen A	6
Offen B	7
Tagesklinik	5

Tab. 1. Anzahl der Beurteiler pro gerontopsychiatrischen Stationstyp.

Die Beurteilungen wurden vorwiegend vom Pflegepersonal vorgenommen, in Ausnahmen aber auch von anderen Professionen des Stationsteams (Psychologe; Sozialarbeiter; Gymnastin), soweit diese in besonderer Weise in die Station integriert waren.

Ergebnisse

Die pro Station und pro Skala berechneten T-Werte (vgl. Engel; Knab und Doblhoff [2], deren Normierung des SBB allerdings vorwiegend auf Patientenergebnissen basiert) sind für die vier Stationen aus Abbildung 1 zu entnehmen.

Eine Beschreibung der Ergebnisse soll in zwei Schritten erfolgen: Zunächst soll auf Unterschiede des Stationsklimas der geschlossenen im Vergleich zu den offenen Stationen eingegangen werden, wobei hier die Tagesklinik mit in die Gruppe der offenen Stationen einbezogen wird. Anschliessend werden markante Unterschiede zwischen den offenen Stationen und der Tagesklinik beschrieben.

Die Beurteilung des Stationsklimas der geschlossenen Station weicht deutlich von der der offenen Stationen ab. Die soziale und organisatorische Stationsumwelt für den Patienten, das Stationsklima, weist in der geschlossenen im Vergleich zu den offenen Stationen aus der Sicht des Personals deutliche Unterschiede auf. Diese Differenzen zwischen der geschlossenen und den offenen Stationen beziehen sich auf alle drei Moos'schen Dimensionen: «Soziale Beziehungen», «Behandlungskonzept» und «Systemerhaltung...», i. S. von Regelung und Organisation des Stationsalltags.

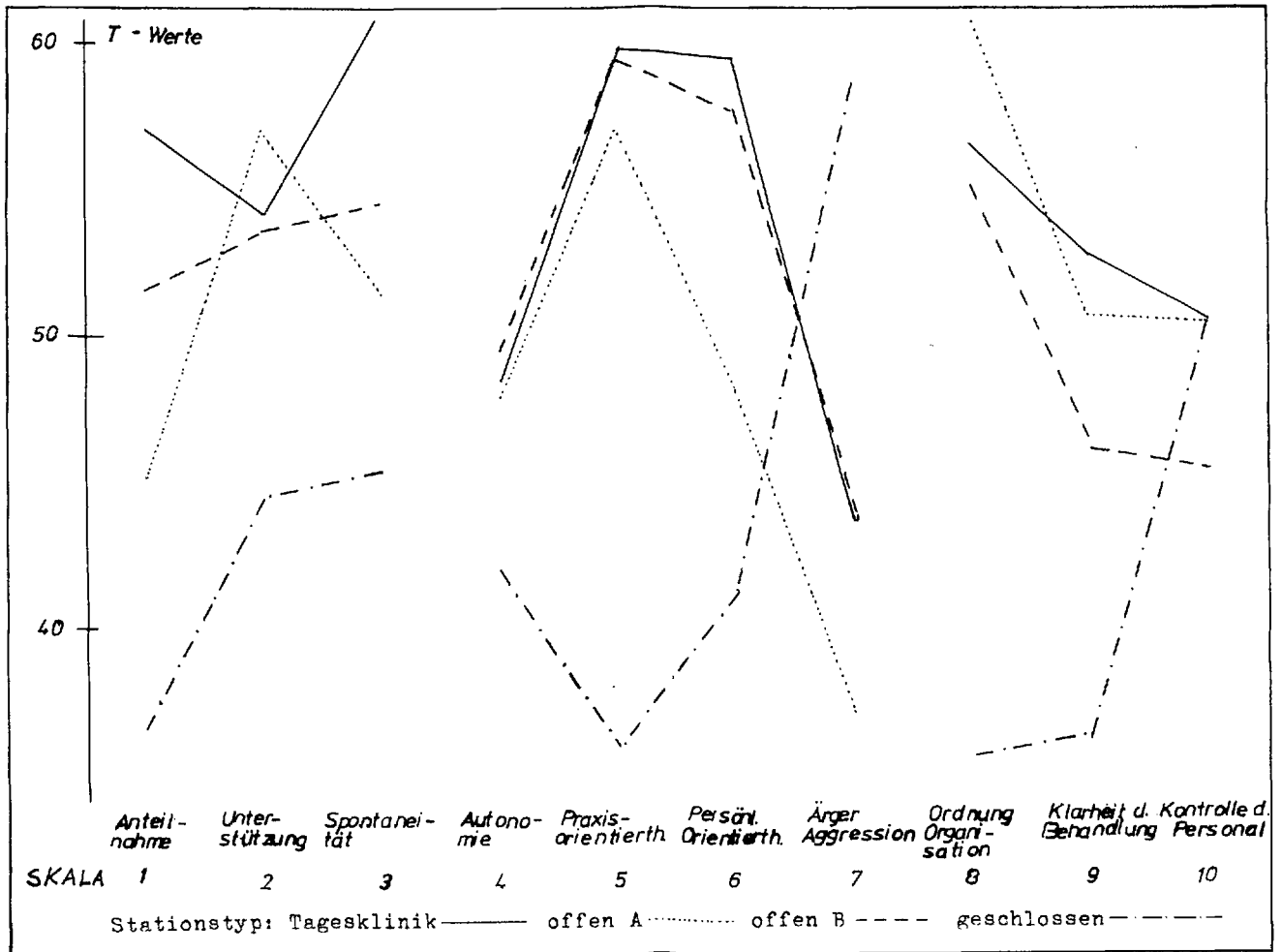


Abb. 1. Mittlere T-Werte für vier verschiedene Stationen.

Das Personal der geschlossenen Station beschreibt alle drei Aspekte der Dimension *Soziale Beziehungen* zwischen den Stationsmitgliedern – gemeint sind hier soziale Beziehungen sowohl zwischen Patienten als auch zwischen Patienten und Personal –, als deutlich geringer als das Personal der offenen Stationen: Dabei wird vom Personal der geschlossenen Station die aktive Teilnahme der Patienten am Stationsgruppenleben (Skala: Anteilnahme) im Vergleich zur gegenseitigen helfenden Unterstützung (Skala: Unterstützung) und zum Grad, in dem Gefühle auf der Station offen ausgedrückt werden (Skala: Spontaneität), als besonders niedrig beurteilt.

Auch auf den Skalen der Dimension *Behandlungskonzept* liegen in der Einschätzung durch das Personal der geschlossenen bzw. offenen Stationen gegenläufige Ergebnisse vor:

Das Personal der offenen Stationen kennzeichnet das Behandlungskonzept als stark praxisorientiert, also auf das Zurechtkommen des Patienten nach der Entlassung orientiert (Skala: Praxisorientiertheit). Ausserdem spielt die Ausrichtung auf die persönlichen Probleme der Patienten (Skala: Persönliche Problemorientiertheit) eine besondere Rolle. In Relation dazu wird die Ermutigung zur Unabhängigkeit und Selbst-

ständigkeit im Stationsalltag (Skala: Autonomie) als weniger bedeutsam beschrieben. Ärger und Aggression (sich beschweren, streiten, Kritik üben usw.) zeigen die Patienten in der Wahrnehmung des Personals in nur sehr geringem Ausmass.

In der Sicht des Personals der geschlossenen Station spielen gerade Ärger und Streit der Patienten untereinander eine besonders herausragende Rolle; dagegen beschreibt das Personal die «Praxisorientiertheit» des Behandlungskonzeptes, also die Orientierung der Behandlung auf eine vom Patienten bestimmte Zukunft, als sehr gering. Auf dem Hintergrund der Krankheitsverläufe der Patienten auf der geschlossenen Station ist die Einstufung zunächst erklärbar, da für die Patienten dieser Station in der Regel keine Alternative zu einer Unterbringung in einem Pflegeheim besteht.

Auch auf der dritten Dimension, die sich auf die *Geordnetheit* und *Regelmässigkeit* des Stationsbetriebes bezieht (Dimension: Systemerhaltung und -veränderung) liegen deutlich unterschiedliche Kennzeichnungen für die offenen und die geschlossene Station vor: Während das Personal der offenen Station den Grad der gut organisierten und ordentlich aussehenden Station (Skala: Ordnung und Organisation) als hoch

erlebt, liegt für die geschlossene Station die gegenteilige Beurteilung vor. Die Einschätzung von «Ordnung und Organisation» läuft für beide Stationstypen in Gegenläufigkeit zum Ausdruck von Aggression und Ärger auf der Station (Skala 7): Auf der geschlossenen Station wird vom Personal viel Ärger und Aggression und gleichzeitig geringe «Ordnung und Organisation» erlebt, auf den offenen Stationen wird umgekehrt über geringen Ärger und Aggression und gleichzeitig über einen hohen Grad an «Ordnung und Organisation» berichtet.

Auch die «Klarheit des Behandlungsprogramms» für den Patienten (Skala 9), also das Ausmass, in dem der Patient über seine Behandlung informiert wird, wird für die beiden Stationstypen als deutlich unterschiedlich gesehen: Das Personal der geschlossenen Station sieht die «Klarheit des Behandlungsprogramms» als nur sehr gering gegeben an – dieses Faktum muss jedoch in Beziehung zu der starken kognitiven Beeinträchtigung der Patienten der geschlossenen Station gesehen werden –, die Beurteilung durch die offenen Stationen liegt in Relation zu der geschlossenen Station hoch, weicht jedoch nicht von einem mittleren Wert ab.

Die Regelung des Stationsalltags scheint das Personal beider Stationstypen sehr ähnlich zu beurteilen: Das Personal beschreibt sich selbst als in einem mittleren Ausmass das Verhalten der Patienten kontrollierend (Skala: Kontrolle durch das Personal).

Zusammengefasst lässt sich sagen: Das Personal der offenen Stationen beschreibt seine Stationen als eine Umwelt, für die eher gilt, dass die Patienten aktiv am Stationsgeschehen teilnehmen, die Stationsmitglieder sich gegenseitig unterstützen, zum Ausdruck besonders von Gefühlen angeregt wird, Ärger, Aggressionen und Streit eher niedrig sind; dagegen wird viel Wert auf die Vorbereitung der Entlassung gelegt, die Patienten werden eher ermutigt, offen über ihre persönlichen Probleme zu sprechen.

Die eigene Station wird in hohem Masse als gut organisiert und ordentlich aussehend dargestellt.

Das Personal der geschlossenen gerontopsychiatrischen Station – mit einer grossen Anzahl stark hirnororganisch beeinträchtigter Patienten – sieht die sozialen Beziehungen in der Station als eher gering an, dagegen werden Ärger und Streit auf der Station als dominierend erlebt. Das Behandlungsprogramm ist nicht an einer Entlassung der Patienten in eine von ihnen gestaltbare Zukunft orientiert. Die Station wird nur in relativ geringem Umfang als gut organisiert und ordentlich aussehend erlebt. Das Verhalten der Patienten wird in der Sicht des Personals in einem mittleren Ausmass kontrolliert.

Der Vergleich der beiden offenen Stationen mit der Tagesklinik zeigt, dass das Personal beider Stationstypen das Stationsklima an sehr vielen Punkten sehr ähnlich erlebt bzw. gestaltet. Besondere Differenzen weisen die beiden offenen Stationen im Vergleich zur Tagesklinik lediglich in der Dimension der «Sozialen

Beziehungen» auf. Das Personal der Tagesklinik beschreibt im Vergleich zum Personal der beiden offenen Stationen eine grössere aktive Beteiligung der Patienten am Stationsleben bei gemeinsamen Aktivitäten (Skala: Anteilnahme) sowie einen höheren Grad der Ermunterung der Patienten, über Gefühle offen zu sprechen (Skala: Spontaneität).

Diskussion

Die offenen und geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen stellen aus der Sicht des Personals recht unterschiedliche Umwelten für die Patienten dar. Die sozialen Beziehungen zwischen den Stationsmitgliedern, die Art des therapeutischen Umgangs im Stationsalltag und die Organisation des Stationsbetriebes differieren, so wie sie durch den SBB erfasst werden, im Erleben des Personals für offene und geschlossene gerontopsychiatrische Stationen deutlich. Die Wahrnehmung des Stationsklimas durch das Stationspersonal mag mit vom Wunschbild des Personals geprägt sein, die eigene Station in bestimmter Weise zu sehen bzw. darzustellen. Aber auch dieses Wunschbild dürfte dann ein Stück weit für das Personal verhaltenssteuernd sein. Es stellt damit auch einen Teil «Umwelt» für die Patienten dar.

Die vom Personal sehr unterschiedlich erlebte Stationsatmosphäre auf offenen und geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen ist auf dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Patientengruppen zu sehen, die auf den verschiedenen Stationstypen behandelt werden: Auf den offenen Stationen überwiegen Patienten mit funktionellen Psychosen, auf den geschlossenen dagegen Patienten mit schweren psychoorganischen Störungen als Folge degenerativer, atrophischer und vaskulärer Prozesse. Dementsprechend bestehen sehr unterschiedliche Therapieziele: Während auf den offenen Stationen die Therapieziele eindeutig an der Entlassung des Patienten in eine zum grössten Teil noch von ihm selbständig zu bewältigende Lebensumwelt, meist nach Hause, orientiert sind, dominiert auf der geschlossenen Station das Ziel einer Versorgung und Pflege der Patienten, die aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr eine selbstbestimmte Form des Lebens führen können.

Es muss gesehen werden, dass die Arbeit auf den geschlossenen Stationen infolge anhaltender Verwirrtheit, Desorientierung, Inkontinenz und Unruhe der Patienten sehr stark von Pflege und Beaufsichtigung der Patienten, letzteres vor allem auch zu ihrem Schutz, bestimmt ist. Das Personal leistet dabei Schwerarbeit, die eine ungeheure physische und psychische Belastung bedeutet. Bei den belastenden und zeitaufwendigen Aufgaben der Pflege und Beaufsichtigung und bei der Schwierigkeit, diese Patientengruppe angemessen anzusprechen, besteht die Gefahr, wie es sich ja auch in den Ergebnissen widerspiegelt, dass die persönliche Kommunikation mit dem Patienten, die oft nur über Blick- und Körperkontakt möglich ist, einen nachgeordneten Stellenwert erhält.

Da die Problematik des Umgangs mit Patienten mit schwersten organischen Abbausyndromen ein generelles Problem darstellt, sollen hier Überlegungen darüber angeschlossen werden, welche Voraussetzungen für adäquatere Betreuungsangebote gegeben sein sollten, so dass dem Personal mehr und individuellere Formen der Zuwendung zum Patienten ermöglicht werden können.

Zunächst wäre an eine Verkleinerung der Station selbst zu denken. Durch kleinere Pflegegruppen (6–8 Patienten) würden sowohl für Personal als auch für Patienten überschaubarere Einheiten entstehen. Es wäre auch noch einmal neu zu überlegen, wieweit Stillstand und Dauer-Asyl-Situation dementer Patienten reduziert werden könnten, indem einzelne demente Patienten auf Stationen mit leichter kranken alten Menschen betreut würden.

Ferner wäre für das Personal eine Rotation zu erwägen, ohne dass dadurch bei den Patienten das Erleben von Instabilität entsteht. Eine moderate Personalrotation könnte möglicherweise Impulse für die zu leistenden Aufgaben auf den geschlossenen gerontopsychiatrischen Stationen bedeuten.

Dringend wäre sicher auch eine Unterstützung des Personals bei der Bewältigung der zwischenmenschlichen Probleme, also der schwierigen Interaktions- und Kommunikationsprobleme zwischen Personal und Patienten.

Es wäre ausserdem zu klären, auf welchen verschiedenen Ebenen psychoorganisch schwerst gestörte Patienten, also kognitiv kaum ansprechbare Menschen, möglicherweise kommunizieren können, damit das Personal diese Ebenen im Umgang mit den Patienten stärker berücksichtigen kann.

Uns erscheint die Frage, in welcher Weise wir den psychisch schwerst beeinträchtigten alten Menschen begegnen können, so wichtig angesichts der demographischen Entwicklung der nächsten Jahre. Denn schon jetzt gilt – wie Untersuchungen aus Nottingham, Lausanne und Köln zeigen –, dass bei 200 000 Einwohnern mit 30 000 Menschen über 65 Jahren zu rechnen ist, von denen etwa 400 der über 75jährigen schwere Störungen im Zusammenhang des Organischen Psychosyndroms aufweisen. Überlegungen und Massnahmen zu angemessener Behandlung, vor allem aber zu protektiven Hilfen für diese psychisch schwerst gestörten alten Menschen, deren Zahl in den nächsten Jahrzehnten eher ansteigen wird, sind also dringend.

Zusammenfassung

Nach einer Kennzeichnung der Mehrdimensionalität eines in der Klinik selbst lokalisierten Forschungsprojekts wird auf die Untersuchungsdimension «einzelne gerontopsychiatrische Stationen» näher eingegangen. Dabei ist untersucht, inwieweit drei verschiedene gerontopsychiatrische Stationstypen – eine geschlossene Station, zwei offene Stationen (vollstationäre Versorgung) und eine tagesklinische Station (teilstationäre Versorgung) – aus der Sicht des Personals unterschiedliche ökologische Umwelten für die Patienten darstellen. Das Stationsklima wurde anhand des Stationsbeurteilungsbogens (SBB) von Engel, Knab und Doblhoff erfasst. Die

Ergebnisse verdeutlichen die recht unterschiedlichen Umwelten für die Patienten auf geschlossenen und offenen Stationen, so wie sie vom Stationspersonal gesehen werden. Das Stationsklima der offenen Stationen unterschiedlichen Typs mit teil- und vollstationärer Versorgung weist nur in einzelnen, allerdings markanten Punkten Differenzen auf. Die Diskussion der Ergebnisse geht auf die hinsichtlich ihrer Krankheitszustände unterschiedlichen Patientengruppen der verschiedenen Stationstypen ein, kennzeichnet die belastende Arbeit des Personals auf geschlossenen Stationen und mündet in Überlegungen zu Voraussetzungen für adäquatere Betreuungsangebote an Patienten mit schwersten organischen Abbauprozessen.

Résumé

Ce travail précise l'approche multidimensionnelle d'une investigation faite dans l'hôpital même. En plus, on a analysé par un questionnaire spécial pour le personnel comment ce dernier perçoit le milieu écologique d'une station gérontopsychiatrique fermée, ouverte (traitement plein temps) et à traitement de jour (traitement temps partiel) (Stationsbeurteilungsbogen SBB von Engel et al.). Les résultats ont démontré que les milieux écologiques sont très différents dans une station fermée ou ouverte. Le climat de travail des stations ouvertes (traitement plein/partiel) diffère seulement sur certains points marquants. La discussion des résultats met en évidence les groupes hétérogènes de patients des différents types de stations. Elle montre aussi que le travail dans une station fermée est plus pesant pour le personnel et essaie de trouver des hypothèses pour un traitement plus adéquat des patients déments.

Summary

The study describes the multidimensional approach of an evaluation project and analyses the ecological milieu as perceived by the personal of one closed, open and semi-stationary ward respectively by way of a ward atmosphere inventory (Stationsbeurteilungsbogen – SBB – by Engel et al.). The results point to very differing ecological milieus on closed and open wards. Open wards of the fully stationary and the semi-stationary type, however, display only isolated yet prominent differences. The discussion of these results takes into consideration the diagnostically different groups of patients on wards of differing degree of institutionalization, accounts for the burdensome task of running a closed ward, and points to prerequisites of a more adequate care for demented patients.

Literatur

- [1] CIPS (Hrsg.) = Collegium Internationale Psychiatriae Scalearum; Internationale Studien für Psychiatrie (Beltz, Weinheim 1981).
- [2] Engel R. R., Knab B., von Doblhoff C., Stationsbeurteilungsbogen – SBB, Manual (Beltz, Weinheim 1982).
- [3] Hamilton M., Development of a Rating Scale for Primary Depression Illness, British Journal of Social and Clinical Psychology 6, 278 (1967).
- [4] Mariotto M. J., Paul G. L., Persons Versus Situations in the Real-Life Functioning of Chronically Institutionalized Mental Patients, Journal of Abnormal Psychology 84, 483 (1975).
- [5] Mariotto M. J., Interaction of Person and Situation Effects for Chronic Mental Patients: A Two-Year-Follow-up, Journal of Abnormal Psychology 87, 676 (1978).
- [6] Moos R., Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach (Wiley, Boston 1974).
- [7] Stake R. E., The Countenance of Educational Evaluation, Teachers College Record 68, 523 (1967); dt. in: Wulf Chr. (Hrsg.), Evaluation (Piper, München 1972), S. 92–112.
- [8] Stake R. E., A Theoretical Statement of Responsive Evaluation, Studies in Educational Evaluation 2, 19–22 (1976).
- [9] Zerssen D. V., Die Befindlichkeits-Skala, Manual (Beltz, Weinheim 1976).
- [10] Zerssen D. V., Paranoid-Depressivitäts-Skala, Depressivitäts-Skala, Manual (Beltz, Weinheim 1976).