

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Universität Rostock
Direktor: Prof. Dr. Dr. Johannes Thome

Zwangsmaßnahmen in einer psychiatrischen Akutstation aus Patientenperspektive

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von Teresa Kallwass, geb. am 27.04.1986 in Köln
aus Berlin

Berlin, 25.01.2021

Gutachter:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Thome, Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. habil Vjera Holthoff-Detto, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Hedwigshöhe in Berlin

Prof. Dr. med. habil. Frank Häßler, Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Jahr der Einreichung: 2021

Jahr der Verteidigung: 2021

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich zunächst besonders Herrn Prof. Dr. Dr. Thome für die Bereitstellung des interessanten Themas und für die intensive Begleitung bei der Durchführung und dem Abschluss meiner Dissertation danken.

Ich danke sehr den teilnehmenden Patienten für ihre Zeit und ihre Offenheit in der Interviewsituation.

Mein Dank gilt auch Herrn Dipl.-Psych. Ivo Marx und den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern der Stationen P1 und P2 für ihre wohlwollende und geduldige Haltung sowie ihre Bereitschaft, bei der Rekrutierung der Patienten Hilfestellung zu leisten.

Herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Stefan Dahm für die Beratung bei der statistischen Auswertung und bei meiner Schwester Olivia Kallwass für das Korrekturlesen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis	9
Zusammenfassung	10
1 Einleitung und theoretischer Hintergrund	12
1.1 Definition von Zwangsmaßnahmen	15
1.2 Kursorische Darstellung des geschichtlichen Hintergrundes.....	16
1.3 Rechtlicher Hintergrund.....	19
1.4 Studienlage zu dem Thema Zwangsmaßnahmen	21
1.4.1 Vorkommen und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen.....	21
1.4.2 Das Erleben von Zwangsmaßnahmen	23
1.4.3 Patientenzufriedenheit.....	26
1.5 Ziele und Hypothesen der Studie	28
2 Material und Methoden.....	29
2.1 Studiendesign und Stichprobe	29
2.2 Erhebungsinstrumente	30
2.2.1 Fragebogen zu Zwangsmaßnahmen und zu Alternativen aus Patientensicht	30
2.2.2 Stations-Erfahrungsbogen zur Erfassung verschiedener Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung	32
2.2.3 Patientenzufriedenheitsfragebogen	33
2.2.4 Freiburger Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Screening.....	34

2.3	Ablauf der Exploration.....	34
2.3.1	Probandenrekrutierung und Durchführung des Patienteninterviews ...	34
2.3.2	Basisdokumentation	36
2.4	Datenanalyse und Statistik	36
3	Ergebnisse	39
3.1	Stichprobenbeschreibung	39
3.1.1	Prävalenz und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen	39
3.1.2	Patienten mit Interviewdaten.....	40
3.2	Das Erleben der Zwangsmaßnahme	42
3.2.1	Kognitives Erleben	43
3.2.2	Emotionales Erleben	44
3.2.3	Präferierte Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht.....	46
3.2.4	Gründe für Zwangsmaßnahmen (aus Sicht der Patienten und des Personals).....	47
3.2.5	Alternativen aus Patientensicht unter besonderer Berücksichtigung des Problems der Fixierungserfahrung	51
3.2.6	Kommentare der Patienten	51
3.3	Ergebnisse des PTBS Screenings	54
3.4	Patientenzufriedenheit (SEB, CSQ)	55
3.4.1	Beurteilung des therapeutischen Settings (SEB).....	56
3.4.2	Allgemeine Behandlungszufriedenheit (CSQ).....	58
4	Diskussion.....	60
4.1	Ergebnisdiskussion.....	60

4.1.1	Prävalenz und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen	60
4.1.2	Das subjektive Erleben der Zwangsmaßnahme	63
4.1.3	Präferierte Zwangsmaßnahme aus Patientensicht	67
4.1.4	Patientenzufriedenheit	71
4.2	Limitierungen und Ausblick.....	73
Literaturverzeichnis.....		78
Lebenslauf		90
Selbstständigkeitserklärung.....		92
Anhang		93

Abkürzungsverzeichnis

BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
CSQ:	Client Satisfaction Questionnaire
Fix:	Fixierung
PatPRA:	Patient Perspective on Restraint and Alternatives
PsychKG:	Psychisch-Kranken-Gesetz
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
SEB:	Stationserfahrungsbogen
ZM:	Zwangsmedikation
StGB:	Strafgesetzbuch

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Skalen des SEB	33
Tabelle 2:	Charakteristik der Patienten mit und ohne Zwangsmaßnahmen..	40
Tabelle 3:	Risikofaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.....	40
Tabelle 4:	Charakteristika der interviewten Patienten mit Zwangsmaßnahmen	42
Tabelle 5:	Kognitives Erleben der Fixierung und der Zwangsmedikation	44
Tabelle 6:	Negative Emotionen, ausgelöst durch Fixierung und Zwangsmedikation	45
Tabelle 7:	Positive Emotionen, ausgelöst durch Fixierung und Zwangsmedikation	45
Tabelle 8:	Die bevorzugte Zwangsmaßnahme aus Sicht aller Patienten und in Abhängigkeit von den Gruppenmerkmalen der Patienten	47
Tabelle 9:	Gründe für die Aufnahme aus Sicht der Patienten ohne Einsicht in die Notwendigkeit einer Fixierung oder einer Zwangsmedikation	51
Tabelle 10:	Offene Frage 1, was an der Zwangsmaßnahme am problematischsten gewesen sei	52
Tabelle 11:	Anteil der Patienten, die Symptome einer PTBS und/oder eines peritraumatischen Erlebens angaben.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gründe für Fixierung aus Sicht der Patienten und des Personals	49
Abbildung 2:	Gründe für Zwangsmedikation aus Sicht der Patienten und des Personals	50
Abbildung 3:	Symptome einer PTBS und/oder eines peritraumatischen Erlebens.....	55
Abbildung 4:	Bewertung der Beziehung zum Pflegepersonal	57
Abbildung 5:	Bewertung der Beziehung zum behandelnden Arzt.....	58
Abbildung 6:	Bewertung der Behandlung.....	59

Zusammenfassung

Zwangmaßnahmen erfolgen in Deutschland nur bei akuter Gefährdung des Patienten oder Dritter unter gesetzlich genau festgelegten Bedingungen. Mediziner finden sich insofern bei der Anwendung von Zwang in einem ethischen Dilemma zwischen dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung einerseits und der Verpflichtung des Arztes zum Handeln zum Wohle des Patienten und zum Schutz Anderer andererseits. Der Fokus der vorliegenden Studie lag in der Analyse von Fixierungen und Zwangsmedikationen aus Sicht der Patienten. Weiteres Interesse galt der Frage, ob Zwangsmaßnahmen die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung einschränken und die Beziehung zum behandelnden Personal sowie zu den Mitpatienten negativ beeinflussen könnten. Flankierend wurde der Aspekt einer potentiell traumatisierenden Wirkung einer Zwangsmaßnahme in die Untersuchung einbezogen.

Die Studie wurde über einen Zeitraum von vier Monaten auf den geschlossenen Stationen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock durchgeführt. Einundzwanzig Patienten, die Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, nahmen an der Studie teil. Zudem wurden 61 Patienten, die noch nie einer Zwangsmaßnahme ausgesetzt waren, rekrutiert, um die am ehesten tolerable Zwangsmaßnahme aus der Sicht diesbezüglich unerfahrener Patienten zu erfassen und die Zufriedenheit beider Gruppen mit der Behandlung und dem Personal zu vergleichen. Die Erfassung des Erlebens der Zwangsmaßnahme aus Patientensicht erfolgte mit Hilfe des Interviews „Zwangmaßnahmen und Alternativen aus Patientensicht“, einer deutschen Adaptation des englischsprachigen Interviews „Patient Perspective on Restraint and Alternatives“ (PatPRA, Hazewinkel et al., 2011). Das „Freiburger Posttraumatische Belastungsstörung Screening“ (Freiburger PTBS Screening, Stieglitz et al., 2002) diente der Einschätzung der Präsenz peritraumatischer Symptome sowie der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung und dem Klinikpersonal wurde mit dem „Stationserfahrungsbogen“ (SEB Sammet & Schauenburg, 1999) und dem „Patientenzufriedenheitsfragebogen“ (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ, Larsen et al., 1979) gemessen.

In dem Untersuchungszeitraum erfuhren 15% der Patienten Zwangsmaßnahmen, zumeist als Reaktion auf aggressives Verhalten. „Männliches Geschlecht“ und die „Diagnose Schizophrenie“ wurden als Risikofaktoren identifiziert ($p < 0,05$). Die Patienten erlebten die Fixierungen mehrheitlich als nicht gerechtfertigt, vermeidbar und unnützlich. Die Zwangsmedikation

war aus Patientensicht die eher tolerierte Maßnahme – unabhängig von Geschlecht, Alter, Diagnose und, ob sie eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Im emotionalen Erleben der Zwangsmaßnahmen dominierten Angst, Trauer und besonders Wut. Die Kritikpunkte aus Patientensicht betrafen insbesondere die Bewegungseinschränkung im Rahmen der Fixierung sowie mangelnde Kommunikation und Mitspracherecht im Vorfeld der Zwangsmaßnahme; Vorschläge zur Vermeidung von Zwang galten insbesondere mehr Raum für Mitbestimmung und bessere Kommunikation zwischen Personal und Patient. Zehn von 22 Patienten assoziierten vier oder mehr Symptome eines peritraumatischen Erlebens oder einer posttraumatischen Belastungsstörung mit der Zwangsmaßnahme (Grenzwert=4 Symptome für die wahrscheinliche Entwicklung einer PTBS). Zwangsmaßnahmen zeigten, wie angenommen, einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung und dem Klinikpersonal ($p < 0,05$). Insbesondere die Beziehung zum behandelnden Arzt war betroffen.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen den Schluss zu, dass sich Zwangsmaßnahmen in der Regel negativ auf die seelische Verfassung der Patienten auswirken. Studien zur Effektivität von Deeskalationsmaßnahmen sind notwendig. Die Vermutung, dass eine Zwangsmaßnahme das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung in sich tragen könnte, wurde verdichtet. Die Ergebnisse zeigten allerdings unterschiedliche Toleranzen gegenüber den verschiedenen Zwangsmaßnahmen: Eine Zwangsmedikation wurde von den Patienten weniger eingreifend erlebt als eine Fixierung. Die Patienten wünschten sich mehrheitlich im Umfeld der Zwangsmaßnahme mehr Mitspracherecht und intensivierete Kommunikation. Die zentrale Rolle des Arztes bei der Wahrnehmung von Zwang wurde betont. Diese hypothetischen Zusammenhänge wurden in der Studie verstärkt, sollten jedoch in größer angelegten Studien evaluiert werden. Darüber hinaus bedarf es weiterer Studien zu Anwendungsstandards von Zwangsmaßnahmen und zur Entwicklung neuer Deeskalationstechniken. Hierbei sollten die benannten Patientenwünsche einbezogen werden. Die Untersuchung zeigte auch die Notwendigkeit regelmäßiger Fortbildung des ärztlichen Personals in Kommunikations- und Deeskalationstechniken, vor allem im Umgang mit psychotischen Patienten.

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund

Die Psychiatrie hat ein Doppelmandat inne (Pieters, 2003, S. 56): Zum einen hat sie – wie alle medizinischen Fachrichtungen – einen Heilungsauftrag, zum anderen besitzt sie traditionell auch eine gesellschaftliche Ordnungsfunktion (Pieters, 2003, S. 56): Gefährdet ein psychisch Kranker krankheitsbedingt sich oder andere Menschen, ist Zwang unter bestimmten Voraussetzungen gerechtfertigt oder gefordert, um Schaden abzuwenden und die Gesundheit wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

Dieses Doppelmandat ist einzigartig in der Medizin und führt dazu, dass sich in der Psychiatrie Tätige häufig in einem ethischen Dilemma befinden. Nach Steinert (2007) und Petrini (2013) treten bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen „Prima-facie-Kernprinzipien der Medizinethik“ in einen Konflikt. Die Prinzipien des paternalistischen Ansatzes Fürsorge (beneficience) und Schadensvermeidung (nonmaleficience) stehen hier dem Prinzip der Autonomie des Einzelnen gegenüber (Steinert, 2007; Petrini, 2013).

Der **paternalistische Ansatz** rechtfertigt die Vernachlässigung des geäußerten Willens einer Person mit dem Ziel, Schaden von der betroffenen Person abzuhalten, ihr Wohl zu fördern und ihren freien Willen wiederherzustellen. Grundlage dieses Ansatzes ist, dass bestimmte psychiatrische Krankheiten zu einem Verlust der freien Willensbildung führen können. Auf Basis dieser Annahme versucht der Behandelnde, den prämorbidem, autonomen, freien Willen des Patienten zu ermitteln, und therapiert – so die Konsequenz – im besten Interesse des Patienten (Steinert & Kallert, 2006; Sjöstrand & Helgesson, 2008).

In den letzten 30 Jahren gewann das **Prinzip der Autonomie** mehr und mehr an Bedeutung und drängte paternalistische Ansätze in den Hintergrund (Verkerk, 1999; Eckart, 2013). Die Ethik der Autonomie rekurriert auf das grundlegende Menschenrecht der körperlichen und persönlichen Selbstbestimmung (Pieters, 2003, S. 74), wobei manche Vertreter dieses Ansatzes das Recht auf Selbstbestimmung höher bewerten als den Schutz der Patientengesundheit (Verkerk, 1999).

Im letzten Jahrzehnt erfolgte ein zunehmendes Problembewusstsein im Hinblick auf diesen ethischen Konflikt, das sich in Publikationen von Stellungnahmen, Leitlinien, gesetzlichen Novellierungen (siehe Kapitel 1.3) und einer steigenden Anzahl von Studien zum Thema Zwangsmaßnahmen (siehe Kapitel 1.4) widerspiegelt.

Der fundamentale Konflikt zwischen diesen ethischen Prinzipien ist nach Pieters (2003, S. 75) nicht aufzuheben. Seiner Meinung nach ergibt sich eine mögliche Lösung durch die Verlagerung von einem absoluten zu einem relativen ethischen Standpunkt. Nur unter der Berücksichtigung der jeweils gegebenen Umstände lasse sich der dann gewählte ethische Standpunkt rechtfertigen. Die Lösung liege nicht in der Festlegung auf einen absoluten ethischen Grundsatz, sondern in einem offenen Gespräch aller an dem Prozess beteiligten Vertreter unterschiedlicher Positionen (Pieters, 2003, S. 76)

Bedeutsame Stellungnahmen zu dieser Problematik in Form von Leitlinien erfolgten auch von dem Weltverband der Psychiatrie 1996 in Madrid, dem US-Kongress 1999 und in einem White Paper des Europarats 2000 (World Psychiatric Association, 1996; Appelbaum, 1999; Council of Europe Steering Committee on Bioethics Working Party of the Council of Europe, 2000). Die Autonomie der Patienten erfährt in diesen Leitlinien eine große Gewichtung. Diese Erklärungen begrenzen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf Notfälle, die das Leben der Patienten oder das Leben Dritter bedrohen. Weiterhin müssten Zwangsmaßnahmen im Verhältnis zu der Schwere der Gefährdung stehen, dürften nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen ersetzbar sein und nur für kurze Dauer angewendet werden (Steinert & Schmid, 2014). Die Europäische Kommission und der Europarat fordern eine Harmonisierung der Definition, der Dokumentation und der gesetzlichen Grundlagen von Zwangsmaßnahmen innerhalb Europas (Meise & Frajo-Apor, 2011).

Nach Steinert führt der Weg zu transparenten und ethisch nachvollziehbaren Entscheidungen über die Etablierung einer „evidenzgestützten Ethik“. Psychiatrisches Handeln sollte sich neben theoretischen Grundlagen auch auf empirische Befunde stützen; Diskussionen um Zwangsmaßnahmen bewegten sich zurzeit allerdings mehr im hypothetischen Raum als auf dem Boden empirischen Wissens (Steinert, 2007). Trotz des im letzten Jahrzehnt wachsenden Forschungsinteresses an dem Thema, ist nach Kallert (2007) das empirische Wissen über Zwangsmaßnahmen noch immer gering, gemessen an ihrer Bedeutung für die klinische Praxis und im Hinblick auf die steigende öffentliche Kritik an Zwangsmaßnahmen. Auf der Basis vorhandener empirischer Informationen konstatieren Autoren, dass keine zuverlässige Aussage hinsichtlich der Effektivität und der negativen Folgen von Zwangsmaßnahmen getroffen werden könne (Sailas & Fenton, 2000; Muralidharan & Fenton, 2006; Nelstrop et al., 2006; Kallert, 2007; Kjellin & Wallsten, 2010). Die therapeutische Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen sei unklar. Es bestünden auch kaum Kenntnisse darüber, welche Zwangsmaßnahme als am wenigsten eingreifend bzw. als am wirksamsten zu betrachten sei

(Bergk et al., 2008; Georgieva et al., 2012a). Erste Patienteninterviews belegten, dass Zwangsmaßnahmen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Patienten haben könnten (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Frueh et al., 2005).

Steinert (2007) betont weiterhin, dass man die subjektive Wahrnehmung der Patienten berücksichtigen sollte, um konsensfähige Leitlinien im Umgang mit dieser Problematik gemeinsam zu gewinnen. Die Sichtweise der Betroffenen sollte im Sinne einer evidenzgestützten Ethik in die ethische Diskussion einfließen (Steinert, 2007). In der Literatur wird von weiterem Forschungsbedarf bezüglich der Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht berichtet (Fisher, 1994; Chien et al., 2005; Nelstrop et al., 2006; Meise & Frajo-Apor, 2011). Bergk et al. (2008) weisen darauf hin, dass der öffentliche Diskurs die Frage der Menschenrechte und vor allem subjektive Aspekte wie negatives Erleben und negative Gefühle anspreche. Bislang sei nach Frajo-Apor et al. (2011) der Frage, wie Patienten Zwangsmaßnahmen faktisch erleben, jedoch kaum nachgegangen.

Empirische Ergebnisse zu diesen Themen dienen nicht der Frage, ob Zwangsmaßnahmen als richtig oder falsch zu betrachten sind. Die eindimensionale Betrachtung von Zwangsmaßnahmen stände im Gegensatz zu der Komplexität der Problematik. Eine wissenschaftliche Thematisierung der subjektiven Perspektive der Patienten zielt auf die objektiv schwer zu erfassenden Folgen von Zwang und auf die Entwicklung neuer Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Durch die Kenntnis der Konsequenzen von Zwangsmaßnahmen können Vorkehrungen ergriffen werden, um den Einsatz von Zwangsmaßnahmen für Patienten transparenter zu gestalten, und negativen Folgen des Zwangs zu begegnen. Gleichzeitig würden eventuell Erkenntnisse darüber gewonnen, wie das „Gefühl von Zwang“ entsteht. Das Einbeziehen der Präferenz, der Alternativen und der Verbesserungsvorschläge aus Patientensicht in die klinische Entscheidung ist zusätzlich geeignet, den Patienten in stärkerem Maße Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse zu Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive der Patienten könnten nach Meise und Frajo-Apor (2011) zur Reduktion von Zwang und zur Entwicklung von besseren Behandlungsstandards beitragen.

In den folgenden Kapiteln wird zunächst der Begriff der Zwangsmaßnahme genauer erläutert, bevor auf die historischen und rechtlichen Hintergründe von Zwangsmaßnahmen eingegangen wird. Nach der Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema werden die Ziele und Hypothesen der vorliegenden Studie vorgestellt.

1.1 Definition von Zwangsmaßnahmen

Schramme betont, dass Zwang per se sich immer gegen die Patientenautonomie richte und einer Rechtfertigung bedürfe (Schramme & Thome, 2004, S. 357). Er unterscheidet dabei zwischen offensichtlichem, hartem, paternalistischem Zwang und interaktivem Zwang. Der paternalistische Zwang bezeichne die Durchführung einer Behandlung eines Patienten gegen dessen ausgesprochenen freien Willen, im besten Sinne des Patienten. Dazu zähle z.B. die Zwangsfixierung gegen den Willen des Patienten (Schramme & Thome, 2004, S. 358). Interaktiver Zwang hingegen übergehe den autonomen Willen indirekt, er manipulierte diesen eher durch sogenannte „unwiderstehliche Angebote“, die eine bestehende Abhängigkeit ausnutze (Schramme & Thome, 2004, S. 365-366). Der Patient sei hierbei weniger das Objekt der Intervention als ein Teil einer zwischenmenschlichen Beziehung. Da diese „Angebote“ und „Drohungen“ sich gegen den autonomen Willen stellten, seien sie ebenfalls als Zwangsmittel anzusehen (Schramme & Thome, 2004, S. 365-366).

Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (Zentrale Ethikkommission, 2013) äußert sich zu der Thematik ähnlich wie Schramme: „Zwang liegt nicht nur bei Anwendung physischer Gewalt (z. B. Festhalten oder Fixieren) vor, sondern in jedem Fall, in dem gegen den Willen des Patienten gehandelt wird, zum Beispiel durch Täuschung oder Drohung.“ Nach Kettler et al. (2012) finden diese möglichen psychischen Formen des Zwangs häufiger Anwendung als Fixierungen oder andere Formen physischer Zwangsmaßnahmen.

Um den Begriff von „Zwang“ zu verstehen, solle die Perspektive der Betroffenen einbezogen werden (Meier, 2005, S. 75). In mehreren Studien wurde beschrieben, dass für psychiatrische Patienten das Maß an patientenzentrierter Kommunikation und Mitbeteiligung an Entscheidungsprozessen entscheidend für die Wahrnehmung von Zwang zu sein scheint (Lidz et al., 1995; Monahan et al., 1995; Cascardi & Poythress, 1997; Swartz et al., 2003; Gilbert et al., 2008).

In vorliegender Studie wurden die Fixierung, die Isolierung und die Zwangsmedikation untersucht. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um offenkundige Formen des Zwangs.

Eine **Zwangsfixierung** im engeren Sinne, das heißt eine Fixierung, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird, geschieht durch am Körper angebrachte Gurtsysteme, die eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit bewirken (Martin et al., 2007b; Steinert, 2008).

In Deutschland werden – speziell für Fixierungen produzierte – breite Gurte verwendet (Steinert, 2008). Die sogenannte „5-Punkt-Fixierung“ mit Festbinden der vier Extremitäten und des Bauchs des Patienten an das Bett ist der gültige Standard (Steinert, 2008). Andere Formen von Zwangsfixierung im weiteren Sinne wie Bettgitter, „Schutzdecken“ und Stuhltische (Martin et al., 2007b) waren nicht Teil dieser Studie.

Bei der **Isolierung** wird der Betroffene in einem von ihm nicht zu verlassenden Raum mit unterschiedlicher Ausstattung (Matratze mit Decke, Getränk, eventuell eigene Toilette) unter Beobachtung (per Kamera oder durch ein Fenster) untergebracht (Steinert, 2008).

Eine **Zwangsmedikation** ist eine Form der Medikamentenverabreichung, die gegen den erklärten oder gezeigten Willen des Patienten durchgeführt wird (Steinert & Kallert, 2006). Die Verabreichung einer solchen Zwangsmedikation kann sowohl oral, intramuskulär als auch intravenös erfolgen (Steinert & Kallert, 2006; Martin et al., 2007b; Steinert, 2008). Die vorliegende Arbeit definiert wie in einer Studie von Steinert und Kallert (2006) eine Medikation als eine Zwangsmedikation, wenn in die körperliche Integrität des Patienten eingegriffen wird, d.h. wenn wenigstens ein Festhalten während der Verabreichung der Medikation erfolgt.

1.2 Kursorische Darstellung des geschichtlichen Hintergrundes

Die Behandlung psychisch Kranker in der Geschichte der Psychiatrie wurde durch die Erklärung psychischer Störungen, die Wahrnehmung abweichenden Verhaltens und den kulturellen Kontext der jeweiligen Epoche bestimmt (Schott & Tölle, 2006, S. 15).

Die erste große Veränderung der Wahrnehmung und der Behandlung psychisch Kranker war die Befreiung der Pariser Insassen einer so genannten „Irrenanstalt“ (Hôpital de la Salpêtrière) von ihren Ketten durch Pinel 1793, die große Publizität erlangte (Schott & Tölle, 2006, S. 244). Für eine Gesellschaft, die nach der französischen Revolution dem Ideal eines freiheitlichen und brüderlichen Menschenbilds folgte, war die reine „Verwahrung“ der nun als krank und nicht mehr als „irre“ angesehenen Betroffenen inakzeptabel. Folgend etablierte sich zunächst in England, dann in weiteren Teilen Europas, die moralische, psychosoziale Milieuthérapie (Brückner, 2010, S. 70). Ein wesentlicher Baustein dieses Therapiemodells war eine menschenwürdige Behandlung der Patienten (Brückner, 2010, S. 70). Allerdings

legitimierten die Vertreter des „moral treatments“, inklusive des deutschen Vertreters Johann Christian Reil, bei erregten Patienten weiterhin Isolierungen, Fixierungen, Zwangsjacken oder -stühle sowie warme oder kalte Dauerbäder (Pieters, 2003, S. 18-19). Diese galten als therapeutische Mittel zur Wiederherstellung der Selbstkontrolle (Brückner, 2010, S. 70).

Mitte des 19. Jahrhunderts propagierten die englischen Psychiater Robert Garner Hill und John Conolly eine Behandlungsstrategie ohne Zwangsmitteln, das sogenannte „non-restraint system movement“ (Brückner, 2010, S. 99). Beide implementierten Veränderungen im klinischen Alltag, die sich heutzutage in der Praxis der Milieuthapie finden. Unter anderem wurden die Räumlichkeiten den Patientenbedürfnissen angepasst und der Kontaktmöglichkeit zum Personal mit täglichen Visiten und einem höheren Personalschlüssel verbessert. Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen konnten dadurch reduziert werden (Schott & Tölle, 2006, S. 247).

In Deutschland vertrat der deutsche Psychiater Wilhelm Griesinger die neuen Ideen des „non-restraint system movement“. Die Reaktion der deutschen Psychiater war insgesamt aber eher ambivalent. Insgesamt lobten sie die Idee der zwangsfreien Behandlung, hielten sie aber eher für nicht immer realisierbar und sahen Zwang weiterhin als notwendiges Mittel in besonderen Situationen an (Schott & Tölle, 2006, S. 248-250).

Ab 1870 setzte ein neurowissenschaftlicher Forschungsschub ein, der neue Erkenntnisse über den Aufbau und die Funktionen des Gehirns lieferte und Erkrankungen wie die progressive Paralyse somatisch nachweisen konnte (Brückner, 2010, S. 104-106). Die Psychiater begannen, psychische Krankheiten durch morphologisch-pathologische Veränderungen des Gehirns zu erklären, stießen mit ihren Erklärungsmodellen bei psychischen Erkrankungen ohne organisches Korrelat jedoch an ihre Grenzen (Brückner, 2010, S. 104-106)

Anfang des 19. Jahrhunderts verbreitete sich in Europa zunehmend die sozialdarwinistisch geprägte Degenerationstheorie, die unter anderem auf der Erbllichkeit psychischer Störungen gründete (Brückner, 2010, S. 104-105). Diese Degenerationstheorie bildete zusammen mit den Ideologien des Sozialdarwinismus, der Eugenik und der Rassenhygiene den geistigen Hintergrund für Zwangssterilisierungen und gezielte Tötungsaktionen psychisch Kranker im Nationalsozialismus (Schott & Tölle, 2006, S. 169-170). Die systematische Verfolgung begann 1934 mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Dieses Gesetz schrieb die Zwangssterilisation von psychiatrischen Patienten und behinderten Menschen zu

„Gunsten der Rassenhygiene“ vor (Schott & Tölle, 2006, S. 166-167). Der zunehmende Euthanasiegedanke in Deutschland führte schließlich mit Beginn des Zweiten Weltkrieges zu der Ermordung psychisch Kranker im Rahmen der systematischen Tötungsaktion T4. An den Tötungsaktionen von mindestens 296.000 psychisch erkrankten Kindern und Erwachsenen waren Psychiater zum Teil direkt und indirekt beteiligt (Brückner, 2010, S. 132-133). Die Beendigung der T4 Aktion 1942 lässt sich hauptsächlich auf die Beschwerden von Angehörigen und Geistlichen zurückführen. Unter Psychiatern war passiver Widerstand gegen die systematische Tötung von Patienten vertreten; aktiver Widerstand war selten (Schott & Tölle 2006, S. 185). Bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges wurde die Ermordung psychisch Kranker jedoch dezentralisiert und weniger offenkundig durch Überdosierung von Medikamenten oder Tod durch Verhungern weiter durchgeführt. Nur wenige Ärzte wurden nach dem Krieg für ihre Mittäterschaft belangt (Schott & Tölle 2006, S. 181).

Als Reaktion auf die Verbrechen der Nationalsozialisten formulierten die Vereinten Nationen im Jahr 1948 die international anerkannte „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“. Es folgten weitere Menschenrechtsabkommen wie die völkerrechtlich verbindliche europäische Menschenrechtskommission 1950. Um erneute Menschenrechtsverbrechen in Deutschland zu verhindern, sind unter anderem die rechtlichen Voraussetzungen für mögliche Freiheitseinschränkungen in der Bundesrepublik Deutschland seit 1954 im Artikel 104 Absatz 1 und 2 des Grundgesetzes festgelegt (Pieters, 2003, S. 21). Mit der Einführung von Neuroleptika in den 1950er Jahren ergab sich erstmalig eine neue Behandlungsmöglichkeit als Alternative zu Fixierungen (Brückner, 2010, S. 134). In den überfüllten Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland mangelte es jedoch an Personal, Finanzierung und Rehabilitationsmöglichkeiten (Brückner, 2010, S. 134-135). So waren die Patienten zum größten Teil weiter über einen langen Zeitraum hinweg gegen ihren Willen auf geschlossenen Abteilungen untergebracht (Pieters, 2003, S. 24).

Mit der 1968er Bewegung setzte in der Bundesrepublik Deutschland eine sozialwissenschaftliche Psychiatriekritik ein (Brückner, 2010, S. 138-139). Die 1975 veröffentlichte Psychiatrie-Enquête enthielt Leitlinien zur Reform der Psychiatrie mit den vorrangigen Reformzielen der Stärkung gemeindenaher Versorgung, Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken sowie bedarfsgerechter Behandlung (Brückner, 2010, S. 140). Nicht zuletzt habe die Integration anderer Berufsgruppen in Behandlungsentscheidungen im Sinne der sozialpsychiatrischen Bewegung zu einer „Erweiterung des Horizonts“ in der Therapie psychisch Kranker geführt (Haack & Kumbier, 2012).

Die Situation psychisch Kranker hat sich im Verlauf der Geschichte verbessert; die Rechte der Patienten wurden gestärkt und es existieren effektivere, schonendere Behandlungsmöglichkeiten sowie Präventions- und Rehabilitationsstrategien. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, Zwangsmaßnahmen gänzlich abzuschaffen. Daher ist der Zwang in der Psychiatrie auch immer noch ein Thema kritischer Diskussionen, zumal die Patientenautonomie weiter an Bedeutung gewinnt.

1.3 Rechtlicher Hintergrund

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gegen den Willen des Patienten ist nur in Ausnahmen rechtlich begründbar. Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes garantiert jeder Person das unverletzliche Grundrecht auf Freiheit. Dazu gehört die allgemeine Handlungsfreiheit, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie die Freiheit der Person. Es steht jedem Bürger frei, Hilfe zurückzuweisen, solange daraus kein Schaden Dritter oder der Allgemeinheit resultiert. Grundrechte können nur durch allgemeine Rechte eingeschränkt werden, sofern der grundlegende Wesensgehalt nicht angetastet wird (Art. 19 Abs. 2 GG). Als weitere Einschränkung sind Eingriffe in hochrangige Grundrechte nur zulässig, wenn sie geeignet und erforderlich sind, einen höherrangigen Zweck zu erfüllen (Pieters, 2003, S. 28). Fehlt die gesetzliche Rechtfertigung, stellen Zwangsmaßnahmen nach Paragraph 249 des Strafgesetzbuches eine strafbare Freiheitsberaubung dar. Der Patient muss in die Maßnahme einwilligen und/oder krankheitsbedingt nicht zu einer freien Willensbildung befähigt sein und durch sein Verhalten eine gewichtige Gefahr für seine oder die Gesundheit Dritter darstellen. Das Prinzip der körperlichen Gesundheit wiegt in diesem Fall schwerer als das individuelle Recht auf Freiheit. Abhängig von dem Unterbringungsstatus des Patienten kommen unterschiedliche Rechtsnormen zur Anwendung, die den Eingriff in das Recht der Freiheit und der Selbstbestimmung rechtfertigen können. Diese Normen werden im Folgenden kurz erläutert.

Der **rechtfertigende Notstand (§ 34 StGB)** legitimiert die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in einer Notsituation. Bei gegebener Eigengefährdung ist die Einsichtsunfähigkeit des Patienten Voraussetzung; die Wirksamkeit des Gesetzes bei Fremdgefährdung ist von der Einsichtsfähigkeit des Patienten unabhängig. Die Maßnahmen müssen zur Abwendung der unmittelbaren Gefahr geeignet sein und in einem angemessenen Verhältnis zu der

gegenwärtigen Bedrohung stehen. Reagieren die verantwortlichen Behandelnden in einer solchen Situation nicht, können sie aufgrund pflichtwidrigen Unterlassens strafrechtlich belangt werden (§ 323c StGB). Werden die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum (>24 Stunden) oder regelmäßig durchgeführt, ist ein richterlicher Beschluss und eine zivilrechtliche bzw. öffentlich-rechtliche Unterbringung des Patienten notwendig.

Ist der Patient zivilrechtlich untergebracht, richten sich die Voraussetzungen für die Durchführung einer Zwangsmaßnahme nach den rechtlichen Inhalten des **Betreuungsgesetzes zur Unterbringung (§ 1906 Abs. 3-5 BGB)**. Zwangsmaßnahmen sind nach der aktuell gültigen Rechtsprechung nur bei Eigengefährdung und fehlender Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen bzw. seelischen Behinderung rechtmäßig. Die Gefahr eines erheblichen gesundheitlichen Schadens bei Nichtanwendung der Maßnahme ist Voraussetzung ihrer Anwendung. Jeder Zwangsmaßnahme muss der Versuch vorausgehen, den Betreuten von der Maßnahme zu überzeugen und den gesundheitlichen Schaden durch für den Betreuten zumutbarere Maßnahmen abzuwenden. Schließlich muss der Nutzen der Zwangsmaßnahme deutlich höher sein als die zu erwartenden Beeinträchtigungen. Die Einwilligung in eine Zwangsmaßnahme wird durch den Betreuer beantragt und unterliegt dem richterlichen Vorbehalt. Beim Fehlen einer gültigen Betreuungsvollmacht kann in Eilfällen durch eine einstweilige Anordnung des Betreuungsgerichts ein Betreuer bestellt und dessen Einwilligung in eine Zwangsmaßnahme beantragt werden. Der Betreuer muss die Zwangsmaßnahme bei Wegfall ihrer Voraussetzungen widerrufen und dies dem Betreuungsgericht anzeigen (Köhler, 2014).

Eine Unterbringung und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen psychisch Kranker sind auch auf Grundlage der **Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG)** der einzelnen Bundesländer möglich. Entgegen einer zivilrechtlichen Unterbringung genehmigt eine öffentlich-rechtliche Unterbringung Zwangsmaßnahmen sowohl bei Eigen- als auch bei Fremdgefährdung. Als Voraussetzung einer Unterbringung oder Zwangsmaßnahme nach PsychKG gilt eine psychische Erkrankung. Der Antrag auf Unterbringung erfolgt in diesem Fall durch die Ordnungsbehörde beim Amtsgericht, das daraufhin die Unterbringung richterlich anordnet.

Im Jahr 2011 äußerte der Bundesgerichtshof verstärkt Kritik an der Praxis von Zwangsbehandlungen und forderte eine Verschärfung der rechtlichen Grundlagen auf Bundes- und Länderebene (Steinert & Schmid, 2014). Im Februar 2013 reagierte der Bundestag mit rechtlichen Novellierungen bezüglich Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen (Steinert &

Schmid, 2014). In Mecklenburg-Vorpommern wurde länderrechtlich die Kritik ebenfalls berücksichtigt und im Jahr 2016 eine umfassende Neufassung des PsychKG erlassen. Beiden Änderungen ist gemeinsam, dass die Voraussetzungen für die Rechtmäßigkeit einer Zwangsmaßnahme präziser formuliert sind: Eine Zwangsmaßnahme ist nur als ultima ratio anzuwenden, muss im Verhältnis zu der abzuwendenden Gefahr stehen, soll bei Wegfall der Gefahr sofort beendet werden und bedarf ausführlicher Dokumentation und Überwachung (§ 1906 Abs. 3-5 BGB; §§ 21, 22, 26 PsychKG M-V). Nach einer Klage zweier ehemaliger Patienten, die nach den jeweiligen PsychKG Gesetzen in Bayern und Baden-Württemberg ohne richterlichen Beschluss fixiert worden waren, folgte 2018 ein Beschluss des Bundesverfassungsgericht bezüglich der Genehmigung von Zwangsmaßnahmen auf Grundlage des PsychKG: Eine Fixierung eine Patienten über eine halbe Stunde Dauer ist nur noch mit richterlichem Beschluss rechters. Dieser richterliche Beschluss ist unabhängig von dem Aufenthaltsstatus des Patienten – freiwillig oder untergebracht nach PsychKG – einzuholen. Binnen eines Jahres nach oben genanntem Beschluss müssen nun alle Bundesländer ihre Gesetze entsprechend anpassen.

1.4 Studienlage zu dem Thema Zwangsmaßnahmen

1.4.1 Vorkommen und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen

Die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und auch die Art der angewendeten Zwangsmaßnahmen variieren international (Salize & Dressing, 2005; Steinert & Lepping, 2009; Borbé et al., 2010; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010). In aktuellen Studien aus Deutschland wird von Zwangsmaßnahmen bei 2-16% der in der Psychiatrie behandelten psychiatrischen Patienten berichtet (Martin et al., 2007a; Steinert et al., 2007; Ketelsen et al., 2011; Flammer et al., 2013). Die am häufigsten durchgeführte Zwangsmaßnahme in Deutschland ist die Fixierung (Martin et al., 2007a; Steinert et al., 2007; Steinert, 2008). In einer Studie von Steinert und Schmid (2014) gaben 84% der befragten Leiter deutscher psychiatrischer Kliniken an, eine Zwangsmedikation einzusetzen. Die Isolierung dagegen werde nur in ca. der Hälfte der deutschen Fachkrankenhäuser und in wenigen Universitätskliniken durchgeführt (Steinert & Schmid, 2014). In der Schweiz und der Niederlande praktizieren viele Kliniken vornehmlich die Isolierung (Steinert, 2008). In Großbritannien ist die

Fixierung, wie sie in Deutschland angewendet wird, gesetzeswidrig. Aggressive Patienten erhalten dort eine Zwangsmedikation und eine physische Fixierung, d.h. sie werden vom Personal festgehalten (Steinert, 2008). Diese internationalen Unterschiede werden auf uneinheitliche Gesetze und unterschiedliche Definitionen sowie uneinheitliche Formen der Dokumentation von Zwangsmaßnahmen zurückgeführt (Meise & Frajo-Apor, 2011). Kulturelle sowie traditionelle Unterschiede scheinen sich ebenfalls auf die Indikationsstellung für Zwangsmaßnahmen und die Durchführung von Zwangsmaßnahmen auszuwirken (Bowers et al., 2004; Steinert & Baur, 2004).

Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen variiert auch innerhalb Deutschlands von Klinik zu Klinik (Steinert & Baur, 2004; Bergk et al., 2008). Ketelsen et al. (2011) führten ein Benchmarking an sechs psychiatrischen Kliniken innerhalb Deutschlands durch und fanden Zwangsmaßnahmen bei insgesamt 3% aller behandelten stationären Fälle, mit einer Varianz zwischen den Kliniken von 1,9-7,4% (Ketelsen et al., 2011). Weitere Vergleichsstudien in Deutschland (Steinert et al., 2007) und anderen Ländern (Needham et al., 2002; Husum et al., 2010; Lay et al., 2011) zeigten ebenfalls eine ähnliche Varianz zwischen den einzelnen Krankenhäusern.

Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen erfolgte in drei repräsentativen Studien mehrheitlich als Reaktion auf aggressives und gewalttätiges Patientenverhalten (Husum et al., 2010; Raboch et al., 2010; Knutzen et al., 2013). Dazu zählten in den oben aufgeführten Studien neben der häufiger erwähnten Fremdaggressivität (körperliche Gewalt gegenüber dem Personal oder den Mitpatienten) auch die seltener genannte Eigengefährdung und Autoaggression. In zwei anderen Studien wurden Agitation und Desorientiertheit der Patienten am häufigsten als Gründe für Zwangsmaßnahmen genannt (Kaltiala-Heino et al., 2003; Keski-Valkama et al., 2010a). In einer qualitativen Studie von Wynn (2004) waren viele Patienten ihrerseits davon überzeugt, dass die Zwangsmaßnahme als Reaktion auf ein Nichtbefolgen der Anweisungen des Personals oder zur Durchsetzung stationärer Regeln erfolgte. Eine weitere qualitative Studie (Johnson, 1998) zeigte ebenfalls, dass Patienten der Ansicht waren, dass Zwangsmaßnahmen vom Personal angewendet wurden, um stationäre Regeln durchzusetzen.

In repräsentativen Studien werden folgende patientenbezogene Prädiktoren für die Anwendung einer Zwangsmaßnahme beschrieben: männliches Geschlecht (Hendryx et al., 2010; Dumais et al., 2011; Knutzen et al., 2011; Lay et al., 2011), jüngeres Alter (Hendryx et al.,

2010; Keski-Valkama et al., 2010b; Dumais et al., 2011; Knutzen et al., 2011; Lay et al., 2011), substanzbezogene Störungen (Ketelsen et al., 2011; Knutzen et al., 2011), organische psychische Störungen (Steinert et al., 2007; Lay et al., 2011), affektive Störungen (Keski-Valkama et al., 2010b; Dumais et al., 2011), Persönlichkeitsstörungen (Lay et al., 2011), unfreiwilliger Unterbringungsstatus (Soloff & Turner, 1981; Way & Banks, 1990). Insbesondere die Diagnose Schizophrenie konnte wiederholt als Risikofaktor für Zwangsmaßnahmen identifiziert werden (Steinert et al., 2007; Hendryx et al., 2010; Raboch et al., 2010; Dumais et al., 2011; Ketelsen et al., 2011; Knutzen et al., 2011; Lay et al., 2011).

1.4.2 Das Erleben von Zwangsmaßnahmen

Das internationale empirische Wissen zu dem Erleben von Zwangsmaßnahmen basiert zum größten Teil auf qualitativen Studien (Whitecross et al., 2013). Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass – wie zu erwarten – **Isolierungen** und **Fixierungen** mehrheitlich negativ erlebt werden. Die Patienten beschrieben Isolierungen mit Fixierungen als ungerechtfertigte, negative Erfahrungen, die Gefühle wie Angst, Wut, Traurigkeit, Scham sowie ein Gefühl der Entmachtung, Erniedrigung und Bestrafung auslösten (Binder & McCoy, 1983; Hammill et al., 1989; Meehan et al., 2000; Hoekstra et al., 2004; Holmes et al., 2004; Kontio et al., 2012). Auch Fixierungen alleine wurden negativ erlebt (Sheridan et al., 1990; Eriksson & Westrin, 1995; Sagduyu et al., 1995; Naber et al., 1996; Johnson, 1998; Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Mayers et al., 2010; Frajo-Apor et al., 2011; Haw et al., 2011). Die Zwangsmaßnahme wurde als Eingriff in persönliche Rechte angesehen (Eriksson & Westrin, 1995; Mayers et al., 2010; Strout, 2010; Haw et al., 2011).

Gleichwohl zeigten vier Studien, dass die Mehrheit (Mann et al., 1993) oder aber zumindest ein Teil (Frajo-Apor et al., 2001; Wynn, 2004; Chien et al., 2005) der Patienten auch positive Aspekte der erfahrenen Zwangsmaßnahme erlebten: Patienten berichteten, dass sie sich durch die Isolierung oder Fixierung sicher und geschützt fühlten; andere fühlten sich entspannter und erleichtert (Mann et al., 1993; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Frajo-Apor et al., 2011).

Zwangsmedikationen scheinen weniger deutlich abgelehnt zu werden. Zwei Studien zeigten, dass die Mehrheit der Patienten die Zwangsmedikation retrospektiv akzeptierte

(Schwartz et al., 1988; Greenberg et al., 1996). In einer Studie von Lucksted und Coursey (1995) sah die Mehrheit der Patienten die Zwangsmedikation in bestimmten Situationen als unausweichlich an. Finzen et al. (1993) fanden, dass die relative Mehrheit der Patienten (40%) die Zwangsmedikation als hilfreich oder nötig betrachtet habe. In einer anderen Studie allerdings wurde die Zwangsmedikation von der Mehrheit der Patienten als vermeidbar und ungerechtfertigt eingeschätzt (Haglund et al., 2003). Hinsichtlich des emotionalen Erlebens im Rahmen der Zwangsmedikation benannten die Patienten Gefühle von Angst, Wut, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Scham, und das Gefühl von Demütigung oder Bestrafung, aber auch das Gefühl der Erleichterung (Finzen, 1993; Lucksted & Coursey, 1995; Greenberg et al., 1996; Haglund et al., 2003).

Eine quantitative Erhebung des Erlebens von Zwangsmaßnahmen muss wie eine qualitative Studie den emotionalen sowie den kognitiven Aspekt des Erlebens erfassen. Die Erfassung der kognitiven und emotionalen Komponente des Erlebens ist notwendig, um das subjektive Erleben von Zwangsmaßnahmen zu erklären. Nach Bliesener (2001, S. 142) bezeichnet das Erleben die „... Gesamtheit aller inneren, im Bewusstsein repräsentierten Vorgänge einer Person, die... nur dem Betroffenen unmittelbar zugänglich“ ist. Alle psychischen Vorgänge sind inbegriffen: „... Empfinden, Wahrnehmen, Denken, Vorstellen, Gedächtnis, Gefühle, Motive. Auch psychische Vorgänge mit organischer Basis (z.B. Schmerz, Schwindel) gehören dazu“ (Bliesener, 2001, S. 142). Diese Definition beinhaltet Prozesse des ersten Pols der menschlichen Psyche – der Kognition (z.B. Wahrnehmen, Denken, Vorstellen, Gedächtnis) – die mit dem bewussten Erkennen und Verarbeiten von Informationen zusammenhängen, und Prozesse des zweiten Pols – der Emotion – die alle nicht gedanklich fassbaren Anteile der Psyche erfassen (z.B. Empfindungen, Gefühle) (Bliesener, 2001, S. 142)

Die Gefahr einer **Traumatisierung** durch die Erfahrung von Zwangsmaßnahmen wurde von mehreren Autoren qualitativer Studien angesprochen (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Frueh et al., 2005). Zur Erläuterung dieser Vermutung werden hier der Begriff der traumatischen Erfahrung und der Ablauf einer traumatischen Reaktion kurz erwähnt: Fischer und Riedesser (2009, S. 82) definieren eine traumatische Erfahrung als ein „... vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Diese Diskrepanz lässt sich auch auf die Situation einer Zwangsmaßnahme anwenden: Der Patient ist einer Situation ausgesetzt, die seine körperliche und seelische Unversehrtheit bedroht,

und die er selbst nicht kontrollieren kann. Nach dem Konzept des nordamerikanischen Psychoanalytikers Mardi Horowitz durchläuft die traumatische Reaktion mehrere Phasen (Fischer & Riedesser, 2009, S. 95). Die erste Phase, die peritraumatische Expositionsphase, ist gekennzeichnet durch einen Erlebniszustand der Überflutung mit überwältigenden Eindrücken. Diese Phase ist geprägt durch die Emotionen Angst, Trauer und Wut (Fischer & Riedesser, 2009, S. 95). Nach Horowitz setzte daraufhin ein Abwehrmechanismus ein, um die Affekte zu kontrollieren, welcher in die zweite Phase – die Vermeidungsphase – überleitet. Betroffene wehrten die Erinnerungen an das Ereignis ab (Fischer & Riedesser, 2009, S. 95-96). Bei Lockerung dieser Abwehr kommt es zum Übergang in die Intrusionsphase – einem Erlebniszustand, der mit aufdrängenden Gedanken und Bildern des Traumas assoziiert ist (Intrusion). Charakteristisch für eine Posttraumatische Belastungsstörung ist ein Wechsel zwischen Intrusions- und Vermeidungsphase (Fischer & Riedesser, 2009, S. 96-97). Es handelt sich um ein Syndrom, das protrahiert auftritt und aus den Syndromgruppen unfreiwillige Erinnerungsbilder des Traumas (Intrusion), Verleugnung/Vermeidung und Erregung besteht (Fischer & Riedesser, 2009, S. 96-97). Es kommt nicht zu einer Durcharbeitung in Form einer kontrollierten Auseinandersetzung mit der traumatischen Situation, was den relativen Abschluss – i.e. die Integration des traumatischen Ereignisses – verhindert (Fischer & Riedesser, 2009, S. 96-97). In qualitativen Studien Patienten verknüpften Gefühle der Angst, Hilflosigkeit und Entmachtung mit der Zwangsmaßnahme (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Frueh et al., 2005). Diese Emotionen sind ein Charakteristikum eines traumatischen Erlebnisses, das sich negativ auf den Krankheitsverlauf des Patienten auswirken kann (Armgarth et al., 2013). Dieser Zusammenhang wurde in einer quantitativen Studie in Bezug auf Isolierungen untersucht. Die Kriterien für eine „wahrscheinliche posttraumatische Belastungsstörung“ wurden von 47% der Probanden erfüllt (Whitecross et al., 2013).

Die **Präferenz** bestimmter Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht ist in verschiedenen Studien zum Teil widersprüchlich. Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen unseres Wissens keine empirischen Daten zu der Präferenz in Deutschland behandelter Patienten vor. Zwei Studien, die sowohl eine qualitative als auch quantitative Methodik einsetzten, ergaben eine Präferenz für Zwangsmedikation gegenüber Isolierung mit Fixierung oder alleiniger Fixierung (Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011). Eine Studie aus den USA zeichnete ein ähnliches Bild. Patienten einer psychiatrischen Akutstation gaben Zwangsmedikationen den Vorzug gegenüber Isolierungen und Fixierungen. Ob diese Patienten Zwangsmaßnahmen selbst erlebt hatten, wurde nicht differenziert (Sheline & Nelson, 1993). In einer Studie von Georgieva et al.

(2012b) bevorzugte der Großteil der Patienten, die keine Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen oder einer Kombination aus Isolierung und Zwangsmedikation hatten, die Zwangsmedikation gegenüber der Isolierung (Georgieva et al., 2012b). Patienten, die nur Erfahrungen mit Isolierungen gesammelt hatten, präferierten jedoch Isolierungen. Soziodemographische Patientenmerkmale (Alter, Geschlecht, Diagnose) hatten keinen Einfluss auf diese Tendenz (Georgieva et al., 2012b). Patienten in einer Studie von Veltkamp et al. (2008) hingegen favorisierten Isolierungen und Zwangsmedikationen gleich häufig, unabhängig davon, welche Zwangsmaßnahme erlebt worden war. Männer tendierten signifikant häufiger zu der Maßnahme der Isolierung als Frauen.

Kaum untersucht wurden bisher Anregungen zu Alternativen oder Verbesserungsmöglichkeiten aus Patientensicht (Meehan et al., 2000; Kontio et al., 2012). In den wenigen vorliegenden Untersuchungen wurden vor allem eine intensivere Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme, mehr Kontakt zum Personal und mehr Respekt vor der Patientenautonomie benannt (Olofsson & Jacobsson, 2001; Ryan & Happell, 2009; Kontio et al., 2012).

Zusammenfassend liegen Studien zum Erleben von Zwangsmaßnahmen nur in geringem Maß vor, insbesondere in Deutschland. Die aktuelle Studienlage lässt keine Schlüsse zu, welche Zwangsmaßnahme als am wenigsten eingreifend erlebt wird. Auch wenn es Hinweise dafür gibt, dass Zwangsmaßnahmen andauernde psychische Schäden nach sich ziehen können, existieren kaum Studien, die die Patientenperspektive einbeziehen.

1.4.3 Patientenzufriedenheit

Die **Zufriedenheit** der Patienten ist als eigenständiges Evaluationskriterium im Rahmen des Qualitätsmanagements der Behandlung in der Psychiatrie anerkannt (Möller-Leimkühler et al., 2002). Die Zufriedenheit mit der Behandlung hat außerdem einen zentralen Einfluss auf andere Variablen, die das Ergebnis einer Behandlung beeinflussen (Brunero et al., 2009). Die Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung wird positiv assoziiert mit „Lebensqualität und Prognose“ (Holcomb et al., 1998; Berghofer et al., 2001), „globaler Verbesserung“ (Hansson, 1989), „Länge und Häufigkeit von Hospitalisierungen“ (Druss et al., 1999) sowie „Compliance und Therapietreue“ (Svensson & Hansson, 2006; Boyer et al., 2009).

In der Forschung zu der Auswirkung von Zwangsmaßnahmen auf die Behandlungszufriedenheit wurde sich bislang vorwiegend auf die Zufriedenheit zwangsuntergebrachter Patienten fokussiert. Einige Autoren zeigten eine erwerbbar Verschlechterung der Behandlungszufriedenheit durch Zwangsmaßnahmen wie Isolierungen, Fixierungen oder Zwangsmedikationen (Smolka et al., 1997; Iversen et al., 2007; Katsakou et al., 2010; Smith et al., 2014). Zwangsunterbringungen, Fixierungen oder Isolierungen hatten in einer Studie von (Kaltiala-Heino et al., 1997) keine signifikante Auswirkung auf die Behandlungszufriedenheit oder die Therapietreue.

In mehreren Patientenbefragungen identifizierten Patienten die interpersonellen Beziehungen als den wichtigsten Faktor psychiatrischer Behandlung (Johansson & Eklund, 2003; Längle et al., 2003; Sheehan & Burns, 2011). Insbesondere die Beziehung zum Einzeltherapeuten scheint einen konsistenten Prädiktor für die Zufriedenheit der Patienten, das funktionelle Outcome (soziale sowie berufliche Funktionstüchtigkeit) und die Therapietreue darzustellen (Chue, 2006; Priebe & McCabe, 2008; Giupponi et al., 2009).

Es lässt sich vermuten, dass die Erfahrung von Zwangsmaßnahmen das Vertrauen in das behandelnde Personal nachhaltig beeinträchtigen kann. Diese Vermutung wurde von einigen Autoren aufgestellt (Kaltiala-Heino et al., 1997; Olofsson & Jacobsson, 2001; Gilbert et al., 2008). In der Literatur finden sich zwei Studien (Kaltiala-Heino et al., 1997; Smolka et al., 1997), in denen die Untersucher den Einfluss von Zwangsmaßnahmen auf die Beziehung zum Personal prüften. Smolka et al. (1997) verglichen die Wahrnehmung des Personals durch Patienten, die eine Zwangsunterbringung, Zwangsmedikation oder mechanische Fixierung erlebt hatten, mit einer Kontrollgruppe von Patienten, die keine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Die Kontrollgruppe bewertete den behandelnden Psychiater signifikant besser. Auf das Pflegepersonal bezogen zeigte sich kaum ein Unterschied in der Bewertung (Smolka et al., 1997). In der anderen Studie wurde eine geringe Behandlungszufriedenheit der Patienten erfasst, die Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, ohne die Ergebnisse mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen (Kaltiala-Heino et al., 1997).

1.5 Ziele und Hypothesen der Studie

Zunächst wurde in der vorliegenden Untersuchung die Prävalenz von Zwangsmaßnahmen auf den geschützten Stationen der untersuchten Klinik identifiziert. Weiter wurde der Einfluss der Patientenmerkmale Alter, Geschlecht und Diagnose auf das Risiko untersucht, eine Zwangsmaßnahme zu erfahren. Der Fokus dieser Studie lag in der Bewertung von Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive der Patienten. Es wurde der Frage nachgegangen, wie Patienten Zwangsmaßnahmen erleben, und welche Maßnahme von den Patienten am ehesten toleriert wird. Bezüglich des Erlebens wurden sowohl die kognitive als auch die emotionale Komponente erfasst. Weiteres Interesse galt der Erfassung der Gründe für die Zwangsmaßnahme aus Sicht des Personals. Darüber hinaus wurden Patientenaussagen bezüglich der Gründe für Zwangsmaßnahmen, Alternativen und mögliche belastender Aspekte dieser Interventionen und das Ausmaß der psychischen Belastung für die Patienten durch die Zwangsmaßnahme untersucht. Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, ob sich Zwangsmaßnahmen negativ auf die Zufriedenheit mit der Behandlung und auf die therapeutische Beziehung mit dem behandelnden Arzt und mit dem Pflegepersonal auswirken.

Auf der Grundlage bisheriger Studien wurden folgende Hypothesen formuliert:

1. Die Diagnose Schizophrenie ist mit einem höheren Risiko verbunden, Zwangsmaßnahmen zu erfahren als andere psychiatrische Diagnosen.
2. Die Zwangsmedikation stellt die „bevorzugte“ Zwangsmaßnahme aus Sicht der Patienten dar.
3. Zwangsmaßnahmen stellen eine potentiell traumatisierende Erfahrung dar.
4. Patienten ohne Zwangsmaßnahmen sind zufriedener mit ihrer Behandlung und ihrer Beziehung zum Pflegepersonal sowie der Beziehung zu dem behandelnden Arzt als Patienten mit Zwangsmaßnahmen.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Die Stichprobe umfasste Patienten von den geschützten Stationen P1 und P2 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock. Da es sich um eine Pilotstudie handelte und die Erhebung der Daten mit einem hohen Aufwand verbunden war, wurde der Untersuchungszeitraum auf ca. vier Monate festgelegt (Entlassungen vom 18.10.2011 bis zum 09.02.2012).

Bei den untersuchten Stationen handelt es sich um Akutstationen, auf denen Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern auf geschlossenen Stationen behandelt werden. Die Station P1 ist eine gemischtgeschlechtliche Station und umfasst 18 Betten; die Station P2 ist ebenfalls eine gemischtgeschlechtlich geführte Station und verfügt über eine Bettenkapazität von 19 Betten. Beide Stationen befassen sich vor allem mit der Intensivbehandlung von Patienten mit Suchterkrankungen, schweren Alkoholentzugssyndromen, schweren organischen Störungen sowie von Patienten in suizidalen Krisen, schizophrenen Psychosen und schweren Affektpsychosen.

Die Untersuchungsgruppe bildeten die Patienten, die im Untersuchungszeitraum stationär behandelt wurden und während dieses Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Als zusätzliches Einschlusskriterium galt die Erinnerung an die Zwangsmaßnahme. Insgesamt erhielten 54 Patienten im Untersuchungszeitraum eine Zwangsmaßnahme. Zwölf dieser Patienten fehlte die Erinnerung an die Zwangsmaßnahme und erfüllten folglich nicht die Einschlusskriterien. Bei diesen Patienten lagen schwere kognitive Störungen im Rahmen einer dementiellen Erkrankungen vor (N=8), oder es bestand zu dem Zeitpunkt eine Alkoholintoxikation (N=3). Die Untersuchungsgruppe umfasste 42 Patienten mit Erinnerung an die Zwangsmaßnahme, von denen 26 Patienten an dem Interview teilnahmen. Die Ausfallrate von 16 Patienten mit Zwangsmaßnahmen resultierte vor allem daraus, dass die Patienten die Teilnahme an der Studie verweigerten (N=10). Eine weitere Schwierigkeit in der Rekrutierung ergab sich durch eine schnelle, nicht vorhersehbare Entlassung einiger Patienten (N=6). Diese Patienten befanden sich weniger als 24 Stunden in stationärer Behandlung und wurden zum Teil auf eigenen Wunsch entlassen (N=3). Die genannten Gründe betrafen vor allem

Patienten mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (14 der insgesamt 18 Patienten) und mit schwerer Demenz (8 von 10 Patienten).

Es wurden 61 Patienten rekrutiert, die bis zum Untersuchungszeitraum keine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Zum einen dienten diese Patienten als Kontrollgruppe hinsichtlich der Untersuchung der Zufriedenheit mit der Behandlung und mit dem Personal. Zum anderen sollte auch die Präferenz bezüglich einer bestimmten Zwangsmaßnahme aus Sicht von Patienten, die noch keine Zwangsmaßnahme erlebt hatten, erfasst werden.

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Grundlage für die Studie bildete das Interview „**Zwangsmaßnahmen und Alternativen aus Patientensicht**“ (Patient Perspective on Restraint and Alternatives PatPRA, Hazewinkel et al. 2011) (siehe Anhang 5) und drei standardisierte Fragebögen; diese Fragebögen werden im Folgenden näher erläutert:

Stations-Erfahrungsbogen (SEB, Sammet und Schauenburg 1999) (siehe Anhang 6);

Kundenzufriedenheit Fragebogen (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ, Larsen et al. 1979) (siehe Anhang 7);

Freiburger PTBS Screening (Stieglitz et al. 2002) (siehe Anhang 8).

2.2.1 Fragebogen zu Zwangsmaßnahmen und zu Alternativen aus Patientensicht (Patient Perspective on Restraint and Alternatives PatPRA, Hazewinkel et al. 2011)

Bei diesem halbstrukturierten Interview handelt es sich um die deutsche Adaptation eines nicht publizierten holländischen Fragebogens (Clinical Centre for Acute Psychiatry, Parnassia) zur Evaluation von Zwangsmaßnahmen und Alternativen aus Patientensicht (PatPRA, Hazewinkel et al., 2011). Der Fragebogen musste ins Deutsche übersetzt werden, da dieser nur in englischer und holländischer Ausgabe verfügbar war. Zur Überprüfung der Übersetzung erfolgte eine Gegenübersetzung ins Englische durch einen anderen wissenschaftlichen Mitarbeiter.

Das Interview dient dazu, das Erleben der Patienten bezüglich der Zwangsmaßnahmen zu erfassen, mögliche Dissonanzen in Hinblick auf die Ursache der Notwendigkeit der angewendeten Maßnahmen zwischen Klinikpersonal und Patient zu beleuchten sowie Alternativen zu der stattgefundenen Maßnahme aus Patientensicht zu evaluieren. Der Fragebogen ist dieser Arbeit angehängt.

Das Interview enthält 58 Fragen, wobei dem Patienten sowohl ein offenes als auch ein geschlossenes Antwortformat vorgegeben wird (siehe Anhang 5). Das Interview gliedert sich in vier Teile.

Der erste Teil des Interviews beinhaltet Fragen zu der soziodemographischen Situation (Geschlecht, Geburtsdatum, höchster Bildungsabschluss, Geburtsland, Muttersprache, Staatsangehörigkeit), den Aufnahmebedingungen (freiwillige Aufnahme, Zwangseinweisung per PsychKG, BGB, Diagnose), Entlassungsart und dem Aufnahmegrund des Patienten.

Im zweiten Teil werden Angaben zur Art und Häufigkeit und zu den Gründen für die durchgeführte Zwangsmaßnahme aus der Sicht des Personals erfasst.

Das Patienteninterview bildet den dritten Teil. Zunächst wird der Patient zu den Gründen seiner aktuellen Aufnahme und seiner durchlebten Zwangsmaßnahme interviewt. Danach werden kognitive Aspekte des Erlebens (Rechtfertigung, Vermeidbarkeit, persönlicher Nutzen) sowie die Umstände der Zwangsmaßnahme (Erklärung der Notwendigkeit durch das Personal, Nachbesprechung nach 24 Stunden) erfragt. Der Patient hat zusätzlich die Möglichkeit, sich dazu zu äußern, wie die Zwangsmaßnahme in seinen Augen hätte verhindert werden können. Dieser Teil wird mit einem geschlossenen Antwortformat erhoben, mit Ausnahme der Frage nach der Vermeidung der Zwangsmaßnahme, die frei beantwortet wird. Die anschließende Evaluierung der erlebten Emotionen in der Situation der Zwangsmaßnahme wird anhand einer Vierer-Likert-Skala von 1 „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis 4 „ich stimme völlig zu“ vorgenommen. Die zehn Items, die von den Patienten bewertet werden, repräsentieren negative (Angst, Trauer, Wut, Scham, Gefühl von Schaden durch die Zwangsmaßnahme, Gefühl von Bestrafung) und positive Gefühle (Gefühl von Protektion, von Beruhigung, von Sicherheit, von Hilfe).

Der den Schluss des Interviews bildende vierte Teil beinhaltet Fragen zu Präferenz und Alternativen bezüglich der Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. Der Patient erhält

vorgegebene Antworten und hat außerdem die Möglichkeit, sich frei zu der Problematik zu äußern und Alternativen zu nennen.

2.2.2 Stations-Erfahrungsbogen zur Erfassung verschiedener Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung (SEB, Sammet & Schauenburg 1999)

Der Stations-Erfahrungsbogen ist ein standardisiertes Verfahren und dient der Erfassung des Erlebens stationärer Therapie aus Sicht der Patienten. In die Konzeption des Fragebogens (1999) gingen sowohl von den Autoren selbst entwickelte Items als auch Items aus bekannten Fragebögen im Kontext der Einzel- und Gruppentherapie ein (Stieglitz, 2000). Der Fragebogen wird seit 1999 in mehreren Studien im deutschsprachigen Raum eingesetzt. Stieglitz (2000) berichtet von befriedigenden bis guten Werten für die Reliabilität der sieben Skalen mit internen Konsistenzen von Cronbachs Alpha von $\alpha=.71$ bis $\alpha=.85$ für die einzelnen Skalen. Die Anwendungsmöglichkeiten liegen nach Ansicht der Autoren neben der Prozessevaluation der stationären Therapie unter anderem im Qualitätsmonitoring stationärer Behandlungen.

Achtunddreißig Items sind im Originalfragebogen enthalten, die in sieben Skalen zusammengefasst werden. Diese Items sind auf einer sechsstufigen verbalen Likert-Skala mit den Dimensionen von 1 „stimmt gar nicht“ bis 6 „stimmt genau“ von den Patienten zu beantworten.

Mit dem SEB sollte erarbeitet werden, inwieweit sich Zwangsmaßnahmen auf die Beziehung zum Pflegepersonal und zum behandelnden Arzt auswirken. Folgende zwei Skalen wurden in die Studie einbezogen: Beziehung zum Team (Pflegepersonal) und Beziehung zum Arzt (Tabelle 1). Dieser Fragebogen wurde sowohl von Patienten, die Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, als auch von Patienten ohne jegliche Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen ausgefüllt, um mögliche Unterschiede in der Wahrnehmung zu analysieren. In die Analyse ging als unabhängige Variable die Erfahrung von Zwangsmaßnahme und als abhängige Variable der Skalenmittelwert ein.

Tabelle 1: Skalen des SEB.

Skala	Beschreibung	Itemanzahl
1. Beziehung zum therapeutischen Team	Wahrnehmung des Pflegepersonals in Bezug auf dessen emotionalem Einfühlungsvermögen, persönlichem Einsatz und der Toleranzhaltung aus Sicht der Patienten	7
2. Beziehung zum Einzeltherapeuten	Bewertung des ärztlichen Teams durch den Patienten bezüglich des Vertrauens, der kognitiven Übereinstimmung und der emotionalen Nähe in der Patienten-Arzt Beziehung	4

2.2.3 Patientenzufriedenheitsfragebogen (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ, Larsen et al. 1979)

Der Client Satisfaction Questionnaire ist ein standardisiertes Instrument zur Erfassung der Kundenzufriedenheit im Gesundheitswesen. Er gilt im angloamerikanischen Raum als gängiges Messinstrument der Patientenzufriedenheit. Der CSQ enthält acht Items, die aus Patientensicht auf einer verbalen, bipolar verankerten, vierstufigen Likert Skala mit den Dimensionen „definitiv nicht“ bis „definitiv ja“ beurteilt werden können (Larsen et al., 1979). Der Fragebogen wurde auf drei Items verkürzt und ins Deutsche übersetzt. Die Items wurden entsprechend ihrer Polung mit 1 (= ungünstigste Ausprägung) bis 4 (= positivste Ausprägung) verrechnet und zu einem Gesamtscore summiert.

1. Wie zufrieden sind Sie allgemein mit der Behandlung?
2. Würden Sie das Krankenhaus einem Freund empfehlen?
3. Würden Sie sich in diesem Krankenhaus wieder behandeln lassen?

Der CSQ wurde von beiden Patientengruppen ausgefüllt, um den Einfluss der Zwangsmaßnahme auf die Behandlungszufriedenheit und damit den Behandlungserfolg zu eruieren.

2.2.4 Freiburger Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Screening (Stieglitz et al., 2002)

Das PTBS Screening wurde aus Verlaufsuntersuchungen von Verkehrsopfern entwickelt und dient der Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Stieglitz et al., 2002).

Enthalten sind zwei Items zum peritraumatischen Erleben (Angst, Hilflosigkeit) und acht Items zu posttraumatischen Syndromen (psychische Belastung bei der Erinnerung, starke Emotionen bei der Erinnerung, Schlafstörungen, Flashbacks, Alpträume, Vermeidung der Thematik, Einschränkung im Gefühlsleben, Folgen für die Gesundheit), die von den Probanden mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden konnten. Werden vier oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet, kann mit einer Sensitivität von 88,9% und einer Spezifität von 69,7% das Auftreten einer PTBS bzw. einer subklinischen PTBS sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis vorhergesagt werden (Stieglitz et al., 2002).

Das PTBS Screening wurde ausgewählt, da es sich um ein sensibles und reliables Messinstrument handelt (Stieglitz et al., 2002), dessen Skalen sich zur Erfassung der durch eine Zwangsmaßnahme hervorgerufenen psychischen Belastung eignen. Außerdem war der Fragebogen mit einem Zeitumfang von fünf Minuten für die Bearbeitungs- und Auswertungszeit für die zum Teil sehr kranken Patienten geeignet. Die Items wurden so umformuliert, dass sie sich auf die Zwangsmaßnahme bezogen.

2.3 Ablauf der Exploration

2.3.1 Probandenrekrutierung und Durchführung des Patienteninterviews

Vor Beginn der Befragung fand eine Vorstellung und Diskussion der Studie in den Teamsitzungen und Forschungskonferenzen sowie mit den Stationsleitungen der Akutstationen statt. Im Mittelpunkt standen der Zeitpunkt der Durchführung des Interviews und die möglichen Probleme, die sich während der Befragung ergeben könnten.

Diese Gespräche verdeutlichten, dass sich die möglicherweise fehlende Compliance der Patienten als das größte Hindernis herausstellen könnte. Um diesem Problem zu begegnen, wurden den Patienten durch die Interviewerin kreative Arbeit auf der Station (töpfern, basteln) und persönliche Gespräche in einer respektvollen Atmosphäre angeboten. Persönliche Gespräche stießen auf gute Resonanz und erhöhten die Kooperationsbereitschaft der Patienten. Ein weiteres Problem hätte die möglicherweise herabgesetzte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit der Probanden aufgrund ihrer Grunderkrankung und der erhaltenen Medikation darstellen können. Um eine ruhige Untersuchungsatmosphäre zu gewährleisten, führte die Interviewerin das Gespräch im Arztzimmer der Station oder im leeren Speisesaal durch und bot dem Patienten bei Erschöpfung eine Pause an.

Da das Ziel die Erfassung aller Patienten mit erlebter Zwangsmaßnahme innerhalb des Untersuchungszeitraums war, stand die Interviewerin täglich mit dem Klinikpersonal in Verbindung, um über bevorstehende Entlassungen oder verordnete Zwangsmaßnahmen informiert zu bleiben. Um eine hohe Durchführungsobjektivität der Studie zu gewährleisten, wurden alle Interviews unter konstanten Bedingungen durchgeführt: Das Patienteninterview wurde – bei stabilem klinischem Zustand des Patienten – ein paar Tage vor Entlassung oder am Entlassungstag von der gleichen Interviewerin durchgeführt. Vor Beginn der Befragung fand eine Einführung durch die Interviewerin statt, in der sie sich selbst vorstellte und die Ziele der Studie genauer erklärte. Besonders betont wurde dabei die Bedeutung der Thematisierung von Zwangsmaßnahmen und von Alternativen in der Wahrnehmung von Patienten. Der Patient wurde über sein Recht aufgeklärt, das Interview jederzeit unterbrechen oder beenden zu können. Jeder Patient erhielt eine Patienteninformation zur Studie und eine schriftliche Einverständniserklärung zur Datenerhebung mit der Bitte zur Unterzeichnung. Die Patienten, die nach ausführlicher Aufklärung schriftlich einwilligten, wurden in die Studie einbezogen. Nur Patienten mit intakter Erinnerung an die Zwangsmaßnahme wurden um ein Interview gebeten.

Die Befragung der Patienten mit Zwangsmaßnahmen begann mit dem PatPRA-Interview, das von der Interviewerin durchgeführt wurde, gefolgt von dem SEB und dem CSQ, welche die Patienten selbst ausfüllten. Zuletzt erfolgte die Befragung zu der Posttraumatischen Belastungsstörung (Freiburger PTBS Screening), wobei die Patienten ihre Antworten nach Möglichkeit selbst eintrugen. Der Zeitaufwand war von Patient zu Patient sehr unterschiedlich, was in den Unterschieden der Mitteilungsbedürftigkeit und Leistungsfähigkeit der

Patienten begründet war. Das Interview dauerte in der Regel zwischen 30-40 Minuten, mindestens 20 Minuten bis maximal 40 Minuten.

Das PatPRA-Interview wurde auch mit den Patienten durchgeführt, die keine Zwangsmaßnahme erfahren hatten, um soziodemographische Daten, den Aufnahmegrund aus Sicht der Patienten und die Präferenz einer bestimmten Zwangsmaßnahme zu erfassen. Auch diese Patienten füllten den SEB und den CSQ aus, um die Ergebnisse der beiden Patientengruppen später vergleichen zu können. Die Befragung nahm mindestens 15 bis maximal 30 Minuten in Anspruch.

2.3.2 Basisdokumentation

Die Basisdokumentation erfasste die Variablen Alter, Geschlecht, Aufnahme- und Entlassungsdatum der Patienten, die Frage nach der Unterbringung des Patienten nach PsychKG oder BGB sowie die Diagnose der Patienten bei Entlassung. Diese Informationen wurden während und nach der Studie aus den Entlassungsbriefen sowie aus den Patientenakten und dem klinikinternen Computerprogramm entnommen.

2.4 Datenanalyse und Statistik

Um die erhobenen Daten zu beschreiben, erfolgte zunächst eine deskriptive Analyse. Die Ergebnisse des PatPRA-Interviews und der drei Fragebögen (Freiburger PTBS Screening, SEB, CSQ) wurden in Excel Tabellen eingetragen und mit dem Programm SPSS (SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.) ausgewertet. Die Merkmalsausprägungen im Datensatz wurden in Form von Tabellen und Graphiken beschrieben.

Um die Anschaulichkeit der Daten zu verbessern und Gruppenvergleiche durchführen zu können, wurden das Alter und die Diagnosen der Patienten mit und ohne Zwangsmaßnahmen in Messwertklassen eingeteilt. Die Auswahl der Mehrwertklassen bezüglich des Alters orientierte sich an Studien ähnlicher Thematik; die Messwertklassen bezüglich der psychiatrischen Diagnosen bezog sich auf der Aufteilung des Kapitel V der aktuellen Fassung der

ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Diagnosen mit wenig Fallzahlen ($N < 5$) wurden in der Kategorie sonstige Diagnosen zusammengefasst. Der Schulabschlussgrad war im PatrPRA-Interview vorgegeben: „kurz“, „mittel“, „lang“.

Hinsichtlich der Analyse der präferierten Zwangsmaßnahme aus Patientensicht wurden die Messwertklassen anhand des Median-Werts des Alters innerhalb der Stichprobe bestimmt (Mediansplit). Alle Werte oberhalb des Medianwerts wurden der Klasse „älter“, alle Werte gleich oder unterhalb der Klasse „jünger“ zugeteilt. Auch bei der Darstellung der Präferenz wurden niedrig besetzte Diagnosen zusammengefasst. Die Ordinalskala zur Erfassung der Intensität der durch Zwangsmaßnahmen ausgelösten Emotionen wurde aufgrund der niedrigen Zellenbesetzung einzelner Ausprägungen und zur besseren Veranschaulichung der Ergebnisse weiter vergrößert („ich stimme überhaupt nicht zu“ + „ich stimme nicht zu“ = Ablehnung; „ich stimme völlig zu“ + „ich stimme zu“ = Zustimmung).

Die Ergebnisse des SEB (Beziehung zum Pflegepersonal und zum behandelnden Arzt) und des CSQ (Behandlungszufriedenheit) der Patienten mit Zwangsmaßnahmen (Untersuchungsgruppe) wurden mit den Ergebnissen der Patienten ohne Zwangsmaßnahmen (Kontrollgruppe) verglichen. Um den Einfluss anderer Faktoren auf die Behandlungszufriedenheit weitgehend zu minimieren, wurde ein Matching (Matched Samples) angewandt. Das Matching wurde mit dem R package „MatchIt“ durchgeführt. Die Auswahl der Matchingvariablen orientierte sich an den Patientenmerkmalen, die in der Stichprobe ($N=21$) mit der Behandlungszufriedenheit bzw. der Zufriedenheit mit dem Personal oder den Mitpatienten korrelierten („Geschlecht“, „Alter“ und „Diagnose der Patienten“). Bei der angewandten Methode handelte es sich um das sogenannte „Exact Matching“. Diese Technik matcht jeden Patienten der Untersuchungsgruppe mit entsprechenden Patienten der Kontrollgruppe. Es werden nur die Patienten der Kontrollgruppe ausgewählt, die mit dem jeweiligen Patienten der Untersuchungsgruppe in allen Ausprägungen der Matchingvariablen übereinstimmen.

Für statistische Gruppenvergleiche und Regressionsanalysen wurde das Programm SPSS, Version 18.0 eingesetzt. Um einen möglichen Zusammenhang zwischen den Patientenmerkmalen „männliches Geschlecht“, „junges Alter“ und „Diagnose Schizophrenie“ und dem Risiko, eine Zwangsmaßnahme zu erfahren, ermitteln zu können, wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Als abhängige Variable ging die „Erfahrung einer Zwangsmaßnahme“ (ja/nein), als unabhängige Variablen das „Geschlecht“ (weiblich/männlich), die

„Altersklasse“ (18-29/30-39/40-49/50-59/>60), die Diagnose „Schizophrenie“ (ja/nein) und die Diagnose „Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ja/nein) in die Analyse ein. Mit dem Chi-Quadrat-Test wurde das Antwortverhalten des Personals bezüglich der Gründe für die Zwangsmaßnahme mit dem Antwortverhalten der Patienten verglichen. Weiterhin wurde der Chi-Quadrat-Test angewandt, um zu untersuchen, ob die Präferenz der Patienten bezüglich einer Zwangsmaßnahme (Zwangsmedikation, Isolierung, Fixierung) in verschiedenen Subgruppen des Geschlechts, des Alters und der Diagnose variiert. Zudem wurde mit diesem Test untersucht, ob sich die Patientengruppen mit und ohne Erfahrung von Zwangsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Präferenz unterscheiden. Zur Überprüfung der gerichteten Hypothese, dass sich Zwangsmaßnahmen negativ auf die Behandlungszufriedenheit und die Beziehung zum behandelnden Arzt und dem Pflegepersonal auswirken, wurde ein einseitiges Testverfahren gewählt. Die Voraussetzungen für die Anwendung eines T-Test für unabhängige Stichproben (Normalverteilung der abhängigen Variablen) waren nicht gegeben. Daher wurde zum Vergleich der Gruppen (Patienten mit und ohne Zwangsmaßnahmen) ein nicht parametrisches Testverfahren, der Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben, angewandt.

Die Antworten der Patienten zu den offenen Fragen des PatPRA-Interviews (z.B. „Möchten Sie sonst noch etwas zu dem Thema anmerken?“) wurden zu Globalaussagen reduziert und kategorisiert. Die Kategorien (z.B. Wunsch nach Kommunikation und Mitspracherecht) wurden aus den Patientenantworten heraus entwickelt (induktive Kategorienentwicklung).

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Prävalenz und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen

Insgesamt waren 15% (N=54) der entlassenen Patienten im Untersuchungszeitraum von Zwangsmaßnahmen betroffen, mehrheitlich in Form einer Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation (N=50). Bei drei Patienten wurde eine alleinige Zwangsmedikation, bei einem Patienten eine alleinige Isolierung angewandt.

Vor allem Männer (39 von 54 Patienten) hatten Zwangsmaßnahmen erfahren. Die Patienten waren durchschnittlich 49,13 ($\pm 17,03$) Jahre alt. Bezüglich des Alters zeigte sich keine deutlich von Zwangsmaßnahmen betroffene Gruppe. Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (F20-F29) sowie Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) bildeten die größte Gruppe Betroffener. Zusammen stellten diese beiden Patientengruppen über die Hälfte der Patienten mit Zwangsmaßnahmen dar (Tabelle 2). Betroffene Patienten befanden sich durchschnittlich 22,7 \pm 19,2 Tage in Behandlung. Sieben dieser Patienten wurden für 24 Stunden stationär behandelt.

Die Patientenmerkmale „männliches Geschlecht“ und „Diagnose Schizophrenie“ zeigten einen signifikanten Einfluss auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Männliche Patienten hatten im Vergleich zu Frauen ein 2,48-faches höheres Risiko (Odds Ratio), Zwangsmaßnahmen zu erfahren. Schizophrene Patienten wiesen im Vergleich zu Patienten mit anderen Diagnosen ein 2,43-faches höheres Risiko (Odds Ratio) auf. Die Variablen Alter und Diagnose Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen stellten keine signifikanten Risikofaktoren dar (Tabelle 3).

Tabelle 2: Charakteristik der Patienten mit und ohne Zwangsmaßnahmen. Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

Charakteristika	Zwangsmaßnahme			
	Ja		Nein	
	N	%	N	%
	54	15,0	306	85,0
Geschlecht				
weiblich	15	27,8	141	46,1
männlich	39	72,2	165	53,9
Alter (M±SD)	49,13±17,03		48,79±19,14	
Altersklassen				
18-29	6	11,1	54	17,7
30-39	13	24,1	49	16,1
40-49	11	20,4	65	21,3
50-59	8	14,8	61	20,0
>60	16	29,6	76	24,9
Diagnose				
F00-F09	8	14,8	36	11,8
F10-F19	18	33,3	110	35,9
F20-F29	17	31,5	55	18,0
F30-F39	5	9,3	42	13,7
Sonstige	6	11,1	63	20,6

F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. F30-F39: Affektive Störungen. Sonstige: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Intelligenzminderung.

Tabelle 3: Risikofaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.

Charakteristika	Odds Ratio (95% CI)	p
Geschlecht: männlich	2,48 (1,27, 4,85)	0,008
Altersklasse		0,31
Diagnose: F20-F29	2,43 (1,15, 5,15)	0,02
Diagnose: F10-F19	0,97 (0,47, 2,00)	0,94

3.1.2 Patienten mit Interviewdaten

Zwölf der insgesamt 54 Patienten mit Zwangsmaßnahmen erinnerten sich nicht, eine Zwangsmaßnahme erlebt zu haben. Sie erfüllten damit nicht die Einschlusskriterien und wurden ausgelassen. Von den 42 Patienten, die sich an die Maßnahme erinnerten, nahmen 26 an der Studie teil.

Insgesamt wurde das Interview mit 87 Patienten durchgeführt. Dieses Patientenkollektiv wurde von Patienten mit und ohne Erfahrung einer Zwangsmaßnahme gebildet. Von den 26 rekrutierten Patienten mit Zwangsmaßnahme hatte die Mehrheit eine Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation erlebt (N=22). Drei Patienten hatten eine alleinige Zwangsmedikation, ein Patient eine alleinige Isolierung erfahren. Die restlichen Patienten (N=61) hatten keine Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen. Da nur eine Patientin über ihre Erfahrungen mit einer Isolierung berichten konnte, wurden die Ergebnisse dieser Patientin nicht in die Analyse des Erlebens der Zwangsmaßnahme und der Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. dem Klinikpersonal einbezogen. Die folgenden Ergebnisse der interviewten Patienten mit Zwangsmaßnahmen beziehen sich demnach auf 25 Patienten. Die Charakteristika der Patienten sind in der Tabelle 4 dargestellt.

Zwanzig der insgesamt 25 Patienten waren männlich, fünf Patienten waren weiblich. Die Patienten waren durchschnittlich 50,19 ($\pm 19,46$) Jahre alt. Der Großteil (N=13) der Patienten litt an einer schizophrenen Erkrankung. Fast die Hälfte der Patienten hatte die Schule bis zum 10. Schuljahr besucht (N=12). Die mittlere Aufenthaltsdauer auf der Station betrug ca. viereinhalb Wochen ($31,6 \pm 20,8$ Tage). Die interviewten Patienten befanden sich durchschnittlich neun Tage länger in Behandlung als der Durchschnitt aller Patienten mit Zwangsmaßnahmen, was sich durch den Wegfall der sieben Patienten mit einem Aufenthalt von 24 oder weniger Stunden erklären lässt. Alle 25 Patienten mit Zwangsmaßnahmen befanden sich auf der Grundlage einer Zwangseinweisung in stationärer Behandlung (PsychKG: N=22 und BGB: N=3).

Zwischen der erfolgten Zwangsmaßnahme und dem Interview lagen durchschnittlich ca. drei Wochen ($20,2 \pm 16,2$ Tage). Im Einzelnen betrug die Zeitspanne zwischen 2-74 Tagen. Da die Daten den entsprechenden Fixierungsprotokollen entnommen wurden und bei drei Patienten unvollständig waren, basieren die Ergebnisse zu Frequenz und Dauer der Fixierungen auf 22 Patienten. Der Großteil der Patienten wurde während ihres stationären Aufenthalts einmal fixiert (N=15). Zwei (N=4) oder mehr als drei (N=3) Fixierungen während des aktuellen Aufenthalts waren seltener. Basierend auf den untersuchten 36 Fixierungen ergab sich eine durchschnittliche Fixierungsdauer von 15,65 ($\pm 7,68$) Stunden und eine Zeitspanne von 2,25-29 Stunden.

Tabelle 4: Charakteristik der interviewten Patienten mit Zwangsmaßnahmen. Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent (N=25).

Charakteristika	Anzahl	
	N	%
Geschlecht		
weiblich	5	20
männlich	20	80
Alter (M±SD)	50,19±19,46	
Diagnose		
F00-F09	2	8
F10-F19	4	16
F20-F29	13	52
F30-F39	4	16
Sonstige	2	8
Schulbildung		
kurz	8	32
mittel	12	48
lang	5	20

^a: F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. F30-F39: Affektive Störungen. Sonstige: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

3.2 Das Erleben der Zwangsmaßnahme

Fünf der insgesamt 22 Patienten, die eine Fixierung erlebt, und fünf der 23 Patienten, die eine Notfallmedikation erhalten hatten, erinnerten sich nur ausschnittartig an die Zwangsmaßnahme und konnten viele Fragen bezüglich ihres Erlebens nicht eindeutig beantworten. Die Ergebnisse dieser Patienten wurden nicht in die Auswertung der Zwangsmaßnahme aus Patientensicht einbezogen, um die Aussagekraft der Ergebnisse nicht zu beeinträchtigen. Somit verblieben 17 Patienten, die sich zu ihren Erfahrungen mit der Fixierung äußerten. Das Erleben der Notfallmedikation beschrieben 18 Patienten. Das Gesamtkollektiv umfasste 21 Patienten (siehe Anhang 1).

3.2.1 Kognitives Erleben

Die Tabelle 5 zeigt das Antworten der Patienten bezüglich des kognitiven Erlebens der Fixierung und der Zwangsmedikation. Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf das kognitive Erleben der **Fixierung (insgesamt 17 Patienten)** und auf das kognitive Erleben der **Zwangsmedikation (insgesamt 18 Patienten)**.

Die absolute Mehrheit der betroffenen Patienten war davon überzeugt, dass die **Fixierung** hätte verhindert werden können (N=10), negierte einen persönlichen Nutzen durch die Fixierung (N=11) und gab subjektiv an, dass die Notwendigkeit der Fixierung nicht erklärt worden sei (N=10). Die Rechtfertigung der Fixierung wurde in Relation dazu weniger klar abgelehnt. Zehn Patienten sahen sie als ungerechtfertigt, sieben Patienten als gerechtfertigt an. Eine Nachbesprechung der Fixierung innerhalb von 24 Stunden wurde von vielen Patienten (N=12) erwünscht.

Bezüglich der **Zwangsmedikation** zeigte sich eine weniger deutliche Ablehnung der Patienten. Ein annähernd gleicher Anteil der Patienten hielt die Zwangsmedikationen für vermeidbar (N=7) bzw. unvermeidbar (N=6). Die relative Mehrheit (N=8) verneinte einen persönlichen Nutzen, hielt die Zwangsmedikation aber für gerechtfertigt (N=9) und gab an, dass die Notwendigkeit der Zwangsmedikation erläutert worden sei (N=7). Eine Nachbesprechung der Notfallmedikation traf wie bei der Fixierung auf große Zustimmung (N=14).

Tabelle 5: Kognitives Erleben der Fixierung (N=17) und der Zwangsmedikation (N=18). Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

	Zwangsmaßnahme	Ja		Nein		Ich weiß nicht	
		N	%	N	%	N	%
Wurde die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme erläutert?	Fixierung	1	5,9	10	58,8	6	35,3
	Zwangsmedikation	7	38,9	6	33,3	5	27,8
Wünschen Sie sich eine Nachbesprechung nach 24 Stunden?	Fixierung	12	70,6	3	17,6	2	11,8
	Zwangsmedikation	14	77,8	2	11,1	2	11,1
Hätte die Zwangsmaßnahme verhindert werden können?	Fixierung	10	58,8	3	17,6	4	23,5
	Zwangsmedikation	7	38,9	6	33,3	5	27,8
War die Zwangsmaßnahme gerechtfertigt?	Fixierung	7	41,2	10	58,8	0	0
	Zwangsmedikation	9	50,0	5	27,8	4	22,2
Haben Sie von der Zwangsmaßnahme profitiert?	Fixierung	3	17,6	11	64,7	3	17,6
	Zwangsmedikation	6	33,3	8	44,4	4	22,2

3.2.2 Emotionales Erleben

Folgend wird das emotionale Erleben der Zwangsmaßnahme aus Patientensicht dargestellt. Jedes Item ist entsprechend seiner Ausprägung (Ablehnung, neutrale Haltung, Zustimmung) in den Tabellen 6 und 7 dargestellt.

Bei der **Fixierung (N=17)** stellten Wut (N=12), Trauer (N=11) und Angst (N=9) die am häufigsten bestätigten Emotionen dar. Die übrigen negativen Emotionen bezüglich der Zwangsmaßnahme wurden von der Mehrheit der Patienten nicht bestätigt: Sieben der 17 Patienten empfanden die Fixierung als eine Form von Bestrafung, fünf Patienten waren davon überzeugt, dass die Fixierung eine schädliche Wirkung gehabt habe, drei der Befragten empfanden Scham in Bezug auf die Fixierung. Mögliche positive Eigenschaften einer Fixierung wurden mehrheitlich nicht wahrgenommen. Nur fünf Patienten beschrieben einen protektiven oder beruhigenden Effekt. Sicherheitsfördernde oder hilfeleistende Aspekte nahmen jeweils vier Patienten wahr.

Die Verabreichung einer **Zwangsmedikation (N=18)** führte zu weniger stark ausgeprägten negativen Emotionen als die Fixierung. Neun Patienten stimmten zu, dass die Zwangsmedikation Wut erzeugt habe; acht Patienten bestätigten das Gefühl von Angst. Andere negative Emotionen wurden weniger häufig bestätigt: Sieben Patienten nannten Trauer, fünf Scham und vier ein Gefühl von persönlichem Schaden bezüglich der Zwangsmedikation. Von acht

Patienten wurde die Zwangsmedikation als eine Form der Bestrafung empfunden, was aber von neun weiteren Patienten verneint wurde. Nur vier Patienten berichteten von einer beruhigenden oder schützenden Wirkung der Notfallmedikation. Ein Gefühl von Sicherheit oder von Hilfestellung konnte ebenfalls nur vier Patienten vermittelt werden.

Tabelle 6: Negative Emotionen, ausgelöst durch Fixierung (N=17) und Zwangsmedikation (N=18). Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

Emotion	Zwangsmaßnahme	Zustimmung		Ablehnung		Neutral	
		N	%	N	%	N	%
Wut	Fixierung	12	70,6	4	23,5	1	5,9
	Zwangsmedikation	9	50,0	6	33,3	3	16,7
Angst	Fixierung	9	52,9	6	35,3	2	11,8
	Zwangsmedikation	8	44,4	7	38,9	3	16,7
Trauer	Fixierung	11	64,7	6	35,5	0	0
	Zwangsmedikation	7	38,9	8	44,4	3	16,7
Scham	Fixierung	3	17,6	12	70,6	2	11,8
	Zwangsmedikation	5	27,8	10	55,6	3	16,7
Gefühl von Bestrafung	Fixierung	7	41,2	10	58,8	0	0
	Zwangsmedikation	8	44,4	9	50	1	5,6
Gefühl von Schaden	Fixierung	5	29,4	10	48,8	2	11,8
	Zwangsmedikation	4	22,2	10	55,6	4	22,2

Tabelle 7: Positive Emotionen, ausgelöst durch Fixierung (N=17) und Zwangsmedikation (N=18). Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

Emotion	Zwangsmaßnahme	Zustimmung		Ablehnung		Neutral	
		N	%	N	%	N	%
Gefühl von Protektion	Fixierung	5	29,4	10	58,8	2	11,8
	Zwangsmedikation	4	22,2	7	38,9	7	38,9
Gefühl von Hilfe	Fixierung	4	23,5	9	52,9	4	23,5
	Zwangsmedikation	4	22,2	6	33,3	8	44,4
Gefühl von Sicherheit	Fixierung	4	23,5	12	70,6	1	5,9
	Zwangsmedikation	4	22,2	10	55,6	4	22,2
Gefühl von Beruhigung	Fixierung	5	29,4	11	64,7	1	5,9
	Zwangsmedikation	4	22,2	6	33,3	8	44,4

3.2.3 Präferierte Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht

Die Tabelle 8 gibt die Präferenz der interviewten Patienten wieder (Patienten ohne Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen und Patienten, die sich an mindestens eine Zwangsmaßnahme erinnerten) in Abhängigkeit der Gruppenmerkmale Geschlecht, Alter, Diagnose und Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen (siehe auch Anhang 2).

Insgesamt (N=82) wurde eine Zwangsmedikation von der Mehrheit der interviewten Patienten präferiert (N=53), gefolgt von einer Isolierung (N=21) und einer Fixierung (N=8). Männer und Frauen, Patienten, älter als der Durchschnitt, Patienten, jünger als der Zentralwert (Median), und Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen sowie mit sonstigen psychiatrischen Erkrankungen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Präferenz. Die Patienten innerhalb der Subgruppen nannten mehrheitlich die Zwangsmedikation als bevorzugte Maßnahme (siehe Tabelle 9). Auch Patienten, die eine Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation erlebt hatten, wählten wie Patienten ohne Erfahrungen eine Zwangsmedikation häufiger als die beiden anderen Maßnahmen.

Tabelle 8: Die bevorzugte Zwangsmaßnahme aus Sicht aller Patienten und in Abhängigkeit von den Gruppenmerkmalen der Patienten. Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

Gruppierungsmerkmal	Zwangsmedikation		Isolierung		Fixierung		Insgesamt		χ^2	df	p
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Geschlecht									2,68	2	0,26
weiblich	26	74,3	6	17,1	3	8,6	35	42,7			
männlich	27	57,4	15	31,9	5	10,6	47	57,3			
Alter									3,26	2	0,19
jung ^a	23	56,1	14	34,1	4	9,8	41	50,0			
alt	30	73,2	7	17,1	4	9,8	41	50,0			
Diagnose ^b									2,54	4	0,64
F10-F19	15	75,0	3	15,0	2	10,0	20	24,4			
F20-F21	20	62,5	10	31,3	2	6,3	32	39,0			
Sonstige	18	60,0	8	26,7	4	13,3	30	36,6			
Zwangsmäßnahme									2,34	2	0,30
ja ^c	8	53,3	4	26,7	3	20,0	15	18,3			
nein	45	67,2	17	25,4	5	7,5	67	81,7			

^a: jünger: bis 44 Jahre, älter: ab 45 Jahre. ^b: F10-F19: Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Sonstige: Affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, Intelligenzminderung. ^c: Patienten, die eine Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation erlebt hatten und sich an beide Maßnahmen erinnerten.

3.2.4 Gründe für Zwangsmaßnahmen (aus Sicht der Patienten und des Personals)

In der Abbildung 1 und 2 sind die Gründe für die Zwangsmaßnahme jeweils getrennt aus Sicht der Patienten und des Pflegepersonals dargestellt. Mehrfachantworten waren möglich.

Am häufigsten begründete das Personal die Durchführung der Fixierung oder der Zwangsmedikation mit verbaler (Fixierung: N=10, Notfallmedikation: N=8) oder physischer Aggressivität (Fixierung: N=11, Notfallmedikation: N=11) der Patienten. Als zusätzliche Gründe für die Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation nannte das Personal „Fluchtversuch“ (N=1), Zwangshandlungen (N=1) und manische Gereiztheit (N=1).

Es zeigte sich eine deutliche Diskrepanz in der Wahrnehmung zwischen Personal und Patienten bezüglich der Ursache der Fixierung. Fünf der 17 Patienten berichteten, dass die Fixierung ohne ersichtlichen Grund an ihnen durchgeführt worden sei. Nur ein kleiner Teil der Patienten sah im Vergleich zu dem Personal körperliche (N=4) oder verbale (N=2) Aggressivität als Auslöser der Fixierung. Widerstand gegenüber dem Personal (N=3, bzw. N=4)

und unberechenbares Verhalten (N=3, bzw. N=4) wurden von den Patienten sowie vom Pflegepersonal gleich häufig genannt. Eine Fixierung erfolgte nach Angaben eines Patienten auf eigenen Wunsch, um seinen Zwangshandlungen zu „entkommen“. Zwei Patienten erwähnten, dass sie bereits vor der Ankunft auf der Akutstation von Mitarbeitern des Rettungsdienstes fixiert worden seien. Die Fixierung sei daraufhin auf der Station direkt weitergeführt worden. Ein Patient berichtete von seinem eigenen „Fluchtversuch“, der seiner Meinung nach zu einer Fixierung geführt habe.

Auch bei den Gründen für die Zwangsmedikation fallen Ungleichheiten in der Wahrnehmung zwischen Patienten und Pflegepersonal auf, jedoch in schwächerer Ausprägung als bei der Fixierung. Drei der 18 Patienten sahen keinen Grund für die Zwangsmedikation. Körperliche Aggressivität (N=6) wurde von den Patienten häufiger als Grund angegeben als im Zusammenhang mit der Fixierung. Verbale Aggressivität (N=2) traf wie bei der Fixierung auf wenig Zustimmung der Patienten. Die Patienten begründeten die Zwangsmedikation genauso häufig wie das Personal mit Widerstand gegenüber dem Pflegepersonal (N=4) und mit unberechenbarem Verhalten (N=4). Als freie Antworten nannten die Patienten einen Fluchtversuch (N=2) als Ursache der Zwangsmedikation.

Der Unterschied in der Wahrnehmung zwischen Patienten und Personal bezüglich aggressiven Verhaltens der Patienten als Auslöser der Zwangsmaßnahme wurde mit dem Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz untersucht. Die anderen Kategorien wurden nicht auf Signifikanz untersucht, aufgrund der geringen Häufigkeit. Das Personal nannte körperliches ($\chi^2=5,85$, $df=1$, $p<0,05$) und verbales ($\chi^2=8,24$, $df=1$, $p<0,05$) aggressives Patientenverhalten als Grund für die Fixierung signifikant häufiger als die Patienten. Bezüglich der Zwangsmedikation war dieser Unterschied nicht signifikant.

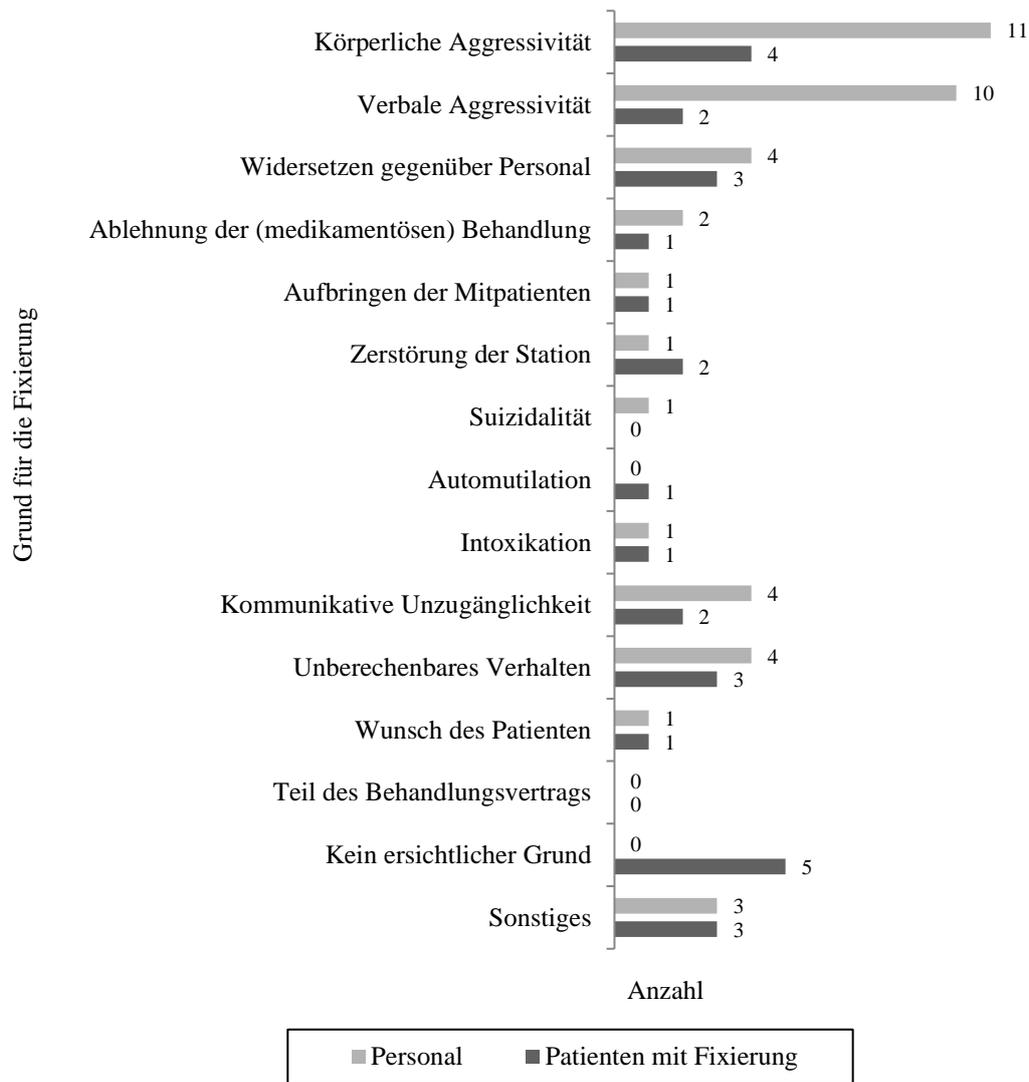


Abbildung 1: Gründe für Fixierung aus Sicht der Patienten und des Personals (N=17). Mehrfachnennungen waren möglich.

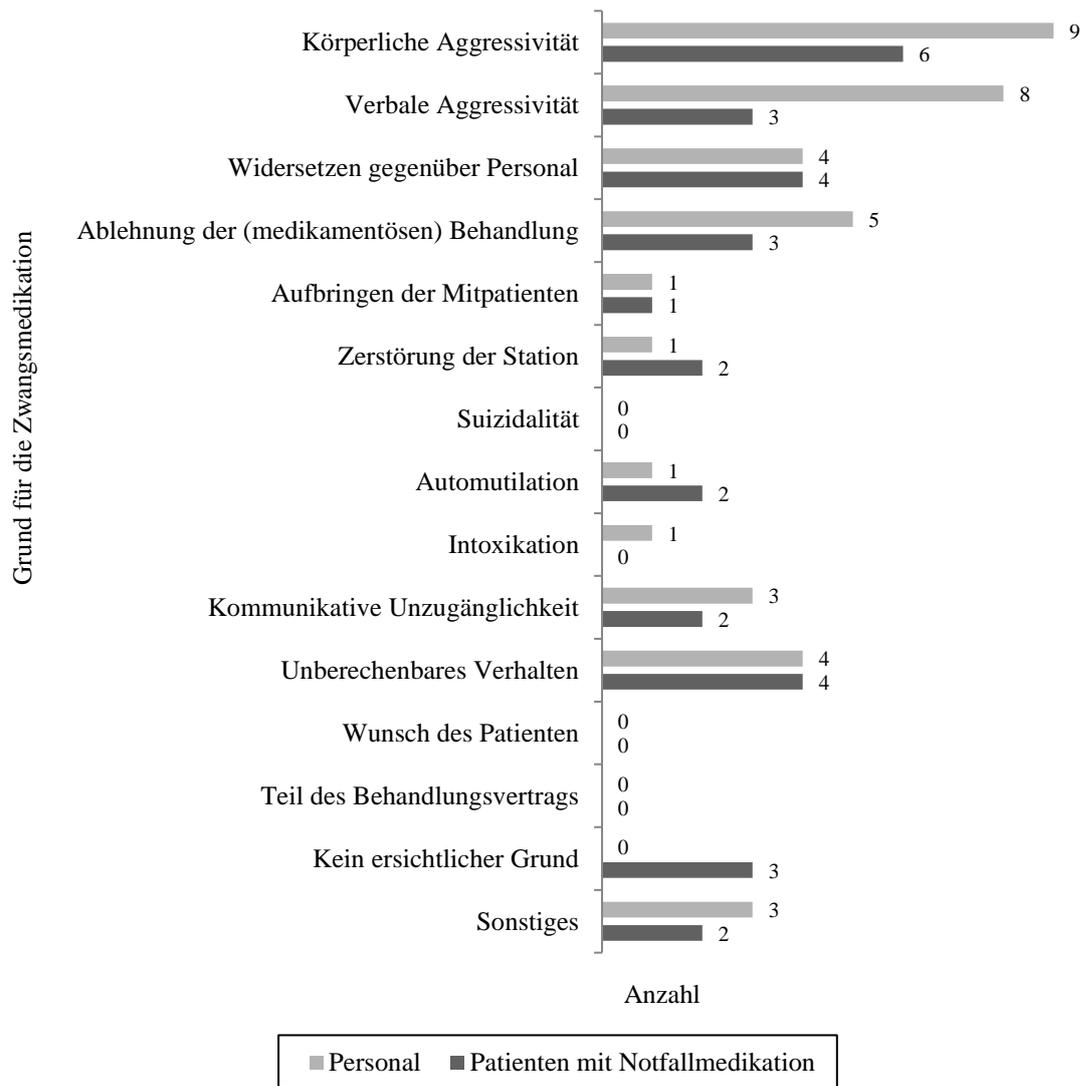


Abbildung 2: Gründe für Zwangsmedikation aus Sicht der Patienten und des Personals (N=18). Mehrfachnennungen waren möglich.

Innerhalb des PatPRA-Interviews wurden die Gründe für die Aufnahme aus Sicht der Patienten und des Personals mit einem geschlossenen Antwortformat abgefragt. Patienten, die keinen ersichtlichen Grund für die Zwangsmaßnahme nennen konnten, konnten meistens Gründe für ihre Aufnahme erkennen (Tabelle 9). Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 9: Gründe für die Aufnahme aus Sicht der Patienten ohne Einsicht in die Notwendigkeit einer Fixierung (N=5) oder einer Zwangsmedikation (N=3). Mehrfachnennungen waren möglich.

Kein ersichtlicher Grund	Aufnahmegrund
Fixierung	Wahnvorstellungen: 1 Kein ersichtlicher Grund: 1 Halluzinationen: 2 Manie: 1
Zwangsmedikation	Kein ersichtlicher Grund: 1 Halluzinationen: 1 Manie: 1

3.2.5 Alternativen aus Patientensicht unter besonderer Berücksichtigung des Problems der Fixierungserfahrung

Bei der Frage nach möglichen Alternativen zu der stattgefundenen Fixierung wurden den Patienten drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die 17 Patienten, die sich an die Fixierung erinnerten, bestätigten als Alternative am häufigsten eine Zwangsmedikation (N=14) und die ständige Anwesenheit von Klinikpersonal (N=10). Isolierung empfanden nur fünf Patienten als eine Alternative.

3.2.6 Kommentare der Patienten

In dem Interview wurde den Patienten angeboten, sich zu ihren Erfahrungen der Zwangsmaßnahme zu äußern. Die Patienten bekamen drei Fragen gestellt, die sie offen beantworten konnten: 1: Was fanden Sie an der Zwangsmaßnahme am problematischsten? 2: Wie hätte die Zwangsmaßnahme verhindert werden können? 3: Möchten Sie sonst noch etwas zu dem Thema anmerken?

Die Antworten der Patienten zu den Fragen 2 und 3 werden unter Frage 3 subsumiert, da Patienten die Frage nach Alternativen (Frage 2) häufig nicht beantworteten, aber Vorschläge zu Alternativen in ihren Anmerkungen (Frage 3) nannten. Die Antworten sind im Anhang 3 dargestellt.

Offene Frage 1

Auf die Frage, was Betroffene an der Zwangsmaßnahme am problematischsten fanden, nannten die Patienten am häufigsten die Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Tabelle 10)

Tabelle 10: Antwort auf die offene Frage 1, was an der Zwangsmaßnahme am problematischsten gewesen sei (N=21)

Kategorie	Anzahl
Einschränkung der Bewegungsfreiheit	9
Benommenheit durch Medikation	2
Langeweile	1
Hilflosigkeit	1
Kontrollverlust	3
Sinnlosigkeit der Zwangsmaßnahme	1
Fehlender Raum für Verhandlungen	1
Nichts	3
Ich weiß nicht	3
Erholung von Zwangsmaßnahme	1

Offene Frage 3

Die Patienten äußerten sich zu unterschiedlichen Themenbereichen, die im Folgenden einzeln dargestellt werden. Es fiel auf, dass die Patienten mehrheitlich den Umgang mit dem Personal ansprachen.

Der **Wunsch nach Kommunikation und Mitspracherecht** im Rahmen der Zwangsmaßnahme war der Aspekt, den die Patienten am häufigsten ansprachen. Zwölf Patienten vermissten fehlendes Mitspracherecht und/oder mangelnde Kommunikation im Vorfeld der Zwangsmaßnahme.

Ein Patient kritisierte die unausgeglichene Machtverhältnisse auf den psychiatrischen Stationen. P2: „Das Personal hat Macht über mich, ist aber total distanziert. Die Ärzte können meine Erkrankung nicht nachempfinden“.

Sechs Patienten berichteten, dass ihnen nicht zugehört worden sei und/oder ihre Vorschläge zur Deeskalation der Situation nicht beachtet worden seien. P11: „Ich hätte die Tabletten geschluckt. Ich hätte mich auch ins Bett gelegt. Mir wurde nicht zugehört“. P20: „Ich wurde direkt fixiert, als ich mit dem Krankenwagen angekommen bin, weil ich mich nicht hinlegen

wollte. Ich habe versprochen, nicht zu randalieren, aber dafür keine Fixierung oder Medikamente. Aber keine Beachtung“. P4: „Mir wurde zu wenig Zeit gegeben, mich zu beruhigen“. P7: „Ich wäre in meinem Zimmer ruhig geblieben. Ich hatte mich selbst unter Kontrolle, ich hätte mehr Zeit gebraucht“. P13: „Die haben ja nicht mit mir geredet“. P12: „Der Arzt hat mir nicht zugehört“.

Acht Patienten sahen in einem Gespräch mit dem Klinikpersonal eine Alternative zu der Zwangsmaßnahme. P12: „Ein Gespräch mit einem Arzt oder einer Schwester hätte das selbstverletzende Verhalten verhindern können. P21: „Durch ein Gespräch hätte sich die Situation entspannen können“. P8: „Ich wurde direkt beim Ankommen fixiert, weil ich mich nicht hinlegen wollte. Ich hätte die Medikamente freiwillig genommen, wenn jemand mit mir geredet hätte“. P6: „Ich hätte nach einem Gespräch mit dem Arzt die Tabletten genommen“. P2: „Ich war nicht aggressiv. Ein Gespräch hätte gereicht“. P16: „Ich hätte lieber Medikamente bekommen und ein Gespräch“. P4: „Medikamente schlucken wäre eine Alternative gewesen und ein Arztgespräch“. P20: „Ein beruhigendes Gespräch hätte genügt“.

Drei Patienten verwiesen auf eine fehlende Aufklärung durch das Personal. Ein Patient wünschte sich eine Aufklärung über die Gründe der Zwangsmaßnahme, ein anderer Patient über die Wirkung der Medikation. P13: „Ich wusste gar nicht, warum ich fixiert war. Die haben ja nicht mit mir geredet“. P12: „Ich möchte wissen, welches Medikament mir gegeben wird“. Ein Patient wünschte sich eine Aufklärung über seine Erkrankung: P8: „Ich hätte gerne meine Situation, also meine Erkrankung, erklärt bekommen“.

Die **Rechtfertigung der Zwangsmaßnahme** wurde häufig angesprochen. Vier Patienten berichteten, dass die Zwangsmaßnahme nicht gerechtfertigt gewesen sei. Es sei keine Gefahr von ihnen ausgegangen, da sie nicht aggressiv gewesen seien (N=2) oder sich unter Kontrolle gehabt hätten (N=2). Die Zwangsmaßnahme wäre deshalb nicht gerechtfertigt gewesen. P7: „Die Fixierung war nicht gerechtfertigt. Ich hatte mich selbst unter Kontrolle, ich hätte mehr Zeit gebraucht“. Drei Patienten konnten eine Rechtfertigung der Zwangsmaßnahme zum Schutz anderer nachvollziehen. P18: „Die Fixierung war gerechtfertigt, um andere Patienten nicht zu beeinflussen“. P6: „Die Fixierung schützt andere, aber mich nicht“. P3: „Fixierungen werden zum Schutz anderer benutzt“. Zwei Patienten hielten die Zwangsmaßnahme für gerechtfertigt. P16: „Fixierung war notwendig, ich hatte mich nicht im Griff“. P3: „Ich fühle mich richtig behandelt. Das Personal hat mir mehrmals die Medikamente zum Schlucken angeboten, bis ich dann die Spritze bekommen habe“.

Zwei der Patienten befürworteten eine **Nachbesprechung** der Fixierung und der Zwangsmedikation, hielten eine Nachbesprechung innerhalb von 24 Stunden jedoch für verfrüht. P18: „Die Nachbesprechung nach 24 Stunden ist viel zu früh. Da war ich noch zu benommen von der Spritze“. P19: „Nachbesprechung später als 24 Stunden“.

3.3 Ergebnisse des PTBS Screenings

In dem ersten durchgeführten Interview fiel auf, dass es diesem Patienten sehr schwerfiel, bezüglich der Fragen zwischen Zwangsmedikationen und Fixierungen zu differenzieren. Die Patienten, die sich an beide Maßnahmen erinnerten (N=15), wurden daraufhin gebeten, die Fragen auf das Erlebnis der Zwangssituation mit einer Fixierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation und nicht auf die einzelnen parallel angewandten Zwangsmaßnahmen zu beziehen.

Die Patienten, die sich nur ausschnittsweise an die Zwangsmaßnahme erinnerten, verneinten alle angegebenen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung und/oder des peritraumatischen Erlebens (Tabelle 11). Von den Patienten, denen die Zwangsmaßnahme noch sehr präsent war (N=22), bestätigte die Mehrheit (N=18) eines oder mehrere der aufgeführten Symptome, zehn Patienten bestätigten vier oder mehr Symptome.

Tabelle 11: Anteil der Patienten, die Symptome einer PTBS und/oder eines peritraumatischen Erlebens angaben. Darstellung in absoluten Zahlen und in Prozent.

	Eingeschränkte Erinnerung (N=4)		Uneingeschränkte Erinnerung (N=22)		Insgesamt (N=26)	
	N	%	N	%	N	%
Eine oder mehr Fragen mit Ja beantwortet	0	0	18	81,8	18	69,2
Vier oder mehr Fragen mit Ja beantwortet	0	0	10	45,5	10	38,5

In der Abbildung 3 sind die einzelnen erfragten Symptome in ihrer Häufigkeit dargestellt. Die Antworten der Patienten, die sich nur partiell an die Zwangsmaßnahme erinnerten, wurden extrahiert. Die Mehrheit der Patienten berichtete von Gefühlen der Hilflosigkeit in Assoziation mit der Zwangsmaßnahme und versuchte das Thema „Zwangsmaßnahme“ zu

vermeiden. Annähernd die Hälfte der Patienten assoziierte mit der Erinnerung an die Zwangsmaßnahme seelischen Stress und starke Emotionen wie z.B. Gefühle von Angst. Die restlichen Symptome wurden von weniger als einem Drittel der Patienten genannt.

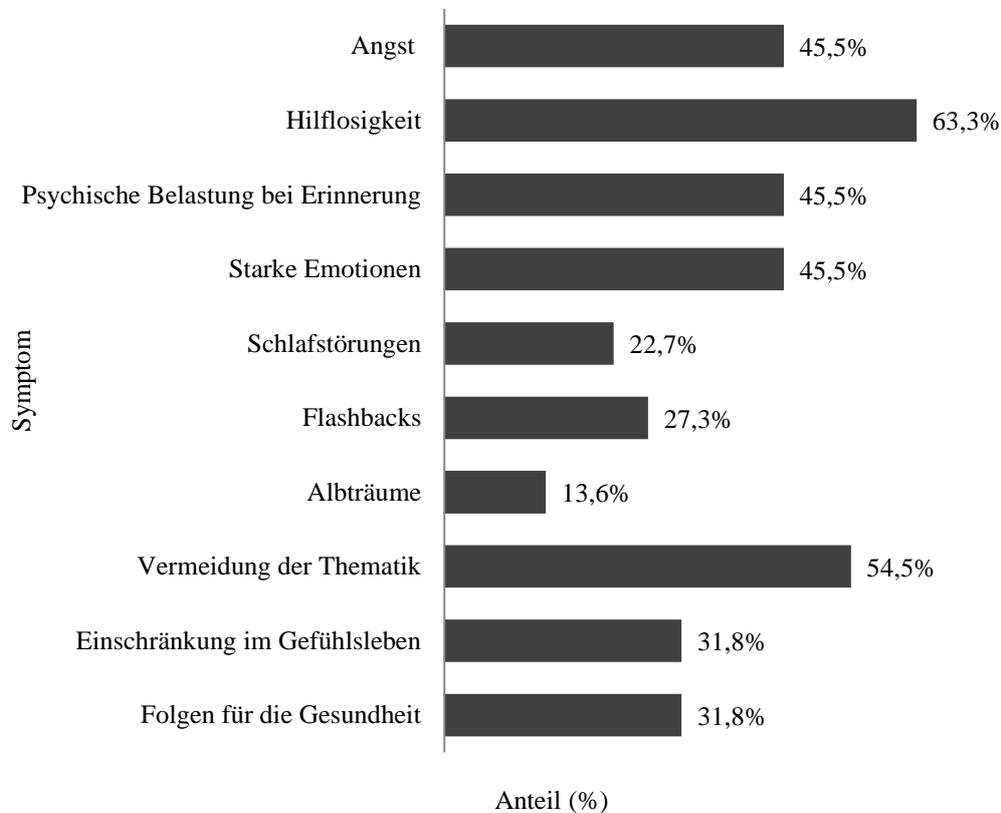


Abbildung 3: Symptome einer PTBS und/oder eines peritraumatischen Erlebens der Patienten, die sich detailliert an die Zwangsmaßnahme erinnerten (N=22). Darstellung in Prozent.

3.4 Patientenzufriedenheit (SEB, CSQ)

Die Behandlungszufriedenheit der Patienten, die eine Fixierung und/oder Verabreichung von Notfallmedikation erhalten hatten (Untersuchungsgruppe), wird folgend mit der Behandlungszufriedenheit der Patienten, die noch nie eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten (Kontrollgruppe) verglichen. Um den Einfluss anderer Faktoren auf die Behandlungszufriedenheit weitgehend zu minimieren, wurde ein Matching („Exact Matching“) angewandt (zur genaueren Beschreibung siehe Material und Methoden).

3.4.1 Beurteilung des therapeutischen Settings (SEB)

Die Items zu zwischenmenschlichen Beziehungen des SEB wurden von den Patienten mit einer sechs-stufigen Likert Skala von „stimmt gar nicht“ bis „stimmt genau“ beurteilt. Ein hoher Skalenwert entspricht einer guten Bewertung durch die Patienten.

In den Abbildung 4, 5 und 6 sind die Bewertungen der drei Skalen der Untersuchungsgruppe im Vergleich mit den Bewertungen der gematchten Kontrollgruppe dargestellt.

Sowohl die Patienten ohne als auch die mit Zwangsmaßnahme bewerteten das Stationsklima durchweg positiv. Die Mittelwerte aller drei Skalen (Beziehung zum Pflegepersonal, Beziehung zum Einzeltherapeuten, Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion) lagen bei der Untersuchungsgruppe und der gematchten Kontrollgruppe bei Werten von über 3. Bei einer Skala von „1= stimmt gar nicht“ bis zu „6= stimmt genau“ und positiv formulierten Fragen bezüglich der jeweiligen Beziehung zeigten diese deutlich über dem Durchschnitt von 3 liegenden Mittelwerte eine positive Wahrnehmung aller Gruppen. Zu betonen ist jedoch auch, dass die Untersuchungsgruppe alle Skalen vergleichsweise schlechter beurteilte als die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der einzelnen Skalen werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

3.4.1.1 Beziehung zum Pflegepersonal

Die Mittelwerte dieser Skala, dargestellt in Abbildung 4, zeigen eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit beider Gruppen (Untersuchungsgruppe Mittelwert: 5,10, Kontrollgruppe Mittelwert: 5,47). Die Kontrollgruppe bewertete diese Skala jedoch signifikant besser als die Untersuchungsgruppe (Mann-Whitney-U-Test: $p < 0,05$).

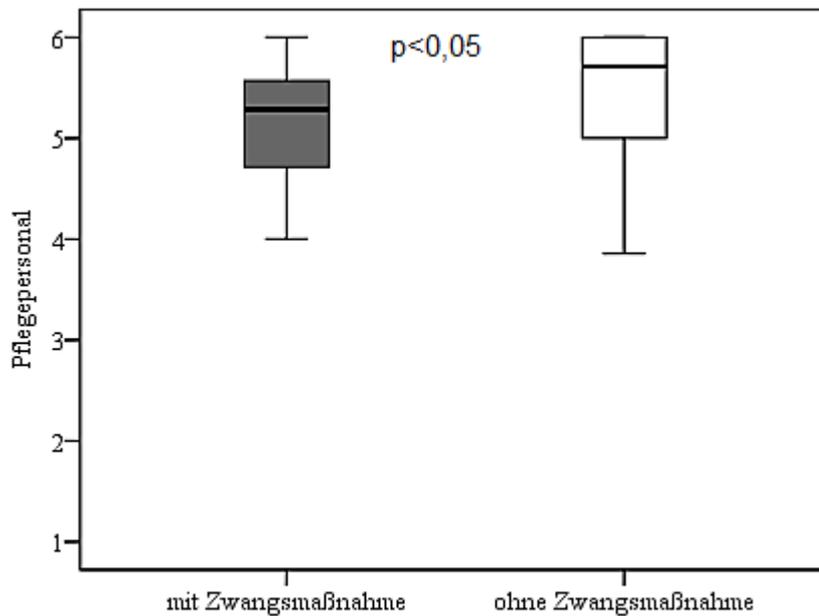


Abbildung 4: Bewertung der Beziehung zum Pflegepersonal, dargestellt für Patienten mit Zwangsmaßnahme (N=21) und die gematchte Gruppe der Patienten ohne Zwangsmaßnahme (N=26).

3.4.1.2 Beziehung zum behandelnden Arzt

In der Abbildung 5 ist die Bewertung der Beziehung zum behandelnden Arzt durch die Patienten dargestellt. Die Beziehung zum Arzt erhielt von der Untersuchungsgruppe die schlechtere Bewertung, und es zeigte sich der größere Unterschied innerhalb der drei Skalen in der Bewertung zwischen der Untersuchungsgruppe und der Kontrollgruppe (Untersuchungsgruppe Mittelwert: 4,55, Kontrollgruppe Mittelwert: 5,45). Die Unterschiede in der Bewertung der Gruppen hinsichtlich der Beziehung zum behandelnden Arzt waren hoch signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $p < 0,001$).

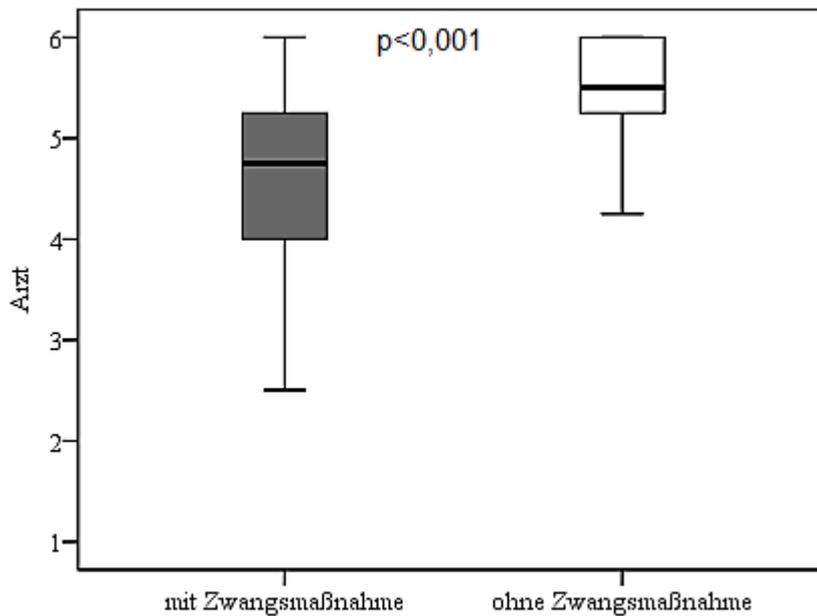


Abbildung 5: Bewertung der Beziehung zum behandelnden Arzt, dargestellt für Patienten mit Zwangsmaßnahme (N=20) und die gematchte Gruppe der Patienten ohne Zwangsmaßnahme (N=25).

3.4.2 Allgemeine Behandlungszufriedenheit (CSQ)

Die Mittelwerte der drei Items – Empfehlung der Station an einen Freund, generelle Behandlungszufriedenheit und freiwillige Wiederaufnahme – wurden zusammengefasst. Ein hoher Skalenwert steht für eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung.

Abbildung 6 zeigt eine generelle Zufriedenheit der Patientengruppen. Es ist jedoch zu erkennen, dass die Kontrollgruppe mit der erhaltenen Behandlung allgemein zufriedener war als die Untersuchungsgruppe (Untersuchungsgruppe Mittelwert: 2,76, Kontrollgruppe Mittelwert: 3,32). Dieser Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant (Mann-Whitney-U-Test: $p < 0,05$).

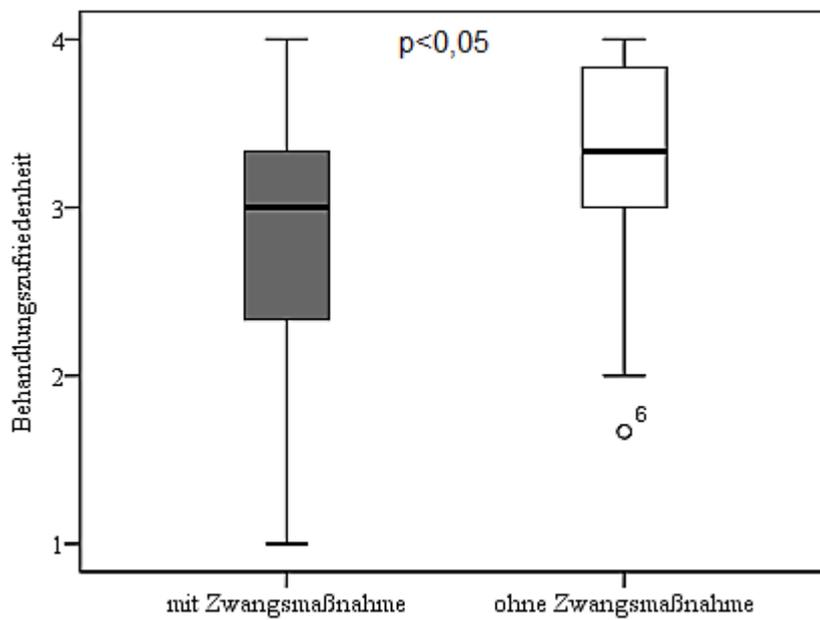


Abbildung 6: Bewertung der Behandlung, dargestellt für Patienten mit Zwangsmaßnahme (N=21) und die gematchte Gruppe der Patienten ohne Zwangsmaßnahme (N=27).

4 Diskussion

4.1 Ergebnisdiskussion

4.1.1 Prävalenz und Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen

Im Untersuchungszeitraum haben 15% der Patienten der Akutstationen Zwangsmedikationen, Fixierungen oder Isolierungen erfahren. Vier Studien aus Deutschland berichten von 2-16% von Zwangsmaßnahmen betroffener Patienten (Martin et al., 2007a; Steinert et al., 2007; Ketelsen et al., 2011; Flammer et al., 2013). Die Anzahl der Patienten, die eine Zwangsmaßnahme erfahren haben, liegt in der vorliegenden Studie im Vergleich zu den vier anderen deutschen Studien im oberen Bereich. Dies ist dadurch zu erklären, dass nur Patienten geschützter Akutstationen untersucht wurden und nicht – wie in oben genannten deutschen Studien – die gesamte psychiatrische Klinikpopulation.

Es ließ sich die Hypothese bestätigen, dass schizophrene Patienten ein höheres Risiko aufweisen, Zwangsmaßnahmen zu erfahren als Patienten mit anderen psychiatrischen Diagnosen (Hypothese 1). Zusätzlich erwies sich die Zugehörigkeit zur Kategorie „männliches Geschlecht“ als signifikanter Risikofaktor für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Insbesondere die Diagnose Schizophrenie konnte in vergleichbaren Studien wiederholt als Risikofaktor für Zwangsmaßnahmen identifiziert werden (Steinert et al., 2007; Hendryx et al., 2010; Husum et al., 2010; Keski-Valkama et al., 2010a; Raboch et al., 2010; Steinert et al., 2010; Dumais et al., 2011; Ketelsen et al., 2011; Knutzen et al., 2011; Lay et al., 2011; Flammer et al., 2013). Auch „männliches Geschlecht“ wurde als patientenbezogener Prädiktor für die Anwendung einer Zwangsmaßnahme häufig in repräsentativen Studien beschrieben (Hendryx et al., 2010; Dumais et al., 2011; Knutzen et al., 2011; Lay et al., 2011).

Hervorzuheben ist, dass die Patienten der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ absolut am meisten von Zwangsmaßnahmen betroffen waren. Die oben genannte Diagnose wurde in der Regressionsanalyse (Odds Ratios) jedoch nicht als Prädiktor für Zwangsmaßnahmen identifiziert. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass die Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten mit einer Abhängigkeits-erkrankung in Relation zu der Gesamtgruppe der behandelten Patienten mit einer

Abhängigkeitserkrankung relativ klein ist. Die Aufnahme dieser Patienten erfolgt auf den untersuchten Stationen zumeist elektiv und nicht akut im akoholintoxikierten Zustand.

Die Autoren schlussfolgerten in einem auf 74 Studien zu der vorliegenden Thematik basierenden Review, dass wahrscheinlich insbesondere „aggressives Patientenverhalten“ als starker patientenbezogener Prädiktor für Zwangsmaßnahmen festgelegt werden könne (Beghi et al., 2013). Diese Schlussfolgerung wird von den Ergebnissen der vorliegenden Studie unterstützt. Das Personal nannte aggressives Patientenverhalten als häufigsten Auslöser für die Zwangsmaßnahme. Auch in anderen Studien wurde aggressives Patientenverhalten von Seiten des Personals als häufigster Grund für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen angegeben (Husum et al., 2010; Raboch et al., 2010; Knutzen et al., 2013). Dass eine schizophrene Erkrankung mit einem erhöhten Gewaltisiko einhergeht, wurde in Studien bereits nachgewiesen (Steinert, 2008). Diese Tatsache könnte erklären, warum zumindest die „Diagnose Schizophrenie“ in der vorliegenden Studie und in vergleichbaren Studien mit Zwangsmaßnahmen assoziiert wurde. Dass männliche Patienten ein größeres Aggressionspotential in sich tragen als Frauen, wurde bislang jedoch nicht wissenschaftlich nachgewiesen. Es ließe sich die Hypothese aufstellen, dass weibliche Patienten von dem Personal als weniger körperlich gefährlich und damit weniger bedrohlich wahrgenommen werden und damit die Indikation für eine Fixierung seltener von Seiten des Personals gestellt wird.

Es ergaben sich klare Divergenzen zwischen dem Personal und den Patienten in der Einschätzung der Situationen, die zum Einsatz einer Zwangsmaßnahme geführt haben. Patienten sahen ihr aggressives Verhalten deutlich weniger als den Grund für die Zwangsmaßnahme an. Einige Patienten waren der Meinung, dass die Fixierung bzw. die Zwangsmedikation ohne ersichtlichen Grund durchgeführt worden seien. Auch einige der Patienten, die Frajo-Apor et al. (2011) in einer qualitativen Studie befragten, sahen keinen Grund für die Fixierung. In einer qualitativen Studie von Wynn et al. (2004) waren viele Patienten davon überzeugt, dass die Zwangsmaßnahme als Reaktion auf Nichtbefolgen der Anweisungen des Personals als Bestrafung erfolgte. Eine weitere qualitative Studie (Johnson, 1998) zeigt, dass Patienten der Ansicht waren, dass Zwangsmaßnahmen vom Personal angewandt wurden, um stationäre Regeln durchzusetzen.

Eine objektiv fassbare Darstellung der Umstände des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen ist schwer zu erheben, da den Ergebnissen von Befragungen immer subjektive Aussagen zu

dem Erleben dieser Situation zugrunde liegen. Für die unterschiedliche Bewertung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen können unterschiedliche Erklärungen herangezogen werden.

Auf der Patientenseite kann die Erklärung sowohl in der Erkrankung der Patienten wie auch in der Zwangsmedikation selbst oder in der möglichen Verleugnung/Verdrängung einer als unangenehm erlebten Situation liegen. Patienten, die ihre eigene Aggressivität dementierten oder keinen ersichtlichen Grund für die Zwangsmaßnahme erkennen konnten, litten an einer schizophrenen oder durch Alkohol induzierten Erkrankung. Es ist denkbar, dass die Patienten ihr Verhalten aufgrund ihrer Erkrankung nicht einschätzen konnten. Dem widerspricht, dass diese Patienten durchaus eine Krankheitseinsicht hatten. Die meisten der Patienten, die keinen Grund für die Zwangsmaßnahme erkennen konnten, konnten durchaus plausible Gründe für ihre Aufnahme nennen. Es ist ebenfalls denkbar, dass die Zwangsmedikation selbst die Erinnerung der Patienten trübte. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass sich die Patienten retrospektiv für ihr eigenes Verhalten schämten. Um diesem unangenehmen Gefühl weniger stark ausgeliefert zu sein, verdrängten die Patienten möglicherweise das eigentliche Ausmaß ihres aggressiven Verhaltens.

Auf der Seite des Personals ist nicht auszuschließen, dass das Aggressionspotential der Patienten überschätzt wurde. Gegen diesen Gedanken spricht die Tatsache, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auch für das Personal selbst mit einer starken seelischen Belastung verbunden ist (Stubbs et al., 2009). Ergänzend muss davon ausgegangen werden, dass das Personal versucht, im Sinne des Patienten zu handeln, um dem medizinischen Ethos zu entsprechen.

Diese Studie unterstützt mit der Untersuchung von Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen die aktuelle Frage, wie Zwangsmaßnahmen verhindert werden können. Anhand der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Vergleich mit der aktuellen Studienlage ist anzunehmen, dass Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis einer höheren Wahrscheinlichkeit unterliegen, eine Zwangsmaßnahme zu erleben als Patienten anderer Diagnosegruppen und dass eine vom Personal wahrgenommene Fremdgefährdung die primäre Indikation für Zwangsmaßnahmen darstellt. Schlussfolgernd sollten sich zukünftige Studien zur Entwicklung von Interventionen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen insbesondere auf die Besonderheiten im Umgang mit schizophrenen Patienten und vorhandener Fremdaggressivität fokussieren.

4.1.2 Das subjektive Erleben der Zwangsmaßnahme

Die vorliegende Studie lässt in Zusammenschau mit der Literatur den Schluss zu, dass sich Zwangsmaßnahmen negativ auf die seelische Gesundheit auswirken und – wie hypothetisch angenommen – traumatisierend auf den Patienten wirken können. Für die Einordnung der Ergebnisse ist relevant, dass Vergleichsstudien zum Erleben von Zwangsmaßnahmen, insbesondere aus Deutschland, nur in geringem Maß vorliegen.

Für diese Hypothese könnte sprechen, dass die Mehrheit der interviewten Patienten die Fixierung und die Zwangsmedikation ohne jeden persönlichen Nutzen erlebte. Sie erzeugten vielmehr negative Emotionen. Angst, Trauer und Wut dominierten das situative Erleben der Zwangsmaßnahme aus der Sicht der Patienten. Die Emotionen Wut und Angst finden sich übereinstimmend in den Patientenaussagen der qualitativen Literatur zu dem Erleben von Zwangsmaßnahmen (Binder & McCoy, 1983; Hammill et al., 1989; Sheridan et al., 1990; Johnson, 1998; Meehan et al., 2000; Haglund et al., 2003; Holmes et al., 2004; Wynn, 2004; Frajo-Apor et al., 2011; Kontio et al., 2012). Auch die Empfindung von Trauer wurde von den Patienten geäußert (Hammill et al., 1989; Haglund et al., 2003). In einigen Studien erwähnten die Patienten – wie in der vorliegenden Studie – dass sich die Zwangsmaßnahme wie eine Bestrafung angefühlt habe und/oder sie sich in der Situation der Zwangsmaßnahme geschämt hätten (Sheridan et al., 1990; Holmes et al., 2004; Frajo-Apor et al., 2011).

Die Ergebnisse quantitativer Studien zu dem Erleben von Fixierungen und Zwangsmedikationen sind nur begrenzt mit den vorliegenden Ergebnissen zu vergleichen, weil bis zum jetzigen Zeitpunkt lediglich zwei quantitative Studien das emotionale Erleben von Zwangsmedikation oder Fixierungen untersuchten (Greenberg et al., 1996; Armgart et al., 2013). Diese Studien zeigten ebenfalls eine Dominanz der Empfindung Wut innerhalb des Gefühlserlebens der Patienten. In der Studie von Greenberg et al. (1996) wurden amerikanische Patienten einige Wochen nach ihrer Entlassung hinsichtlich des Erlebens von Zwangsmedikationen telefonisch interviewt. Abgefragt wurden die Begründung der Zwangsmedikation und die emotionale Reaktion darauf (Wut, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Erleichterung). Der Zwangsmedikation wurde im Nachhinein von 60% der Befragten zugestimmt. Die meisten befragten Patienten (unter 50%) negierten negative Emotionen in Zusammenhang mit der Zwangsmaßnahme (Greenberg et al., 1996). Dieser Unterschied zur vorliegenden Studie lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass ein zeitlicher Abstand zu der

Zwangsjahre die Wahrnehmung der Zwangsjahre positiv veränderte. Es ist von Bedeutung, dass die Ergebnisse hinsichtlich der erlebten Affekte ähnliche Tendenzen zeigen wie die vorliegende Studie. Wut wurde von den Patienten am häufigsten genannt (9 von 18 Patienten), auch das Gefühl von Angst (N=8) wurde bestätigt (N=8). Nur eine Minderheit (N=5) empfand Scham bezüglich der Zwangsjahre. Die zweite Studie ist nur begrenzt mit den Daten der eigenen Studie vergleichbar, da bezüglich des emotionalen Erlebens nicht zwischen Zwangsjahre und Fixierungen differenziert wurde (Armgarth et al., 2013). Als negative Emotionen, die in der vorliegenden Studie erfragt wurden, nannten die Patienten Wut, Hass, Aggression, Hilflosigkeit, Desorientierung, Einsamkeit und Verzweiflung. In der Studie von Armgarth et al. 2013 bestätigten über die Hälfte der 15 Patienten ähnlich den hier vorliegenden Ergebnissen, dass Zwangsjahre in erster Linie Wut, Ärger und Aggression ausgelöst hätten.

Weitere Hinweise darauf, dass Zwangsjahre potentiell traumatisierende Erfahrungen darstellen, zeigen die vorliegenden Ergebnisse des Freiburger PTBS Screenings: Achtzehn von insgesamt 22 Patienten nannten mindestens ein Symptom der posttraumatischen Belastungsstörung und/oder des peritraumatischen Erlebens (Freiburger PTBS Screening). Obwohl Patienten in mehreren qualitativen Studien Zwangsjahre als traumatische Ereignisse beschrieben (Bonner et al., 2002; Wynn, 2004; Frueh et al., 2005), thematisierte bisher nur eine Studie den Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung und dem Erleben von Zwangsjahre (Whitcross et al., 2013). Die Autoren analysierten das Risiko der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einer durchlebten Isolierung mit einem Fragebogen (Impact of Event Scale – Revised, IES-R, Weiss, 2005), der zur Evaluierung von Symptomen konzipiert wurde, die als Reaktion eines traumatischen Ereignisses entstehen können (N=31). Auch diese Autoren fanden bei einem großen Teil der Befragten (45%) eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung. Als eine mögliche Fehlerquelle der Befragung bezüglich traumatischer Symptome ist zu nennen, dass die Patienten eventuell die Belastung als besonders hoch angaben, um dadurch zu betonen, dass Zwangsjahre reduziert werden müssten – eine Einschränkung der Ergebnisse, die auch Whitcross et al. (2013) diskutierten.

Die Tatsache, dass Zwangsjahre einem bereits psychisch erkrankten Menschen psychischen Schaden zufügen könnten, betont die Notwendigkeit, Interventionen zu etablieren, die Zwangsjahre als potentiell traumatisierendes Ereignis verhindern und der

Entwicklung einer traumaassoziierten Störung nach Erleben einer Zwangsmaßnahme entgegenwirken. Neben der Prävention von Zwangsmaßnahmen sollten interventionelle Methoden und eine protektive Nachbehandlung der Zwangsmaßnahmen etabliert werden. Die Aussagen der Patienten der vorliegenden Studie geben diesbezüglich wichtige Hinweise und werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

Bei den Aussagen der Patienten waren der Wunsch nach Kommunikation, Partizipation und Respekt vor und während der Zwangsmaßnahme von zentraler Bedeutung. Die Patienten betonten die mangelnde Kommunikation mit dem Personal vor und während der Zwangsmaßnahme. Sie kritisierten, dass ihnen vor der Durchführung der Zwangsmaßnahme niemand zugehört habe, und dass keine Aufklärung über die Zwangsmaßnahme erfolgt sei. Einige Patienten meinten im Rückblick, dass ein zugewandtes Gespräch mit einem Mitglied des Personals sogar eine Möglichkeit dargestellt hätte, die Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Dass es sich bei diesen Kritikpunkten bzw. Wünschen nicht um ein Einzelphänomen handelt, bekunden Ergebnisse anderer Studien. Kommunikation mit dem Personal vor und während der Zwangsmaßnahme war einer der zentralen Wünsche der Patienten in qualitativen Studien (Sheridan et al., 1990; Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Chien et al., 2005; Mayers et al., 2010). Einige qualitative Studien, davon eine aus Deutschland, berichteten, dass Patienten der Meinung waren, dass Zwangsmaßnahmen durch Gespräche hätten vermieden werden können (Sheridan et al., 1990; Finzen, 1993; Haglund et al., 2003; Wynn, 2004; Frajo-Apor et al., 2011; Armgart et al., 2013). Weitere Punkte, die den Aussagen der Patienten zu entnehmen sind, waren der Wunsch nach Partizipation und die Kritik an dieser sie in ihrem Persönlichkeitsrecht verletzenden Maßnahme. Die Patienten fühlten sich in ihren Vorschlägen zur Deeskalation der Situation vor der Zwangsmaßnahme ignoriert und empfanden die Einschränkung ihrer körperlichen Freiheit als eingreifend. Dass das Mitspracherecht bei der Behandlung und ein respektvoller Umgang für psychiatrische Patienten zu einer höheren Zufriedenheit mit der Behandlung führt, wird auch in der wissenschaftlichen Literatur bestätigt (Svensson & Hansson, 1994; Taylor et al., 2009). In mehreren Studien nannten Patienten eine gleichberechtigte Beziehung und ein Mitspracherecht als wichtige Faktoren der Behandlung (Gigantesco et al., 2002; Kuosmanen et al., 2006; Strauss et al., 2013). In der vorliegenden Studie kritisierten Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren – neben mangelnder Kommunikation – vor allem das fehlende Mitspracherecht bezüglich der Durchführung der Zwangsmaßnahme (vgl. Abschnitt 3.1.2). In den letzten Jahrzehnten erlangte die Patientenbeteiligung in Fragen der Behandlung einen höheren

Stellenwert (Joosten et al., 2008). Der paternalistische Ansatz wird von vielen Patienten nicht mehr akzeptiert. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient gleicht heute vielmehr einer Partnerschaft (Joosten et al., 2008).

Die Mehrheit der Patienten dieser Studie gab an, dass ihnen die Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme nicht erklärt worden sei oder sie sich nicht daran erinnern könnten. Es ist möglich, dass die Zwangsmaßnahme tatsächlich nicht erklärt wurde; es ist jedoch wahrscheinlicher, dass das Erinnerungsvermögen der Patienten durch die Zwangsmedikation und/oder durch die psychiatrische Pathologie eingeschränkt war. Eine Nachbesprechung der Maßnahme nach 24 Stunden könnte diesem Problem entgegenzutreten. Diese Idee stieß auf eine hohe Zustimmung von Seiten der Patienten. Zwei Patienten merkten jedoch an, dass eine Nachbesprechung später als 24 Stunden erfolgen sollte, da sonst die Wirkung der Medikation noch zu stark und die Auffassung dadurch eingeschränkt sei.

Es fiel auf, dass ein vergleichsweise großer Anteil der Patienten die Maßnahme als gerechtfertigt beurteilte, obwohl die Patienten, die beide Formen von Zwangsmaßnahmen in der vorliegenden Studie für vermeidbar hielten, keinen positiven Nutzen in der Zwangsmaßnahme erkennen konnten und sogar von negativen Emotionen berichteten. Diese Ambivalenz zeigte sich auch in einer Studie von Frajo-Apor et al. (2011). Die Autoren interviewten Patienten mit einem offenen Fragenformat zu dem Erleben von Fixierungen. Obwohl die Patienten Fixierungen als willkürlich und als Disziplinierungsmaßnahmen erlebten, wertete sie ein großer Teil trotzdem als gerechtfertigt (Frajo-Apor et al., 2011). Die Theorie der kognitiven Dissonanz kann als Erklärungsansatz dieses scheinbaren Widerspruchs herangezogen werden. Die kognitive Dissonanz beschreibt einen Konflikt zwischen widersprüchlichen kognitiven und emotionalen Einschätzungen von Erlebtem, der von dem Betroffenen als sehr unangenehm erlebt wird (Bliesener, 2001, S. 298). Um diese Dissonanz zu reduzieren, werden die Einschätzungen einander angepasst (Bliesener, 2001, S. 298). Folglich traten eventuell in der Situation der Zwangsmaßnahme das negative Erleben der Zwangsmaßnahme aus Sicht der Patienten einerseits und das eigene nicht einstellungskonforme passive und resignative Verhalten der Patienten andererseits in einen Konflikt. Dieser mögliche Spannungszustand könnte durch die Rechtfertigung der Zwangsmaßnahme gelöst worden sein. Wird die Zwangsmaßnahme als gerechtfertigt betrachtet, kann das eigene Verhalten von den Patienten als einstellungskonform wahrgenommen werden.

Es fiel auf, dass die interviewten Patienten insbesondere den zwischenmenschlichen Umgang vor und nach der Zwangsmaßnahme kritisierten. Diese Tatsache betont die zentrale Bedeutung des Umgangs des Klinikpersonals mit den Patienten. In Studien wurde beschrieben, dass soziale Beziehungen einen ausschlaggebenden Faktor für die Lebensqualität psychiatrischer Patienten darstellen und auch im psychiatrischen Setting von besonderer Bedeutung für die Patienten sind (Johansson & Eklund, 2003; Gilbert et al., 2008; Priebe et al., 2010). Die große Bedeutung sozialer Beziehungen liegt eventuell daran, dass in der Psychiatrie – anders als in anderen medizinischen Fachbereichen – die Interaktionen mit dem Personal einen Teil der Therapie darstellen. Dass eine gute Beziehung der Patienten zum Klinikpersonal sich positiv auf den Erfolg der Behandlung ausübt, wird auch in der wissenschaftlichen Literatur betont (Smolka et al., 1997; Chue, 2006). Es ist anzunehmen, dass stark erkrankte psychiatrische Patienten an einem Defizit sozialer Verbundenheit außerhalb der Klinik leiden. Aus der Literatur ist bekannt, dass diese Patienten zumeist sozial isoliert sind und sich in kleinen sozialen Netzwerken bewegen, die sich häufig auf den Familienkreis beschränken (Eklund & Hansson, 2007; Müller et al., 2007). Dieses Defizit sozialer Verbundenheit erhöht voraussichtlich den Wunsch nach interpersonellem Kontakt während der stationären Behandlung. Aus der Literatur ist bekannt, dass insbesondere die sozioemotionalen Fähigkeiten des Personals für die Patienten von besonderer Bedeutung sind (Möller-Leimkühler et al., 2002; Spiessl et al., 2002; Theodoridou et al., 2012). Zeitliche Verfügbarkeit (Cleary et al., 2003; Giupponi et al., 2009) und insbesondere kommunikative Fähigkeiten (Möller-Leimkühler et al., 2002; Priebe & McCabe, 2008) des Personals werden von Seiten der Patienten geschätzt.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lässt sich schließen, dass standardisierte Schulungen des Personals in psychiatrischen Kliniken in zwischenmenschlicher Kommunikation mit Einbezug der besonderen Bedürfnisse psychiatrischer Patienten den zentralen Ansatzpunkt zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen und traumaassoziierten Störungen nach einer Zwangsmaßnahme darstellen.

4.1.3 Präferierte Zwangsmaßnahme aus Patientensicht

Insgesamt ist die wissenschaftliche Datenlage zum Vergleich der einzelnen Zwangsmaßnahmen gering. Die meisten Studien thematisieren einen Vergleich von Zwangsmedikationen

und Isolierungen, was sich darauf zurückführen lässt, dass diese Studien aus Ländern stammen, in denen Fixierungen rechtswidrig sind (Großbritannien) oder eine Rarität darstellen (Niederlande). Hier ist anzumerken, dass die vorliegende Studie zu dieser Diskussion nur bedingt beitragen kann. Im Untersuchungszeitraum erlebte lediglich eine Patientin eine Isolierung. Daher konnte keine sichere Aussage zu der Wahrnehmung einer Isolierung aus Patientensicht und damit ein direkter Vergleich der drei Maßnahmen erfolgen. Ein direkter Vergleich zwischen der Zwangsmedikation und der Fixierung war in der vorliegenden Studie jedoch möglich. Daher wird im Folgenden insbesondere auf den Vergleich von Zwangsmedikationen und Fixierungen eingegangen; eine Diskussion der Zwangsmedikation im Vergleich mit der Isolierung erfolgt am Rande. Der Vergleich einer Zwangsmedikation mit einer Fixierung ist von größerer Relevanz für den deutschen Raum, weil die Fixierung der aktuellen Studienlage nach hierzulande die am häufigsten durchgeführte Zwangsmaßnahme darstellt (Martin et al., 2007a; Steinert et al., 2007; Steinert, 2008). Die Isolierung dagegen wird nur in ca. der Hälfte der deutschen Fachkrankenhäuser und nur in wenigen Universitätskliniken durchgeführt (Steinert & Schmid, 2014).

Die Zusammenschau der vorliegenden Ergebnisse mit der aktuellen Literatur lässt den Schluss zu, dass Zwangsmedikationen von den Patienten eher toleriert werden als Fixierungen.

Zu erwähnen ist, dass direkte Vergleiche des Erlebens von Zwangsmedikationen und des Erlebens von Fixierungen kaum erfolgten. Die Literaturrecherche ergab nur zwei Studien, in denen das Erleben von Fixierungen und Zwangsmedikationen direkt verglichen wurde. Die Ergebnisse dieser Studien unterstützen die Ergebnisse der vorliegenden Studie: Naber et al. (1996) interviewten 40 Patienten, die auf den geschlossenen Stationen der psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden, zu ihrem Erleben von Zwangsmedikationen und Fixierungen. Die Patienten wurden nach ihrer retrospektiven Einstellung bezüglich der Zwangsmaßnahmen befragt. Ähnlich wie in der vorliegenden Studie stimmte ein größerer Anteil der Patienten retrospektiv eher der Zwangsmedikation zu als der Fixierung zu (Naber et al., 1996). In einer weiteren Studie befragten Georgieva et al. (2012a) Patienten einer psychiatrischen Akutstation eines niederländischen Krankenhauses über einen Zeitraum von drei Jahren mit einem Interview, das so konzipiert war, dass das Erleben von Zwang bei Isolierung und Fixierung verglichen werden konnte (Coercion Experience Scale, Bergk et al., 2010). Elf der 125 Patienten hatten eine Fixierung erlebt, die in Kombination mit einer Isolierung angewandt wurde. Die Zwangsmedikation wurde signifikant als weniger

einschränkend erlebt als die Kombination aus einer Isolierung mit einer Fixierung (Georgieva et al., 2012a). Qualitative Studien legen auch die Vermutung nahe, dass Zwangsmedikationen als weniger restriktiv erlebt werden als Fixierungen (Wynn, 2004).

Es liegen mehr Studien vor, die entweder das Erleben von Zwangsmedikationen oder das Erleben von Fixierungen untersuchen. Die Ergebnisse lassen zumindest einen indirekten Vergleich der Zwangsmaßnahmen zu. Auch im indirekten Vergleich wurde die Zwangsmaßnahme den eigenen Ergebnissen entsprechend als weniger eingreifend erlebt als die Fixierung. In der qualitativen Literatur werden – wie in der vorliegenden Studie – vorwiegend ein negatives emotionales Erleben und eine ablehnende Haltung der Patienten hinsichtlich der Fixierung beschrieben (siehe Einleitung). Eine Übersichtsarbeit (integratives Review) aus dem Jahr 2010, die auf der Auswertung von zwölf qualitativen Studien zu der Thematik basiert, kommt zu dem Schluss, dass Fixierungen als negative Erfahrung erlebt und gespeichert werden (Strout, 2010). Die Daten anderer qualitativer Studien zu dem Erleben von Zwangsmedikationen lassen wie die vorliegende Studie vermuten, dass Zwangsmedikationen nicht so deutlich abgelehnt werden (Schwartz et al., 1988; Greenberg et al., 1996). In drei Studien befragten die Untersucher Patienten dreier verschiedener psychiatrischer Kliniken in Finnland zu ihrem Erleben der Kooperation mit dem Personal und zu der Rechtfertigung sowie dem persönlichen Nutzen von Isolierungen und Fixierungen (Finzen, 1993; Lucksted & Coursey, 1995; Soininen et al., 2013). Die Ergebnisse zeigten hinsichtlich der Rechtfertigung und des Nutzens der Fixierung niedrige Mittelwerte, was einer durchschnittlichen Ablehnung entspricht. Naber et al. (1996) untersuchten das Erleben von Zwangsmaßnahmen deutscher schizophrener Patienten mit einem semistrukturierten Interview. Die Frage, ob die Patienten eine Zwangsmaßnahme als negativ oder positiv erlebt hätten, ließ eine Quantifizierung zu. Ein jeweils gleicher Anteil der von Fixierungen Betroffenen beurteilte die Fixierung negativ wie positiv (Naber et al., 1996).

Quantitative Studien zu Zwangsmedikationen berichten indessen – ähnlich den Ergebnissen der vorliegenden Studie – von einer hohen retrospektiven Zustimmung. Veltkamp et al. (2008) befragten niederländische Patienten, die eine Isolierung oder Zwangsmedikation erlebt hatten, zu der Effektivität, dem empfundenen Grad der Aversion bezüglich Zwangsmaßnahmen und der Präferenz für eine bestimmte Zwangsmaßnahme. 67% der Patienten verstanden retrospektiv, warum die Zwangsmedikation durchgeführt worden war. 57% der Betroffenen stimmten der Zwangsmedikation im Nachhinein zu. In einer anderen Studie aus den USA befragten die Autoren 25 Patienten retrospektiv mit einem selbst entwickelten,

kurzen Fragebogen zu ihrem unfreiwilligen Aufenthalt in der Psychiatrie (Schwartz et al., 1988). Zwei der Fragen bezogen sich auf die Rechtfertigung der erhaltenen Zwangsmedikation. 68% der Betroffenen hielten die Zwangsmedikation für gerechtfertigt.

Die aktuelle Studienlage zum Vergleich von Isolierungen und Zwangsmedikationen ist weniger eindeutig. Mit Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung lässt sich jedoch die Tendenz erkennen, dass eine Zwangsmedikation einer Isolierung vorgezogen wird.

Es wurde eine Befragung bezüglich der präferierten Maßnahme in einer Notfallsituation vorgenommen. 64,4% aller interviewten Patienten zog in einer Notfallsituation eine Zwangsmedikation einer Isolierung (25,6%) oder einer Fixierung (9,8%) vor. Mehr als die Hälfte der Patienten, die keine Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen hatten (N=61), und der Patienten, die sich mindestens an die Fixierung oder die Zwangsmedikation erinnerten (N=21), sowie der Patienten, die sich an beide Maßnahmen erinnerten (N=15), bevorzugte eine Zwangsmedikation, gefolgt von einer Isolierung und einer Fixierung. Bezüglich der Präferenz lag kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen vor. Das Alter, das Geschlecht oder die Diagnose ließen keinen Schluss auf einen Einfluss auf die Präferenz der Patienten zu.

Es existieren drei Studien, die ebenfalls die präferierte Zwangsmaßnahme aus Patientensicht erfragen. Auch hier zeigte sich kongruent mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie eine Präferenz der Zwangsmedikation: Eine Studie aus den USA interviewte Patienten bezüglich der präferierten Zwangsmaßnahme in einer Notfallsituation. Patienten einer psychiatrischen Akutstation setzten Zwangsmedikationen an erster Stelle (64%) vor Isolierungen und Fixierungen (36%). Ob diese Patienten Zwangsmaßnahmen erlebt hatten oder nicht, wurde nicht untersucht (Sheline & Nelson, 1993). Eine südafrikanische Studie befragte von Fixierungen, Isolierungen oder Zwangsmedikationen betroffene Patienten in einem semistrukturierten Interview zu ihrem Erleben der Maßnahmen (Mayers et al., 2010; Haw et al., 2011). Auch in dieser Studie stellte die Zwangsmedikation die bevorzugte Maßnahme aus Patientensicht dar. Ob die Autoren die Präferenz explizit abfragten oder die Präferenz aus freien Erzählungen der Patienten schlussfolgerten, ist aus der Beschreibung der Studie nicht ersichtlich. Eine andere Studie (Haw et al., 2011) interviewte Patienten einer forensischen Station in England zum Erleben von Isolierungen, Fixierungen und Zwangsmedikationen. Der Begriff der Fixierung bezog sich in dieser Studie auf die physische Fixierung (Festhalten des Patienten

durch das Personal). Auf die Frage, ob Zwangsmedikationen oder Isolierungen präferiert wurden, wählte die Mehrheit der Patienten die Zwangsmedikation (Haw et al., 2011). Im Unterschied dazu bevorzugten in einer niederländischen Studie Patienten, die eine Isolierung und oder eine Zwangsmedikation erfahren hatten, beide Maßnahmen gleich häufig (Veltkamp et al., 2008). Eine weitere Studie aus den Niederlanden zeigt, dass Patienten, die keine Zwangsmaßnahme oder eine Isolierung in Kombination mit einer Zwangsmedikation erlebt hatten, Zwangsmedikationen den Vorzug gaben. Patienten, die nur Isolierungen kannten, präferierten Isolierungen (Georgieva et al., 2012b).

Die Fragen, ob die Zwangsmedikation tatsächlich die eher geeignete Zwangsmaßnahme im Vergleich mit der Fixierung aus der Sicht der Patienten darstellt, sollte in groß angelegten Folgestudien überprüft werden. Durch Erfassung einer größeren Gruppe von Patienten könnten weitere Vergleiche durchgeführt werden. Eine größere Stichprobe würde die Möglichkeit bieten, Subgruppenanalysen valide durchzuführen. Möglicherweise haben bestimmte patientenbezogene Merkmale Auswirkungen auf das Erleben von Zwangsmaßnahmen. Risikogruppen für ein negatives Erleben von Zwangsmaßnahmen könnten so identifiziert werden.

4.1.4 Patientenzufriedenheit

Der hypothetisch formulierte negative Einfluss von Zwangsmaßnahmen auf die Beziehung zum involvierten Personal aus Patientensicht und auf die allgemeine Behandlungszufriedenheit ließ sich bestätigen. Dass es sich hierbei nicht um ein Einzelphänomen handelt, zeigen Ergebnisse anderer Studien.

Eine der vorliegenden Studie ähnlich angelegte Studie zeigt – wie auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie –, dass Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen insbesondere auf die Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt und in abgeschwächter Form auch auf die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal Einfluss haben (Smolka et al., 1997). Die Kontrollgruppe in dieser Studie bewertete ihr Verhältnis zu dem Pflegepersonal und behandelndem Arzt kongruent mit den vorliegenden Ergebnissen annähernd identisch (Smolka et al., 1997). In zwei Studien (Sheehan & Burns, 2011; Theodoridou et al., 2012) wurden keine objektiv messbaren Formen des Zwangs wie Zwangsmaßnahmen untersucht, sondern das subjektive

Gefühl von Zwang aus Patientensicht. Ein starkes Empfinden von Zwang korrelierte in beiden Studien signifikant mit einer schlechteren Bewertung der therapeutischen Beziehung (Sheehan & Burns, 2011; Theodoridou et al., 2012). Auch frühere Studien konnten einen negativen Zusammenhang zwischen Zwangsmaßnahmen und der Bewertung der Behandlung von Seiten der Patienten nachweisen (Iversen et al., 2007; Katsakou et al., 2010; Smith et al., 2014). Eine Erklärung für diese Beobachtung kann in der Annahme liegen, dass die Zufriedenheit mit der Beziehung zum Klinikpersonal die Behandlungszufriedenheit der Patienten sehr stark beeinflusst. Andere Untersuchungen konnten diesen Zusammenhang nachweisen (Möller-Leimkühler et al., 2002; Rossberg & Friis, 2004; Giupponi et al., 2009; Theodoridou et al., 2012).

Dass sich Zwangsmaßnahmen am stärksten auf die Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt auswirken, kann mehrere Gründe haben. In Studien beschreiben psychiatrische Patienten ihre Beziehung zum Arzt als wichtigsten Faktor der Behandlung (Möller-Leimkühler et al., 2002; Giupponi et al., 2009). Vor diesem Hintergrund könnte eine durch die Zwangsmaßnahme ausgelöste Enttäuschung über den behandelnden Arzt schnell in einer Entidealisierung und einer ablehnenden Haltung der Patienten resultieren. Es ist weiter davon auszugehen, dass den Patienten bewusst ist, dass der Arzt letztendlich die Entscheidung für oder gegen eine Zwangsmaßnahme fällt.

Der Einfluss von Zwangsmaßnahmen auf die Bewertungen der Behandlung und des Klinikpersonals von Seiten der Patienten war in der vorliegenden Studie weniger stark ausgeprägt als angenommen. Dieses Phänomen zeigte sich auch in einer Studie von Smith et al. (2014), die die Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf die Behandlungszufriedenheit ebenfalls mithilfe des Client Satisfaction Questionnaires (CSQ) untersuchte. Alle von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten waren mit ihrer Behandlung zufrieden, aber signifikant relativ unzufriedener als nicht Betroffene (Smith et al., 2014). Diese Erscheinung lässt sich eventuell durch eine positive Verzerrung der Patientenwahrnehmung erklären. Eventuell waren von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten in der vorliegenden Studie eigentlich unzufriedener, als die erfassten Ergebnisse andeuten. Diese Vermutung wird durch Ergebnisse anderer Studien gestützt. Hohe Zufriedenheitswerte bezüglich der Behandlung stellen unabhängig von der Diagnose oder der medizinischen Institution einen konsistenten Befund in der Zufriedenheitsforschung dar (Rentrop et al., 1999; Giupponi et al., 2009). Die positiven Bewertungen der Krankenhausversorgung stehen in zahlreichen Studien in Kontrast zu der kritischen Bewertung einzelner Behandlungsaspekte und den Ergebnissen qualitativer Studien

(Pawils et al., 2012). Dieser Widerspruch findet sich auch in der vorliegenden Studie: Patienten kritisierten Zwangsmaßnahmen, beschrieben sie als negative Erfahrungen, aber bewerteten die Behandlung positiv. In der Literatur werden mehrere Faktoren beschrieben, die zu diesem Effekt führen könnten. Eine Erklärung stellt die Anpassung der Patienten an ihre Patientenrolle dar. Diese Rolle kann zu einer passiv-resignativen Haltung der Patienten führen, die nach Pawils et al. (2012) von dem Klinikpersonal bewusst oder unbewusst eingefordert wird. Eine Resignation der Patienten kann zu einer positiven Verzerrung der Zufriedenheitswerte führen (Pawils et al., 2012). Die mit der Patientenrolle unter Umständen verbundene Autoritätsgläubigkeit vermindert möglicherweise die Kritikfähigkeit der Patienten (Pawils et al., 2012). Auch die Dankbarkeit der Patienten über die Genesung oder Verbesserung ihrer Erkrankung kann zu einem Artefakt hoher Zufriedenheitswerte führen (Pawils et al., 2012). Es ist auch möglich, dass Patienten sich scheuten, Kritik an ihrer Behandlung und dem Personal auszuüben, um den Erwartungen des Personals zu entsprechen. Dieser Effekt ist trotz Betonung der von dem Klinikpersonal unabhängigen Position der Interviewerin auch in der vorliegenden Studie nicht auszuschließen. Eventuell führte das Interview selbst zu einer höheren Zufriedenheit, da dem Patienten Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Neben oben genannten Gründen hatte eventuell der Interviewzeitpunkt eine Auswirkung auf die Beurteilung der Patienten. Das Interview wurde am Tag der Entlassung durchgeführt – eine Verzerrung der Bewertung durch die Vorfreude auf die baldige Entlassung ist vorstellbar.

Dass insbesondere die Beziehung zum Arzt betroffen war, zeigt die zentrale Rolle des Arztes im Erleben von Zwangsmaßnahmen. Ärztliches Personal sollte die Rolle des Arztes in der Situation vor einer Zwangsmaßnahme nicht unterschätzen und daher intensiv geschult werden.

4.2 Limitierungen und Ausblick

Die vorliegende Studie weist wichtige Begrenzungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

Das Patientenkollektiv, das Zwangsmaßnahmen erlebt hatte und an der Studie teilgenommen hatte, umfasste 21 Patienten. Gruppenvergleiche, Subgruppenanalysen und komplexere statistische Verfahren innerhalb dieser Gruppe waren nicht valide durchführbar.

Bei der Betrachtung der Stichprobe ist zu betonen, dass die vorliegende Untersuchung als eine Pilotstudie betrachtet wird. Der Untersuchungszeitraum wurde wegen des hohen zeitlichen Aufwands auf vier Monate beschränkt. Die Anzahl von Zwangsmaßnahmen betroffener Patienten und die Höhe der Drop-Out-Rate wurde während der Durchführung der Studie erstmals eingeschätzt. Es sollten alle Patienten, die in dem Untersuchungszeitraum eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten und sich an diese erinnern, interviewt werden. Zwölf von 54 Patienten konnten sich nicht oder nur ausschnittsweise an die Zwangsmaßnahme erinnern und wurden nicht in die Studie aufgenommen. Die Aussagen von Patienten, die sich nicht ausreichend an Einzelheiten der Zwangsmaßnahme erinnerten, spiegeln eher Einstellungen als das eigentliche Erleben wider. Sechszehn der verbliebenen 42 Patienten, die eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten, verweigerten die Teilnahme oder konnten aufgrund eines sehr kurzen stationären Aufenthalts nicht interviewt werden. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich um ein stark erkranktes Patientenkontingent handelt, ist die Ausfallrate jedoch hinnehmbar. Ähnliche Ausfallraten werden in vielen Studien, die Patienten zu ihren Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen befragten, beschrieben (Finzen, 1993; Wynn, 2004; Bergk et al., 2011; Georgieva et al., 2012a; Armgart et al., 2013). Da ein Teil der Patienten mit Zwangsmaßnahmen das Interview verweigerte, sind Verzerrungen der Ergebnisse möglich. Es ist vorstellbar, dass durch Einbeziehung der Drop-Outs die Ergebnisse des Erlebens der Zwangsmaßnahme und die Bewertung des Klinikpersonals sowie der Behandlung negativer ausgefallen wären.

Bei dem benutzten Interview PatPRA handelt es sich um einen neuen, nicht veröffentlichten Fragebogen. Aktuell existiert kein anderer Fragebogen, der sich zum Erfassen des Erlebens von Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht und einem Vergleich von unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen eignet. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehen keine Kenntnisse über die Reliabilität und Validität des Fragebogens. Diese Einschränkung muss bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bei der Erhebung der Behandlungszufriedenheit und der Beziehung zum involvierten Personal wurden etablierte Messinstrumente verwendet (CSQ, SEB). Die Patienten wurden am Tag ihrer Entlassung oder einen Tag davor um ein Interview gebeten, um ein möglichst einheitliches Kollektiv bezüglich des klinischen Zustands zu erhalten. Um Verzerrungen zu minimieren, wurde ein Matching hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnose durchgeführt. Diese abhängigen Variablen wurden als Matchingvariablen einbezogen, da sie signifikant ($p < 0.05$) oder annähernd signifikant ($p < 0.10$) mit den abhängigen zu untersuchenden

Variablen korrelierten. Der Einfluss anderer Variablen, die in dieser Studie nicht erfasst wurden, ist möglich.

Die eigenen Ergebnisse des PTBS Screenings müssen unter Berücksichtigung mehrerer Einschränkungen betrachtet werden. Der eingesetzte Fragebogen wurde als ein Messinstrument zur Abschätzung des Risikos für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Verkehrsunfall entwickelt. Auch wenn die Fragen umformuliert wurden, ist dieser Fragebogen in seinem ursprünglichen Nutzen – der genauen Risikoabschätzung der Entwicklung einer PTBS – nicht auf die vorliegende Studie zu übertragen.

Schlussendlich wurden mit dieser Studie wichtige Erfahrungen für Folgestudien gesammelt. Wie in der vorliegenden Studie sollten nur Patienten mit einer intakten Erinnerung an die Zwangsmaßnahme in die Studie einbezogen werden. Der Untersuchungszeitraum sollte sich mindestens über einen Zeitraum von einem Jahr erstrecken, um eine größere Anzahl von Patienten mit Zwangsmaßnahmen zu rekrutieren. Patienten, die sich weniger als 24 Stunden in stationärer Behandlung befanden, erinnerten sich zum größten Teil nach Aussagen des Personals nicht an die Zwangsmaßnahme. Um diese Patienten dennoch zu erfassen, könnten die Interviews sowie die Fragebögen an Patienten ausgeteilt und danach in anonymisierten, versiegelten Umschlägen für die/den Interviewerin/Interviewer verwahrt werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein Großteil der Patienten aufgrund des Umfangs des Interviews und eventueller Verständnisprobleme die Fragebögen nicht vollständig ausfüllen kann.

Aus den Erfahrungen dieser Studie können weiter mehrere Lösungsvorschläge abgeleitet werden. Es fiel auf, dass mit zunehmender zeitlicher Nähe zu der Entlassung die Motivation zur Teilnahme der Patienten sank. Dieses Phänomen ist aus der Literatur bekannt (Möller-Leimkühler & Dunkel, 2003). Interviews sollten zukünftig ca. zwei Tage vor der Entlassung bei stabilem klinischem Zustand des Patienten und Planung der Entlassung durchgeführt werden, um die Rate der Interviewablehnungen zu reduzieren.

Es ist nachvollziehbar, dass für die Mitteilung eines Erlebnisses, dass – wie in dieser Studie bestätigt – traumatisierend auf die Patienten wirkte, ein hohes Maß an Vertrauen der Patienten gegenüber der interviewenden Person notwendig ist. Auf dieser Vermutung aufbauend lässt sich diskutieren, dass die Zwangsmaßnahme von jenen Patienten, die das Interview verweigerten, als besonders eingreifend erlebt wurde, und eine erneute Auseinandersetzung

mit der Erfahrung der Zwangsmaßnahme durch Verweigerung des Interviews vermieden wurde. Daher kann eine Verzerrung der Ergebnisse in der vorliegenden Studie in Richtung eines positiveren Bilds von Zwangsmaßnahmen, der Zufriedenheit mit dem Personal und der Behandlung angenommen werden. Möglicherweise wurde durch die Ausfallrate auch das traumatisierende Potential einer Zwangsmaßnahme in der vorliegenden Studie unterschätzt.

Auffällig war, dass Patienten, die bereits eine Beziehung zu der Interviewerin aufgebaut hatten, das Interview nicht ablehnten. Die Durchführung des Interviews durch eine vertraute Person könnte die Teilnehmerate der Patienten insofern erhöhen. Es sollte sich jedoch wie in der vorliegenden Studie um eine Person handeln, die von den Patienten als unabhängiger Betrachter wahrgenommen wird, um die Durchführungsobjektivität der Studie zu bewahren.

5 Literaturverzeichnis

- Ackerknecht EH & Murken AH (1992). *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: F. Enke.
- Appelbaum PS (1999). Law & Psychiatry: Seclusion and Restraint: Congress Reacts to Reports of Abuse. *Psychiatric Services* 50: 881–885.
- Armgarth C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyshak J, Schramm A, Richter S, Lessmann JJ, Juckel G & Haußleiter IS (2013). Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatr Prax* 40: 278–284.
- Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A & Cornaggia CM (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr* 48: 10–22.
- Berghofer G, Lang A, Henkel H, Schmidl F, Rudas S & Schmitz M (2001). Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatr Serv* 52: 104–106.
- Bergk J, Einsiedler B, Flammer E & Steinert T (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv* 62: 1310–1317.
- Bergk J, Einsiedler B & Steinert T (2008). Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clin Trials* 5: 356–363.
- Binder RL & McCoy SM (1983). A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. *Hosp Community Psychiatry* 34: 1052–1054.
- Bliesener T (2001). *Der Brockhaus Psychologie: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen*. Mannheim: F. A. Brockhaus.
- Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D & Wellman N (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9: 465–473.

- Borbé R, Klein A, Onnen M, Flammer E, Bergk J & Steinert T (2010). Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. *Psychiat Prax* 37: 20–26.
- Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C & Carr-Walker P (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today* 24: 435–442.
- Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Cano N, Zendjidjian X, Belzeaux R, Limousin S, Magalon D, Samuelian J-C, Lancon C & Auquier P (2009). Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry* 24: 540–549.
- Brückner B (2010). *Geschichte der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Brunero S, Lamont S & Fairbrother G (2009). Using and understanding consumer satisfaction to effect an improvement in mental health service delivery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16: 272–278.
- Cascardi M & Poythress NG (1997). Correlates of Perceived Coercion During Psychiatric Hospital Admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 20: 445–458.
- Chien W-T, Chan, Carmen W H, Lam L-W & Kam C-W (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Educ Couns* 59: 80–86.
- Chue P (2006). The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol* 20: 38–56.
- Cleary M, Horsfall J & Hunt GE (2003). Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *J Adv Nurs* 42: 269–277.
- Council of Europe Steering Committee on Bioethics Working Party of the Council of Europe (2000). White paper on the protection of human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishments. [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dir-jur\(2000\)2whitepaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dir-jur(2000)2whitepaper.pdf)

- Druss BG, Rosenheck RA & Stolar M (1999). Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv* 50: 1053–1058.
- Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G & Giguère Allard M (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18: 394–402.
- Eckart WU (2013). *Geschichte der Medizin: Fakten, Konzepte, Haltungen*. Berlin: Springer.
- Eklund M & Hansson L (2007). Social Network Among People With Persistent Mental Illness: Associations With Sociodemographic, Clinical and Health-Related Factors. *Int J Soc Psychiatry* 53: 293–305.
- Eriksson KI & Westrin CG (1995). Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatr Scand* 92: 225–230.
- Finzen A (1993). *Hilfe wider Willen: Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fischer G & Riedesser P (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie: Mit 20 Tabellen*. München, Basel: E. Reinhardt.
- Fisher WA (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 151: 1584–1591.
- Flammer E, Steinert T, Eisele F, Bergk J & Uhlmann C (2013). Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 9: 110–119.
- Frajo-Apor B, Stippler M & Meise U (2011). "Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren". *Psychiatr Prax* 38: 293–299.
- Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, Robbins CS, Monnier J & Hiers TG (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 56: 1123–1133.

- Georgieva I, Mulder CL & Whittington R (2012a). Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 12: 54.
- Georgieva I, Mulder CL & Wierdsma A (2012b). Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* 83: 1–13.
- Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A & Morosini P (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *Eur. Psychiatry* 17: 139–147.
- Gilburt H, Rose D & Slade M (2008). The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res* 8: 92.
- Giupponi G, Hensel S, Müller P, Soelva M, Schweigkofler H, Steiner E, Pycha R & Möller-Leimkühler A (2009). Behandlungszufriedenheit und Einflussfaktoren in der stationären Psychiatrie: ein deutsch/italienischer Vergleich. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77: 346–352.
- Greenberg WM, Moore-Duncan L & Herron R (1996). Patients' attitudes toward having been forcibly medicated. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 24: 513–524.
- Haack K & Kumbier E (2012). History of social psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 25: 492–496.
- Haglund K, Knorring L von & Essen L von (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10: 65–72.
- Hammill K, McEvoy JP, Koral H & Schneider N (1989). Hospitalized schizophrenic patient views about seclusion. *J Clin Psychiatry* 50: 174–177.
- Hansson L (1989). Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 239: 93–100.
- Haw C, Stubbs J, Bickle A & Stewart I (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *J Foren Psychi Psych* 22: 564–585.

- Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R & Roll J (2010). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *J Behav Health Serv Res* 37: 272–281.
- Hoekstra T, Lendemeijer, H H G M & Jansen M (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11: 276–283.
- Holcomb WR, Parker JC, Leong GB, Thiele J & Higdon J (1998). Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 49: 929–934.
- Holmes D, Kennedy SL & Perron A (2004). The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues Ment Health Nurs* 25: 559–578.
- Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A & Ruud T (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* 10: 89.
- Iversen KI, Høyer G & Sexton HC (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International Journal of Law and Psychiatry* 30: 504–511.
- Johansson H & Eklund M (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci* 17: 339–346.
- Johnson ME (1998). Being restrained: a study of power and powerlessness. *Issues Ment Health Nurs* 19: 191–206.
- Joosten E, Fuentes-Merillas L de, Weert GH de, Sensky T, van der Staak, CPF. & Jong CA de (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom* 77: 219–226.
- Kallert T (2007). Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Alltag - und die Kultur der (wissenschaftlichen) Beschäftigung damit. *Psychiat Prax* 34: 179–180.
- Kaltiala-Heino R, Laippala P & Salokangas RK (1997). Impact of Coercion on Treatment Outcome. *International Journal of Law and Psychiatry* 20: 311–322.

- Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J & Lehtinen V (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26: 139–149.
- Katsakou C, Bowers L, Amos T, Morriss R, Rose D, Wykes T & Priebe S (2010). Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. *Psychiatric Services* 61: 286–292.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J & Kaltiala-Heino R (2010a). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry* 64: 136–144.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J & Kaltiala-Heino R (2010b). Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiat Epidemiol* 45: 1087–1093.
- Ketelsen R, Schulz M & Driessen M (2011). Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 73: 105–111.
- Kjellin L & Wallsten T (2010). Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry* 10: 1–7.
- Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, Sandvik L & Friis S (2013). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Res* 209: 91–97.
- Knutzen M, Mjøsund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L & Friis S (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv* 62: 492–497.
- Köhler H (2014). *Bürgerliches Gesetzbuch: BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz*. München: Dt. Taschenbuch-Verl.
- Kontio R, Joffe G, Putkonen H, Kuosmanen L, Hane K, Holli M & Välimäki M (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspect Psychiatr Care* 48: 16–24.

- Kuosmanen L, Hätönen H, Jyrkinen AR, Katajisto J & Välimäki M (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *J Adv Nurs* 55: 655–663.
- Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'Ren R, Schwärzler F & Eschweiler GW (2003). Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *Int J Qual Health Care* 15: 213–221.
- Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA & Nguyen TD (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 2: 197–207.
- Lay B, Nordt C & Rössler W (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur. Psychiatry* 26: 244–251.
- Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP & Roth LH (1995). Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch. Gen. Psychiatry* 52: 1034–1039.
- Lucksted A & Coursey RD (1995). Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. *Psychiatr Serv* 46: 146–152.
- Mann LS, Wise TN & Shay L (1993). A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. *Gen Hosp Psychiatry* 15: 177–182.
- Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R & Steinert T (2007a). Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. *Psychiatr Prax* 34: 212–217.
- Martin V, Kuster W, Baur M, Bohnet U, Hermelink G, Knopp M, Kronstorfer R, Martinez-Funk B, Roser M, Voigtländer W, Brandecker R & Steinert T (2007b). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 34: 26–33.
- Mayers P, Keet N, Winkler G & Flisher AJ (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry* 56: 60–73.

- Meehan T, Vermeer C & Windsor C (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 31: 370–377.
- Meier M (2005). Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. *In: Rössler W und Hoff P (Hg.) Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer Medizin; S. 69–84.*
- Meise U & Frajo-Apor B (2011). Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 38: 161–162.
- Möller-Leimkühler AM & Dunkel R (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt* 74: 40–47.
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R & Müller P (2002). Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 70: 410–417.
- Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W & Mulvey E (1995). Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry* 18: 249–263.
- Müller B, Nordt C, Lauber C & Rössler W (2007). Changes in social network diversity and perceived social support after psychiatric hospitalization: results from a longitudinal study. *Int J Soc Psychiatry* 53: 564–575.
- Muralidharan S & Fenton M (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002084.
- Naber D, Kircher T & Hessel K (1996). Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *Eur. Psychiatry* 11: 7–11.
- Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ & Fischer JE (2002). Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Med Wkly* 132: 253–258.
- Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, Fraher D-M, Hardy P, Jones S, Gournay K, Johnston S, Pereira S, Pratt P, Tucker R & Tsuchiya

- A (2006). A Systematic *Review* of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 3: 8–18.
- Olofsson B & Jacobsson L (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 8: 357–366.
- Pawils S, Trojan A, Nickel S & Bleich C (2012). Kunden- beziehungsweise Patientenzufriedenheit. Ein geeignetes Steuerungsinstrument im Krankenhaus? *Bundesgesundhbl. Gesundheitsf. Gesundheitsschutz* 55: 1183–1189.
- Petrini C (2013). Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Ann. Ist. Super. Sanita* 49: 281–285.
- Pieters V (2003). Macht, Zwang, Sinn: Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolge bei gerichtlichen Unterbringungen schizophrener Menschen : ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Priebe S, Katsakou C, Glockner M, Dembinskas A, Fiorillo A, Karastergiou A, Kiejna A, Kjellin L, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schuetzwohl M, Solomon Z, Torres-Gonzalez F, Wang D & Kallert T (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry* 196: 179–185.
- Priebe S & McCabe R (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry* 20: 521–526.
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S & Kallert TW (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services* 61: 1012–1017.
- Rentrop M, Böhm A & Kissling W (1999). Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 67: 456–465.

- Rosberg JI & Friis S (2004). Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatr Serv* 55: 798–803.
- Ryan R & Happell B (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *Int J Ment Health Nurs* 18: 100–107.
- Sagduyu K, Hornstra RK, Munro S & Bruce-Wolfe V (1995). A comparison of the restraint and seclusion experiences of patients with schizophrenia or other psychotic disorders. *Mo Med* 92: 303–307.
- Sailas E & Fenton M (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*: CD001163.
- Salize HJ & Dressing H (2005). Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry* 18: 576–584.
- Schott H & Tölle R (2006). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck.
- Schramme T & Thome J (2004). *Philosophy and Psychiatry*. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Schwartz HI, Vingiano W & Perez CB (1988). Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hosp Community Psychiatry* 39: 1049–1054.
- Sheehan KA & Burns T (2011). Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 62: 471–476.
- Sheline Y & Nelson T (1993). Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 21: 321–329.
- Sheridan M, Henrion R, Robinson L & Baxter V (1990). Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hosp Community Psychiatry* 41: 776–780.
- Sjöstrand M & Helgesson G (2008). Coercive treatment and autonomy in psychiatry. *Bioethics* 22: 113–120.

- Smith D, Roche E, O'Loughlin K, Brennan D, Madigan K, Lyne J, Feeney L & O'Donoghue B (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. *JMH* 23: 38–45.
- Smolka M, Klimitz H, Scheuring B & Fähndrich E (1997). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten. *Nervenarzt* 68: 888–895.
- Soininen P, Välimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G & Putkonen H (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *Int J Ment Health Nurs* 22: 47–55.
- Soloff PH & Turner SM (1981). Patterns of seclusion. A prospective study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 169: 37–44.
- Spiessl H, Leber C, Kaatz S & Cording C (2002). Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? *Psychiat Prax* 29: 417–419.
- Steinert T (2007). Ethische Einstellungen zu Zwangsunterbringung und -behandlung schizophrener Patienten. *Psychiat Prax* 34: 186–190.
- Steinert T (2008). Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Steinert T & Baur M (2004). Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat Prax* 31: 18–20.
- Steinert T & Kallert T (2006). Medikamentöse Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 33: e1-e12.
- Steinert T & Lepping P (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur. Psychiatry* 24: 135–141.
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F & Whittington R (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiat Epidemiol* 45: 889–897.
- Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, Schwink A & Voigtländer W (2007). Diagnosis-related

- frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiat Epidemiol* 42: 140–145.
- Steinert T & Schmid P (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Nervenarzt* 85: 621–629.
- Stieglitz RD, Nyberg E., Albert M, Frommberger U & Berger M (2002). Entwicklung eines Screening- instrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother*: 22–30.
- Stieglitz R-D (2000). Stations-Erfahrungsbogen (SEB). Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 29: 222–223.
- Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz MS, Weinberger M, Marx CE, Calhoun PS, Bradford DW, Butterfield MI & Oddone EZ (2013). Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Ment Health J* 49: 457–465.
- Strout TD (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 19: 416–427.
- Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C & Davis S (2009). Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16: 99–105.
- Svensson B & Hansson L (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 90: 379–384.
- Svensson B & Hansson L (2006). Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Nord J Psychiatry* 60: 365–371.
- Swartz MS, Swanson JW & Hannon MJ (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behav Sci Law* 21: 459–472.
- Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kališová L, Onchev G, Dimitrov H, Mezzina R, Wolf K,

- Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Piotrowski P, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G & King MB (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 9: 55.
- Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W & Jäger M (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res* 200: 939–944.
- Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P & Bowers L (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 59: 209–211.
- Verkerk M (1999). A care perspective on coercion and autonomy. *Bioethics* 13: 358–368.
- Way BB & Banks SM (1990). Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry* 41: 75–81.
- Whitecross F, Seary A & Lee S (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs* 22: 512–521.
- World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice 1996*
- Wynn R (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *J Foren Psychi Psych* 15: 124–144.
- Zentrale Ethikkommission (2013). *Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl International* 110: A-1334-A-1338.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Teresa Sophia Gisela Kallwass
Geburtsdatum: 27. April 1986 in Köln
Staatsbürgerschaft: Deutsch
Kontakt: t.kallwass@gmail.com

Beruflicher Werdegang

09/2014 - 12/2016 Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

01/2016 - 03/2018 Assistenzärztin in der Klinik für Neurologie im Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

10/2018 bis dato Assistenzärztin in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Hedwigshöhe, Berlin

Studium

Studiengang Humanmedizin
02/2012 - 05/2013 Charité - Universitätsmedizin Berlin
2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 05/2013

10/2008 - 10/2011 Universität Rostock

10/2006 - 06/2008 Semmelweis Universität, Budapest/Ungarn
1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung 06/2008

Schulbildung

09/1996 - 06/2005

Gymnasium Kaiserin-Augusta-Schule in Köln

Abitur 06/2005

09/1992 - 06/1996

Grundschule Geilenkircher Straße in Köln

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als von mir angegeben Quellen und Hilfsmittel in Anspruch genommen habe.

Berlin, den

Unterschrift

Anhang 1: Emotionen ausgelöst durch die Zwangsmaßnahme

Id.nummer	Fixierung 0=stimme überhaupt nicht zu, 1=stimme zu, 2=neutral, 3=stimme zu, 4=stimme völlig zu											Zwangsmedikation 0=stimme überhaupt nicht zu, 1=stimme zu, 2=neutral, 3=stimme zu, 4=stimme völlig zu											
	ge- recht- fertigt	scha- den	be- ru- higt	Angst	Scha- den- fern	wü- tend	ge- hol- fen	Be- stra- fung	si- cher	trau- rig	ge- schämt	ge- recht- fertigt	scha- den	be- ru- higt	Angst	Scha- den- fern	wü- tend	ge- hol- fen	Be- stra- fung	si- cher	trau- rig	ge- schämt	
BeHa43												1	0	2	0	2	2	3	0	3	0	2	
BüWe43																							
BuJü79	0	0	3	0	4	0	4	0	4	3	0	0	0	3	0	3	0	3	0	4	0	0	
EnDa78	2	0	3	4	0	4	2	4	2	4	2	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	
GeAx80	2	4	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	2	0	
GlAn54	0	0	3	0	3	4	3	0	3	0	0	1	0	3	0	3	4	3	0	3	0	0	
GuCh74												0	2	1	3	2	4	2	4	0	4	4	
HäHa59	0	0	4	4	4	4	4	0	4	3	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
KäHa77	0	2	2	1	3	2	2	3	1	3	2	0	2	2	1	3	2	2	3	1	3	2	
MeJü59												0	0	4	3	4	3	3	0	4	2	4	
ScBe62	2	3	0	3	0	4	0	0	4	4	4	2	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4	
BrMo82	2	3	0	4	0	1	0	4	0	0	1	2	3	0	4	0	1	0	4	0	0	1	
BuSt78	2	0	0	3	0	4	0	4	0	4	0	2	0	2	3	0	3	0	3	0	0	0	
DrTh69	0	0	1	2	0	4	0	4	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	
GeKa89	0	0	4	4	4	4	3	3	1	4	0	1	0	2	2	2	3	2	3	0	4	0	
GrJu69	2	1	0	4	0	4	0	4	0	4	4	0	1	0	4	0	4	0	4	0	4	4	
JäHa54	2	2	1	2	2	3	2	0	0	0	0												
JaRa71	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	2	3	0	3	0	0	0	3	0	
MöCh72	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	3	3	0	2	0	2	0	2	0	0	
NaRe67	2	4	0	0	0	4	0	0	0	4	0												
SiSt83	2	4	0	4	0	3	0	0	0	4	4	2	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4	

Anhang 2: Präferenz abhängig von Patientenmerkmalen

Id.nummer	Zwangsmaßnahme (0=nein, 1=ja)	Präferenz (1=Fixierung, 2=Isolierung, 3=Zwangsmedikation)	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)	Alter (1= <oder gleich 44, 2>44)	Diagnose (1=F20, 2=F10, 3=sonstige)
BaAn83	0	2	2	1	1
BeHa43	0	3	1	2	1
BöGü52	0	2	1	2	3
BoHa40	0	1	1	2	3
BrMo82	1	3	2	1	1
BuJü79	1	3	1	2	3
BuSt78	1	2	1	1	1
CzSt87	0	2	2	1	3
DrNa85	0	3	2	1	3
DrSi63	0	3	2	2	1
DrSt80	0	1	1	1	1
DrTh69	1	2	1	1	1
DüFr86	0	3	1	1	3
EiMa43	0	3	2	2	3
EnDa78	1	2	1	1	1
FiMa78	0	3	1	1	3
FrKo65	0	2	1	1	1
FrRa85	0	3	2	1	3
FrRo40	0	3	2	2	1
GaRo68	0	2	1	2	2
GeAx80	1	3	1	1	1
GeKa89	1	1	2	1	3
GeRa86	0	3	1	1	3
GeSv78	0	2	2	1	3

GIAn54	1	3	1	1	1
GrJu69	1	3	2	2	1
GrKe62	0	3	2	2	2
GrMa85	0	2	1	1	2
GuCh74	0	2	2	1	3
GuDo53	0	3	2	2	1
HäHa59	1	1	1	2	2
HeAn86	0	3	2	1	3
HiDi48	0	2	1	2	3
JäHa54	0	3	1	2	2
JaRa71	1	3	1	1	1
JeFr66	0	3	1	2	2
KaAl80	0	2	1	1	3
KaDi68	0	3	2	2	2
KäHa77	1	3	1	1	1
KaRe64	0	3	1	2	2
KISv72	0	3	1	1	3
KoJa77	0	3	1	1	3
KrBe68	0	2	1	2	2
Krin42	0	3	2	2	1
LaWe92	0	3	1	1	3
LeAi89	0	3	2	1	3
LeBi82	0	2	2	1	1
LeMa53	0	2	1	2	3
LiMa72	0	1	1	1	2
MeJü59	0	2	1	2	1
MöChr72	1	2	1	1	3
MüSi85	0	2	1	1	1
NaRe67	0	3	1	2	2

NeSi67	0	2	2	2	1
NoIn48	0	3	2	2	1
OILi93	0	3	2	1	3
PeKa53	0	3	2	2	1
PeMa58	0	3	1	2	1
PfCh77	0	3	1	1	2
PiCh78	0	3	2	1	1
PoSi57	0	3	2	2	2
PrJö72	0	2	1	1	1
RaKa40	0	3	2	2	3
ReAl89	0	1	2	1	3
RuPe60	0	3	1	2	2
ScBe62	1	1	1	2	3
ScHe63	0	3	2	2	3
ScJa71	0	3	1	1	2
ScNa84	0	3	2	1	3
ScRa50	0	3	1	2	2
ScRo68	0	3	1	2	2
SiSt83	1	3	2	1	1
stKo76	0	3	1	1	2
TaKl30	0	3	1	2	1
ThEl38	0	3	2	2	1
TrMa55	0	3	2	2	2
WiGu79	0	3	1	1	1
WiRo26	0	1	2	2	1
WoEr36	0	3	2	2	3
WuPe596	0	3	1	2	2
ZiGu62	0	3	1	2	1
ZiUt59	0	3	2	2	3

Anhang 3: Freie Antworten der Patienten mit Zwangsmaßnahmen

Num- mer	Al- ter	Diag- nose1	Diag- nose2	Zwangs- maßnahme	Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)	höchster Abschluss	Was war am proble- matischsten?	Wie verhindern? Alternative? Sonstiges
P1	69	F20.5		ja (nur Not- fallmedika- tion)	1	7.Klasse	Ich weiß nicht.	Mir ist das alles ziemlich egal.
P2	30	F20.5		ja (Fix mit Notfall- medika- tion)	1	mittlere Ausbil- dungs- dauer	Die Fixierung war sinnlos. Ich konnte mich nicht bewegen.	Ich war nicht aggressiv, ein Gespräch hätte gereicht. Das Personal hat Macht über mich, ist aber total distanziert. Die Ärzte können meine Er- krankung nicht nachempfinden.
P3	72	F31.3		ja (Fix mit Notfall- medika- tion)	1	Abitur	Nichts, vielleicht, dass ich mich nicht bewegen konnte.	Ich fühle mich richtig behandelt. Das Personal hat mir mehrmals die Medi- kamente zum Schlucken angeboten, bis ich dann die Spritze bekommen habe. Ich glaube, Fixierungen werden vor allem zum Schutz anderer Pati- enten angewendet.
P4	34	F20.5	F19.2	ja (Fix mit Notfall- medika- tion)	1	Abitur	Bewegungseinschrän- kung	Mir wurde zu wenig Zeit gegeben mich zu beruhigen. Medikamente schluck- en (nennt Benzodiazepine) wären Alternative gewesen und ein Arztge- spräch.
P5	69	F33.3		ja (Fix mit Notfall- medika- tion)	1	Abi- tur+Stu- dium	-	-

P6	42	F25.0		ja (Fix mit Notfall-medikation)	1	mittlere Ausbildungsdauer	Bewegungseinschränkung, ich fühlte mich wie in einem Käfig.	Die Fixierung schützt andere, aber mich nicht. Ich hätte nach einem Gespräch mit einem Arzt die Tabletten genommen.
P7	33	F20.0	F19.2	ja (Fix mit Notfall-medikation)	1	9.Klasse	Ich habe mich gelangweilt. Ich konnte nichts machen. Ich konnte mich nicht bewegen.	Ich wäre in meinem Zimmer ruhig geblieben. Die Fixierung war nicht gerechtfertigt. Ich hatte mich selbst unter Kontrolle, ich hätte mehr Zeit gebraucht. Mir wurde nicht zugehört. Ich wollte mit jemandem reden.
P8	32	F20.0 4	F12.1	ja (Fix mit Notfall-medikation)	1	8.Klasse	Ich weiß nicht.	Ich hätte gerne meine Situation, meine Erkrankung, erklärt bekommen. Ich wurde direkt nach Ankunft fixiert, weil ich mich nicht hinlegen wollte. Ich hätte Medikamente freiwillig genommen, wenn vorher jemand mit mir geredet hätte. Ich hatte das Bedürfnis nach draußen, in den Park zu gehen, konnte aber nicht. Ich hätte nachmittags gerne mehr Therapie oder Beschäftigung.
P9	22	F60.3 2		ja (Fix mit Notfall-medikation)	2	4.Klasse	Die Wirkung der Spritze (betäubend).	Ich war ziemlich hilflos.
P10	33	F20.0		ja (Fix mit Notfall-medikation)	1	mittlere Ausbildungsdauer	Die Zwangsmaßnahme war richtig so.	Medikation im Notfall hätte gereicht.
P11	43	F20.5		ja (Fix mit Notfall-medikation)	2	mittlere Ausbildungsdauer	Dass ich mich nicht bewegen konnte.	Ich hätte die Tabletten geschluckt. Ich hätte mich auch ins Bett gelegt. Mir wurde nicht zugehört.

P12	38	F43.2	F61.0	ja (nur Notfallmedikation)	2	mittlere Ausbildungsdauer	Ich wurde nicht aufgeklärt, es gab keinen Raum für Diskussion mit Personal.	Ein Gespräch mit dem einem Arzt oder einer Schwester hätte das Selbstverletzende Verhalten verhindern können. Der Arzt hat mir nicht zugehört. Ich möchte wissen, welches Medikament mir gegeben wird.
P13	52	F10.0	F10.2	ja (Fix mit Notfallmedikation)	1	mittlere Ausbildungsdauer	Bewegungseinschränkung	Ich wusste gar nicht, warum ich fixiert war. Die haben ja nicht mit mir geredet.
P14	58	F10.0	F10.1	ja (Fix ohne Notfallmedikation)	1	8.Klasse	Ich konnte mich nicht bewegen. Ich hatte keine Kontrolle.	-
P15	41	F20.0		ja (Fix mit Notfallmedikation)	1	mittlere Ausbildungsdauer	Ich weiß nicht.	
P16	35	F20.0		ja (Fix mit Notfallmedikation)	1	Abi-tur+Studium	Aufgabe der Selbstkontrolle	Fixierung war notwendig, ich hatte mich nicht im Griff. Ich hätte lieber Medikamente bekommen und ein Gespräch.
P17	52	F20.0		ja (nur Notfallmedikation)	1	mittlere Ausbildungsdauer	Nichts, war richtig so.	Isolierung wäre besser gewesen.

P18	39	F31.1		ja (Fix mit Notfall-medika-tion)	1	Abitur	die Nebenwirkungen von Haloperidol (Patient kannte Namen). Ich war sehr benebelt. Ich hätte gerne ein anderes Medikament bekommen.	die Nachbesprechung nach 24 Stunden ist viel zu früh. Da war ich noch zu benommen von der Spritze. Ich hätte meine Erkrankung gerne ausgelebt. Meine Erkrankung ist nicht gefährlich. Ich war nicht aggressiv. Die Fixierung war gerechtfertigt, um andere Patienten nicht zu beeinflussen. Nicht für mich.
P19	44	F19.0 3	F10.0 2	ja (Fix mit Notfall-medika-tion)	1	mittlere Ausbil-dungs-dauer	Ich hatte großen Durst. Ich fühlte mich hilflos. Ich war nicht mein eigener Herr.	Nachbesprechung später als 24 Stunden. Ich hätte lieber nur Medikamente bekommen.
P20	46	F31.1		ja (Fix mit Notfall-medika-tion)	1	mittlere Ausbil-dungs-dauer	Ich konnte nicht auf eine Toilette gehen und mich nicht bewegen.	Ich wurde direkt fixiert, als ich mit dem Krankenwagen angekommen bin, ich war nicht aggressiv. Ich habe versprochen nicht zu randalieren, aber dafür keine Fixierung oder Medikamente. Aber keine Beachtung. Ein beruhigendes Gespräch hätte genügt.
P21	29	F20.0		ja (Fix mit Notfall-medika-tion)	2	9.Klasse	Die Erholung von der Zwangsmaßnahme	Durch ein Gespräch hätte sich die Situation entspannen können. Starker Wunsch nach Alternative.

Anhang 4: Einverständniserklärung



Universitätsklinikum Rostock AöR
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Direktor
Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Thome
johannes.thome@med.uni-rostock.de
Sitz: Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Telefon: +49 381 494-9500
Telefax: +49 381 494-9502
Studienleiter
Dipl.-Psych. Ivo Marx
Tel.: +49 381 494-9690
E-Mail: ivo.marx@med.uni-rostock.de

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der Studie

**„Subjektive Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und
mögliche Alternativen aus der Sicht des Patienten am Beispiel der Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Rostock“**

Ich wurde von _____ vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung mit dem o. g. Titel aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Der Untersuchungsleiter hat mich über die mit der Teilnahme an der Studie verbundenen Risiken und den möglichen Nutzen informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme an dieser klinischen Prüfung freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf meine spätere Behandlung auswirken wird.

Datenschutzrechtliche Patienteneinwilligung (in Anlehnung an § 40 Abs.1, Satz 2 und Abs. 2, AMG)

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten in verschlüsselter (anonymisierter) Form gespeichert werden. Mir wurde versichert, dass dabei die Grundsätze des Datenschutzes beachtet werden, d.h. meine personenbezogenen Daten vertraulich behandelt werden.

Mit meinem Einverständnis zur Teilnahme erkläre ich gleichzeitig, dass ich mit der Weitergabe der im Rahmen dieses Forschungsprojektes erfolgenden Aufzeichnung meiner Daten zur Überprüfung an den Auftraggeber, an die zuständigen Überwachungsbehörden oder die zuständige Bundesoberbehörde einverstanden bin.

Ich gestatte hiermit, dass offizielle Vertreter des Auftraggebers dieser Prüfung und zuständiger in- und ausländischer Behörden unter Wahrung der ihnen auferlegten Schweigepflicht Einblick in meine personenbezogenen Krankenakten am Ort der klinischen Prüfung nehmen können. Dies geschieht, um zu gewährleisten, dass alle studienbezogenen Daten korrekt und vollständig erfasst worden sind.

Schließlich erkläre ich auch mein Einverständnis für die wissenschaftliche Veröffentlichung der Forschungsergebnisse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ort, Datum

Name des Untersuchungsteilnehmers

Unterschrift des Untersuchungsteilnehmers

Unterschrift des Untersuchungsleiters

Anhang 5: Fragebogen zu Zwangsmaßnahmen und zu Alternativen aus Patientensicht (Pa-tient Perspective on Restraint and Alternatives PatPRA, Hazewinkel et al. 2011)



Interview-Nummer

Zwangsmaßnahmen und Alternativen aus der Sicht des Patienten (PatPRA)¹

Name des Interviewers:
 Datum : Dauer: Minuten

Allgemeine Angaben zum Patienten (durch den Interviewer auszufüllen)

Geschlecht: männlich weiblich
 Geburtsdatum:
 höchster Bildungsabschluss:
 Ausbildungsdauer: 0 - 6 Jahre (kurz) 7-12 Jahre (mittel) > 12 Jahre (lang)
 Geburtsland:
 Muttersprache:
 Staatsangehörigkeit:
 Datum der Aufnahme:
 Station:

Erfolgte die Aufnahme mit Einwilligung des Patienten?
 ja nein

Z1, wenn nein: Aufnahme erfolgte: nach PsychKG nach BGB
 Der Patient wird in ein paar Tagen nach Hause entlassen.
 Der Patient wird in eine andere Einrichtung/Station verlegt.

Diagnose (zum Zeitpunkt der Entlassung) DSM-IV ICD-10

Achse I:
 Achse II:
 Achse III:
 Achse IV:

¹ Interview developed by M.C. Hazewinkel MSc, N. Miedema MSc, R.F.P. de Winter MD PhD, C.G.J.M. van der Venn MSc and prof. E. Hoencamp MD PhD, Clinical Centre Acute Psychiatry of Parnassia part of the Parnassia Bevogroep and by other partners of the Leonardo da Vinci partnership-programme call 2010. European practices and procedures for the restriction of liberty of patients in psychiatric structures Benchmarking across European Countries including case study from staff experiences.

Was warfen (er)die Hauptgründer-gründe für die aktuelle Aufnahme?
 (falls mehrere Antworten zutreffen, nummerieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweithöchster Grund, usw.)

- Der Patient: hatte Wahnvorstellungen.
 hörte Stimmen und/oder litt unter Halluzinationen.
 wollte sein Leben beenden (Selbstmord begehen).
 war (gegenüber Menschen in seiner Umgebung) aggressiv.
 war alkohol- oder drogenintoxiziert.
 befand sich in einer ungewöhnlich gehobenen oder gereizten Stimmung.
 befand sich in einer sehr gedrückten oder depressiven Stimmungslage (Depression).
 kein ersichtlicher Grund
 Sonstige:

Art der Zwangsmaßnahme (objektive Information des Personals)

1a. Zwangsmaßnahme(n) während des aktuellen Aufenthaltes:

- Isolierung Fixierung Notfallmedikation
 (Medikation, die in einer
 (physische Hilfsmittel oder
 Notituation verabschiedet wird)
 (Personen in einen
 Vorrichtungen, die dazu dienen,
 Raum einschließen,
 eine Person bewegungsunfähig
 zu machen oder ihre Fähigkeit,
 Arms, Beine oder den Körper frei
 zu bewegen, einschränken)

1b. Gründe für die Zwangsmaßnahme(n)?

(falls mehrere Antworten zutreffen, sortieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweithöchster Grund, usw.)

- körperliche Aggressivität gegenüber anderen Menschen im Umfeld
 verbale Aggressivität gegenüber anderen Menschen im Umfeld
 Widersetzen gegenüber dem Personal
 Widersetzen gegenüber (medikamentöser) Behandlung
 Aufbringen der Mitpatienten durch das eigene Verhalten
 Zerstörung der Einrichtung oder von Eigentum auf der Station
 keine Distanzierung von Suizidalität
 körperliche Mishandlung der eigenen Person (selbstverletzendes Verhalten)
 Alkohol- und/oder Drogenintoxikation
 kommunikatív nicht zugänglich, nicht erreichbar
 unberechenbar im Verhalten, schwer einschätzbar
 Wunsch nach Durchführung der Zwangsmaßnahme, um zur Ruhe zu kommen
 Maßnahme wurde zur Aufnahme gemeinsam als Teil der Behandlung vereinbart
 kein ersichtlicher Grund
 sonstige Gründe:



Leonardo da Vinci

2. Anzahl der Zwangsmaßnahmen während des aktuellen Aufenthaltes, kumulative Dauer

Isolierung: mal Stunden
 Fixierung: mal Stunden
 Notfallmedikation: mal

Z2. Anzahl früherer stationärpsychiatrischer Aufenthalte:

Z3. Anzahl der Zwangsmaßnahmen während früherer stationärpsychiatrischer Aufenthalte, kumulative

Dauer
 Isolierung: mal Stunden
 Fixierung: mal Stunden
 Notfallmedikation: mal

3. Im Falle einer Isolierung erfragen:
 War der Patient/die Patientin während der Isolierung auch fixiert?
 ja nein

4. Im Falle einer Notfallmedikation (Einnaltdosis, außerplanmäßige Medikation) erfragen:

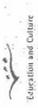
4a. Wie wurde die Notfallmedikation verabreicht?
 oral durch Injektion

4b. Die Gabe der Notfallmedikation erfolgte in Kombination mit:
 Isolierung Fixierung ohne zusätzliche Maßnahme

Beginn des Interviews – Einführende Bemerkungen / Erläuterungen für den Patienten

Mit Hilfe dieses Interviews möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen während des aktuellen Klinikaufenthaltes stellen. Einige der Fragen können Sie frei beantworten, während es zu anderen Fragen vorgegebene Antwortalternativen gibt, zwischen denen Sie wählen können. Diese Antworten werden Ihnen auf Karten vorgegeben mit der Bitte, sie in der Reihenfolge ihrer Relevanz oder Wichtigkeit zu ordnen.

Wir möchten Sie bitten, die Fragen so wahrheitsgetreu wie möglich zu beantworten. Ihre Antworten werden keinen Einfluss auf Ihre Behandlung haben und werden vollständig anonymisiert, d. h. die Antworten, die Sie geben, können nicht in Verbindung mit Ihnen gebracht werden. Es ist uns sehr wichtig, die Betreuung unserer Patienten stetig zu verbessern. Aus diesem Grunde ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.



Leonardo da Vinci

Möglicherweise erleben Sie einige der Fragen als unangenehm oder es fällt Ihnen schwer, sie zu beantworten oder darüber zu sprechen. In diesem Falle müssen Sie die Frage nicht beantworten. Außerdem haben Sie das Recht, das Interview jederzeit zu beenden.

Aufnahmegrund, aus der Sicht des Patienten

5. Was war(en) der Hauptgrund/die Hauptgründe für die aktuelle Aufnahme?

(Falls mehrere Antworten zutreffen, sortieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweiwichtigster Grund, usw.)

- Sie:
- hatten Wahnvorstellungen.
 - hörten Stimmen und/oder litt(en) unter Halluzinationen.
 - wollten ihr Leben beenden (Selbstmord begehen).
 - waren (gegenüber Menschen in seiner Umgebung) aggressiv.
 - waren alkohol- oder drogenintoxiziert.
 - befanden sich in einer ungewöhnlich gehobenen oder gereizten Stimmung.
 - befanden sich in einer sehr gedrückten oder depressiven Stimmungslage (Depression).
 - kein ersichtlicher Grund
 - Sonstige:

Bezüglich der am kürzesten zurückliegenden Isolierung während des aktuellen Aufenthaltes (wenn unzutreffend, bitte zu Frage 21 springen)

6. Was, denken Sie, war(en) der Hauptgrund/die Hauptgründe für die Isolierung?

(Falls mehrere Antworten zutreffen, sortieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweiwichtigster Grund, usw.)

- Sie:
- waren gegenüber anderen Menschen in Ihrem Umfeld verbal aggressiv.
 - waren gegenüber anderen Menschen in Ihrem Umfeld körperlich aggressiv.
 - haben sich dem Personal widersetzt.
 - haben sich einer (medikamentösen) Behandlung widersetzt.
 - haben die anderen Patienten mit ihrem Verhalten aufgebracht.
 - haben auf der Station die Einrichtung und/oder Eigentum zerstört.
 - waren von Suizidalität nicht distanziert.
 - haben sich selbst verletzt.
 - standen unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss.
 - waren kommunikativ nicht zugänglich, nicht erreichbar.
 - waren schwer einzuschätzen, bzw. ihr Verhalten erschien unberechenbar.
 - haben selbst um Isolation gebeten, um zur Ruhe zu kommen.
 - Die Maßnahme wurde zur Aufnahme gemeinsam als Teil der Behandlung vereinbart.
 - kein ersichtlicher Grund
 - sonstige Gründe:



7. Würde Ihnen die Notwendigkeit der Isolierung erläutert?

- ja
- nein

wenn ja: wann?

- vor
- während
- nach dem Ereignis

Z4. wenn ja: War diese Erklärung hilfreich für Sie?

- ja
- nein

8. Finden Sie es wünschenswert, dass Isolierungen innerhalb von 24 Stunden nachbesprochen werden?

- ja
- ich weiß nicht
- nein

9. Denken Sie, die Isolierung hätte irgendwie verhindert werden können?

- ja
- ich weiß nicht
- nein

Wenn ja, bitte erfragen: Wie, wann, und/oder durch wen hätte sie verhindert werden können?

.....

.....

.....

10. Glauben Sie rückblickend, dass die Isolierung gerechtfertigt war?

- ja
- ich weiß nicht
- nein

Evaluation der letzten Isolierung

Die Patienten/Patientin beurteilt die nachfolgenden Fragen anhand einer 5-stufigen Skala, von "ich stimme überhaupt nicht zu" bis "ich stimme vollkommen zu". (Dem Patienten wird ein Kärtchen mit den möglichen Antwortalternativen vorgelegt)

0 = ich stimme überhaupt nicht zu 1 = ich stimme nicht zu 2 = neutral 3 = ich stimme zu 4 = ich stimme völlig zu

Die Isolierung:

11. hat mir geschadet.	0	1	2	3	4
12. hat mich beruhigt.	0	1	2	3	4
13. hat mir Angst gemacht.	0	1	2	3	4



14. hat Schaden von mir abgehalten.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

15. hat mich wütend gemacht.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

16. hat mir geholfen.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

17. hat sich wie eine Bestrafung angefühlt.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

18. Ich habe mich dadurch sicher gefühlt.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

19. hat mich traurig gemacht.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

20. Ich habe mich deshalb geschämt.

- 2
- 1
- 2
- 3
- 4

Bezüglich der am kürzesten zurückliegenden Fixierung während des aktuellen Aufenthaltes (wenn unzutreffend, bitte zu Frage 36 springen)

21. Was, denken Sie, waren die Hauptgründe/die Hauptgründe für die Fixierung?

(falls mehrere Antworten zutreffen, sortieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweiwichtigster Grund, usw.)

Sie:

- waren gegenüber anderen Menschen in ihrem Umfeld körperlich aggressiv.
- waren gegenüber anderen Menschen in ihrem Umfeld verbal aggressiv.
- haben sich dem Personal widersetzt.
- haben sich einer (medikamentösen) Behandlung widersetzt.
- haben die anderen Patienten mit ihrem Verhalten aufgebracht.
- haben auf der Station die Einrichtung und/oder Eigentum zerstört.
- waren von Suizidalität nicht distanziiert.
- haben sich selbst verletzt.
- standen unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss.
- waren kommunikativ nicht zugänglich, nicht erreichbar.
- waren schwer einzuschätzen, bzw. ihr Verhalten erschien unberechenbar.
- haben selbst um Isolation gebeten, um zur Ruhe zu kommen.
- Die Maßnahme wurde zur Aufnahme gemeinsam als Teil der Behandlung vereinbart.
- kein ersichtlicher Grund
- sonstige Gründe:

22. Würde Ihnen die Notwendigkeit der Fixierung erläutert?

- ja
- nein

wenn ja: wann?

- vor
- während
- nach dem Ereignis

Z5. wenn ja: War diese Erklärung hilfreich für Sie?

- ja
- nein

23. Finden Sie es wünschenswert, dass Fixierungen innerhalb von 24 Stunden nachbesprochen werden?
 ja Ich weiß nicht nein

24. Denken Sie, die Fixierung hätte irgendwie verhindert werden können?
 ja Ich weiß nicht nein

Wenn ja, bitte erfragen: Wie, wann, und/oder durch wen hätte sie verhindert werden können?

25. Stauben Sie rückblickend, dass die Fixierung gerechtfertigt war?
 ja Ich weiß nicht nein

Evaluation der letzten Fixierung

Die Patienten/der Patient beurteilt die nachfolgenden Fragen anhand einer 5-stufigen Skala, von "Ich stimme überhaupt nicht zu" bis "Ich stimme vollkommen zu." (Dem Patienten wird ein Märchen mit den möglichen Antwortalternativen vorgelegt.)

0 = Ich stimme überhaupt nicht zu
 1 = Ich stimme nicht zu
 2 = neutral
 3 = Ich stimme zu
 4 = Ich stimme völlig zu

Die Fixierung:

26. hat mir geschadet.	0	1	2	3	4
27. hat mich beruhigt.	0	1	2	3	4
28. hat mir Angst gemacht.	0	1	2	3	4
29. hat Schaden von mir abgehalten.	0	1	2	3	4
30. hat mich wütend gemacht.	0	1	2	3	4
31. hat mir geholfen.	0	1	2	3	4
32. hat sich wie eine Bestrafung angefühlt.	0	1	2	3	4
33. Ich habe mich dadurch sicher gefühlt.	0	1	2	3	4
34. hat mich traurig gemacht.	0	1	2	3	4
35. Ich habe mich deshalb geschämt.	0	1	2	3	4

Bezüglich der am kürzesten zurückliegenden Notfallmedikation während des aktuellen Aufenthaltes (wenn unzureichend, bitte zu Frage 51 springen)

Z6. Würde Ihnen Medikation gegen Ihren Willen verabreicht?
 ja nein

35. Was, denken Sie, waren die Hauptgründe/die Hauptgründe für die Gabe der Notfallmedikation? (falls mehrere Antworten zutreffen, sortieren Sie die Antworten nach Wichtigkeit, 1 = wichtigster Grund, 2 = zweithöchster Grund, usw.)

- Sie:
- waren gegenüber anderen Menschen in ihrem Umfeld körperlich aggressiv.
 - waren gegenüber anderen Menschen in ihrem Umfeld verbal aggressiv.
 - haben sich dem Personal widersetzt.
 - haben sich einer (medikamentösen) Behandlung widersetzt.
 - haben die anderen Patienten mit ihrem Verhalten aufgebracht.
 - haben auf der Station die Einrichtung und/oder Eigentum zerstört
 - waren von Suizidalität nicht distanziert
 - haben sich selbst verletzt.
 - standen unter Alkohol- und/oder Drogeneinfluss.
 - waren kommunikativ nicht zugänglich, nicht erreichbar.
 - waren schwer einzuschätzen, bzw. ihr Verhalten erschien unberechenbar.
 - haben selbst um Isolation gebeten, um zur Ruhe zu kommen.
 - Die Maßnahme wurde zur Aufnahme gemeinsam als Teil der Behandlung vereinbart.
 - Kein ersichtlicher Grund
 - sonstige Gründe:

37. Würde Ihnen die Notwendigkeit der Notfallmedikation erläutert?
 ja nein

wenn ja: wann?
 vor während nach dem Ereignis

Z7. wenn ja: War diese Erklärung hilfreich für Sie?
 ja nein

38. Finden Sie es wünschenswert, dass die Gabe einer Notfallmedikation innerhalb von 24 Stunden nachbesprochen wird?
 ja Ich weiß nicht nein

39. Denken Sie, die Notfallmedikation hätte irgendwie verhindert werden können?
 ja Ich weiß nicht nein

Anhang 6: Stations-Erfahrungsbogen zur Erfassung verschiedener Aspekte der psychotherapeutischen Behandlung (SEB, Sammet & Schauenburg 1999)

SEB

Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die jeweilige Aussage für Sie während Ihres aktuellen Aufenthaltes zugetroffen hat:

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt eher nicht	stimmt etwas	stimmt über- wiege- nd	stimmt genau
1	Die Team-MitarbeiterInnen kümmerten sich um die PatientInnen, wenn es erforderlich war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	Ich habe mich mit meinen Problemen von den MitpatientInnen allein gelassen gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	Ich erlebte die meisten Team-MitarbeiterInnen als sehr um die Patienten bemüht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	Ich hatte das Gefühl, dass die meisten MitpatientInnen mich verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5	Mein zuständiger Arzt war wenig einfühlsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	Ich konnte den Team-MitarbeiterInnen vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	Es fiel mir leicht, mit meinem zuständigen Arzt/meiner zuständigen Ärztin warm zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8	Die meisten Team-MitarbeiterInnen zeigten wenig Einfühlungsvermögen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	Ich hatte guten Kontakt zu den Team-MitarbeiterInnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	Von einigen MitarbeiterInnen des Teams fühlte ich mich nicht ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	Ich fühlte mich von den meisten MitpatientInnen im Stich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf meinen zuständigen Arzt/meine zuständige Ärztin verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13	Ich hatte das Gefühl, zur Gruppe der MitpatientInnen dazuzugehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	Die Team-MitarbeiterInnen waren oft zu distanziert und gefühlsmäßig kaum erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15	Ich glaube, dass mein zuständiger Arzt/meine zuständige Ärztin und ich meine Probleme ähnlich sahen und beurteilten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	Die Unterstützung der MitpatientInnen hat mich ein ganzes Stück weiter gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Anhang 7: Patientenzufriedenheitsfragebogen (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ, Larsen et al. 1979)

CSQ

		definitiv nicht	eher nicht	eher ja	definitiv ja
17	Wenn ein Freund dieselbe Hilfe benötigen würde wie Sie, würden Sie ihm einen Aufenthalt auf dieser Station empfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wie zufrieden sind Sie generell mit der Behandlung, die Sie hier erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Wenn Sie wieder einmal Hilfe benötigen sollten, würden Sie sich wieder hier behandeln lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 8: Freiburger Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) Screening (Stieglitz et al., 2002)

S-PTB

		ja	nein
20	Hatten Sie während der Zwangsmaßnahme oder kurz danach starke Angst oder sogar Todesangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Fühlten Sie sich während der Zwangsmaßnahme oder kurz danach hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Fühlen Sie sich psychisch sehr belastet, wenn Sie etwas sehen oder hören, das Sie an die Zwangsmaßnahme erinnert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Spüren Sie Wellen von starken Gefühlen in Zusammenhang mit der Zwangsmaßnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Fällt es Ihnen schwer einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil Ihnen Bilder oder Gedanken über die Zwangsmaßnahme in den Sinn kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Haben Sie plötzlich auftretende Bilder von der Zwangsmaßnahme im Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Haben Sie belastende Träume oder Alpträume von der Zwangsmaßnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Vermeiden Sie es, über die Zwangsmaßnahme nachzudenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Fähigkeit, Gefühle zu erleben, durch die Zwangsmaßnahme eingeschränkt ist? (z. B. nicht weinen können, sich unfähig fühlen, liebevolle Gefühle zu erleben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Befürchten Sie durch die Zwangsmaßnahme schlimme Folgen für Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>