

Aus der
Klinik für Forensische Psychiatrie
Klinikdirektorin: Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, Ph.D. MRCPsych DiplForPsych

**Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem
Zimmereinschluss und Zimmerverweis:
Eine qualitative Studie**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
„Doctor rerum humanarum“ (Dr. rer. hum.)
der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock



vorgelegt von
Stefanie Lutz,
geb. am 25.04.1982 in Anklam

Rostock, im August 2024



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Gutachter:

Prof. Dr. med. Birgit Völlm, Ph.D. MRCPsych DiplForPsych

Universitätsmedizin Rostock

Direktorin der Klinik für Forensische Psychiatrie

Prof. Dr. Peter Kropp

Universitätsmedizin Rostock

Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Priv.-Doz. Dr. med. Jakov Gather, M.A.

Ruhr-Universität Bochum

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin

Jahr der Einreichung: 2024

Jahr der Verteidigung: 2025

Vorwort

Nelson Mandela hatte einst gesagt: „Frei zu sein bedeutet nicht nur, seine eigenen Fesseln zu lösen, sondern ein Leben zu führen, das auch die Freiheit anderer respektiert und fördert“ (zitiert nach Parkhof, 2023, S. 138). Patienten im Maßregelvollzug sind in erster Linie eines – sie sind Menschen: Menschen, die entgegen sozialer Konventionen rechtswidriges Verhalten zeigten, Menschen, die eine Zeit lang der Freiheit und vollkommenen Selbstbestimmung entbehren müssen, aber auch Menschen, die für das Freisein einst zur Welt kamen und womöglich dieses kostbare Gut für eine Weile aus den Augen verloren. „Was ein Mensch an Gutem in die Welt hinausgibt, geht nicht verloren“, hatte Albert Schweitzer einst gemeint (zitiert nach Link, 2019, S. 33). Die tagtäglich diesen Menschen von forensischen Mitarbeitern gereichte Hand soll ihnen helfen, den Wert und Sinn für die eigene Freiheit wiederzuentdecken und nach einem Leben zu streben, welches wiederum das Dasein anderer respektiert und niemandem schadet. Mit jener Grundhaltung und dem Wissen, dass Gutes ausschließlich Gutem bedarf, habe ich bemüht, die zugrundeliegenden Fragestellungen dieser Studie zu beantworten.

Mein Dank gilt der Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock – hier speziell jedem einzelnen Patienten und Mitarbeiter, der an dieser Studie mitwirkte und den Kern dieser Arbeit formierte. Besonderer Dank soll Frau Professorin Völlm für die Themenstellung, Betreuung/Unterstützung, für ihre Geduld sowie für die Begutachtung der Doktorarbeit zuteilwerden.

Rostock, im August 2024

Stefanie Lutz

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Forensische Psychiatrie – Was ist das?	3
2.2 Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt	4
2.2.1 Rechtliche Grundlagen der Maßregeln	4
2.2.2 Vollzug der Maßregeln	8
2.3 Patienten und Professionelle in der forensischen Psychiatrie	10
2.4 Kriminaltherapeutische Behandlung psychisch kranker Straftäter	12
2.5 Maßnahmen, die gegen den natürlichen Willen des Patienten ausgeführt werden	14
2.5.1 Grundlegendes zum ärztlichen Handeln	14
2.5.2 Einwilligung in und Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen	14
2.5.3 Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen des Zwangs	15
2.5.4 Die Anwendung von Zwang im Maßregelvollzug	17
2.5.5 Das Psychischkrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern: Unmittelbarer Zwang, ärztliche Zwangsmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen	19
2.5.6 Der Zimmereinschluss und Zimmerverweis	21
2.6 Aktueller Forschungsstand	22
2.7 Forschungsfragen	28
3 Methode	30
3.1 Setting	30
3.2 Studiendesign	31
3.3 Forschungsethik	31
3.4 Stichprobenauswahl	32
3.4.1 Stichprobenkonstruktion	32
3.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien	32
3.5 Studiendurchführung	33
3.5.1 Rekrutierung, Aufklärung und Einholung der Einwilligung	33
3.5.2 Datenerhebung	34
3.6 Erhebungsmethoden	38
3.6.1 Patientendaten	38
3.6.2 Mitarbeiterdaten	38
3.6.3 Objektive Daten zu den Interviews, Zimmereinschlüssen und Zimmerverweisen	38

3.6.4 Interviewleitfaden	39
3.7 Datenauswertung	41
3.7.1 Datenaufbereitung.....	41
3.7.2 Deskriptivstatistische Datenanalyse	41
3.7.3 Qualitative Datenanalyse	42
4 Ergebnisse	46
4.1 Deskriptivstatistische Ergebnisse	46
4.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	54
4.2.1 Patienten.....	54
4.2.2 Mitarbeiter	69
5 Diskussion	94
5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	94
5.2 Kritische Beurteilung der Studie	102
5.2.1 Stärken	102
5.2.2 Limitationen.....	103
5.3 Fazit und Ausblick.....	105
5.3.1 Forschungsbedarfe	105
5.3.2 Theoretische und praktische Implikationen	105
Literaturverzeichnis.....	108
Anhang	129
Anhang A Teilnehmerinformation zur Studienteilnahme für Patienten.....	129
Anhang B Teilnehmerinformation zur Studienteilnahme für Klinikmitarbeiter	138
Anhang C Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme für Patienten.....	146
Anhang D Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme für Klinikmitarbeiter	149
Anhang E Fragebogen – Klinikmitarbeiter.....	152
Anhang F Anordnungsblatt für Patienten im Zimmerverweis/Zimmereinschluss	155
Anhang G Interviewleitfaden – Patienten.....	157
Anhang H Interviewleitfaden – Klinikmitarbeiter.....	158
Anhang I Angewandte Transkriptionsregeln.....	159
Eidesstattliche Versicherung	161
Zusammenfassung.....	162

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Soziodemografische Charakteristika der Patienten	47
Tab. 2	Kriminologische und psychiatrische Charakteristika der Patienten.....	48
Tab. 3	Soziodemografische Charakteristika der Klinikmitarbeiter.....	51
Tab. 4	Gründe für den jeweiligen Zimmereinschluss sowie Ziel/Zweck der Maßnahme.....	52
Tab. 5	Gründe für den jeweiligen Zimmerverweis sowie Ziel/Zweck der Maßnahme.....	53
Tab. 6	Haupt- und Subkategorien der Patienten zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis.....	54
Tab. 7	Haupt- und Subkategorien der Mitarbeiter zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis.....	69

Abkürzungsverzeichnis

BA	Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfGE	Bundesverfassungsgericht
CPT	Europe's Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DHSC	Department of Health and Social Care
DMH	Department of Mental Health
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
GG	Grundgesetz
JVA	Justizvollzugsanstalt
KFP	Klinik für Forensische Psychiatrie
KR	Krisenraum
LKHG	Landeskrankenhausgesetz
MRV	Maßregelvollzug
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVollzG	Maßregelvollzugsgesetz
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
PsychKHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
WMA	World Medical Association
ZE	Zimmereinschluss
ZV	Zimmerverweis

Zur Gewährleistung einer besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum verwendet. So sind sowohl personenbezogene Singularformen (wie Arzt, Patient) als auch Pluralformen (wie Pfleger, Psychologen, usw.) als genderneutral zu verstehen. Sollten forschungsleitende Gründe eine Differenzierung des Geschlechts erfordern, wird dies konkret benannt werden.

1 Einleitung

„... jedes Mal, wenn sie die Tür öffneten, trugen sie alle Handschuhe; und es waren ungefähr 12 von ihnen. Ich dachte: Was zum Teufel ist hier los? Deshalb hatte ich so eine Idee im Kopf, dass sie mich umbringen würden.“
(Askew, Fisher, & Beazley, 2020, S. 276).

Grundsätzlich sollen Krankenhäuser sichere Orte für Patienten darstellen, an denen ein jeder mit Würde und Respekt behandelt, die bestmögliche Pflege und Behandlung angeboten wird und Patienten bei ihrer Genesung optimal unterstützt werden (Care Quality Commission, 2015; Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe [CPT], 2020). So zählt es zu den ethischen Prinzipien, durch Einsetzen evidenz- und erfahrungsbasierten Wissens im – zumindest objektiv – „besten Interesse“ des Patienten zu handeln, um das subjektive Leiden sowie etwaige Verhaltensprobleme bestmöglich zu mildern oder gar aufzulösen und gleichsam sein persönliches Wohlbefinden zu fördern (Helmchen, 2020).

Gegenwärtig gibt es in Deutschland 78 Einrichtungen des Maßregelvollzuges (MRV) – bestehend aus forensisch-psychiatrischen Kliniken und forensischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken (Ministerium der Justiz Nordrhein-Westfalen, 2021; Zeidler et al., 2024), in denen die Maßregeln der Besserung und Sicherung – als im Strafrecht verankerte Sanktionen für psychisch kranke Straftäter – vollzogen werden (Zeidler et al., 2024). Diese Maßregeln dienen der präventiven Sicherung von Straftätern, die infolge einer überdauernden psychischen Erkrankung (§ 63 Strafgesetzbuch [StGB]; *psychiatrische Maßregel*) oder eines Hangs zur Einnahme psychotroper Substanzen (§ 64 StGB; *Entziehungsmaßregel*) weiterhin für gefährlich erachtet werden (Zeidler et al., 2024). So sind aktuell etwa 5 000 Patienten gemäß § 64 StGB und etwa 8 000 Patienten gemäß § 63 StGB untergebracht (Zeidler et al., 2024).

In den Kliniken für Forensische Psychiatrie (KFP), in denen ein Machtungleichgewicht zwischen Klinikmitarbeitern und Patienten besteht (vgl. Adshead & Davies, 2016; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2018; Franke, Büsselmann, Streb, & Dudeck, 2019; Simms-Sawyersa, Milesa, & Harvey, 2020), sind die Menschenrechte besonders zu wahren, vor allem dann, wenn Patienten nicht freiwillig eingewiesen werden, sie krankheitsbedingt keine Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit zeigen und infolgedessen notwendige psychiatrische Maßnahmen ablehnen (Helmchen, 2020; Lau, Brackmann, Mokros, & Habermeyer, 2020; vgl. das Bundesverfassungsgericht [BVerfGE], Beschluss vom 23.3.2011 – 2 BvR 882/09).

In bestimmten Situationen, vor allem in Fällen von fremdaggressivem oder gewalttätigem Verhalten (vgl. Franke et al., 2019; Jury et al., 2019; Kuivalainen et al., 2017), in denen Präventionsmaßnahmen, wie Deeskalationsstrategien, versagen, kann die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (vgl. Department of Health and Social Care [DHSC], 2015; Department of Mental Health [DMH], 2007; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015, 2021; vgl. auch Happell & Harrow, 2010; Ramluggun, Chalmers, & Anjoyeb, 2018), wie des Zimmereinschlusses (ZE) und/oder Zimmerverweises (ZV), zum Schutz aller Beteiligten geboten sein. Zwangsmaßnahmen (das heißt, Handlungen, welche gegen den erklärten Willen des Patienten vollführt werden) stellen einen Einschnitt in die Persönlichkeitsrechte von Patienten dar (Lau et al., 2020). In Verbindung mit der stationären Behandlung werden diese Zwangsmaßnahmen als besonders belastend erlebt und können beim Einzelnen zu drastischen (Re-)Traumatisierungen oder anderweitigen nachhaltigen negativen Folgen – wie Verletzungen – führen (vgl. z. B. Chieze, Hurst, Kaiser, & Sentissi, 2019; DGPPN, 2018; Hansen, Hazelton, Rosina, & Inder, 2020; Hirsch & Steinert, 2019). Es verwundert also nicht, dass, obwohl Zwangsmaßnahmen seit jeher Teil des psychiatrischen „Handwerkzeugs“ sind, das ethische Dilemma zwischen dem Einsatz von "therapeutischem" Zwang und dem Verlust der Patientenwürde eines der wichtigsten kontroversen Themen in der psychiatrischen Forschung und Praxis darstellt (Luciano et al., 2014). So haben nationale und internationale Organisationen (vgl. z. B. CPT, 2020) die Notwendigkeit betont, Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu beschränken (Adshead & Davies, 2016; Barr, Wynaden, & Heslop, 2019; Lau et al., 2020). Dennoch kommen sie auch weiterhin im MRV zum Einsatz (Hansen et al., 2020).

Der ZE sollte wie der ZV – falls unumgänglich – das letzte Mittel sein und so kurz wie möglich als auch nur so lange wie nötig eingesetzt werden, wenn er im Hinblick auf eine erforderliche Gefahrenabwehr als erfolgversprechend angesehen wird und die hiermit für den Betroffenen einhergehenden Belastungen nicht außer Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen (BVerfGE, Beschluss vom 23.3.2011 – 2 BvR 882/09; vgl. Jackson, Baker, & Berzins, 2019; Ministry of Health New Zealand [NZ], 2023; NICE, 2021). Darüber hinaus sollten der ZV und ZE, die keine therapeutische Behandlungsmaßnahme darstellen (vgl. DMH, 2007), nicht zur Bestrafung, zur Demonstration von Macht oder zum Zufügen von Leiden, Schmerzen oder Demütigung eingesetzt werden (NICE, 2021).

Als besonders problematisch am Einsatz vom im forensischen Alltag praktizierten ZE und ZV (als Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen) ist zu werten, dass es – im Gegensatz zu anderen separierenden Maßnahmen (wie der Absonderung in einen besonders gesicherten Raum – im Englischen als „Seclusion“ bezeichnet) – sowohl international als auch national keine Studien

gibt, die auf qualitativer Ebene die Wahrnehmungen und das Erleben der dortigen Patienten und Mitarbeiter, sprich, deren Erfahrungen im Zusammenhang mit der Anwendung dieser beiden Maßnahmen untersucht haben und somit kein Wissen über mögliche iatrogene (schädliche) Auswirkungen vorliegt, was nicht zuletzt aus ethischen Aspekten unerlässlich scheint und eine eingehende Betrachtung zwingend nahelegt. Aus welchen Gründen sollten also – wenn überhaupt – diese Maßnahmen eingesetzt werden, und ist das tatsächlich der Fall? Das heißt: Wie kommen die Entscheidungen zum ZE und ZV zustande? Was sind demnach die Gründe, die in der Praxis zum Einsatz dieser Maßnahmen führen? Was sind Ziel und Zweck dieser Interventionen? Wie viel Zeit verbringen die Patienten im ZE und ZV? Wie erleben und bewerten Patienten und Mitarbeiter im MRV den ZE und ZV? Die Beantwortung dieser offenkundig wichtigen Fragen war das Ziel der vorliegenden Arbeit.

Im zweiten Abschnitt werden zunächst der theoretische Hintergrund als auch die aktuelle empirische Befundlage dargestellt, welche für die vorliegende Studie von unmittelbarer Relevanz sind und aus denen sich die zu untersuchenden Fragestellungen ableiten lassen. Im dritten Abschnitt werden das methodische Vorgehen und der generelle Untersuchungsansatz erörtert. Anschließend werden im vierten Abschnitt die Ergebnisse aus den Analysen – mit Blick auf die Fragestellungen – berichtet und im fünften Abschnitt einer kritischen Diskussion unterzogen. Die Forschungsarbeit wird mit der Beschreibung der Limitationen der eigenen Studie, einem Ausblick auf künftige Forschungsbedarfe als auch mit theoretischen und praktischen Implikationen abschließen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Forensische Psychiatrie – Was ist das?

Die forensische Psychiatrie – als eigenständiges medizinisches Fachgebiet – „ist ein Teilgebiet der Psychiatrie“, welches „die Anwendung psychiatrischen Fachwissens auf Angelegenheiten des Rechts zum Gegenstand“ hat¹ (Dudeck, 2021, S. 1; vgl. Lammel, Lau, Rückert, Voß, & Wendt, 2022; Oefele, 2019). Somit definieren juristische Vorgaben als Anwendungsfeld die Praxis der forensischen Psychiatrie (Lau et al., 2020). Dieses klinische Fach ist – wie die Rechtsmedizin oder forensische Psychologie – eine forensische Hilfswissenschaft, indes dessen Vertreter zuvorderst Hilfe bei der Entscheidung rechtlicher Fragen leisten (Oefele, 2019). Das heißt, im engeren Sinne befasst sie sich mit Fragen, die von Staatsanwaltschaften, Gerichten oder anderen Behörden an Psychiater gestellt werden (Nedopil & Stübner, 2017). In einem weiteren Sinne erstreckt sich die forensische Psychiatrie über den großen Überlappungsbereich

¹ Man spricht auch von der „Psychiatrie im Dienst der Rechtsprechung“ (Mechler, 1985, zitiert nach Oefele, 2019, S. 11).

von Psychiatrie und Recht, der einerseits aus den rechtlichen Anforderungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen für Gerichte, Behörden und Ärzte resultiert, andererseits aus psychologischen und medizinischen Beeinträchtigungen der Fähigkeit Betroffener zu rechtsrelevantem Handeln (Nedopil, 2007; vgl. auch Nedopil & Stübner, 2017).

Das Aufgabenspektrum der forensischen Psychiatrie ist nicht einheitlich geregelt (Oefe, 2019). Neben der Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln nach den §§ 63 und 64 StGB, sind jedoch als zentrale Aufgaben des MRVs der Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten (*Sicherung*) sowie die Befähigung der Straftäter, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 Strafvollzugsgesetz [StVollzG]; *Besserung und Resozialisierung*), zu benennen (vgl. de Tribolet-Hardy & Habermeyer, 2016; Trost & Rogge, 2016). Den Maßregeln der Besserung und Sicherung² kommt für die forensische Psychiatrie eine besondere Bedeutung zu (Leygraf, 2007). So erfordert die Anordnung einer mit Freiheitsentzug einhergehenden Maßregel (§§ 63, 64, 66 StGB) immer das Hinzuziehen eines Sachverständigen (als ihren traditionellen, originären Aufgabenbereich) zur Beurteilung der Gefährlichkeitsprognose und der Voraussetzungen der Schuldfähigkeit (§ 63 StGB; vgl. §§ 20, 21 StGB), der Behandlungsaussichten (§ 64 StGB) oder eines Hanges zu erheblichen Straftaten (§ 66 StGB; Leygraf, 2007; vgl. Dreßing & Habermeyer, 2021; Lammel et al., 2022).

2.2 Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und einer Entziehungsanstalt

2.2.1 Rechtliche Grundlagen der Maßregeln. Die Freiheit eines jeden Bürgers ist durch das Grundgesetz (GG) für die Bundesrepublik Deutschland geschützt (vgl. Artikel [Art.] 2 Absatz [Abs.] 2 GG). Infolge verfassungs- und konventionsrechtlicher Prinzipien darf nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes und durch einen Richter (sogenannter *Richtervorbehalt*) in die garantierten Grundfreiheiten und Menschenrechte eingegriffen werden (vgl. Art. 2 und 104 Abs. 2 GG; Häßler, Nedopil, & Dudeck, 2022; Kammeier & Pollähne, 2018; Kröber, Dölling, Leygraf, & Sass, 2007, 2009; Oefe, 2019; Wolf, 2017). Grund für die Einschränkung dieses Rechtsgut kann zum Beispiel der Schutz der Allgemeinheit vor Straftaten sein.

² (Die in § 61 StGB dargelegten) Maßregeln sind als Unterfall strafrechtlicher Sanktionsformen respektive strafrechtlicher Rechtsfolgen, die vom Strafgericht aufgrund rechtswidriger Taten angeordnet wurden, anzusehen (Wolf, 2017). Sie dienen sowohl der Sicherheit der Allgemeinheit vor dem Täter als auch seiner Besserung, um bestenfalls seine Gefährlichkeit zu reduzieren. Das StGB sieht drei freiheitsentziehende (stationäre) und drei nichtfreiheitsentziehende (ambulante) Maßregeln vor. Zu den freiheitsentziehenden Maßregeln gehören die Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB), in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) und in der Sicherungsverwahrung (§§ 66–66b StGB). Zu den Maßregeln ohne Freiheitsentzug zählen die Führungsaufsicht (§§ 68–68f StGB), die Entziehung der Fahrerlaubnis (§§ 69–69b StGB) und das Berufsverbot (§§ 70–70b StGB; vgl. Best & Rössner, 2007; Schiffer, 2023; Wolf, 2017). Unterbringungen auf einer offenen Station in einer psychiatrischen Klinik stellen hingegen eine *Freiheitsbeschränkung* dar (Häßler et al., 2022; Nedopil & Stübner, 2017).

Gemäß der Dogmatik des in Deutschland geltenden Strafrechts kann eine Strafe (als erste Spur strafrechtlicher Sanktionen) ausschließlich auf schuldhaftes Handeln (sogenanntes *Schuldstrafrecht*) und lediglich auf das Maß der Schuld bezogen werden (Kammeier, 2018). Im Rahmen der Zweispurigkeit des Sanktionensystems wird, wer ohne Schuld handelt, freigesprochen respektive nicht bestraft (Kammeier, 2018). „Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ (Schmidt & Habermeyer, 2023, S. 100). Diesem Umstand begegnet das deutsche Strafrecht seit 1934 mit der Möglichkeit, freiheitsentziehende Maßregeln für Patienten anzuordnen, die bei der Begehung der Tat schuldunfähig (§ 20 StGB) oder in ihrer Schuldfähigkeit zumindest erheblich vermindert (§ 21 StGB) waren (Kammeier, 2018; Müller et al., 2017). Ordnet ein Strafgericht als Sanktion gegen Straftäter wegen einer rechtswidrigen Tat die Vollstreckung und den Vollzug einer Maßregel³ in einem psychiatrischen Krankenhaus (gemäß § 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (gemäß § 64 StGB) an, hat dies zur Aufgabe, die Rechtsfolge umzusetzen (Wolf, 2017). Das heißt, der Maßregelvollzug ist die Durchführung dieser angeordneten Maßregeln.

Grundsätzlich ist bei allen freiheitsentziehenden Maßnahmen respektive staatlichen Freiheitseingriffen der verfassungsrechtliche Grundsatz der Verhältnismäßigkeit (sogenannte *Schranken-Schranke*; auch *Übermaßverbot*; als Teil des Rechtsstaatsprinzips) zu beachten (Kammeier, 2018; Kammeier & Pollähne, 2018; Kaspar, 2014; Wolf, 2017). Dessen Geltung ergibt sich dem BVerfGE (19, 342, 348 ff.) zufolge „aus dem Rechtsstaatsprinzip, im Grunde bereits aus dem Wesen der Grundrechte selbst, die als Ausdruck des allgemeinen Freiheitsanspruchs des Bürgers gegenüber dem Staat von der öffentlichen Gewalt jeweils nur so weit beschränkt werden dürfen, als es zum Schutz öffentlicher Interessen unerlässlich ist“ (zitiert nach Towfigh & Gleixner, 2022, S. 71; vgl. auch Ernst, 2020; Kammeier & Pollähne, 2018). Durch diesen Grundsatz ist alle Staatsgewalt daran gebunden, die Würde des Menschen zu achten und zu schützen (Wolf, 2017). In der Rechtsprechung des BVerfGEs bestimmt der verfassungsrechtliche Verhältnismäßigkeitsgrundsatz die Anordnung der Unterbringung (vgl. § 62 StGB), deren Vollstreckung (ebenso die Aussetzung einer Maßregel [nach § 67d Abs. 2 StGB]) und den Vollzug (vgl. z. B. BVerfGE NJW 1986, 767; Dreßing & Habermeyer, 2021;

³ Der *Vollzug* und die *Vollstreckung* einer Maßregel sind – trotz permanenter Verwobenheit – voneinander zu trennen. Während die Vollstreckung das „Ob“, „Wo“ und „Wie lange“ der Umsetzung der gerichtlichen Entscheidung umfasst (wie Beginn, Anstalt/Klinik, Reihenfolge von Strafe und Maßregel, etc.), meint der Vollzug das inhaltliche „Wie“ (Art der Therapie, Behandlungsplan, Lockerungen, usw.; Wolf, 2017).

Kammeier, 2018; Kröber et al., 2007, 2009). Beim Vollzug der Maßregeln wird der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz dadurch berücksichtigt, dass das Sicherheitsbedürfnis der Allgemeinheit vor zu erwartenden erheblichen Rechtsverletzungen einerseits und der Freiheitsanspruch der untergebrachten Patienten andererseits einander als wechselseitiges Korrektiv gegenübergestellt und im jeweiligen Fall gegeneinander abgewogen werden müssen (BVerfGE, Beschluss vom 21. Februar 2018 – 2 BvR⁴ 349/14; vgl. auch Eusterschulte, Eucker, & Rohner, 2021; Kammeier, 2018). Vor dem Hintergrund dieses Spannungsverhältnisses wird die Notwendigkeit einer sorgsam Güterabwägung evident, welche in § 62 StGB zum Ausdruck gebracht wird. So darf eine Maßregel der Besserung und Sicherung „nicht angeordnet werden, wenn sie zur Bedeutung der vom Täter begangenen und zu erwartenden Taten sowie zu dem Grad der von ihm ausgehenden Gefahr außer Verhältnis steht“ (Dreßing & Habermeyer, 2021, S. 113; vgl. auch Kröber, Dölling, Leygraf, & Sass, 2011). Maßgebliche Bedeutung im Unterbringungsrecht hat zudem der Grundsatz „in dubio pro libertate“ (vgl. Kammeier & Pollähne, 2018). So dürfen Freiheitsentziehungen nur angeordnet und aufrechterhalten werden, wenn keine Zweifel am Vorliegen sämtlicher gesetzlicher Unterbringungsvoraussetzungen bestehen (Kröber et al., 2009). Darüber hinaus sind die Voraussetzungen hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit der Unterbringung umso strenger zu bewerten, je länger die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus fort dauert (BVerfGE NJW 1986, 767 ff.; Kröber et al., 2009; Steinböck, 2018). Aus diesen Darlegungen wird evident, dass der MRV nicht nur seinem gesetzlichen Auftrag (der Sicherung und Besserung) verpflichtet ist, sondern sogleich immer die größtmögliche Realisierbarkeit der Grundrechte eines jeden Menschen innerhalb seiner Grenzen zu gewährleisten hat (Kammeier & Pollähne, 2018).

Zu unterscheiden sind die jeweiligen Maßnahmen der Unterbringung bezüglich des Zwecks der Freiheitsentziehung, welcher legislativ fundiert sein muss und an dem sich sogleich die Verhältnismäßigkeitsprüfung zu orientieren hat (Kammeier & Pollähne, 2018). So kann die Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung auf folgenden Rechtsgrundlagen⁵

⁴ „BvR“ ist das beim BVerfGE verwendete Registerzeichen für Verfahren über Verfassungsbeschwerden.

⁵ Zum Zweck des präventiven Schutzes wird vom Richter § 126a StPO angeordnet, sofern eine Unterbringung gemäß § 63 StGB zu erwarten ist und die öffentliche Sicherheit dies notwendig macht (Eusterschulte et al., 2021). Ist der Widerruf einer zur Bewährung ausgesetzten Unterbringung zu erwarten, wird von der zuständigen Strafvollstreckungskammer die Sicherungsunterbringung angeordnet, um sich einerseits „der Person des Verurteilten zu sichern“ (S. 409) und um sogleich die Begehung erheblicher Straftaten zu verhindern (Eusterschulte et al., 2021). „Wenn eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten eingetreten ist“ (Eusterschulte et al., 2021, S. 409), kann während der Führungsaufsicht die ausgesetzte Unterbringung befristet (vorerst für drei Monate) wieder in Vollzug gesetzt werden, sofern mit dieser Maßnahme ein Widerruf nach § 67g StGB vermieden werden kann (Eusterschulte et al., 2021). Bereits im Ermittlungs-(Vorver-)verfahren kann zur Vorbereitung des Gutachtens über die psychische Verfassung eines Beschuldigten die Unterbringung gemäß § 81 StPO – für eine maximale Dauer von sechs Wochen – angeordnet werden (Eusterschulte et al., 2021).

basieren (Eusterschulte et al., 2021):

- der einstweiligen Unterbringung (§ 126a Strafprozessordnung [StPO]),
- Unterbringung (§§ 63, 64 StGB),
- Sicherungsunterbringung (§§ 453c, 463 Abs. 1 StPO),
- Krisenintervention (§ 67h StGB) und
- der Unterbringung zur Beobachtung (§ 81 StPO).

Grundlage für die Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB und der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB bildet das Strafgesetz (Müller et al., 2017). Der § 63 StGB lautet wie folgt (vgl. auch Eusterschulte et al., 2021; Oefele, 2019; Schmidt & Habermeyer, 2023):

„Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist“ (Schiffer, 2023, S. 310).

Für die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt benennt § 64 StGB hingegen vier Voraussetzungen, welche sich auf den Hang, symptomatischen Zusammenhang, die Gefahr (negative Legalprognose) und die Erfolgsaussicht beziehen (vgl. Schiffer, 2023; Schwarz & Stübner, 2023). So heißt es konkret:

„Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird; der Hang erfordert eine Substanzkonsumstörung, infolge derer eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit eingetreten ist und fort dauert. Die Anordnung ergeht nur, wenn aufgrund tatsächlicher Anhaltspunkte zu erwarten ist, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“ (Wenske, 2024, S. 424).

Mit den jeweiligen Rechtsgrundlagen, welche den Behandlern partiell sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen setzen, werden – wie zu erkennen ist – differente Zielsetzungen verfolgt (Eusterschulte et al., 2021).

Die Dauer der Unterbringung gemäß § 64 StGB ist auf zwei Jahre befristet (§ 67d Abs. 1 Satz 1 StGB), obschon sich diese Höchstfrist um Zweidrittel der nebst der Maßregel verhängten (parallelen) Freiheitsstrafe verlängern kann (§ 67d Abs. 1 Satz 2 StGB; vgl. Schiffer, 2023). Um Unterbringungen gemäß § 63 StGB wieder stärker am verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auszurichten, wurden im am 1. August 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB zwei Gefährlichkeitsschwellen verankert (Bundesministerium der Justiz [BMJ], 2016; Schiffer, 2023). Auf der ersten Stufe werden die Anforderungen für die Fortdauer der Unterbringung (vgl. § 67d Absatz 6 StGB) nach sechs Jahren angehoben: So darf die Unterbringung eines Patienten nur dann fortgesetzt werden, wenn rechtswidrige „Taten drohen, durch die die Opfer körperlich oder seelisch schwer geschädigt werden oder in die Gefahr einer schweren seelischen oder körperlichen Schädigung gebracht werden“ (BMJ, 2016, S. 10). „Die Gefahr rein wirtschaftlicher Schäden“ (S. 30) genügt für eine Fortdauer in der Unterbringung für gewöhnlich nicht mehr (BMJ, 2016). Auf der zweiten Stufe ist eine Fortdauer der Maßregel über zehn Jahre – wie bei der Sicherungsverwahrung – nur noch bei bestehender „Gefahr von Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden“ (BMJ, 2016, S. 30), zulässig (vgl. auch Schiffer, 2023).

2.2.2 Vollzug der Maßregeln. Im MRV gibt es keinen rechtsfreien Raum (Kammeier, 2018). Da mit dem Vollzug der Maßregeln erhebliche hoheitliche Eingriffe in die Grundrechte eines Menschen verbunden sind, ist es Aufgabe des Gesetzgebers selbst – aufgrund des Wesentlichkeitsprinzips unserer Verfassung (BVerfGE 41, 251, 260; 57, 295, 320 ff.; 58, 257, 268 ff.; 88, 103, 116) – diesen Lebensbereich zu formieren (Kammeier, 2018).

Die freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung sind Teil des Straf- und gleichsam des öffentlichen Rechts (Laubenthal, 2019; Müller et al., 2017). Das materielle Strafrecht, das Strafprozessrecht, Strafvollstreckungsrecht und die Straf- und Maßregelvollzugsgesetze (MVollzG) des Bundes und der Länder enthalten die gesetzlichen Maßgaben bezüglich ihrer Anordnung, Dauer als auch der formellen und der vollzuglich-inhaltlichen Ausgestaltung (Müller et al., 2017). Der allgemeine Gestaltungsrahmen wird durch das GG abgesteckt (Müller et al., 2017).

Obschon der Vollzug der Maßregeln eine staatliche Aufgabe ist, obliegt die Zuständigkeit für die Strafvollzugsgesetzgebung (Straf- und Maßregelvollzugsrecht) den Ländern (Hübner,

2017; Müller et al., 2017). Das Vollstreckungsrecht der Maßregeln §§ 63, 64 StGB ist in den §§ 67 ff. StGB und 449 ff. StPO geregelt (Kammeier, 2018; Kammeier & Pollähne, 2018). Die Länder der Bundesrepublik haben ihren gesetzlichen Auftrag infolge der Föderalismusreform von 2006 ganz unterschiedlich umgesetzt, sodass heute von einer „föderalen Vielfalt in den Organisationsformen“ (Hübner, 2017, S. 603) gesprochen werden kann (vgl. Kammeier, 2018). Das Maßregelvollzugsrecht wird von den Bundesländern entweder durch MVollzG oder durch Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) geregelt, welche die konkrete Ausgestaltung der Unterbringung durch das Maßregelkrankenhaus bestimmen (Möller, Laux, & Kampfhammer, 2010; vgl. Nedopil & Stübner, 2017; zur Verteilung der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern vgl. Kammeier, 2018).

In Mecklenburg-Vorpommern (MV) wird das Maßregelvollzugsrecht durch das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG MV) geregelt (vgl. Kammeier, 2018; Müller, Heinz, & Dreßing, 2021; Thome, 2022). Das PsychKG MV benennt unter anderem Hilfen und Maßnahmen für respektive gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten als auch für den Vollzug der als Maßregel der Besserung und Sicherung angeordneten öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach § 61 Nr. 1 und 2 des StGB (Landesregierung MV, 2016). Gemäß des PsychKG MV sind Menschen mit psychischen Krankheiten „Personen, bei denen eine geistige oder seelische Krankheit oder Störung von erheblichem Ausmaß vorliegt oder die an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit oder Störung vorliegen“ (Landesregierung MV, 2016, S. 5).

Psychisch kranke Menschen haben einen Rechtsanspruch auf Schutz und Hilfe. Dem Fürsorgegrundsatz des PsychKG MV zufolge ist bei allen Maßnahmen das Befinden der psychisch Erkrankten besonders zu berücksichtigen als auch ihr Persönlichkeitsrecht zu wahren (Landesregierung MV, 2016). Im Einvernehmen mit dem Sozialministerium erlässt das Justizministerium Sicherheitsbestimmungen und überwacht die Sicherheitsmaßnahmen der Maßregelvollzugseinrichtungen (Hübner, 2017). Die Maßregeln der Besserung und Sicherung nach den §§ 63 und 64 StGB werden in MV in einer psychiatrischen Abteilung einer Universitätsklinik und in psychiatrischen Krankenhäusern zweier privater Klinikunternehmen vollzogen (Hübner, 2017). Die Einrichtungen des MRVs in MV haben eine Reihe von Vorschriften (zum Beispiel bezüglich der Zulässigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen) zu berücksichtigen. Mit Zustimmung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums erlassen sie Hausordnungen, mit denen ein geordnetes Zusammenleben in den Einrichtungen gewährleistet werden soll (Landesregierung MV, 2016; vgl. §§ 29, 42 PsychKG MV).

2.3 Patienten und Professionelle in der forensischen Psychiatrie

Gemessen an der Gesamtzahl aller Aburteilungen in Deutschland stellen nach den §§ 63, 64 StGB im MRV Untergebrachte eine relativ kleine Gruppe dar. Derzeit sind in Deutschland etwa 13 000 Patienten in einem MRV untergebracht, davon etwa 5 000 Patienten mit einer Unterbringungsgrundlage nach § 64 StGB (Schiffer, 2023; vgl. auch Zeidler et al., 2024). Der Anteil der Männer an allen Untergebrachten – mit über 90% – überwiegt⁶ (vgl. Maaß, 2023; Schiffer, 2023; Zeidler et al., 2024). Das Durchschnittsalter aller nach § 64 StGB in Deutschland Untergebrachten lag im Jahr 2016 bei rund 35 Jahren (Berthold, Quade, & Riedemann, 2022). Zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern in der forensischen Psychiatrie bei den gemäß § 63 StGB untergebrachten Patienten zählen psychotische Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (mit etwa 55%), Persönlichkeitsstörungen (einschließlich sexueller Deviationen; mit 18%), hirnorganische Störungen (11.7%) sowie Intelligenzminderungen (5.6%). Stellte bei den in der Entziehungsanstalt untergebrachten Patienten in den 1990er-Jahren mit bis zu 70% die Alkoholabhängigkeit die häufigste Diagnose dar, kehrte sich das Verhältnis zur Drogenabhängigkeit in den letzten Jahrzehnten um, sodass mittlerweile etwa zwei Drittel dieser Patienten die Diagnose eines Missbrauchs respektive einer Abhängigkeit von multiplen Substanzen aufweisen (Schiffer, 2023). Diese Diagnose geht teilweise mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung einher, wobei dissoziale, emotional-instabile und kombinierte Formen sowohl bei Männern als auch bei Frauen überwiegen (vgl. Eucker & Müller-Isberner, 2017; Hecker, 2017; Völlm & Schiffer, 2023). Während bei den nach § 63 StGB untergebrachten Patienten Gewaltdelikte (mit 54.8%; gefolgt von Sexualdelikten – mit 19.2%) den größten Anteil an allen Delikten dieser Gruppe ausmachen, stellen bei den gemäß § 64 StGB Untergebrachten Körperverletzung, Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie Eigentumsdelikte (hier vor allem Raub; mit variierenden Anteilen zwischen 25% und 35%) die häufigsten Delikte dar (Schiffer, 2023).

Unter die Gruppe der besonderen Patientenklintel lassen sich Frauen, Migranten (bei denen in den vergangenen Jahren ein Anstieg im MRV zu verzeichnen ist; vgl. Bulla & Ross, 2023; Hoffmann & Bulla, 2018; Titze, Lutz, Franke, Streb, & Dudeck, 2021), Jugendliche und Heranwachsende, Sexualdelinquente und Patienten mit geringen Erfolgsaussichten („Long-Stay“) subsumieren. Diese Patienten weisen zumeist spezifische Besonderheiten, Störungsbilder, Straftaten, aber auch signifikante Risikofaktoren für psychische Erkrankungen und

⁶ Im Jahr 2020 lag in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) mit rund 24.8% der Anteil polizeilich erfasster weiblicher Tatverdächtiger deutlich unter dem Anteil der männlichen Tatverdächtigen (Bundeskriminalamt [BKA], 2020). Infolge des Ausfilterungsprozesses im Erkenntnis- und Strafverfahren betrug im selben Jahr unter allen Strafgefangenen der Frauenanteil letztlich nur noch 5.7% (vgl. Maaß, 2023).

Delinquenz auf, sodass deren Behandlung mit besonderen Herausforderungen einhergeht (vgl. Bulla & Ross, 2023; Franqué, Voulgaris, & Briken, 2023; Maaß, 2023; Pniewski, König, & Elsner, 2023; Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2018; Völlm & Schiffer, 2023).

Insgesamt weisen Patienten des MRVs in der Regel eine lange Vorgeschichte psychischer Auffälligkeiten, antisozialen Verhaltens, schweren Substanzmissbrauchs als auch sozialer und familiärer Belastungsfaktoren (z. B. Broken-home-Erfahrungen, Gewalt) auf (Eucker & Müller-Isberner, 2017; Rothe et al., 2020). Oftmals haben sie in ihrem Leben wiederholt Kränkungen und Enttäuschungen erlebt. Aber auch wiederholte stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen, Kontakte mit dem Ordnungs-/Strafrecht, der Schuldnerberatung, Obdachlosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Vereinsamung können der Unterbringung vorausgegangen sein (Häßler, Kinze, & Nedopil, 2015). Die multiplen Probleme der Patienten inkludieren oft kognitive und affektive Defizite, geringe soziale, kommunikative und lebenspraktische Fertigkeiten als auch einen Lebensstil, der bislang ein zuvorderst deviantes Sozialverhalten förderte (Eucker & Müller-Isberner, 2017). Viele Patienten haben ein nur geringes Interesse an der Behandlung, sind wenig veränderungsmotiviert und compliant, was den Umgang mit ihnen zusätzlich erschwert (Eucker & Müller-Isberner, 2017). Da sowohl ihre psychiatrische als auch antisoziale Problematik chronisch ist, sind vornehmliche Ziele in der Behandlung die Symptomreduktion/Stabilisierung sowie das Fördern zwischenmenschlicher Fertigkeiten und der allgemeinen sozialen Anpassung (Eucker & Müller-Isberner, 2017).

Die Besonderheit im MRV, als „totale Institution“ (Goffman, 1973, zitiert nach Trost, 2018, S. 500), ist darin begründet, dass die forensisch-psychiatrische Behandlung (zunächst) unfreiwillig auferlegt und nicht aus persönlichem Leidensdruck beansprucht wird (Trost, 2018). Diese Behandlung findet in einem Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Zwang, zwischen Besserung und Sicherung sowie Nähe und Distanz statt (Gaupp, 2018; Müller, 2018; Trost, 2018). Nicht zuletzt ergeben sich für Ärzte – zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnormen, Wahrheitsverpflichtung, Vertrauen, Respekt und Verantwortung – ethische Besonderheiten aus einer Doppelrolle als Behandler und Berater (Sachverständiger) des Gerichts (Fangerau & Badura-Lotter, 2022), was ihrerseits Erfahrung, Sensibilität und Verantwortungsgefühl erfordert, um damit assoziierte Probleme erkennen und diesen adäquat begegnen zu können (Oefe, 2019). Insgesamt speist sich die Komplexität der Aufgabenfelder und Rollen der im MRV Tätigen aus diesen Doppelmandaten, aber auch aus einer hochkomplexen Patientengruppe und deren langen Aufenthaltsdauern (Herwig, Trost, & Löhr 2023). Die oft langjährige Unterbringung der Patienten geht mit Chancen und Herausforderungen für die Herstellung von Beziehungen, eines therapeutischen Arbeitsbündnisses und für das Etablieren

von Veränderungsprozessen einher (Herwig et al., 2023).

Die forensisch-psychiatrische Behandlung ist multiprofessionell und interdisziplinär, wobei an ihr (Fach-)Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagogen, Krankenpfleger, Ergo-, Sport- und Kunsttherapeuten als auch Lehrer beteiligt sind (vgl. Eucker & Müller-Isberner, 2017; Müller et al., 2017; Schmidt-Quernheim, 2018). Pflegende, die wegen ihrer alltäglichen stetigen Präsenz die größte Nähe zu Patienten haben, stellen die zahlenmäßig größte Berufsgruppe dar (Herwig et al., 2023). Der hoheitliche Auftrag und das Ziel, die Gefährlichkeit eines Patienten auf ein für die Gesellschaft tragbares Risiko zu reduzieren, sollen durch verschiedene therapeutische Maßnahmen (aus Sozio-, Milieu-, Psycho- und Kriminaltherapie), durch Risikoeinschätzung, Prognostik, Sicherung und Rückfallprophylaxe erreicht werden (vgl. Herwig et al., 2023; Trost, 2018). Einen weiteren wichtigen Beitrag leisten Professionelle im MRV durch die Herstellung und das Pflegen einer tragfähigen Beziehung zu Patienten. Neben baulichen, technischen, strukturellen Sicherungsmaßnahmen stellt die Beziehungsgestaltung – als zentraler Auftrag und Kern der beruflichen Identität der im MRV Tätigen – einen grundlegenden Sicherheitsaspekt im MRV dar (Trost, 2018). Erst durch sie kann – auf der Grundlage einer würdevollen Behandlung – auf (die Motivation für) Veränderungen, Therapieteilnahme und konkordantes Verhalten hingewirkt werden (Trost, 2018). Auch ermöglicht sie auf fundamentale Weise die Einschätzung des Krankheitsverlaufs und der Gefährlichkeit, sodass durch letztere auf Veränderungen (wie bspw. Krisen) zeitnah und adäquat reagiert werden kann (Gaupp, 2018; Trost, 2018).

Die persönliche Haltung der im MRV Tätigen ist Grundlage und Kern ihrer Professionalität (Herwig et al., 2023; Trost, 2018). Im Rahmen des multiprofessionellen Behandlungsprozesses sind sie in den Interaktionen mit den vielen verschiedenen Patienten dazu angehalten, diverse Rollen einzunehmen, indes sie als *subsidiäre* (als Berater, Trainer, Vertrauter, Begleiter, Wegbereiter und Motivator), *kompensierende* (Ersatzperson [Eltern, Lehrer], Vorbild) und *autoritäre Rollenvorbilder* (Autoritäts- und Respektperson) fungieren (vgl. Gaupp, 2018; Trost, 2018).

2.4 Kriminaltherapeutische Behandlung psychisch kranker Straftäter

Wird eine Behandlung durch staatliche Gewalt aufgezwungen, und findet sie somit im Subordinationsverhältnis⁷ statt, befindet sie sich im staatlich-öffentlichen, damit im juristischen Behandlungskontext (Kammeier & Pollähne, 2018). Die im MRV untergebrachten Patienten haben einen Rechtsanspruch auf eine erforderliche ärztliche, sozialtherapeutische und psychologische Behandlung und pflegerische Versorgung (Kammeier, 2018). Hart und

⁷ Unterordnungsverhältnis des Bürgers im Hinblick auf den Staat.

Kollegen (2003) subsumieren unter den Begriff der Behandlung alle Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit des Patienten abzielen (zitiert nach Eucker & Müller-Isberner, 2017).

Die kriminaltherapeutische Behandlung im MRV⁸ bewegt sich insgesamt in einem juristisch relativ eng umgrenzten und von der Justiz überwachten Rahmen und hat entsprechend rechtliche sowie gerichtliche Vorgaben zu berücksichtigen (Vasic et al., 2016). Das bedeutet, dass die therapeutischen Aktivitäten zuvorderst nach rechtlichen (*generalpräventiven*) und erst dann nach individualzentrierten (*spezialpräventiven*) Gesichtspunkten ausgerichtet sind (Oefe, 2019). Gleichsam hat mit eingetretener Rechtskraft der Unterbringung die (Re-) Sozialisierung des untergebrachten Patienten zu beginnen (Kammeier, 2018).

Zu den Aufgabenkomplexen eines forensisch-psychiatrischen Versorgungssystems zählen: die Aufnahme, Diagnostik und Behandlungsplanung; Therapie/Behandlung und Rehabilitation; Reintegration und Entlassung sowie ambulante Nachsorge (Müller et al., 2017). In all diesen Bereichen werden darüber hinaus zahlreiche weitere Subaufgaben vollführt (vgl. Hecker, 2017; Schiffer, 2023). Je nach Behandlungsbedürfnissen der Patienten ist eine Differenzierung und Spezialisierung erforderlich (vgl. „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB“ von Müller et al., 2017). Hieran ist erkennbar, dass die Behandlung langfristig, multimodal und multiprofessionell angelegt ist und sich in der Regel auf einem Kontinuum von intramuraler (Station) über transmurale (Lockerungen und Entlassvorbereitungen) bis hin zu extramuraler Behandlung (Führungsaufsicht nach der Entlassung) erstreckt (Eucker & Müller-Isberner, 2017).

Die deliktorientierte Kriminaltherapie versteht sich summativ als Risikomanagement, weshalb sie Maßnahmen der kontinuierlichen Risikoüberwachung, Einschränkungen der Verhaltens- und Bewegungsspielräume von Patienten, Behandlung und Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit potenzieller Opfer inkludiert (Eucker & Müller-Isberner, 2017). Die kriminaltherapeutischen Behandlungsverfahren lassen sich *individuenzentrierten* (Pharmakotherapie, Psychotherapie und Verfahren aus der Straftäterbehandlung [z. B. das „R&R – Reasoning & Rehabilitation Programm“ von Ross, Fabiano, & Ewles, 1988, oder die dialektisch-behaviorale Therapie, DBT, von Marsha Linehan, 1993]) und *psychosozialen Ansätzen* (Milieuthérapie, Bildungsmaßnahmen, Komplementärtherapien, Sozialarbeit, etc.)

⁸ Die Behandlung psychisch kranker Straftäter findet zudem in der Gefängnispsychiatrie, dem Justizvollzug (Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung) und der forensisch-psychiatrischen Nachsorge statt (vgl. Endres & Suhling, 2023; Opitz-Welke & Konrad, 2023; Schiffer, 2023; Schmidt-Quernheim, 2023; vgl. auch Schmidt-Quernheim & Hax-Schoppenhorst, 2018).

zuordnen (Eucker & Müller-Isberner, 2017). Wirksame Straftäterprogramme sollten dabei auf die Reduzierung kriminogener Faktoren und die Stärkung vorhandener Ressourcen fokussieren (vgl. z. B. Dudeck, Bortenschlager, & Schneider, 2023; Schiffer, 2023; Schmidt-Quernheim, 2018; vgl. auch das Risk-Need-Responsivity-[RNR]-Modell von Andrews und Bonta, 2010).

Rechtlich bemisst sich der Behandlungserfolg an der Erwartung, „dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird“ (§ 67d Abs. 2 StGB; vgl. Müller et al., 2017). Ziel und „Zweck der Unterbringung im Maßregelvollzug ist die Heilung oder Besserung des Zustandes im Sinne der §§ 136 und 137 des StVollzG“ (Landesregierung MV, 2016, S. 593). Darüber hinaus sollen Patienten befähigt werden, ein in die Gemeinschaft integriertes, straffreies Leben zu führen (Schmidt-Quernheim, 2018). Bestenfalls wird die Sicherung durch die Besserung des Gesundheitszustandes der Patienten im Rahmen der Behandlung erreicht. Die Unterbringung darf nur so lange fortgesetzt werden, wie die Voraussetzungen zur jeweiligen Anordnung der Unterbringung erfüllt sind (vgl. § 67d StGB).

2.5 Maßnahmen, die gegen den natürlichen Willen des Patienten ausgeführt werden

2.5.1 Grundlegendes zum ärztlichen Handeln. Die Ausübung ärztlichen Handelns obliegt berufsrechtlichen und ethischen Grundsätzen. Die Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärzte enthält das Gelöbnis: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“ (Bundesärztekammer, 2011, S. 4). In § 2 der Berufsordnung heißt es zu den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können“ (Bundesärztekammer, 2021, S. 2). Die Deklaration von Genf des Weltärztebundes (World Medical Association [WMA], 2017) benennt weiter: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, politischer Zugehörigkeit, Staatsangehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten“ (S. 1). Auch die forensische Psychiatrie folgt diesen medizinethischen Prinzipien (Franke, 2023).

2.5.2 Einwilligung in und Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen. Eine Behandlung während des Vollzuges der Maßregel ist regelmäßig nur zulässig, wenn der untergebrachte Patient in diese einwilligt (Müller et al., 2017). Die Einwilligung muss auf der Grundlage der gebotenen/stattgehabten ärztlichen Aufklärung und vom untergebrachten Patienten frei

erteilt worden sein (Müller et al., 2017). Zudem muss der Patient zum Zeitpunkt der Erteilung seiner Zustimmung einwilligungsfähig und darf sogleich keinem unrechtmäßigen Druck ausgesetzt (gewesen) sein (Müller et al., 2017; vgl. BVerfGE, Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09). Die Aufklärung muss rechtzeitig, das heißt vor Beginn der Behandlung sowie ausführlich und in einer für den Patienten verständlichen Sprache erfolgen (Müller et al., 2017). Grundsätzlich ist es die Aufgabe des psychiatrisch Professionellen, dem Patienten den erwartbaren Nutzen und mögliche Risiken der ausgewählten Behandlung, verfügbare Behandlungsoptionen als auch Konsequenzen einer ausbleibenden Behandlung darzulegen (das heißt derjenigen Konsequenzen, die sich im Falle einer Verweigerung der Behandlung notwendigerweise aus dem Zustand ergeben, in welchem der Patient unbehandelt vermutlich verbleiben oder in den er infolge seiner Ablehnung sehr wahrscheinlich geraten wird; Müller et al., 2017) – auch dann, wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist (vgl. auch Gather, Gerritsen, & Scholten, 2023). Es verbietet sich grundsätzlich, dem Untergebrachten Nachteile zu prognostizieren, welche sich im Falle seiner Verweigerung der Behandlung nicht als zwingende Konsequenzen aus seinem Zustand ergeben – was zu dokumentieren ist (Müller et al., 2017; vgl. auch BVerfGE, Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09).

Sind Patienten aufgrund von Beeinträchtigungen ihrer Entscheidungsfähigkeiten nicht in der Lage, Folgen von Entscheidungen und Handlungsweisen für ihr Wohl hinreichend einzuschätzen, wird ab einer gewissen Schwelle juristisch von der „Einwilligungsunfähigkeit“⁹ gesprochen (Gather et al., 2023). Liegt Einwilligungsunfähigkeit vor (das heißt, die Person ist nicht in der Lage, selbstbestimmt darüber zu urteilen, was gut für sie ist), kann es passieren, dass das gesundheitliche Wohl nur durch die Behandlung gegen ihren – im rechtlichen Sinne *natürlichen* – Willen erreicht werden kann (Gather et al., 2023; Höffler, 2023; Vollmann, 2017). Ethisch rechtfertigen lässt sich dieses Handeln ausschließlich durch den Zweck der Abwehr einer Selbst- und (je nach Bundesland) auch Fremdgefährdung.

2.5.3 Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen des Zwangs. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im MRV findet in einem Zwangskontext statt und geht mit einer Vielzahl an ethischen und rechtlichen Fragestellungen einher (Dudeck, Lutz, & Titze, 2022; Gather et al., 2023; Schmidt-Quernheim, 2018; Völm & Nedopil, 2016). Im deutschen Rechtsstaat sind die Verwaltungsbehörden, somit auch die Mitarbeiter des MRVs, in ihren

⁹ Die Einwilligungsfähigkeit (vgl. Gather et al., 2023; Scholten & Vollmann, 2017) umfasst das Vermögen einer Person, Aufklärungsinformationen zu verstehen (*understanding*), den eigenen medizinischen Zustand und die Therapieoptionen angemessen einzuschätzen (*appreciation*), Nutzen und Risiken der Behandlungsmöglichkeiten in Bezug auf eigene Werte und Vorstellungen zu bewerten (*reasoning*) sowie Entscheidungen treffen und kommunizieren zu können (*evidencing a choice*).

Tätigkeiten niemals vollkommen frei, auch wenn sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen berechtigt sind, nach ihrem Ermessen zu handeln (vgl. Rohner, 2017). Aufgrund ihrer außerordentlichen Verantwortung (sowohl im Hinblick auf den individuellen Patienten als auch die gesellschaftlichen Sicherheitsinteressen) ist deren Handeln stets begründungspflichtig. Zudem sind die im MRV Tätigen unabdingbar an die allgemeinen rechtsstaatlichen Grundsätze (wie den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz [vgl. Abschnitt 2.2.1] und das Willkürverbot) gebunden (Kammeier & Pollähne, 2018; Rohner, 2017). Unter Berücksichtigung der Achtung und des Schutzes von Würde (als konstitutives und regulatives Prinzip des GG; vgl. Bunge, 2020; Frank, 2018), des Freiheitsgrundrechtes und des Persönlichkeitsrechts des Einzelnen kann im rechtsstaatlichen Sinne ein verwaltungsrechtlich korrektes Vorgehen gewährleistet werden (Kammeier, 2018).

Unter bestimmten Umständen kann die Anwendung von Zwang mit entsprechenden Maßnahmen erforderlich werden. Diese Maßnahmen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen der Achtung des Patientenwillens, der ärztlichen Fürsorgeverpflichtung gegenüber dem Patienten selbst und den Schutzinteressen Dritter und stellen im Zusammenhang mit einer Unterbringung und Behandlung eines Patienten eines der ethisch schwierigsten und ältesten Probleme im psychiatrischen Kontext dar (Bublitz, 2011; Flammer & Steinert, 2019; vgl. auch „least restrictive alternative“ der DGPPN, 2018).

Verfassungsrechtliche Vorgaben zur Zwangsbehandlung im MRV finden sich in der Entscheidung des BVerfGE im Jahre 2011, wonach der mittels medizinischer Behandlung schwerwiegende Eingriff in das Grundrecht (aus Art. 2 Abs. 2 GG) gegen den natürlichen Willen des im MRV untergebrachten Patienten zur Erreichung des Vollzugsziels gerechtfertigt sein kann, allerdings nur dann zulässig ist, „wenn der Untergebrachte krankheitsbedingt zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit oder zum Handeln gemäß dieser Einsicht nicht fähig ist“ (BVerfGE, Beschluss vom 23.03.2011 – 2 BvR 882/09, S. 1). Zwangsbehandlungen im MRV sind also nicht per se als verfassungswidrig einzustufen (Nitsche, 2015).

Um eine Maßnahme gegen den Willen einer untergebrachten Person zu rechtfertigen, müssen weitere (ethische) Bedingungen erfüllt sein (vgl. Gather et al., 2023). Wie bereits dargelegt, ist die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu messen (Rohner, 2017). Verhältnismäßigkeit meint das Ins-Verhältnis-Setzen kollidierender Interessen, Freiheiten und Rechtsprinzipien und ist somit ein relationaler Begriff (Kammeier, 2018). Die verfassungsrechtlich fundierten Prinzipien der Verhältnismäßigkeit – *Funktionalität* (Geeignetheit), *Subsidiarität* (Erforderlichkeit) und *Proportionalität* (Angemessenheit) – basieren auf der Legitimität (Kammeier, 2018; Kammeier & Pollähne, 2018; Rohner, 2017).

Geeignet ist die Maßnahme dann, sofern sie die Erreichung des Zwecks kausal bewirkt oder zumindest fördert (Rohner, 2017). Ist kein anderes Mittel verfügbar, das in ebensolcher Weise geeignet ist, den Zweck zu erreichen, jedoch den Patienten weniger belastet, ist die Maßnahme erforderlich (Rohner, 2017). Eine Maßnahme ist angemessen, wenn die durch sie bewirkten Vorteile die – sogleich mit ihr verbundenen – Nachteile überwiegen und Vor- und Nachteile nicht völlig außer Verhältnis zueinander stehen (Rohner, 2017; vgl. Gather et al., 2023). Gleichsam ist das Übermaßverbot zu beachten (Kammeier, 2018).

Darüber hinaus findet bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen eine Beweislastumkehr statt: Die Klinik hat nachzuweisen, dass es eine Indikation für die jeweilige Maßnahme gibt, dass sie nicht willkürlich erfolgt und für den Patienten und die Situation angemessen ist (Hesse, 2018). Jede Maßnahme des Vollzuges, von welcher der Untergebrachte geltend macht, sie verletze ihn in seinen Rechten, unterliegt der Prüfung durch die Gerichte (gemäß § 109 StVollzG; Wolf, 2017).

2.5.4 Die Anwendung von Zwang im Maßgelvollzug. In bestimmten Situationen, in denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, stellt sich für die im MRV Professionellen die bereits erwähnte ethisch schwierige Frage, ob und – wenn ja – in welcher Form zusätzlich Zwang angewendet werden sollte, was für sie häufig eine schwierig zu lösende Dilemmata-Situation darstellt (Gather et al., 2023; vgl. Kammeier, 2018). Aber was genau lässt sich unter einer „Zwang“ verstehen?

Zwang und seine Anwendung, welche bei untergebrachten Patienten *prima facie* als problematisch und in jedem Fall als rechtfertigungswürdig anzusehen ist (Gather et al., 2023; vgl. Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie Art. 2 Abs. 2 GG), ist dadurch charakterisiert, dass der natürliche Wille der von der Zwangsmaßnahme betroffenen Person überwunden wird (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 27). Nach der Legaldefinition des § 1832 Abs. 1 BGB liegt eine ärztliche *Zwangsmaßnahme* dann vor, wenn „eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten“ widerspricht (Höffler, 2023, S. 496). Das zeigt, dass der Begriff „Zwangsmaßnahmen“ alle Maßnahmen subsumiert, welche gegen den (erklärten) Willen der betroffenen Person erfolgen und entweder ihre Freiheit einschränken oder ihre körperliche Unversehrtheit verletzen (Adorjan et al., 2017; Jakovljević & Wiesemann, 2016). Grundrechtsdogmatisch sind hierbei die staatliche Schutzpflicht (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) als auch dessen allgemeines Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) als diametral anzusehen (Towfigh & Gleixner, 2022).

Unterscheiden lassen sich sogenannte *formelle* von den sogenannten *informellen* Zwangsmaßnahmen (Gather et al., 2023). *Formelle Zwangsmaßnahmen*, bei denen die Voraussetzungen für die Zulässigkeit klaren und engen rechtlichen Vorgaben (vgl. BVerfGE, Beschluss vom 23.03.2011– 2 BvR 882/09) unterliegen, sind durch die Ausübung physischen Zwangs gekennzeichnet (hierunter fallen auch besondere Sicherungsmaßnahmen, die gegen den Willen einer Person durchgeführte freiheitsentziehende, aber auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen – wie Maßnahmen zur mechanischen Sicherung [„Fixierung“], die Isolierung sowie das Festhalten – umfassen; Adorjan et al., 2017; Gather et al., 2023; vgl. das PsychKG der Landesregierung MV, 2016). Darüber hinaus gibt es *Zwangsbehandlungen*, das heißt, gegen den Willen einer Person durchgeführte diagnostische oder medizinische Maßnahmen, wozu unter anderem die Medikation (bspw. die intramuskuläre Verabreichung eines psychopharmakologischen Medikamentes) und Ernährung gehören (Adorjan et al., 2017; Gather et al., 2023; vgl. auch „medizinische Zwangsbehandlung“ in Jakovljević & Wiesemann, 2016; Nitsche, 2015; hierbei sind etwaige Patientenverfügungen und der grundrechtliche Leitsatz der Selbstbestimmung zu berücksichtigen; Towfigh & Geixner, 2022). Einwilligungsunfähigen Patienten soll mit den Zwangsbehandlungen die Chance eingeräumt werden, durch die Behandlung Voraussetzungen freier Selbstbestimmung wiederzuerlangen. Überdies ist ein Ziel, die Entlassfähigkeit bei ansonsten andauernder Freiheitsentziehung im MRV herzustellen (Gather et al., 2023; Querengässer, Efke, Gather, & Schiffer, 2022a; vgl. zur „resozialisierenden Zwangsbehandlung“ und „Zwangsrehabilitation“ Kammeier & Pollähne, 2018). *Informelle Zwangsmaßnahmen*, die sich psychologischer Mittel bedienen, unterliegen hingegen keinen klaren rechtlichen Vorgaben. Mithilfe kommunikativer Strategien wird psychologischer Druck (*treatment pressure*) ausgeübt, um Personen, die initial eine Sache ablehnen, zu bestimmten Handlungen zu bewegen (Gather et al., 2023).

Die Verpflichtung des MRVs zur Sicherung bezieht sich nicht nur auf die Gesellschaft, sondern ebenso auf den intramuralen Raum: auf andere untergebrachte Personen und das Personal. Das Selbstbestimmungsrecht der Menschen ist nicht uneingeschränkt; so endet gemäß Gather et al. (2023) die Freiheit des Einzelnen dort, wo die Freiheit eines anderen beginnt. Wenn beispielsweise ein untergebrachter Patient durch sein Verhalten andere Personen gefährdet und in deren Rechte eingreift, kann – zum Schutze Dritter – unter bestimmten Bedingungen der Einsatz von zusätzlichen Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt sein. Ziel dieses Handelns ist demnach nicht die Förderung des gesundheitlichen Wohls, sondern der Schutz und die Sicherung, weshalb primär *sichernde* und nicht Zwangs-Maßnahmen zum Einsatz kommen (Ewington, 2016; Gather et al., 2023).

Bei Sicherungsmaßnahmen¹⁰ handelt es sich allgemein – wie bei den Zwangsmaßnahmen – um einen „über den Freiheitsentzug des Patienten hinausgehenden Eingriff in die Grundrechte des Patienten“ (Brück et al., 2017, S. 532), der grundsätzlich einer gesetzlichen Legitimation bedarf. Häufig wird zudem zwischen *allgemeinen* (z. B. Durchsuchung von Gegenständen) und *besonderen Sicherungsmaßnahmen* (z. B. Fixierung) unterschieden. Welche Sicherungs-/Zwangsmaßnahmen jedoch im Einzelnen zulässig sind und unter welchen Bedingungen sie angewendet werden dürfen, ist in den Landesgesetzen zum MRV festgelegt (Müller-Isberner, Born, Eucker, & Eusterschulte, 2017; vgl. Abschnitt 2.2.2).

Während der Begriff „Zwang“ primär auf den *Grad der Freiwilligkeit* im Hinblick auf eine Maßnahme abstellt, fokussiert der Begriff „Sicherung“ insbesondere auf den *Zweck* einer Maßnahme. Prinzipiell kann jede Sicherungsmaßnahme unter Zwang, demnach gegen den erklärten Willen eines Menschen erfolgen und somit als „Zwangsmaßnahme“ bezeichnet werden. Zwangsmaßnahmen wiederum werden nicht nur einfach gegen den Willen eines Patienten eingesetzt, sondern verfolgen stets auch das Ziel der Sicherung. Das heißt, während alle Zwangsmaßnahmen sogleich Sicherungsmaßnahmen sind, welche gegen den Willen einer betroffenen Person vollführt werden, ist nicht jede Sicherungsmaßnahme sogleich eine Zwangsmaßnahme. Denn Patienten können Einsicht in die Notwendigkeit zur Anwendung einer Maßnahme zeigen und sich mit dieser einverstanden erklären. Den Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen ist jedoch gemein, dass sie zu weiteren Einschränkungen im Rahmen der Regelunterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung führen, welche folglich über die Unterbringung – als Sicherung – hinausgehen (vgl. Müller-Isberner et al., 2017).

2.5.5 Das Psychischkrankengesetz Mecklenburg-Vorpommern: Unmittelbarer Zwang, ärztliche Zwangsmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen. Im PsychKG MV wird der unmittelbare Zwang definiert als „Einwirkung auf Personen oder Sachen durch körperliche Gewalt und ihre Hilfsmittel“ (Landesregierung MV, 2016, S. 17). Körperliche Gewalt bezieht sich diesem Gesetz zufolge auf „jede unmittelbare körperliche Einwirkung auf Personen oder Sachen“ (S. 17), wobei mit den Hilfsmitteln der körperlichen Gewalt in erster Linie Reizstoffe und Fesseln gemeint sind (Landesregierung MV, 2016). Die Ärzte sind befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden; im Einzelfall kann diese Befugnis auf andere Bedienstete der Klinik übertragen werden. Ärztliche Zwangsmaßnahmen dürfen jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen durchgeführt werden (Landesregierung MV, 2016):

¹⁰ In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen zu den Begriffen „Zwangsmaßnahmen“ und „Sicherungsmaßnahmen“. Oft wird zwischen beiden Begriffen nicht klar differenziert, sodass es zu einer Vermischung, einer begrifflichen Ambiguität und keiner klaren Stringenz in der Verwendung beider Begriffe kommt (vgl. Henking & Vollmann, 2015; Jakovljević & Wiesemann, 2016).

1. mit dem Ziel, eine fortdauernde Notwendigkeit einer Unterbringung zu beseitigen,
2. sofern mittels der Maßnahme „eine gegenwärtige Lebensgefahr oder schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der Menschen mit psychischen Krankheiten oder eine von ihnen infolge ihrer Krankheit ausgehende gegenwärtige Lebensgefahr oder erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen, die sich in der Einrichtung aufhalten“ (S. 18), abgewendet werden kann,
3. sofern durch die Maßnahme eine sonst erforderliche besondere Sicherungsmaßnahme vermieden oder beendet werden kann,
4. wenn psychisch erkrankte Menschen die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme aufgrund dieser Krankheit nicht erkennen und/oder nicht nach dieser Einsicht handeln können,
5. die Maßnahme hinsichtlich des Behandlungsziels, welches ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg verspricht,
6. wenn es aller Wahrscheinlichkeit nach aussichtslos ist, mit einem milderen Mittel (einer weniger eingreifenden Maßnahme) das mit der Behandlung verfolgte Ziel zu erreichen
7. und der erwartbare Nutzen der Behandlung die zu erwartenden Belastungen deutlich überwiegt (vgl. BVerfGE, 2011; Ministry of Health NZ, 2023; NICE, 2021).

Weiter benennt das PsychKG MV (vgl. § 15) zur „Abwehr von gegenwärtigen Gefahren für Gesundheit, Leben oder anderen bedeutenden Rechtsgütern“ (Landesregierung MV, 2016, S. 15) von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder gegenüber Dritten besondere Sicherungsmaßnahmen¹¹, welche die Wegnahme von Gegenständen, die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, die Absonderung in einen besonders gesicherten Raum (Isolierung/ Separierung), Fesselung und Fixierung umfassen (vgl. DGPPN, 2018; Kammeier, 2016; Nitsche, 2015). Die besonderen Sicherungsmaßnahmen dürfen nur von einem Arzt der Einrichtung auf der Grundlage einer eigenen Untersuchung befristet angeordnet werden (Landesregierung MV, 2016). Einzig bei Gefahr im Verzug dürfen auch von anderen Mitarbeitern der Klinik die besonderen Schutz- und Sicherungsmaßnahmen angeordnet werden, wenngleich die Entscheidung des Arztes unverzüglich einzuholen ist (Landesregierung MV, 2016). Daneben muss jede besondere Sicherungsmaßnahme ärztlich überwacht werden und ist umgehend aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung nicht mehr vorliegen (Landesregierung MV, 2016). Die Anordnung, Durchführung und die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen sind sorgsam schriftlich zu dokumentieren (Landesregierung MV, 2016; vgl. Flammer, Frank, & Steinert, 2020).

¹¹ Letzte Änderung des Gesetzestextes – wie auch zu den ärztlichen Zwangsmaßnahmen – erfolgte am 01.01.2019.

2.5.6 Der Zimmereinschluss und Zimmerverweis. Weitere besondere Maßnahmen, die im MRV zur Anwendung kommen können, sind der *Zimmereinschluss* und der *Zimmerverweis*. Unter dem ZE versteht man die Separierung des Patienten von der Patientengruppe durch Absperren der Tür des eigenen Zimmers, das heißt des Zimmers, in welchem der Patient während der Maßregel untergebracht ist und während des Einschlusses verbleibt, sodass er am Verlassen gehindert wird (Flammer et al., 2020; Mathias & Hirdes, 2015; Müller-Isberner et al., 2017; Zeidler et al., 2024). Beim ZV verbleibt der von der Patientengruppe separierte Patient bei nicht abgeschlossener Tür für einen begrenzten Zeitraum im eigenen Patientenzimmer. Im Gegensatz zur Absonderung in einen besonders gesicherten Raum (als weitere Form der Separierung), handelt es sich beim ZE und ZV somit nicht um einen speziellen, sicheren (und meist leeren) Raum (Flammer et al., 2020; vgl. § 21 PsychKG MV sowie Abschnitt 2.5.5). Bei der Absonderung¹² sind darüber hinaus psychisch kranke Patienten besonders zu betreuen (vgl. § 21 PsychKG MV). Werden der ZE und ZV angeordnet, werden vom Arzt – je nach Einzelfall – weitere besondere Regelungen (bspw. im Hinblick auf den Hofgang, die Mahlzeiten, die Therapieteilnahme, Telefonzeiten, usw.) festgelegt (vgl. z. B. Müller-Isberner et al., 2017).

Der ZE und ZV sind nicht in allen Bundesländern explizit rechtlich geregelt (vgl. z. B. das PsychKG MV versus Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG in Baden-Württemberg); dennoch sind diese Maßnahmen im MRV gebräuchlich, da sie in bestimmten (Krisen-) Situationen zur Gefahrenabwehr hinreichend sind und somit keine Absonderung in einen besonderen Raum ohne gefährdende Gegenstände notwendig machen (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2015). Diese Maßnahmen sollten jedoch – wie alle Zwangsmaßnahmen (vgl. Jackson et al., 2019; Ministry of Health NZ, 2023; NICE, 2021) – das letzte Mittel sein und (falls unumgänglich) so kurz wie möglich und nur so lange wie nötig eingesetzt werden, wenn sie im Hinblick auf eine etwaige Gefahrenabwehr als erfolgversprechend angesehen werden, jedoch für den Betroffenen nicht mit Belastungen einhergehen, welche außer Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen stehen (BVerfGE, Beschluss vom 23.3.2011 – 2 BvR 882/09; DMH, 2007). Darüber hinaus dürfen diese Maßnahmen nicht zur Bestrafung, zur Demonstration von Macht oder zur Zufügung von Leiden, Schmerzen oder Demütigung eingesetzt werden (NICE, 2021).

Bei der Anordnung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen kommt dem therapeutischen Ermessen ein großer Spielraum zu (Müller et al., 2017). Sowohl Zweck, als auch Gründe,

¹² Die Absonderung dient der Vermeidung von Gefahren für die Sicherheit und Ordnung, z. B. bei Gefahr eines Suizides oder einer Selbstverletzung oder im Falle von Gewalttätigkeiten gegen Personen und/oder Sachen durch den Untergebrachten – sofern dem nicht anders begegnet werden kann (DGPPN, 2018; Flammer & Steinert, 2019; Henking & Vollmann, 2015; Laubenthal, 2019; Müller-Isberner et al., 2017; vgl. auch § 21 PsychKG MV).

die zum ZE und ZV führen, können sich unterscheiden (vgl. Hansen, Hazelton, Rosina, & Inder, 2022; Zimmermann, 2017). Ziele der Anwendung des ZEs und ZVs können die Klärung oder Deeskalation der Situation, das Abwenden von Gefahr und das Risikomanagement bei aggressivem und/oder gewalttätigem Verhalten sein (vgl. DGPPN, 2018; Hassiotis, Almvik, & Fluttert, 2022; Kuivalainen et al., 2017; NICE, 2015). Therapeutisch gesehen geht es um das Vermeiden von Eskalation, um das Aufzeigen von Handlungsalternativen, darum, den Patienten die Wahl zum Handeln zu ermöglichen und sie zu beruhigen (DGPPN, 2018; Richter & Whittington, 2006). Grundlegend hierfür ist eine enge therapeutische Zusammenarbeit und Beziehung (Kuivalainen et al., 2017; NICE, 2015). Jedoch lassen sich einige Situationen – trotz vorausgegangener (präventiver) Bemühungen zum Umgang mit der Situation (wie mit aktivem Zuhören, dem Führen von Gesprächen, etc.) – nicht deeskalieren und können einzig durch die Anwendung restriktiver physischer Mittel (wie dem ZE) bewältigt werden (DGPPN, 2018; vgl. Heumann, Bock, & Lincoln, 2017). Dem therapeutischen Gespräch, bei welchem sich der Patient angenommen und verstanden fühlt, kommt hierbei – als wichtigstes Therapeutikum – eine besondere Rolle im Umgang mit reaktiven und psychogenen Erregungszuständen bei Patienten zu (Stolpmann, 2001). Wichtig ist zu beachten, dass die Risikoeinschätzungen und Interventionen möglichst mit weiteren Klinikmitarbeitern abgesprochen werden sollten (DGPPN, 2018). Dem CPT (2006, 2020) zufolge muss jede ausgeübte Sicherungs- und Zwangsmaßnahme sowohl in einem Register als auch in der Patientenakte aufgezeichnet werden (vgl. DGPPN, 2018). Festzuhalten sind überdies die Umstände des konkreten Falles, die Gründe für die Anwendung der Maßnahme, der Name des anordnenden Arztes, der Anfangs- und Endzeitpunkt der Maßnahme sowie eine Aufzählung aller Verletzungen, die Patienten oder Mitglieder des Personals erlitten haben (CPT, 2006, 2020).

2.6 Aktueller Forschungsstand

Im Allgemeinen besteht derzeit in Deutschland noch ein erhebliches Defizit hinsichtlich der Verfügbarkeit grundlegender Struktur- und Prozessdaten des MRVs (Reinwald, Horten, Dreßing, & Salize, 2022). Die Ergebnisse aus einer bundesweiten Erhebung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den stationären Maßregelvollzugseinrichtungen im Jahr 2016 von Reinwald et al. (2022) deckte Besonderheiten in der Anwendungshäufigkeit von Zwangsmaßnahmen im MRV auf der Bundesebene auf (Reinwald et al., 2022). Bei einer Rücklaufquote von 46.6% zeigte sich, dass bei etwa einem Viertel aller untergebrachten Patienten Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen (Reinwald et al., 2022). Dabei gab es eine Prädominanz der Isolierungen (21%) gegenüber den Fixierungen (3%) und gerichtlich angeordneten respektive notfallmäßig applizierten Zwangsmedikationen (1%; Schiffer, 2023;

vgl. auch Flammer et al., 2020). Darüber hinaus sind nach § 63 StGB untergebrachte Patienten häufiger von Zwangsmaßnahmen betroffen als nach § 64 StGB Untergebrachte (Reinwald et al., 2022; Schiffer, 2023).

Eine Arbeitsgruppe der DGPPN führte, um eine objektive, datenfundierte Bewertung der Situation im deutschen Maßregelvollzug zu schaffen, von September bis November 2021 eine Online-Umfrage in 45 (58% aller) Einrichtungen des MRVs in Deutschland durch (Zeidler et al., 2024). Hierbei zeigte sich, dass im Jahr 2020 in 21 Einrichtungen sich im Durchschnitt etwa 14.2% der Patienten im ZE befanden (Zeidler et al., 2024). In sieben Einrichtungen (mit einem Patientenanteil von über 80%, die gemäß § 63 StGB untergebracht waren) kam es in jeder Klinik bei 7.8% der Patienten zum ZE (vgl. Zeidler et al., 2024). Nach der Isolierung (in Krisen- oder auch sogenannten *Kriseninterventionsräumen*) war der ZE die am zweithäufigsten genutzte Zwangsmaßnahme, gefolgt von der medikamentösen Zwangsbehandlung und der Fixierung (vgl. Flammer et al., 2020; Zeidler et al., 2024).

In der von Studie von Flammer und Kollegen (2020), in der die Daten aus einem zentralen Register zu stattgehabten Zwangsmaßnahmen in forensisch-psychiatrischen und allgemeinen psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg analysiert wurden, wurde aufgezeigt, dass es in 13.2% der behandelten Fälle zu einem ZE – mit einer mittleren kumulierten Dauer von 539.1 Stunden pro Fall – gekommen war. Der ZE wurde hier ausschließlich in den forensisch-psychiatrischen Einrichtungen vollführt.

Sowohl international als auch bundesweit gibt es zum ZV keine und zum ZE keine qualitativen Studien. Eine zu diesen Zwangsmaßnahmen annähernd analoge Forschung findet sich international zu den Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit „Seclusion“. *Seclusion* (im Deutschen „Absonderung“) wird definiert als die "Separierung in einem besonders gesicherten Raum, der von außen abschließbar ist" (Flammer et al., 2020, S. 3; vgl. Abschnitt 2.5.5; vgl. auch DHSC, 2015; Green, Shelly, Gibb, & Walker, 2018; Khalil, Al Ghamdi, & Al Malki, 2017; Kuivalainen et al., 2017; Müller-Isberner et al., 2017; Tulloch, Walker, & Ion, 2022; WHO, 2019). Im Gegensatz zum Verbleib im eigenen Zimmer (wie beim ZE und ZV), erfolgt die Absonderung in einen speziellen, sicheren und zumeist leeren Raum (Flammer et al., 2020; vgl. Abschnitt 2.5.6), was häufig mit einer verstärkten physischen und sensorischen Deprivation der hiervon Betroffenen einhergeht (vgl. Hansen et al., 2022; Holmes, Murray, & Knack, 2015; Hui, 2017; Mynard, Joosten, D'Souza, Ashley, & Darzins, 2024). Die bisherige Forschung zu Seclusion fokussierte sich zumeist auf das allgemein psychiatrische Setting, sodass für den forensischen Kontext nur wenige Studien vorliegen (vgl. Hansen et al., 2022) – wobei auch hier bisher der Schwerpunkt auf der Perspektive der Patienten lag und

weniger der Fokus der Mitarbeiter berücksichtigt wurde.

In einem Literaturreview von Hansen und Kollegen (2022) wurden sieben peer-reviewed Studien (mit unterschiedlichen Forschungsdesigns [qualitativ, Querschnitts-, Kohortenstudie, Mixed-Methods-Design]) aus England, Kanada und Finnland inkludiert. Ziel war es, die bisher veröffentlichten Forschungsergebnisse über die Erfahrungen mit und die Einstellungen von Patienten mit der Absonderung in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene zusammenzufassen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Absonderung insgesamt als positive, neutrale oder negative Erfahrung wahrgenommen wurde, obschon die negativen Erfahrungen erheblich überwogen (vgl. Hansen et al., 2022). Von den Probanden als positiv bewertet wurde, während der Absonderung über das Geschehene nachdenken und aus den Ereignissen lernen zu können. Einigen Patienten diente die Absonderung als Mittel zur Verhaltenskontrolle und zur Erhöhung der Privatsphäre (im Sinne einer hilfreichen Separierung von anderen, um zur Ruhe zu kommen). Manche Probanden erkannten die Absonderung als erforderliches Instrument zum Schutz der Menschen und die allgemeine Notwendigkeit von Absonderungsräumen an (Hansen et al., 2022).

Einige Patienten beschrieben die Absonderung als schädliches, stigmatisierendes und allgemein als bestrafendes Erlebnis. Negative Gefühle, die berichtet wurden, waren Angst (vor Kontrollverlust oder erneuter Absonderung), Scham, Wut, Einsamkeit, Verlegenheit, Demütigung, aber auch Langeweile. Manch Patient hatte das Gefühl, dass die Absonderung vom Personal als Maßnahme missbraucht oder zu häufig angewendet würde. Nicht allen Betroffenen war der Grund zur Anwendung der Maßnahme klar. Weiterhin waren die Patienten aufgrund der Absonderung in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, was sie als Mangel an Beschäftigungsoptionen, Kontrolle und als Verlust von Privilegien beschrieben. Negative Auswirkungen erlebten die Patienten auch im Hinblick auf ihre Therapiefortschritte, die bisher erreichten Lockerungen und somit auf eine mögliche Entlassung (Hansen et al., 2022).

Die Interaktionen mit dem Personal während der Absonderung wurden als fürsorglich, kompetent und unterstützend, aber auch als negativ und schwer realisierbar wahrgenommen. Einige von ihnen fühlten sich missbraucht, hilflos, verlassen oder vernachlässigt (wobei sie empfanden, zu wenig Aufmerksamkeit oder nicht die erforderliche Pflege erhalten zu haben), obschon wiederum anderen Patienten die Kontakte zum Personal egal schienen (was als Ausdruck einer zynischen Haltung aufgrund der Absonderung interpretiert wurde). Gleichsam hatte für die Mehrzahl der Teilnehmer die Absonderung einen negativen Einfluss auf die therapeutische Beziehung, indes sich die Einstellungen gegenüber dem Pflegepersonal, das die Absonderung vorgenommen hatte, verschlechterten und die Anwendung der Absonderung als

Form der Gewaltausübung betrachtet wurde. Zudem wurden die Handlungen des Personals als absichtlich vernachlässigend und als eine Form des Missbrauchs (von körperlichem bis hin zu sexuellem Missbrauch) interpretiert (z. B. im Absonderungsraum oder in der Dusche beobachtet zu werden, was gleichsam mit Angstgefühlen einherging; Hansen et al., 2022). Zusätzlich benannte Erfahrungen waren ein empfundener Machtverlust (eine Machtlosigkeit), aber auch ein Machtgewinn (indes sich Abgesonderte Möglichkeiten suchten, um Macht ihre wiederzuerlangen; z. B. durch die Weigerung, den Raum zu verlassen). Wegen der Kontrolle der Mitarbeiter über die Dauer und das Erleben der abgesonderten Patienten, warteten letztere passiv auf die Beendigung der Maßnahme (Hansen et al., 2022).

Die Empfehlungen der Studienteilnehmer zur künftigen Anwendung der Absonderung rangierten von dem Wunsch, die Maßnahme abzuschaffen respektive nie wieder abgesondert werden zu wollen, bis hin zur Möglichkeit, sich bei Bedarf freiwillig absondern zu lassen (Hansen et al., 2022). Interessanterweise stimmten die meisten Patienten der Abschaffung der Absonderung nicht im Hinblick auf gewalttätige Patienten zu (89.9%), da die Absonderung zu diesem Zweck als effizientes Mittel zur Vermeidung von Gewalt angesehen wurde. Weitere Wünsche zur Verbesserung der Absonderungspraxis waren eine vollumfängliche Aufklärung über den Grund der Maßnahme und der Einsatz von Deeskalationstechniken. Als Alternativen zur Absonderung wurden die verbale Deeskalation, der Verbleib im eigenen Zimmer, der Einsatz von Medikamenten und ablenkende Aktivitäten genannt (Hansen et al., 2022).

In einer qualitativen Studie von Tulloch et al. (2022) wurden die Erfahrungen und Perspektiven forensischer Krankenpfleger im Hinblick auf die Absonderung untersucht. Es nahmen 12 Krankenpfleger eines britischen Hochsicherheitskrankenhauses an der Fokusgruppe teil. Die Datenauswertung erfolgte mithilfe einer thematischen Analyse. Die Ergebnisse zeigten zwei Hauptthemen, aus denen sich jeweils drei Kategorien und acht Subkategorien ableiten ließen. Im Hinblick auf das erste Hauptthema („Für die Sicherheit aller sorgen“) stellte sich die Frage, was das Personal mittels Absonderung zu erreichen versucht (erste Kategorie). Hauptantworten waren: „Patientensicherheit – die Vermeidung längerer Zwangsmaßnahmen“ und „Verantwortung – Dokumentation und Monitoring“. Eine weitere zentrale Frage war: „Wie versuchen wir, das zu erreichen?“ (zweite Kategorie), mit den Antworten: „Fürsorge und Mitgefühl – mit den am wenigsten restriktiven Maßnahmen“ und „Beziehungskompetenzen – die therapeutische Beziehung pflegen“. „Die Herausforderungen“ (als zweites Hauptthema), vor denen die Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Absonderung stehen (dritte Kategorie), waren „Vertrauen der Mitarbeiter – es richtig zu machen“, „Schwierigkeiten bei der Kommunikation“ (aufgrund der verschlossenen Tür), „Inkonsistenzen in der subjektiven

Risikobewertung“ und die „Atmosphäre – alle sind nervös“.

Als Hauptziel der Maßnahme wurden die Patientensicherheit und die Sicherheit anderer im klinischen Setting genannt. Die Absonderung war aus Sicht der Teilnehmenden das letzte Mittel, wenn es erhebliche Bedenken hinsichtlich der Sicherheit von Patienten oder anderen Personen gab und andere Strategien, wie Deeskalation oder pharmakologische Intervention, die Erregung des Patienten nicht verringerten oder aber eine Eskalation der Krise wahrscheinlich schien (Tulloch et al., 2022). Das Personal wog sehr bewusst die vom Patienten ausgehenden Risiken gegen die potenziellen Folgen längerer körperlicher Eingriffe ab, wobei versucht wurde, die Würde und Privatsphäre des Patienten so gut es geht zu berücksichtigen. Die Mitarbeiter benannten, dass die Absonderung eines Patienten (partiell abschreckende) Auswirkungen auf alle auf der Station befindlichen Personen hat – so auch auf Mitpatienten, die möglicherweise ratlos sind oder mit den Folgen eines so traumatischen Ereignisses zu kämpfen haben. Gleichsam änderte sich ihres Erachtens infolge der Absonderung die gesamte Atmosphäre der Station. Uneinigkeiten gab es in Bezug auf die Risikobewertungen im Einzelfall. Ein gewisses Fehlerpotenzial führte zu der Angst, möglicherweise eine falsche Entscheidung zu treffen. Diente die verschlossene Tür zum Absonderungsraum einerseits als Schutz vor Gewalt, wurde sie sogleich als Quelle der Spannung und Frustration für den abgesonderten Patienten beschrieben. Gleichwohl war den Mitarbeitern bewusst, dass Patienten ihre Handlungen als strafend und fragwürdig wahrnehmen könnten. In den Ergebnissen spiegelte sich die Komplexität der Aufgaben, mit denen die Krankenpfleger im forensischen Alltag konfrontiert sind, wider – im Spannungsfeld zwischen dem Konzept der Sicherheit, Therapie und Patientenzentriertheit einerseits und den emotionalen Fragen, welche aus den erlebten Herausforderungen resultieren, andererseits. Als essentiell in der pflegerischen Arbeit wurden der Schutz des therapeutischen Bündnisses, die enorme Bedeutung einer kritischen Prüfung der Praxis der Absonderung, Präventionsmaßnahmen zur Reduktion der Anwendung der Absonderung, das Vorhandensein eines Risikobewertungsinstruments und eine trauma-informierte Pflege (vgl. Simjouw, de Vogel, & de Ruiter, 2024) angesehen.

Eine qualitative Studie mit sieben an Psychose erkrankten männlichen Patienten, die sich im deutschen MRV befanden, untersuchte ihr Erleben während einer Absonderung (Carballo, 2011). Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Alle Probanden kannten den Grund ihrer Absonderung (am häufigsten Fremdgefährdung), die zwischen drei und vierundvierzig Tagen andauerte. Als Reaktionsstile auf die Maßnahme wurden Ohnmacht, Wut, Akzeptanz, Ungerechtigkeit und Auseinandersetzung (mit eigenen Verhaltensweisen) beschrieben. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer sei per Zwang abgesondert worden und hätte

sich anschließend schlecht gefühlt. Im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit der Absonderung bestanden unterschiedliche Ansichten. Die pflegerische Betreuung während der Absonderung wurde – wie auch die Tatsache, während der Absonderung keinen Kontakt zu anderen Patienten zu haben – unterschiedlich erlebt. Einige wünschten sich beispielsweise mehr Gespräche mit und Kontaktmöglichkeiten zu anderen Personen. Die meisten Probanden hatten keine negativen Einstellungen gegenüber den Mitarbeitern, die sie abgesondert hatten. Die Beschäftigungen der Patienten während der Absonderung waren ganz unterschiedlich. Überwiegend wünschten sich die Probanden Alternativen zur Absonderung (Carballo, 2011).

Zusammenfassend ist die Evidenzbasis für die Wirksamkeit und den therapeutischen Wert der Absonderung begrenzt (Griffiths, Roychowdhury, & Girardi, 2018; Tulloch et al., 2022). Ebenfalls kann festgehalten werden, dass generell die Einstellungen und Präferenzen bezüglich, die Erfahrungen mit und Wahrnehmungen von Zwangsmaßnahmen zwischen Patienten und Mitarbeitern zu variieren scheinen (vgl. z. B. Hui, Middleton, & Völlm, 2016) und von vielen Faktoren – wie beispielsweise spezifischen Merkmalen der Mitarbeiter und Patienten (vgl. z. B. Aguilera-Serrano, Guzman-Parra, Garcia-Sanchez, Moreno-Küstner, & Mayoral-Cleries, 2018; Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour, & de Haan, 2020; Franke et al., 2019; Hansen et al., 2020; Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011) oder bestimmten Einrichtungsspezifika (vgl. z. B. Mathias & Hirdes, 2015) – abhängen. Mitarbeitende in forensischen Einrichtungen nehmen den Entscheidungsprozess bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen häufig als komplex und durch konkurrierende Einflussfaktoren beeinflusst wahr (Green et al., 2018). Darüber hinaus differieren die Gründe für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zwischen diversen Interventionen und werden wiederum von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst (vgl. z. B. Hansen et al., 2020).

Aufgrund der nachweislich möglichen iatrogenen physischen und psychischen Schäden (mit partiell nachteiligen Auswirkungen auf das Wohlbefinden, die [Remission der] Krankheitssymptomatik, die Patientenzufriedenheit, Therapiemotivation bis hin zur möglichen Re-Traumatisierung), welche aus der Anwendung der Absonderung und verschiedener anderer Zwangsmaßnahmen resultieren und darüber hinaus fortbestehen können (vgl. Armgart et al., 2013; Hansen et al., 2022; Hawsawi, Power, Zugai, & Jackson, 2020; Hui et al., 2016; Mellow, Tickle, & Rennoldson, 2017; Steinert, Birk, Flammer, & Bergk, 2013) – und nicht zuletzt aus ethischen Überlegungen (vgl. z. B. Steinert, 2018) – herrscht nach zahlreichen langjährigen Debatten darüber, unter welchen Bedingungen die Anwendung von Zwang im forensischen Kontext ethisch gerechtfertigt ist, Konsens dahingehend, dass die Bemühungen intensiviert werden müssen, „um die Anwendung von Zwang auf ein absolut notwendiges Minimum zu

reduzieren“ (Gather et al., 2023, S. 596; vgl. z. B. Barbui et al., 2021; Ewington, 2016; Hawsawi et al., 2020; Lau et al., 2020). Zwang sollte zu keiner Zeit als Mittel der Arbeitsvermeidung oder als Bestrafung für Widersetzlichkeit und auch nur *als letztes Mittel* angewendet werden (Green et al., 2018; Kröber, 2019).

Die empirische Befundlage zu den Bewertungen und zum Erleben freiheitsbeschränkender Maßnahmen aufseiten der Patienten und der in psychiatrischen und forensischen Einrichtungen Tätigen ist nicht konsistent (vgl. z. B. DGPPN, 2018; Fröhlich, Schweinfurth, Lang, & Huber, 2017; Hui, 2015; Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili, & Bowers, 2013; Völlm & Nedopil, 2016). Auch muss einschränkend hervorgehoben werden, dass sich die berichteten Ergebnisse weder unmittelbar auf den ZE und ZV verallgemeinern, noch auf den deutschsprachigen Raum übertragen lassen, sodass die Ergebnisse keine für Deutschland und für die Maßnahmen „ZE“ und „ZV“ zuverlässigen Interpretationen erlauben. Hinzu kommt, dass der Vergleich zwischen den Studien durch internationale Unterschiede im Gesundheitswesen, durch Variationen in Kultur, Politik, organisatorischen Spezifika sowie im Hinblick auf differente Zielgruppen erschwert wird (Bowers, Simpson, Alexander, Ryan, & Carr-Walker, 2004; Janssen, Noorthoorn, de Vries, & Hutschemaekers, 2008; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009). Aber auch aufgrund existierender Unterschiede (wie einrichtungsspezifischer Ausgestaltungen) und zum Teil divergierender Rechtsgrundlagen (wie länderspezifischen Gesetzen zum MRV), sind weder allgemeine Psychiatrien, noch Einrichtungen des Maßregel- oder Justizvollzuges vergleichbar, ebenso wenig, wie etwaige Auswirkungen verschiedener Zwangsmaßnahmen jeweils untereinander, noch miteinander vergleichbar sind (vgl. z. B. Barr et al., 2019; CPT, 2020; Hansen et al., 2022; Koop, 2019; Nedopil, 2016). Tatsächlich unterscheiden sich der Einsatz und die Dauer von Zwangspraktiken zwischen den verschiedenen Arten von Einrichtungen (Lepping, Masood, Flammer, & Noorthoorn, 2016; Reinwald et al., 2022; Steinert et al., 2010) und in verschiedenen Ländern (Al-Maraira & Hayajneh, 2019; vgl. Hansen et al., 2022).

2.7 Forschungsfragen

Die Tatsache, dass in forensischen Psychiatrien der ZE und ZV Anwendung finden, macht eine Untersuchung hinsichtlich derer Anwendungen und der damit einhergehenden Erfahrungen aufseiten der Patienten und Mitarbeiter im MRV und etwaiger Auswirkungen unerlässlich. Umso mehr verwundert, dass vor dem Hintergrund des berichteten relativ häufigen Einsatzes des ZEs (vgl. Flammer et al., 2020; Zeidler et al., 2024) diese Maßnahmen bisher nicht eingehender untersucht wurden.

Aufgrund der bis dato im deutschen Sprachraum rudimentären und partiell gänzlich

fehlenden Befundlage der empirischen Forschung zum ZE und ZV im MRV, ist das Hauptziel dieser Studie, auf Basis qualitativer Daten die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern einer forensischen Psychiatrie mit dem ZE und ZV explorativ zu untersuchen und holistisch zu rekonstruieren, um auf der Grundlage dieser Analysetiefe erste fundierte Erkenntnisse zu diesen Maßnahmen zu gewinnen und sogleich Ausgangspunkt für explanative Studien und letztlich für evidenzbasierte Entscheidungen im MRV zu sein (Kruse, 2015; Mayring, 2020).

Die zentralen forschungsleitenden Fragen der Studie sind demnach:

1. Aus welchen Gründen sollten also – wenn überhaupt – diese Maßnahmen eingesetzt werden, und ist das tatsächlich der Fall? Das heißt: Wie kommen die Entscheidungen zum ZE und ZV zustande? Was sind demnach die Gründe, die in der Praxis zur Anwendung dieser Maßnahmen führen?
2. Was sind Ziel und Zweck der jeweiligen Interventionen?
3. Wie viel Zeit verbringen die Patienten im ZE und ZV?
4. Wie erleben und bewerten Patienten und Mitarbeiter im MRV den ZE und ZV?
5. Besteht bezüglich der Erfahrungen der forensischen Patienten und Mitarbeiter mit dem ZE und ZV Kongruenz?
6. Unterscheiden sich die Erfahrungen aufseiten der Patienten und Mitarbeiter – je nachdem, ob es zum ZE oder zum ZV kam?

Fundierte Kenntnisse über die Erfahrungen und Auswirkungen des ZEs und ZVs können zu Verbesserungen der praktischen Entscheidungen von im MRV Tätigen – im Umgang mit Regelverstößen (wie z. B. dem punktuellen Substanzgebrauch), aggressiven und allgemein inakzeptablen Verhaltensweisen – (vgl. Kröber, 2016) sowie zu einer insgesamt adäquateren medizinischen und therapeutischen Versorgung kranker Menschen verhelfen. Eine weitere Relevanz dieser Studie ergibt sich aus der Notwendigkeit, die mit therapeutischen Inhalten in Beziehung stehenden Denk- und Erlebensmuster von Patienten regelmäßig zu erfassen, zu evaluieren und mit der Perspektive von Mitarbeitern abzugleichen (Querengässer, Bulla, Mielke, Hoffmann, & Ross, 2016). So können etwaige negative Effekte im Erleben rechtzeitig erkannt und diesen therapeutisch begegnet werden (Armgarb et al., 2013). Zudem weisen Völlm und Nedopil (2016) dezidiert darauf hin, dass Patienten in den gesamten Prozess der Planung, Entwicklung, Evaluation von Gesundheits-/Krankenversorgung sowie Forschung einbezogen werden müssen, sofern unser Bestreben darin besteht, einen positiven Beitrag zur Versorgung von Patienten zu leisten. Insgesamt hilft ein erhöhtes Verständnis einer langfristig besseren Gestaltung im Umgang mit unterschiedlichen Behandlungssituationen – im Sinne einer guten therapeutischen Praxis.

3 Methode

3.1 Setting

Die monozentrische Studie, die Teil eines größeren Forschungsprojektes (mit Mixed-Methods-Design) zum ZE und ZV war, wurde in der KFP der Universitätsmedizin Rostock (UMR) durchgeführt. Diese Einrichtung wurde im März 2001 als dritte forensische Klinik für den MRV in MV eröffnet (Bühning, 2001). Insgesamt stehen 103 Behandlungsplätze zur Verfügung, davon 10 für Jugendliche und Heranwachsende sowie drei in einer therapeutischen Außenwohnung. Die Mehrheit der Patienten ist im Zusammenhang mit einer Substanzkonsumstörung straffällig geworden (vgl. § 64 StGB). Darüber hinaus stehen seit 2018 20 Behandlungsplätze für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen, die nach § 63 StGB verurteilt wurden, zur Verfügung. Auf sieben Stationen (einer Aufnahmestation, einer Jugend- und Heranwachsendenstation, vier Therapiestationen, einer Rehabilitationsstation) erfolgen die Unterbringung und Behandlung der psychisch kranken Straffälligen. Das Klinikpersonal setzt sich aus Pflegekräften, Ärzten, Psychologen, Physio-/Sporttherapeuten, Ergo-/Arbeitstherapeuten, Sozialarbeitern, einem Leiter für die Sicherheit/Administration und Hausmeistern zusammen. Die Behandlung gründet sich auf den im Gesetz verankerten Aspekten der Besserung und Sicherung (vgl. Abschnitt 2.1). Zum Einsatz kommt ein breites Therapiespektrum, um die Patienten auf ein sucht- und straffreies Leben vorzubereiten.

In der KFP wurden bisher in bestimmten Situationen (wie z. B. im Falle gewalttätigen/fremdaggressiven Verhaltens) auf ärztliche Anordnung der ZE und ZV vollführt. Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen hängt vom Einzelfall ab. Dennoch sind bei der Anwendung dieser Interventionen stets grundlegende Schritte einzuhalten: Als Standard sind auf einem vorgefertigten Protokoll (vgl. Abschnitt 3.7.3) der Grund, Ziel und Zweck der Maßnahmen, einzelfallspezifische Einschränkungen, besondere Anordnungen sowie Beginn und Ende der Maßnahme zu dokumentieren. Grundsätzlich ist der betreffende Patient über die Entscheidung zum ZE/ZV, über das Ziel und die Dauer der Maßnahme aufzuklären. In Abhängigkeit vom Befinden des Patienten (z. B. nicht intoxikiert, keine Fremdgefährdung vorliegend, etc.) ist eine Teilnahme an den Therapien möglich. Häufiger jedoch setzen sie für die Zeit im ZE/ZV mit den Therapien aus, bis sie wieder vollständig ins stationäre Setting integriert zu werden. Auch wird die vorab in einer Lockerungskonferenz¹³ erteilte Lockerungsstufe bis zur Aufhebung der jeweiligen Maßnahme außer Kraft gesetzt. Während des ZEs und ZVs sind eine Stunde

¹³ An der Entscheidung zur Erteilung/Rückstellung (bspw., bis bestimmte Kriterien zur Erteilung erfüllt sind) oder Ablehnung eines vom Patienten gestellten Lockerungsantrages sind sowohl die verschiedenen, den Patienten betreuenden/behandelnden Berufsgruppen als auch unabhängige Klinikmitarbeitende (bestehend aus dem Leiter der Sicherheit, dem Pflegedienstleiter, einem Psychologen und der Klinikdirektorin) beteiligt.

Hofgang, das Telefonieren (mit Behörden, dem Rechtsanwalt, dem gesetzlichen Betreuer und einem Pastor) und Duschen erlaubt (wobei es im Einzelfall zu besonderen Regelungen kommen kann). Je nach Zielerreichung wird der ZE respektive ZV aufgehoben, wobei die Entscheidung zur Aufhebung letztlich wiederum vom zuständigen Arzt getroffen wird.

3.2 Studiendesign

Die Tatsache der fehlenden Grundlagenforschung zum ZE und ZV legte unweigerlich ein qualitatives, exploratives Studiendesign (*qualitative research approach*) nahe. Die wissenschaftliche Basis des qualitativen Paradigmas sind das *Interpretative Paradigma* und der *Sozialkonstruktivismus* – mit jeweils ontologischen, epistemologischen und axiologischen Prämissen (Breuer, 2020; Döring, 2023). Demnach kann die soziale Wirklichkeit als durch Interpretationshandlungen konstituierte Realität verstanden werden (Lamnek & Krell, 2016). Soziale Phänomene werden durch soziale Konstruktionsprozesse (Kommunikation und Interaktion) und Interpretationshandlungen hervorgebracht und dabei von den Besonderheiten der beteiligten Individuen und ihrer jeweiligen Lebenswelt geprägt (Döring, 2023). Daraus ergibt sich die Anforderung an die sozialwissenschaftliche Forschung, eine holistische respektive ganzheitliche Untersuchung lebensweltlicher, sozialer Phänomene anzustreben und dabei die Sinngebungen, Sicht- und Handlungsweisen der Beteiligten detailliert zu beschreiben und nachzuvollziehen (verstehend-interpretative Rekonstruktion sozialer Phänomene; Döring, 2023). Aufgrund der genuinen „Fallorientierung“ der qualitativen Sozialforschung können kontextsensitive Daten erhoben werden, wodurch die Ganzheitlichkeit und Komplexität der Wirklichkeit berücksichtigt werden. Dadurch ist es möglich, Kontexte und Hintergründe im Hinblick auf die kommunikative und interaktive Konstruktion von Wirklichkeiten differenziert und prozessorientiert herauszuarbeiten (Döring, 2023; Kruse, 2015).

Vor dem Hintergrund des angestrebten Forschungsziels, und wegen der Vorüberlegungen, wurden – im Sinne einer grundlagenwissenschaftlichen Forschung (*basic research study*) – im Rahmen einer empirisch-qualitativen Explorationsstudie die Erfahrungen von forensischen Patienten und Mitarbeitern (*sample study*) mit dem ZE und ZV im Feld (das heißt im Kontext ihrer natürlichen Lebenswelt) mithilfe von teilstrukturierten Leitfadeninterviews (mit offenen Fragen) im Querschnitt erhoben und infolge einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse differenziert interpretativ rekonstruiert (*primary analysis*).

3.3 Forschungsethik

Das Forschungsvorhaben wurde von der Ethikkommission an der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock genehmigt (Registriernummer: A 2020-0020). Darüber hinaus erfolgte beim Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Rostock eine Anzeige zur geplanten

Weiterverwendung von Patientendaten zu Forschungszwecken (gem. §§ 37 Abs. 2, 33 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz [LKHG] MV), wobei es keine Einwände gab.

Die Studie erfolgte nach fachlichen, ethischen Standards und wissenschaftlichen Kriterien (vgl. Bauer & Hussy, 2023; Döring, 2023) gemäß den ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2016) und unter Beachtung der ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen der WMA (2018; „Declaration of Helsinki“) und des Arbeitskreises Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2018). Des Weiteren wurde explizit auf die Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und spezieller Regelungen des LKHG MV – als Rechtsgrundlagen – geachtet.

3.4 Stichprobenauswahl

3.4.1 Stichprobenkonstruktion. Um unverzerrte und aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen, erfolgte die Stichprobenziehung nicht probabilistisch, sondern gezielt/bewusst. Das heißt, es erfolgte eine Auswahl bestimmter Arten von Fällen (*purposive sample*; vgl. Döring, 2023), indes ausschließlich forensische Patienten und Mitarbeiter¹⁴, die Erfahrungen mit dem ZE und ZV gemacht haben, als „spezielle“ Zielgruppe inkludiert wurden (im Sinne der Repräsentativität und zur Steigerung der externen Validität; Döring, 2023). Die Probanden mussten sich darüber hinaus zur Teilnahme bereiterklären, in diese schriftlich einwilligen und die Patienten außerdem bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

3.4.2 Ein- und Ausschlusskriterien. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden wie folgt deklariert:

Kriterien für den Einschluss:

1. Patienten ab dem 16. Lebensjahr¹⁵
2. Ausreichende sprachliche Fähigkeiten¹⁶

Kriterien, die zum Ausschluss führten:

1. Besonders schutzbedürftige, das heißt einwilligungsunfähige Patienten¹⁷ (vgl. Erhard, 2012; WMA, 2013) wurden explizit von der Studie ausgeschlossen.
2. Zum Ausschluss führten auch sicherheits- und/oder behandlungsrelevante Faktoren,

¹⁴ Mitarbeiter umfassten die Ärzte, Psychologen und (Kranken-/Gesundheits-) Pfleger sowie Pflegehelfer, die an der Entscheidungsfindung bezüglich des ZEs/ZVs oder am ZE/ZV direkt beteiligt waren.

¹⁵ Minderjährige Teilnehmende sind mindestens 16 Jahre alt und benötigen keine Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertreter mehr.

¹⁶ Das heißt: Unterhaltungen, das Lesen und Schreiben in deutscher Sprache sind problemlos möglich. Zur Prüfung wurden das für den Patienten zuständige Personal sowie die Patienten selbst befragt.

¹⁷ Versteht der Patient die Art, Bedeutung, Tragweite als auch mögliche Risiken der Studienteilnahme? Hierfür wurden die Patienten gebeten, die Studie kurz in eigenen Worten wiederzugeben. Zusätzlich erfolgte für diese Einschätzung die Rücksprache mit dem jeweiligen Behandlungsteam.

sodass eine Studienteilnahme – zum Beispiel aufgrund von Gefährdungsaspekten oder der Notwendigkeit einer primär intensiven medizinischen Behandlung – zum gegenwärtigen Zeitpunkt kontraindiziert war.

Die Datensammlung orientierte sich am Kriterium der Datensättigung. Demnach wurden solange Daten erhoben und analysiert, bis sich auf dieser Grundlage keine neuen Erkenntnisse ergaben (vgl. Fusch & Ness, 2015; Nelson, 2016; Saunders et al., 2018), wodurch die genaue Stichprobengröße (*sample size*) bestimmt wurde (vgl. Döring, 2023; Hennink & Kaiser, 2022).

3.5 Studiendurchführung

3.5.1 Rekrutierung, Aufklärung und Einholung der Einwilligung. Das Projekt¹⁸, einschließlich der Ziele, wurde von der Forschenden (welche in der KFP arbeitet, dadurch als Gatekeeper fungierte und allen Teilnehmenden bekannt war; vgl. Misoch, 2019) in der Dienstbesprechung, welche unter anderem von allen Ärzten und Psychologen der Klinik besucht wird, vorgestellt. Die jeweiligen pflegerischen Stationsleitungen wurden während der täglichen Stationsleitertreffen mit dem Projekt bekannt gemacht. Anschließend wurden sie gebeten, das Pflegepersonal ihrer Station über die Studie zu informieren und nach dem Interesse an der Studienteilnahme zu fragen. Alle im Rahmen der Akquise angesprochenen Personen erhielten die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Interessierte Ärzte, Psychologen und Pflegekräfte konnten sich binnen vier Wochen in eine auf allen Stationen ausgelegte Teilnahmeliste eingetragen. Die Patienten wurden im Rahmen von wöchentlichen Reflexionsrunden auf den jeweiligen Stationen ausführlich über Ziel und Zweck der Untersuchung, über den Datenschutz (vgl. Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit MV, 2019; Europäisches Parlament und der Rat der Europäischen Union, 2016; Koch, Schütze, Spyra, & Wefer, 2017), ihre Rechte sowie über die Bedingungen und möglichen Auswirkungen (Risiken) einer Teilnahme aufgeklärt (*informed consent*) und um die Teilnahme zur Studie gebeten (vgl. Döring, 2023; Mey & Mruck, 2020). Den Patienten und Mitarbeitern wurde vor ihrer Teilnahme gleichsam ausdrücklich versichert, dass ihre Beschäftigung, Rechte und/oder ihre Behandlung durch ihre Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme absolut unbeeinflusst bleiben (wie in der Teilnehmerinformation für Patienten [vgl. Anhang A] und für Mitarbeiter [vgl. Anhang B] schriftlich fixiert).

¹⁸ Während des gesamten Forschungsprozesses wurde – neben der Informationspflicht, dem Einholen einer Einverständniserklärung, dem Widerrufsrecht, dem Schutz vor etwaigen Schädigungen der Befragten und der Möglichkeit einer gemeinsamen Nachbesprechung – ebenfalls großen Wert gelegt auf die Wahrung der Integrität und der allgemeinen Persönlichkeitsrechte der Probanden, auf die Transparenz des Vorgehens, auf Fairness, die Vermeidung von Täuschung und die Einhaltung der Vertraulichkeit/Anonymität (vgl. Misoch, 2019; Schreier, 2013).

Die Teilnehmerinformationen wurden allen potenziellen Probanden bei Interesse, spätestens aber 24 Stunden vor ihrer Einwilligung ausgehändigt. Dabei hatten noch einmal alle Beteiligten die Möglichkeit, weitere Fragen zu stellen, die ausführlich besprochen wurden. Patienten und Mitarbeiter erhielten aufgrund differenter zu erhebender, für Patienten bereits verfügbarer Daten sowie unterschiedlicher Rollen voneinander abweichende Teilnehmerinformationen. Sofern Patienten der Studienteilnahme zustimmten, erfolgte mit dem Behandlungsteam (dem zuständigen Arzt und Psychologen der Station, auf welcher der jeweilige Patient untergebracht war) eine Rücksprache, um deren Einschätzungen zur Einwilligungs(un-)fähigkeit, den Ein- und Ausschlusskriterien und der Teilnahmefähigkeit des Patienten (Erlaubt die gesundheitliche Verfassung des Patienten die Studienteilnahme: ja/nein? Geht gegenwärtig vom Patienten ein Gefährdungspotenzial aus: ja/nein? Sprechen andere behandlungsrelevante Faktoren gegen eine Studienteilnahme: ja/ nein?) zu erfragen.

Frühestens 24 Stunden nach der Aufklärung (nach einer ausreichenden Zeit, um eine Studienteilnahme zu überdenken und noch wichtige Fragen stellen zu können) wurde von allen partizipierenden Probanden via Einverständniserklärung (vgl. Anhang C für Patienten und Anhang D für Mitarbeiter) die schriftliche Zustimmung eingeholt. Jeder Studienteilnehmer und das Forschungsteam erhielten ein von beiden Parteien unterschriebenes und mit Datum versehenes Exemplar. Die Teilnahme an der Studie (das heißt, die Erhebung von Daten) begann erst nach deren Einwilligung.

Um die Datenerhebung zu erleichtern, wurde für die Probanden eine Papierliste mit den Klarnamen sowie – nach einheitlichem Vorgehen – erstellten Pseudonymisierungskürzeln verfasst (vgl. Anhang E). Pseudonymisiert meint, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet wurden, sondern ausschließlich ein Buchstaben- und Nummerncode (Zuweisung einer Kennziffer; vgl. Art. 4 Nr. 5 DSGVO). Die Patienten wurden auf Wunsch bei der Erstellung unterstützt.

3.5.2 Datenerhebung. Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Döring, 2023) zufolge muss gute qualitative Forschung das Ober-Kriterium der Glaubwürdigkeit (*trustworthiness*) erfüllen, somit überzeugen, dass die Ergebnisse der qualitativen Studie aussagekräftig sind und etwas über die untersuchte soziale Wirklichkeit aussagen. Die Glaubwürdigkeit umfasst vier Kriterien: die Vertrauenswürdigkeit (*credibility*; als Pendant zur internen Validität; Ergebnisse und Interpretationen sind – auf der Basis der Daten – vertrauenswürdig), Übertragbarkeit (*transferability*; entsprechend der externen Validität), Zuverlässigkeit (*dependability*; analog zur Reliabilität) und Bestätigbarkeit (*confirmability*; als qualitatives Objektivitätskriterium; vgl. Döring, 2023; Weydmann & Schreier, 2023). Weitere als bedeutsam benannte Gütekriterien in

der qualitativen Forschung sind: Relevanz (der qualitativen Studie für den wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt), methodische Strenge (Verwendung reichhaltiger, angemessener und komplexer theoretischer Konstrukte), eine empirische Verankerung, Nähe zum Gegenstand (*ökologische Validierung*), ein indikativ-geleitetes Vorgehen/Regelgeleitetheit (als Methode zur externen Validierung; die Datenerhebung und -auswertung sind vollständig an eindeutig festgelegten Regeln und Systematiken ausgerichtet [*prozedurale Validierung*]; Misoch, 2019), Authentizität in der Erhebungssituation, die reflektierte Subjektivität, Kohärenz zwischen Daten und Interpretationen und das Beschreiben von Limitationen der Studie (vgl. Döring, 2023; Flick, 2020; Lamnek & Krell, 2016; Misoch, 2019; Schreier, 2023).

Diese Kriterien wurden realisiert durch eine dichte Beschreibung der untersuchten Personen und Kontextbedingungen, eine umfassende Datenerhebung und Verfahrensdokumentation, die Angemessenheit der Methodenauswahl, eine Methoden-/Auswertungstriangulation¹⁹, eine maximal neutrale Herangehensweise und Reflexivität der Forschenden (bezüglich der eigenen Positionen und Rollen, z. B. als Psychologin im Alltag und situative Forscherin, der parallelen Doppelrolle als externe Beobachterin und aktiv Beteiligte in der Kommunikation; durch eine ständige Selbstbeobachtung; ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis, einen adäquaten, reflektierten und kontrollierten Umgang bezüglich des eigenen Einflusses [möglicher Bias] im Forschungsprozess²⁰), mithilfe des Analysierens der Interpretationen anhand der Rohdaten (*referential adequacy*), des Überdenkens etwaiger Vorannahmen anhand von Gegenbeispielen in den Daten (*negative case analysis*), des Nachbesprechens der Studie mit Fachkollegen und einer transparenten und expliziten Begründung des gesamten Forschungsvorgehens (im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit (Döring, 2023; Flick, 2020; Misoch, 2019; Weydmann & Schreier, 2023).

Überdies wurden die zentralen Prinzipien qualitativen Forschens – *Verstehen* (subjektiver Sinnkonstruktionen), *Subjektbezogenheit* (das Subjekt mit seinen Wirklichkeitskonstruktionen, Verhaltensweisen, Erfahrungen im Zentrum), *Offenheit* (als Forschungspraxis), *Flexibilität* und *Prozessualität* (des Lebens der Subjekte und des Forschungsprozesses), *Kommunikation* (in der sich der Forschungsprozess vollzieht), *Reflexivität* (im Hinblick auf die Rolle des Forschers) und *Explikation* (transparentes, intersubjektiv nachvollziehbares Vorgehen; Misoch, 2019) – wie in den folgenden Abschnitten dargelegt – im gesamten Forschungsprozess berücksichtigt.

¹⁹ Die Triangulationen erfolgten durch die Kombination der Methoden im episodischen Interview (welche dieser Interviewform inhärent ist; vgl. Abschnitt 3.5.2) und der parallelen Auswertung (Codierung) der Interviews durch zwei Forschende; vgl. Abschnitt 3.7.3).

²⁰ Da der Interviewende als Erhebungsinstrument fungiert (vgl. Misoch, 2019), sind Einflüsse des Forschenden auf die Ergebnisse nicht auszuschließen (*interviewer effect*).

Die Datenerhebung fand zwischen Mai 2020 und Mai 2021 statt. Die teilnehmenden Probanden füllten zu Studienbeginn einen Fragebogen aus (der im Hinblick auf das übergeordnete Forschungsprojekt weitaus mehr Daten erfasste), wobei für diese Studie aus diesem Fragebogen lediglich die soziodemografischen Daten der Mitarbeiter und ihre bisherigen Erfahrungen mit dem ZE und ZV und letzteres ausschließlich für die Patienten interessierte. Zum Schutz der Vertraulichkeit der Daten konnten die Fragebögen (in einem versiegelten Umschlag) von den Mitarbeitern in das für das Klinikpersonal stets zugängliche Postfach des Forschungsteams eingeworfen, auf Wunsch aber auch persönlich oder – wie bei den Patienten – über die jeweilige Stationsleitung an dieses zurückgeleitet werden. Anschließend wurden aus den Papierakten und den digital im klinikinternen Patientdaten-Management-System „PatMan“ gespeicherten Daten von allen inkludierten Patienten soziodemografische, kriminologische und psychiatrische Charakteristika extrahiert (vgl. die Abschnitte 3.6.1 und 3.7.2).

Meldungen über einen erfolgten ZE oder ZV eines an der Studie teilnehmenden Patienten erfolgten telefonisch oder persönlich von der jeweiligen Station. Nach Aufhebung des ZEs oder ZVs bei einem Patienten wurden spätestens 72 Stunden danach (zur qualitativen Exploration der Erfahrungen und zur Gewinnung möglichst unverfälschter Daten; vgl. auch DGPPN, 2018) Interviews mit den teilnehmenden, an den vollführten Maßnahmen beteiligten Mitarbeitern (im Forschungsbüro) und mit den Patienten (im jeweiligen Patientenzimmer; somit in für den Patienten vertrauter Umgebung) durchgeführt. Ziel war, durch das Herstellen einer möglichst positiven (vertraulich und entspannten) Interviewatmosphäre und einer guten „sozialen“ Beziehung zu den Befragten tiefe, aussagekräftige und authentische Daten zu gewinnen (vgl. Misoch, 2019; Schreier, 2023). Die Interviewdurchführung orientierte sich an den für qualitative Interviews geforderten methodologischen/methodisch-technischen Prinzipien²¹ (vgl. Abschnitt 3.7.3; vgl. auch Lamnek & Krell, 2016; Misoch, 2019). Der Ablauf der halbstandardisierten episodischen Interviews (vgl. Abschnitt 3.6.4) war angelehnt an Döring und Bortz (2016) und Schreier (2023) und gliederte sich in folgende Phasen: Organisatorische und inhaltliche Vorbereitung, Gesprächsbeginn, Durchführung, Aufzeichnung des Interviews (mithilfe eines Diktiergerätes), Gesprächsende, Anfertigen eines Postskriptums (zur Validitätsbeurteilung des Materials), Transkription und Analyse sowie Archivierung des Materials. Der Verlauf der Interviews wurde mithilfe eines semistrukturierten Leitfadens – mit offenen Fragen (vgl. Abschnitt 3.6.4) – thematisch gerahmt. Die Gesprächsführung wurde geleitet durch

²¹ Jedes Interview wurde sorgsam vorbereitet. Im Vorfeld der Interviewdurchführung wurde stets das technische Equipment für die Interviewaufnahme (ein Diktiergerät) überprüft.

Akzeptanz und eine prinzipielle Wertschätzung (vgl. Salzgeber, 2011). Der Interviewstil war neutral bis „weich“, wobei versucht wurde, Vertrauen aufzubauen, sympathisierendes Verständnis für die besondere Befragungssituation des Interviewten zum Ausdruck zu bringen und eine möglicherweise kritische/ablehnende Haltung des Befragten abzubauen (Lamnek & Krell, 2016).

Während der Studiendurchführung zeigte sich, dass während eines ZEs und/oder ZVs entweder häufiger Mitarbeiter zugegen waren, welche bereits interviewt wurden oder sich nicht zur Studienteilnahme bereiterklärt hatten. Da im Gegensatz zu den Patientendaten die Daten der Mitarbeiter (nach 12 Interviews zum ZE und fünf Interviews zum ZV bis Oktober 2020) noch nicht gesättigt schienen (das heißt, in den Interviews immer noch neue Themen hervorgebracht oder Fragen nicht ausreichend beantwortet wurden), wurden unabhängig von einem konkreten ZE und ZV 11 weitere Interviews mit Mitarbeitern bis zum Erreichen einer Datensättigung (bis Mai 2021) durchgeführt.

Nach Übertragen der Audioaufzeichnungen vom Diktiergerät auf den Computer wurde das Audiomaterial auf dem Diktiergerät sofort gelöscht. Die Transkription der Interviews (vollständige Transkription [transkriptbasierte Analyse]) wurde mit der Transkriptionssoftware Express Scribe (NCH Software, 2022) durchgeführt (vgl. Abschnitt 3.7.3). Die Transkription erfolgte nach den Regeln von Kuckartz und Rädiker (2022) und Dresing und Pehl (2018). Der Text wurde sodann anonymisiert (durch Änderung der Namen [Pseudonyme] und örtlicher Gegebenheiten) und zur Korrektur gelesen, indes parallel das Audiotape abgehört wurde. Die Audioaufzeichnungen und Transkripte wurden in einem personalisierten, passwortgeschützten Ordner eines Forschungslaufwerks auf einem Server der UMR gespeichert. Nach erfolgter Transkription wurde das Audiomaterial umgehend vernichtet.

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) – im Zuge der Datenauswertung – erfolgte mithilfe des Transkriptionsprogramms MAXQDA 2022 (VERBI, 2022; vgl. Abschnitt 3.7.3). Zu diesem Zweck wurden die Transkripte ins Programm überführt und analysiert. Die MAXQDA-Dateien wurden in dem gleichen passwortgeschützten Ordner wie die Transkripte gespeichert.

Abschließend wurden – als objektive Daten – die Dauer der Interviews, ZE und ZV, Gründe für die jeweilige Maßnahme als auch ihr Ziel und Zweck erfasst. Sämtliche erhobene Daten (mit Ausnahme der transkribierten Interviews und der Gründe, des Ziels und Zwecks der Maßnahmen) wurden in pseudonymisierter Form in einen Datensatz (der Statistiksoftware IBM® SPSS® Statistics) überführt und ausgewertet. Der Datensatz wurde auf einem passwortgeschützten, personalisierten Forschungslaufwerk auf einem Forschungscomputer

in einem verschlossenen Raum der KFP gespeichert. Hier wurden auch alle weiteren Forschungsdaten (Einwilligungserklärungen, Fragebögen und Transkripte) – verschlossen in einem Schrank – aufbewahrt. Die Papierliste, die von den pseudonymisierten Daten getrennt aufbewahrt wurde, verblieb ebenfalls stets in einem abgeschlossenen Schrank, welcher sich wiederum in einem abgeschlossenen Raum der KFP befand. Nach Studienabschluss wurde diese Liste – wie auch alle handschriftlich ausgefüllten Fragebögen der Mitarbeiter nach ihrer Digitalisierung (der Übertragung ins SPSS-Programm) – umgehend und unwiederbringlich vernichtet. Der Zugang zu den Räumen war vor Dritten strikt gesichert. Daten an Dritte wurden nicht weitergegeben. Mit Studienende werden die übrigen schriftlichen Unterlagen (die Einwilligungsbögen²²) im klinikinternen Archiv, der SPSS-Datensatz als auch die MAXQDA-Dateien mindestens zehn Jahre aufbewahrt und anschließend gelöscht.

3.6 Erhebungsmethoden

3.6.1 Patientendaten. Auf Basis von Aktenanalysen und digital gespeicherten Daten im klinikinternen Patientendaten-Management-System „PatMan“ wurden von allen inkludierten Patienten soziodemografische, kriminologische und psychiatrische Daten erhoben.

Die bisherigen Erfahrungen der Patienten mit dem ZE und ZV vor ihrer Studienteilnahme wurden dem zu Studienbeginn ausgeteilten Fragebogen entnommen (vgl. Abschnitt 3.5.2). Im Fragebogen wurden Definitionen zum ZE (*= der Einschluss des Patienten in seinem Zimmer für eine begrenzte Zeit*) und ZV (*= der Patient soll sich bei nicht abgeschlossener Tür in seinem Zimmer für eine begrenzte Zeit aufhalten*) dargelegt. Auf dichotomen Items (mit *ja* oder *nein*) hatten die Patienten anzugeben, ob die jeweilige Maßnahme bei ihnen jemals angewandt wurde. Angaben zu stattgehabten respektive erlebten Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikation, Absonderung, Fixierung, ZE, ZV) seit Unterbringungsbeginn der Patienten wurden einer klinikinternen Datei, welche auf dem Klinikrechner gespeichert wird und in der alle erfolgten Zwangsmaßnahmen dokumentiert werden, entnommen.

3.6.2 Mitarbeiterdaten. Soziodemografische Angaben zu den Mitarbeitern wurden mithilfe eines pseudonymisierten Fragebogens erhoben (vgl. Anhang E). Die bisherigen, das heißt vor Studienbeginn gemachten Erfahrungen der Mitarbeiter mit dem ZE und ZV wurden gleichermaßen wie bei den Patienten erfasst (vgl. Abschnitt 3.6.1), nur dass die Mitarbeiter anzugeben hatten, ob sie die jeweilige Maßnahme jemals durchgeführt hatten.

3.6.3 Objektive Daten. Weiterhin wurden objektive Daten zu den Interviews, dem ZE und

²² Keiner der eingewilligten Studienteilnehmer hatte von seinem Rücktrittsrecht Gebrauch gemacht, was zur umgehenden Löschung der bereits erhobenen Daten, der Dokumentation dieser Vernichtung und zum Ausschluss der Daten aus den Berechnungen (vor einer vollständigen Anonymisierung) geführt hätte.

ZV erhoben. So wurde nach jedem Interview die auf dem Diktiergerät angezeigte Dauer in den SPSS-Datensatz überführt. Die Dauer der vollzogenen ZE und ZV, die Gründe für die jeweilige Maßnahme als auch ihr Ziel und Zweck wurden dem klinikinternen „Anordnungsblatt für Patienten im Zimmerverweis/Zimmereinschluss“ entnommen (vgl. Anhang F).

3.6.4 Interviewleitfaden. Das Ziel qualitativer Methoden zur Erhebung verbaler Daten ist, eine möglichst tiefe und sensible Analyse von subjektiven Sinnzuschreibungen, Motiven, Einstellungen oder bestimmten Verhaltensweisen zu vollführen (Misoch, 2019). Im Rahmen des Analyseprozesses werden demnach subjektive Wirklichkeitskonstruktionen nachvollzogen, die Prozesse der Herstellung sozialer Realität untersucht und subjektive Bedeutungen (re-) konstruiert (Kruse, 2015; Misoch, 2019). Demnach ist das Verstehen zentrales Erkenntnisziel qualitativen Forschens. Um diese Ziele bestmöglich zu erreichen, wurden zur empirisch-qualitativen Exploration des interessierenden Forschungsgegenstandes (und letztlich zur Beantwortung der zentralen Forschungsfragen) mithilfe eines semistrukturierten Leitfadens episodische Einzelinterviews (face-to-face, somit mündlich/persönlich) durchgeführt²³.

In seiner grundlegenden Konzeption geht das episodische Interview (als Variante des problemzentrierten Interviews; vgl. Döring, 2023) davon aus, dass Subjekte im Hinblick auf den interessierenden Untersuchungsgegenstand Erfahrungen vermitteln können, die auf zwei unterschiedlichen Wissensformen basieren: dem narrativ-episodischen Wissen (das einer unmittelbaren Erfahrungsnähe entsprang und einen Erinnerungsfundus an spezifischen erlebten Ereignissen umfasst) und dem semantischen Wissen (welches aus den Erfahrungen abgeleitet wurde [Abstraktionen, Generalisierungen und Herstellen präzisierender Zusammenhänge durch das Subjekt]; Lamnek & Krell, 2016; Mey & Mruck, 2020). Im episodischen Interview wird explizit auf Erfahrungen abgezielt, was durch die Integration von allgemeinen Erzählungen und die Beantwortung zielgerichteter Fragen realisiert wird und damit weitgehend der Alltagskommunikation entspricht (Lamnek & Krell, 2016). Hierdurch werden zwei Methoden, die offene Befragung und das Prinzip der Narration, miteinander verknüpft, die triangulative Erkenntnisse eröffnen (Lamnek & Krell, 2016; Misoch, 2019). Diese Interviewform rekurriert somit auf die erzählten Erinnerungen (als Teilnarrationen) sowie auf argumentativ-theoretische Schilderungen, welche sich wiederum auf das episodisch-narrative und das semantisch-begriffliche Wissen stützen (Misoch, 2019).

Die Erzählweise ist an die „episodisch-situativen Formen des Erfahrungswissens“ (S. 331)

²³ Dieses Instrument vermochte die Subjektivität der Beforschten und das Prinzip der Offenheit qualitativen Forschens (wobei das Instrument im Forschungsprozess angepasst und modifiziert werden kann [Primat der Offenheit]) am besten zu berücksichtigen (Misoch, 2019).

angelehnt (Flick, 1995, zitiert nach Lamnek & Krell, 2016). Dabei werden – wie auch im narrativen Interview – Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion evident (Lamnek & Krell, 2016). Die Erzählweise (ob beschreibend oder erzählend) als auch die darstellenden Situationen werden vom Befragten gewählt (Lamnek & Krell, 2016). Das Ziel des episodischen Interviews ist, in einem bestimmten Bereich gemachte Erfahrungen in allgemeinerer und vergleichender Form (zum Beispiel, um gruppenspezifische Unterschiede und Besonderheiten im Hinblick auf das Alltags- und Erfahrungswissen) herauszuarbeiten und zugleich die entsprechenden Episoden und Situationen zu erzählen (Flick, 1995, zitiert nach Lamnek & Krell, 2016).

Vor dem Hintergrund dieser Interviewform wurde zum Zweck einer Gedächtnisstütze, einer Checkliste (zur Prüfung, ob während des Interviews alle wichtigen Fragen gestellt respektive angemessen angesprochen wurden), zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit der Interviews – und um Impulse für ergänzende Fragen zu geben – ein halbstandardisierter/semistrukturierter Interviewleitfaden erstellt (vgl. Mey & Mruck, 2020; Schreier, 2023). Die praktische Leitfadenskonstruktion orientierte sich – neben methodologischen Aspekten (vgl. Lamnek & Krell, 2016) – am *SPSS-Prinzip* (Helfferich, 2005, zitiert nach Lamnek & Krell, 2016), was – vor dem Hintergrund des interessierenden Themas – das Sammeln (möglichst vieler Fragen), Prüfen (aller gesammelten Fragen – unter Berücksichtigung des Vorwissens und der Offenheit; zur Reduzierung und Strukturierung), Sortieren (verbleibender Fragen nach der zeitlichen Abfolge und inhaltlichen Aspekten) und das Subsumieren (von Einzelaspekten unter einfachen Erzählaufforderungen) umfasst. Durch dieses Vorgehen sollten das eigene theoretische Wissen und implizite Erwartungen an die von den Befragten zu produzierenden Erzählungen vergegenwärtigt und expliziert werden (Lamnek & Krell, 2016).

Darüber hinaus wurde auf die Einhaltung weiterer methodisch-technischer Prinzipien (die den Grundprinzipien qualitativer Sozialforschung entsprechen) geachtet: Prinzip der Offenheit (bezüglich der Gestalt und Handhabung, begrenzte Anzahl von Fragen [nicht mehr als zwei Seiten mit etwa acht bis fünfzehn – nicht zu langen – Fragen; Verzicht auf doppelte Verneinungen; klare Formulierungen]), gute Handhabbarkeit und formale Übersichtlichkeit, die „Orientierung am natürlichen Erinnerungs- oder Argumentationsfluss“ (Lamnek & Krell, 2016, S. 322) – durch flexible Handhabung der Reihenfolge, flexibles Formulieren der Fragen (angepasst an die Begrifflichkeit der Teilnehmer) und das Fördern einer spontan produzierten Erzählung (Lamnek & Krell, 2016; Mey & Mruck, 2020; Schreier, 2023). Die Fragen wurden im Vorfeld mithilfe eines klinikinternen Forschers erprobt und adaptiert (vgl. Döring, 2023). Wie von Misoch (2019) beschrieben, kombinierte die forschungspraktische Durchführung des episodischen Interviews offene Erzählaufforderungen (zur Erhebung des episodisch-

narrativen Wissens) und das Stellen konkretisierender, semantisch-argumentativ ausgerichteter Fragen (zur Erhebung semantischen Wissens). Im Leitfaden wurden die inhaltliche und die strukturelle Ebene, welche durch drei verschiedene Phasen des Interviews determiniert wurde und den Aufbau des Leitfadens bestimmte, berücksichtigt (vgl. Misoch, 2019). In der Aufwärm- und Einstiegsphase (sogenanntes *Warm-up*) sollte mithilfe einer angenehmen, offenen und vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre den Befragten der Einstieg in die Interviewsituation und in das Forschungsthema erleichtert werden. Als Einstiegsstimulus für die Interviews dienten folgende vorausgehende Aussagen:

„Haben Sie vielen Dank, dass Sie sich zur Studienteilnahme bereiterklärt haben und sich nun die Zeit nehmen. Wie Sie wissen, interessiere ich mich für den Zimmereinschluss und den Zimmerverweis. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Ihre persönlichen Erfahrungen, die Sie im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen gesammelt haben. Vor diesem Hintergrund möchte ich Ihnen nun gerne einige Fragen stellen.“

In der Hauptphase wurde die Erfahrungen mit dem ZE und ZV thematisiert und im kommunikativen Austausch mit den Interviewten erörtert. Je nachdem, ob es im konkreten Fall zu einem ZE oder aber zu einem ZV eines Patienten kam, wurden sämtliche Fragen im Interview dahingehend formuliert. Der Interviewleitfaden für die Patienten ist dem Anhang G zu entnehmen. Den Mitarbeitern, die an keinem konkreten ZE oder ZV beteiligt waren, wurden lediglich die Fragen 5 bis 7 aus dem Interviewleitfaden für die Mitarbeiter (vgl. Anhang H) gestellt. Die Befragten wurden am Ende der Hauptphase dezidiert gebeten, bislang unerwähnte, aber für die Thematik womöglich relevante Informationen ergänzend zu erwähnen. In der Ausklang-/Abschlussphase (Ankündigen des Gesprächsendes, Dank für die Teilnahme) sollten die Befragten aus der Befragungssituation hinausgeführt und das Ende der Interviewsituation angezeigt werden (Misoch, 2019; Schreier, 2023).

3.7 Datenauswertung

3.7.1 Datenaufbereitung. Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden die Rohdaten (aus den Fragebögen der Mitarbeiter und den Patientenakten/-dateien) in einen SPSS-Datensatz (somit in ein softwarekompatibles Datenformat) überführt (vgl. Echterhoff, 2023). Daten, die noch nicht in quantitativer Form vorlagen, wurden in eine Zahlenform überführt (indes bspw. beim Geschlecht „weiblich“ die Zahl 1 und „männlich“ die Zahl 2 zugeordnet wurde). Nachfolgend wurden die Qualität der Daten und der gesamte Datensatz auf Eingabefehler geprüft und so organisiert, dass die Daten effektiv analysiert werden konnten (Döring, 2023; Echterhoff, 2023).

3.7.2 Deskriptivstatistische Datenanalyse. Die explorative Datenanalyse (*exploratory*

data analysis) wurde mithilfe der Statistiksoftware IBM® SPSS® Statistics 28 durchgeführt. Gemäß wurden die erhobenen soziodemografischen und für die Patienten zusätzlichen kriminologischen und psychiatrischen Daten als auch die Dauer der Interviews, ZE und ZV deskriptivstatistisch analysiert (durch Berechnung von Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen; vgl. Döring, 2023).

3.7.3 Qualitative Datenanalyse. Alle Interviews wurden mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet (zu den Vor- und Nachteilen dieses Vorgehens vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022). Vor der interpretativen Auswertung wurden die Audioaufzeichnungen verschriftlicht, das heißt, transkribiert (*verbatim transcription*; Transkription als Transformationsprozess einer Audioaufzeichnung in die Schriftform; Döring, 2023). Im Hinblick auf die Vorbereitung der Daten für die computergestützte Analyse (Datenauswertung) wurden folgende Schritte (nach Kuckartz & Rädiker, 2022) vollführt: Festlegen der Transkriptionsregeln (auf welche Weise die gesprochene Sprache in die Schriftform übertragen werden soll; passend zur geplanten Analyse), Transkribieren der Texte, Korrekturlesen (wobei parallel das Audiotape abgehört wurde; Verbessern der Transkription), Anonymisieren der Transkripte (auf jedem Transkript wurde zudem das erstellte Pseudonymisierungskürzel notiert) und Formatieren der Transkription entsprechend festgelegter Regeln.

Die Transkription der Interviews erfolgte händisch, wofür auf das Programm Express Scribe (eine professionelle Transkriptionssoftware zur digitalen Transkription von Audiodateien am Computer, NCH Software, 2022) zurückgegriffen wurde. Die Transkriptionsregeln wurden den Transkriptionssystemen von Kuckartz und Rädiker (2022) und Dresing und Pehl (2018) entnommen (vgl. Anhang I).

Bei der qualitativen Datenanalyse (*qualitative data analysis*) wird im Rahmen einer empirischen Studie qualitatives (in der Regel verbales/textuelles) Datenmaterial im Hinblick auf den Forschungsgegenstand interpretierend (hermeneutisch) ausgewertet (Döring, 2023). Sie folgt dabei dem explorativen (gegenstandserkundenden) Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung und ist besonders induktiv (datengesteuert) ausgerichtet, wobei die manifesten Inhalte durch Kategorienbildung herausgearbeitet werden (Döring, 2023). Im qualitativen Paradigma (vgl. Lamnek & Krell, 2016) dient die Inhaltsanalyse „der Auswertung bereits erhobenen Materials“ (S. 435) sowie „der Interpretation symbolisch-kommunikativ vermittelter Interaktion in einem wissenschaftlichen Diskurs“ (S. 435). Zentral im Analyseprozesse sind die Offenheit und das Sinnverstehen.

Das Textmaterial in der vorliegenden Studie wurde mithilfe des Transkriptionsprogramms MAXQDA 2022 (einer Software der Firma VERBI zur computergestützten qualitativen Daten-

und Textanalyse) und der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* von Kuckartz und Rädiker (2022), die als Kernmethode der qualitativen inhaltsanalytischen Verfahren gilt, ausgewertet (*transkriptbasierte Analyse*). Bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wird in mehreren Codierdurchläufen das Material (je nach Studie) mit deduktiv oder induktiv gebildeten Kategorien codiert (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ist eine systematische, gut darstellbare Methode, die vorzugsweise auf verbale Daten angewendet wird (Kuckartz & Rädiker, 2022). Dabei werden explizit Gütekriterien berücksichtigt (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die Methode erlaubt ein themen- und fallorientiertes Vorgehen, indes im Auswertungsprozess sowohl Untersuchungen auf der Fallebene (in Form von Fallzusammenfassungen [*case summaries*]) als auch Vergleiche von Fällen/Fallgruppen und Typen möglich sind (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Zentrales Charakteristikum für die qualitative Inhaltsanalyse ist die Strukturierung des Materials mittels zweier Dimensionen: den Fällen und Kategorien (Kuckartz & Rädiker, 2022). Fälle waren in der vorliegenden Interviewstudie die Forschungsteilnehmenden. Die zweite strukturierende Dimension wurde durch die Kategorien (den aus den Texten destillierten/klassifizierten Themen) gebildet. Für die Datenanalyse wurde ein induktives Vorgehen gewählt. Somit wurden die Kategorien direkt am Textmaterial gebildet²⁴ (vgl. Döring, 2023; Mayring, 2020). Ziel des induktiven Vorgehens ist es, ausgehend von wiederholten Einzelbeobachtungen auf eine generelle Regel zu verallgemeinern (Bauer & Hussy, 2023). Die einzelnen Fälle wurden vier Fallgruppen zugeordnet: Patienten – mit Angaben zum ZE, Patienten – mit Angaben zum ZV, Mitarbeiter – mit Angaben zum ZE und Mitarbeiter – mit Angaben zum ZV.

Der gesamte Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse von Kuckartz und Rädiker (2022) ist der Abbildung 1 zu entnehmen und wird nachfolgend beschrieben. In der ersten Phase der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte eine initiiierende Textarbeit, bei der die Reihenfolge für die Bearbeitung der Texte festlegt wurde. Für den Einstieg in die Analyse wurden in der ersten Phase der Auswertung nach dem hermeneutisch-interpretativem Prinzip die Texte sequenziell, sorgfältig und vollständig gelesen, der subjektive Sinn erfasst (im Sinne des Verstehens) und ein Gesamtverständnis für den Text auf der Basis der Forschungsfragen entwickelt (Kuckartz & Rädiker, 2022). Wichtige

²⁴ Die Kategorienbildung am Material ist ein aktiver Konstruktionsprozess, der von diversen Faktoren abhängt (z. B. der individuellen Kategorienbildungskompetenz und dem aktiven Tun des Forschenden). Vor diesem Hintergrund kann eine intersubjektive Übereinstimmung (Reliabilität) hinsichtlich der Konstruktion eines Kategoriensystems nicht erreicht beziehungsweise postuliert werden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Das heißt, dass sich beim induktiven Codieren durch mehrere Personen nicht die gleichen Kategorien ergeben respektive realisieren lassen (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die Berechnung von Koeffizienten der Übereinstimmung oder generell der Intercoder-Reliabilität für die Kategorienbildung ist somit nicht sinnvoll (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2020).

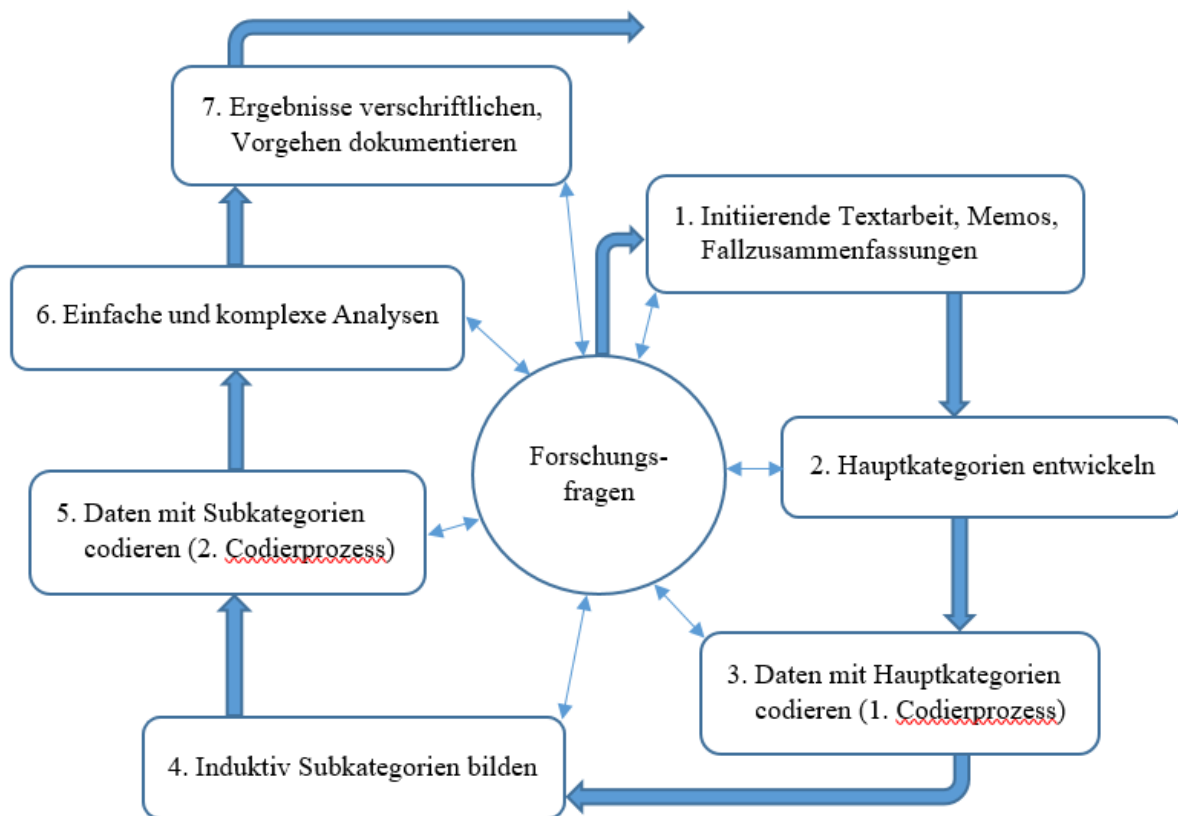


Abbildung 1. Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022, S. 132).

Abschnitte und unverständliche Textpassagen wurden gekennzeichnet und Argumente, Argumentationslinien sowie die inhaltliche Struktur (Abschnitte, Brüche, usw.) analysiert – womit die inhaltlich strukturierende Analyse eingeleitet wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022). Auch wurde gleichsam der Entstehungskontext der Daten vergegenwärtigt und der Text formal (bezüglich Länge, verwendeter Sprache, etc.) betrachtet. Während des Analyseprozesses wurden Bemerkungen, Anmerkungen, wichtig Erscheinendes an den Rand geschrieben und mithilfe von „Memos“ (kurzen Notizen, reflektierten inhaltlichen Vermerken) als wichtig erachtete Gedanken und Ideen festgehalten (Kuckartz & Rädiker, 2022).

In der zweiten Phase wurden die Daten mithilfe von Kategorien und Subkategorien inhaltlich strukturiert (Kuckartz & Rädiker, 2022). Aus einigen Forschungsfragen ließen sich direkt Hauptkategorien ableiten (das heißt, die mit ihnen assoziierten Themen leiteten bereits die Erhebung der Daten; vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022). Ein Teil der Daten wurde sodann für einen Probedurchlauf verwendet; dabei wurden die Kategorien respektive Subkategorien und ihre Definitionen erneut dahingehend geprüft, ob sie sich konkret auf das empirische Material anwenden lassen (Kuckartz & Rädiker, 2022).

Nachfolgend wurde in der dritten Phase, dem ersten Codierprozess, jeder Text (somit das gesamte Textmaterial) sequenziell (Zeile für Zeile) durchgegangen, wobei Textabschnitte den

Kategorien zugewiesen wurden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Dabei wurden Sinneinheiten codiert (mindestens ein vollständiger Satz). Umfassten mehrere Sätze oder Absätze eine Sinneinheit, wurden diese als ein verbundenes Segment codiert (Kuckartz & Rädiker, 2022). Nicht sinntragende oder für die Forschungsfrage irrelevante Textstellen/Textpassagen blieben uncodiert (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022). Sobald ein Textabschnitt oder ein einziger Satz mehrere Themen enthielt (Textstellen sich überlappten oder verschachtelt waren), erfolgte die Codierung mit mehreren Kategorien am gleichen Textabschnitt/Satz. Gelegentlich wurde auch für ein besseres Verständnis die einleitende Interviewenden-Frage mitcodiert. Um nur so viel wie nötig für das Verstehen zu codieren, wurde geprüft, ob die jeweilige Textstelle (auch ohne den flankierenden Text) für sich allein hinreichend verständlich ist (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022).

Um die Qualität des Codierprozesses zu sichern, wurde zu Beginn der Codierphase jeder Text von zwei Codierenden mithilfe des *konsensuellen Codierens* – von Hopf und Schmidt (1993, zitiert nach Kuckartz & Rädiker, 2022) – bearbeitet. Bei dieser Technik wurden die Interviews mithilfe eines Kategoriensystems – mit hinreichend präzise definierten Kategorien – von zwei Personen unabhängig voneinander codiert. Hierdurch sollte die Zuverlässigkeit der Codierungen verbessert werden. Nach der ersten Codierung wurden im zweiten Schritt die unabhängig voneinander vorgenommenen Codierungen auf Übereinstimmung geprüft und unterschiedliche Codierungen solange diskutiert, bis am Ende ein Konsens über die angemessene Codierung erzielt wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022; vgl. auch Abschnitt 3.5.2 zu den möglichen Einflüssen/Bias durch den Forschenden). Dadurch wurden einige Kategoriendefinitionen präziser gefasst und die Zuordnungen zuverlässiger.

Als nächstes wurden in Phase vier induktiv Subkategorien gebildet. Zu diesem Zweck erfolgte eine Ausdifferenzierung der zunächst noch relativ allgemeinen Kategorien – insbesondere derjenigen Kategorien, die für die Studie von zentraler Bedeutung sind. Die jeweiligen Kategorien wurden ausgewählt und (neue) Subkategorien gebildet (Kuckartz & Rädiker, 2022). Nachfolgend wurden alle mit dieser Kategorie codierten Textstellen in einer Liste zusammengefasst, die anschließend geordnet, systematisiert wurde. Einige Subkategorien der Liste wurden nach weiterer Überprüfung zu abstrakteren/allgemeineren Subkategorien zusammengefasst (Kuckartz & Rädiker, 2022). Wegen des recht umfangreichen Textmaterials entstanden insgesamt relativ viele Subkategorien, sodass versucht wurde, diese weiter präzise zusammenfassen. Im Anschluss daran wurden Definitionen für die Subkategorien formuliert.

Im zweiten Codierprozess, der Phase fünf, erfolgte die Zuordnung derjenigen Textstellen zu den ausdifferenzierten Subkategorien, welche zuvor der Hauptkategorie zugeordnet waren

Kuckartz & Rädiker, 2022). Dabei wurden die Phasen 4 und 5 in mehreren Zyklen vollzogen: Zunächst wurden nach der Bildung der Subkategorien für eine oder mehrere Hauptkategorie(n) diese auf das Datenmaterial angewendet, danach wurde mit der nächsten Hauptkategorie fortgefahren (Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayring, 2020).

Die kategorienbasierte Analyse – entlang der Haupt- und Subkategorien – schloss sich in Phase sechs an, in der die beschreibende Ergebnispräsentation vorbereitet wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022). Hierfür sollten erst für jede Hauptkategorie, dann für die Subkategorien die inhaltlichen Ergebnisse in qualitativer Weise präsentiert werden (vgl. Abschnitt 4.2), wobei ein für den Leser nachvollziehbarer Aufbau gewählt wurde. Das Textmaterial wurde ebenfalls auf Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer Hauptkategorie hin überprüft, als auch eine Analyse möglicher komplexer Zusammenhänge zwischen mehreren Kategorien und inhaltliche Gruppenvergleiche zwischen Patienten und Mitarbeitern und dem ZE und ZV vorgenommen (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022).

Als nächstes wurden in der Phase sieben die Ergebnisse (unter Darlegung des vollständigen Kategoriensystems) verschriftlicht und der gesamte Auswertungsprozess im Ergebnisbericht dokumentiert, wobei auf die verfassten Memos zurückgegriffen wurde und bereits geschriebene Textfragmente und Auswertungstexte in einem finalen Ergebnistext zusammengeführt wurden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Zum Schluss wurde noch einmal resümierend der Bogen zu den ursprünglichen Forschungsfragen geschlagen, um zu prüfen, ob diese durch die Ergebnisse und Studie vollständig beantwortet wurden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Während des gesamten Analyse-/Auswertungsprozesses wurde die eigene Rolle des Forschenden kritisch reflektiert.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptivstatistische Ergebnisse

Studienpopulationen

Insgesamt nahmen 18 Patienten und 27 Klinikmitarbeiter an der Studie teil, wobei sich während der Studienteilnahme 10 Patienten im ZE (zu dem 12 Mitarbeiter interviewt wurden) und 9 Patienten im ZV²⁵ (zu dem sich fünf Mitarbeiter äußerten) befanden.

Die teilnehmenden Patienten waren auf der Aufnahmestation ($n = 5$), auf der Station für Jugendliche und Heranwachsende ($n = 3$), einer Erwachsenentherapiestation gemäß § 63 StGB ($n = 1$) und auf Erwachsenentherapiestationen nach § 64 StGB ($n = 9$) untergebracht.

Die genauen Verteilungen der Stichprobencharakteristika der Patienten zu soziografischen Merkmalen sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Das Alter der Patienten zu Studienbeginn

²⁵ Bei einem Patienten wurde während der Studiendurchführung sowohl der ZE als auch der ZV angeordnet, obschon er sich letztlich nur nach dem ZE zum Interview bereit erklärte.

rangierte zwischen 21 und 45 Jahren ($M = 29.8$, $SD = 7.7$). Die Probanden waren überwiegend männlich (88.9%) und hatten zumeist keinen Migrationshintergrund²⁶ (88.9%; ein Proband wurde in Kasachstan, ein weiterer in Russland geboren). Die meisten dieser Substichprobe hatten keinen Schul- (44.4%) oder Hauptschulabschluss (27.8%), keine abgeschlossene Berufsausbildung (77.8%), keine Kinder (61.1%) und waren alleinstehend (77.8%).

Tabelle 1

Soziodemografische Charakteristika der Patienten (n = 18)

Variable	n (%)	Range (M, SD)
Alter	–	21–45 (29.8, 7.7)
Geschlecht		
• Frauen	2 (11.1)	–
• Männer	16 (88.9)	–
Migrationshintergrund	2 (11.1)	–
Schulabschluss		
• keinen Schulabschluss	8 (44.4)	–
• Förderschule	3 (16.7)	–
• Hauptschulabschluss	5 (27.8)	–
• Realschulabschluss	1 (5.6)	–
• Abitur	1 (5.6)	–
Berufsabschluss (abgeschlossene Ausbildung)	4 (22.2)	–
Kinder	7 (38.9)	–
Familienstand		
• ledig (weder verheiratet, noch geschieden), aber liiert	2 (11.1)	–
• ledig (weder verheiratet, noch geschieden), alleinstehend	14 (77.8)	–
• geschieden, alleinstehend	2 (11.1)	–

Im Hinblick auf die kriminologischen und psychiatrischen Merkmalsverteilungen der Patienten (vgl. Tabelle 2) lässt sich festhalten, dass die meisten Hafterfahrungen (83.3%), jedoch keine Vorerfahrungen mit der Unterbringung in einem MRV (72.2%) hatten. Im Durchschnitt hatten sie 11.9 Eintragungen im Bundeszentralregister ($SD = 7.5$). Die rechtliche Unterbringungsgrundlage war für die Mehrzahl (77.8%) § 64 StGB, wobei zumeist eine Parallelstrafe beschlossen wurde (88.9%). Die Dauer der Parallelstrafe lag zwischen 15 und 78 Monaten ($M = 35.6$, $SD = 16.2$). Insgesamt wurden Delikte verübt, welche sich in Anlehnung

²⁶ Wurde eine Person selbst oder aber mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsbürgerschaft geboren, so hat sie einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2024).

Tabelle 2

Kriminologische und psychiatrische Charakteristika der Patienten (n = 18)

Variable	n (%)	Range (M, SD)
Hafterfahrungen	15 (83.3)	—
Maßregelvollzugserfahrungen	5 (27.8)	—
Eintragungen im Bundeszentralregister	—	0–28 (11.9, 7.5)
Dauer der Unterbringung im MRV bis zur Studienteilnahme (in Monaten)	—	1–27 (7.1, 8.2)
Rechtliche Unterbringungsgrundlage		
• § 126a StPO	1 (5.6)	—
• § 63 StGB	3 (16.7)	—
• § 64 StGB	14 (77.8)	—
Anlassdelikt		
• schwere Vergewaltigung	1 (5.6)	—
• Raub und räuberische Erpressung	7 (38.3)	—
• (besonders schwerer Fall des) Diebstahl(s)	3 (16.6)	—
• schwere und gefährliche Körperverletzung	4 (22.2)	—
• Freiheitsberaubung	1 (5.6)	—
• Entziehung Minderjähriger	1 (5.6)	—
• Anstiftung zur unerlaubten Einfuhr von Betäubungsmitteln gemäß § 30 Abs. 1 Nr. 4 BtMG (in nicht geringer Menge)	1 (5.6)	—
Parallelstrafe	16 (88.9)	—
Dauer der Parallelstrafe (in Monaten)	—	15–78 (35.6, 16.2)
Psychiatrische Diagnosen gemäß ICD-10		
• F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	15 (83.3)	—
• F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1 (5.6)	—
• F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1 (5.6)	—
• F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	11 (61.1)	—
• F70-F79: Intelligenzstörung	6 (33.3)	—
• F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	1 (5.6)	—
Suizidversuch in der Vergangenheit	7 (38.9)	—
Erfahrungen mit dem ZV vor Studienbeginn	10 (55.6)	—
Erfahrungen mit dem ZE vor Studienbeginn	9 (50.0)	—
Zwangsmedikation (seit Unterbringungsbeginn)	0	—

Tabelle 2 (fortgesetzt)

Variable	n (%)	Range (M, SD)
Fixierung (seit Unterbringungsbeginn)	0	–
Absonderung in einen besonders gesicherten Raum (seit Unterbringungsbeginn)	7 (38.9)	–
ZV seit Unterbringungsbeginn	5 (27.8)	–
ZE seit Unterbringungsbeginn	13 (72.2)	–
Patientenzimmer		
• Einzelzimmer	15 (83.3)	–
• Doppelzimmer	3 (16.7)	–

Anmerkung. Fehlende Werte gab es hinsichtlich der Intelligenzminderung (ein fehlender Wert) und der Erfahrungen mit dem ZE und ZV (jeweils zwei fehlende Angaben). Bei kategorial und dichotom (ja/nein) erfassten Items finden sich keine Angaben zum Range, Mittelwert und zur Standardabweichung. ICD-10 = Internationale Klassifikation der Krankheiten (Dilling & Freyberger, 2019).

an den Straftatenkatalog des BKA (2022) unter die Kategorien „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“, „Rohheitsdelikte und Straftaten gegen die persönliche Freiheit“ (Raub-, Körperverletzungs- und Freiheitsdelikte), „Diebstahl ohne erschwerende Umstände (§§ 242, 247, 248a–c StGB)“ und „Diebstahl unter erschwerenden Umständen (§§ 243–244a StGB)“ sowie „strafrechtliche Nebengesetze“ (Rauschgiftdelikte) subsumieren lassen. Der (besonders) schwere und gemeinschaftliche Raub (27.8%) waren die am häufigsten verübten Anlassdelikte der Patienten. In 11 Fällen wurden die Straftaten Tateinheitlich, das heißt, in Verbindung mit weiteren Delikten verübt, oder aber mehrere begangene Straftaten in einem richterlichen Beschluss abgeurteilt respektive in einem Urteil zusammengefasst. Zu diesen Vergehen gehören: Nötigung, Beleidigung, Sachbeschädigung, Unterschlagung, falsche Verdächtigung, (Computer-) Betrug, Beförderungserschleichung, Vortäuschen einer Straftat, Diebstahl, Urkundenfälschung, (besonders schwere) räuberische Erpressung, Raub, versuchte vorsätzliche oder fahrlässige oder gefährliche Körperverletzung, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte unerlaubter Anbau oder Besitz oder Erwerb von oder unerlaubtes (gewerbsmäßiges/ bewaffnetes) Handeltreiben mit Betäubungsmitteln sowie fahrlässige Trunkenheit im Verkehr.

Bezüglich der klinischen Variablen zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten psychotrope Substanzen auf schädliche Weise gebrauchte oder an einem Abhängigkeitssyndrom litt (83.3%). Doppeldiagnosen wurden bei 11 Patienten (61.1%) gestellt. So wies die Hälfte der Patienten eine Persönlichkeitsstörung auf, wobei vier (22.2%) von ihnen an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung litten. Bei weiteren vier Teilnehmern (22.2%) wurde eine anderweitige

psychiatrische Erkrankung, wie beispielsweise eine paranoide Schizophrenie, diagnostiziert. Sechs Patienten wiesen eine Intelligenzstörung auf (66.7%). Sieben Patienten (38.9%) hatten in der Vergangenheit versucht, sich das Leben zu nehmen. Die meisten Teilnehmer hatten Erfahrungen mit dem ZV (55.6%) und ZE (50.0%). Im Durchschnitt waren sie seit dem Unterbringungsbeginn bis zur Studienteilnahme 7.1 Monate ($SD = 8.2$) in der Klinik untergebracht. Seither wurden sieben Patienten (38.9%) im KR abgesondert, 13 Patienten (72.2%) in den ZE und 5 Patienten (27.8%) in den ZV genommen.

Bei der Analyse der Stichprobencharakteristika zwischen im ZE und ZV untergebrachten Patienten konnten folgende Besonderheiten extrahiert werden: Während alle Patienten, welche sich im ZV befanden, männlich waren, waren zwei von den 10 Patienten, welche in den ZE genommen wurden, weiblich. Alle Patienten im ZV hatten Hafterfahrungen (bei den im Zimmer eingeschlossenen Patienten waren es sieben). Die vier Patienten, welche als Anlassdelikt eine schwere oder gefährliche Körperverletzung aufwiesen, als auch alle sieben Patienten, welche einen Suizidversuch in der Vorgeschichte aufwiesen, befanden sich im ZE. Wiederum alle in den ZE genommenen Patienten waren im Einzelzimmer untergebracht und hatten bereits vor der Studienteilnahme Erfahrungen mit dem ZE gemacht – jeweils vier von ihnen auch mit dem ZV und dem KR (bei den Patienten im ZV waren es nur drei hinsichtlich des ZEs und KRs und einer bezüglich des ZVs). Alle anderen Stichprobencharakteristika waren zwischen den im ZE und den im ZV untergebrachten Patienten annähernd gleich verteilt – so auch die Unterbringungsgrundlage. Von den ZE-Patienten waren zwei, bei den ZV-Patienten einer gemäß § 63 StGB und ein weiterer gemäß § 126a StPO untergebracht; alle anderen wurden nach § 64 StGB verurteilt.

Wie der Tabelle 3 zu den Charakteristika der Klinikmitarbeiter zu entnehmen ist, betrug das Alter dieser Substichprobe im Mittel 47.3 Jahre (Range = 23–61, $SD = 10.0$). Das Geschlecht war nahezu ausgewogen (53.6% der Teilnehmer waren männlich). Alle hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Die meisten der Mitarbeiter hatten einen Realschulabschluss (50.0%) und verfügten mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung (64.3%). Am häufigsten vertreten waren Mitarbeiter aus dem Bereich der Pflege (78.6%). 57.2% dieser Substichprobe hatten bereits Erfahrungen in den Tätigkeitsfeldern des Strafvollzugs, der ambulanten Betreuung/Beratung suchtkranker Menschen und der stationären psychiatrischen Behandlung. Im Durchschnitt arbeiteten sie seit über 12 Jahren ($M = 151.6$ Monate, $SD = 93.6$) im MRV, wobei die Dauer dieser beruflichen Anstellung zwischen 5 und 242 Monaten rangierte. Während in der Vergangenheit mindestens 24 Mitarbeiter (88.9%) an der Durchführung eines ZVs beteiligt waren, hatten mindestens 23 von ihnen (85.2%) den ZE vollzogen.

Tabelle 3

Soziodemografische Charakteristika der Klinikmitarbeiter (n = 27)

Variable	n (%)	Range (M, SD)
Alter	–	23–61 (47.3, 10.0)
Geschlecht		
Frauen	13 (48.1)	–
Männer	14 (51.9)	–
Deutsche Nationalität	27 (100)	–
Schulabschluss		
Realschulabschluss	14 (50.0)	–
Fachhochschulreife	5 (17.9)	–
Abitur	7 (25.0)	–
höchster Berufsabschluss		
Ausbildung	18 (64.3)	–
Fachhochschulabschluss	2 (7.1)	–
Universitätsabschluss	2 (7.1)	–
Promotion	4 (14.3)	–
Berufsgruppe		
Arzt	3 (10.7)	–
Psychologe	3 (10.7)	–
Gesundheits-/Krankenpfleger	13 (46.4)	–
Krankenpflegehelfer	3 (10.7)	–
Altenpfleger	2 (7.1)	–
Pflegehelfer	4 (14.3)	–
Berufserfahrung		
Strafvollzug	1 (3.6)	–
ambulante Betreuung/Beratung Suchtkranker	2 (7.1)	–
stationärer psychiatrischer Bereich	13 (46.5)	–
in keinem der genannten Berufsfelder	9 (32.1)	–
Arbeit im MRV (in Monaten)	–	5–242 (151.6, 93.6)
Erfahrungen mit dem ZV	24 (88.9)	–
Erfahrungen mit dem ZE	23 (85.2)	–

Anmerkung. Bei den Fragen nach dem Schul- und Berufsabschluss sowie der Dauer der Arbeit im MRV fehlten jeweils zwei, bei jenen nach der Berufserfahrung und den Erfahrungen mit dem ZE und ZV fehlten drei Angaben.

Zimmereinschlüsse, Zimmerverweise und Interviews

In jeweils fünf Fällen hatten bedrohliches, fremdaggessives sowie fremd- (gegenüber dem Personal [Pflegekräften, Psychologe, Arzt] und anderen Patienten) und selbstgefährdendes Verhalten als auch der Konsum psychotroper Substanzen (mit der Gefahr der Drogenweitergabe an andere) zum ZE geführt (vgl. Tabelle 4 – auch bezüglich des Ziels/Zwecks der Maßnahmen).

Tabelle 4

Gründe für den jeweiligen Zimmereinschluss sowie Ziel/Zweck der Maßnahme

ZE-Nr.	Gründe	Ziel/Zweck des ZEs
1	fremdaggressives Verhalten, Androhen von körperlicher Gewalt und versuchte Körperverletzung gegenüber einer Pflegekraft vor dem Hintergrund einer geplanten Urinkontrolle	Deeskalation/Beruhigung der Situation/des Patienten (sich von der Gewaltbereitschaft distanzieren), Reflexion des impulsiven Verhaltens respektive der Bedrohung
2	fremdaggressives Verhalten; Androhen von selbstverletzendem Verhalten und körperlicher Gewalt gegenüber einer Pflegefachkraft	Eigen- und Fremdschutz (Gefahrenabwehr) Erhalt des therapeutischen Settings
3	Verweigerung der Urinkontrolle sowie Zugabe des Drogenkonsums (THC); Gefährdung anderer Patienten durch die Möglichkeit der Drogenweitergabe	Separierung zur Gewährleistung der Suchtmittelabstinenz und zur Verhinderung einer etwaigen Drogenweitergabe als auch eines fortgesetzten Substanzgebrauchs
4	positiver toxikologischer Befund im Hinblick auf den Konsum eines nicht ärztlich verordneten Antikonvulsivums, Manipulation des Urins	Separierung aufgrund der Intoxikation
5	verbal-aggressives und bedrohliches Verhalten gegenüber einer Psychologin	Separierung zum Fremdschutz
6	wiederholte explizite Morddrohungen gegenüber dem Stationsarzt	Gefahrenabwehr und Erhalt des therapeutischen Settings
7	Drogenkonsum/-besitz (synthetischer Cannabinoide) sowie Verdacht auf unerlaubtes Handeltreiben	Klärung/Aufarbeitung des Sachverhaltes und Gewährleistung, dass kein weiterer Konsum als auch keine Drogenweitergabe erfolgen (Eigen- und Fremdschutz)
8	Drogenkonsum (synthetischer Cannabinoide) und Auffinden von Drogen im Rahmen einer Zimmerkontrolle	allgemein Aufklärung des Sachverhaltes, Gewährleistung des Unterlassens von Beikonsum (Eigenschutz) und weiteren subkulturellen Agierens
9	Zugabe von Drogenkonsum (synthetischer Cannabinoide) nach Anzeige durch Mitpatienten	Separierung wegen Konfliktpotenzials in der Gruppe
10	Androhen von Gewalt (bis hin zur Tötung) gegenüber einer Patientin (unerlaubte Mitnahme eines Messers ins Patientenzimmer), zudem sach- und fremdaggressives Verhalten (Werfen mit Gegenständen und Zerstören des Mobiliars)	Beruhigung des Patienten, Fremdschutz, Verhinderung weiterer Eskalation

Der ZV wurde in vier Fällen wegen einer verbalen oder körperlichen Auseinandersetzung mit anderen Patienten, in zwei Fällen wegen des Substanzgebrauchs und in jeweils einem Fall aufgrund des Androhens von eskalierendem Verhalten (Gewalt) aufgrund einer angekündigten Urin- und Zimmerkontrolle sowie der eingeräumten unerlaubten Abgabe von Medikamenten an andere Patienten und wegen regelwidriger Tauschgeschäfte angeordnet (vgl. hierzu – auch im Hinblick auf das Ziel/den Zweck der Maßnahmen – Tabelle 5).

Tabelle 5

Gründe für den jeweiligen Zimmerverweis sowie Ziel/Zweck der Maßnahme

ZV-Nr.	Gründe	Ziel/Zweck des ZVs
1	positiver toxikologischer Befund im Hinblick auf den Konsum von THC	Aufklärung des Sachverhaltes; Kontakte zu anderen Patienten unterbinden sowie die Weitergabe von Suchtmitteln und des weiteren Substanzgebrauchs; Reflexion des eigenen Verhaltens
2	verbale und körperliche Auseinandersetzung mit einem weiteren Patienten vor dem Hintergrund eines Konfliktes	Separierung zum Eigen- und Fremdschutz, Verhinderung weiterer Eskalation, zudem Klärung des Konfliktes
3	verbale Auseinandersetzung mit einem Patienten, Androhen von Gewalt	Beruhigung; Verhinderung von Eskalation
4	verbale Auseinandersetzung mit einem Patienten, Androhen von Gewalt und fremdaggressives Verhalten gegenüber Mitarbeitern	Beruhigung; Verhinderung von Eskalation und ausübender Gewalt
5	verbale und körperliche Auseinandersetzung mit einem weiteren Patienten vor dem Hintergrund eines Konfliktes	Verhinderung von Eskalation; Klärung des Konfliktes
6	Zugabe des unerlaubten Beikonsums von Opioiden (Buprenorphin) sowie erhebliches subkulturelles Potenzial im Hinblick auf die Beschaffung	Separierung zur Verhinderung des fortgesetzten Beikonsums und der weiteren Suchtmittelbeschaffung; Klärung des Sachverhaltes
7	Androhen von eskalierendem Verhalten (Gewalt) aufgrund einer angekündigten Urin- und Zimmerkontrolle; Einräumen der unerlaubten Abgabe von Medikamenten (Neuroleptika) an andere Patienten	Deeskalation/Entspannung der Situation, Ausschluss von Fremdgefahr
8	regelwidrige Tauschgeschäfte auf der Station mit anderen Patienten als auch fehlende Aussprachebereitschaft	Auseinandersetzung mit regelwidrigem Verhalten, Entwickeln einer Aussprachebereitschaft

Die Patienteninterviews zu den stattgehabten ZE und ZV dauerten zwischen 8 und 36 Minuten ($M = 15.4$, $SD = 7.6$), die Mitarbeiterinterviews zwischen 5 und 43 Minuten ($M = 16.9$, $SD = 8.8$). Im Durchschnitt dauerten die ZE 53.5 Stunden (Range = 13.0–98.0 Stunden, $SD = 29.2$) – somit 2.2 Tage, die ZV hingegen 79.0 Stunden (Range = 0.3–265.5 Stunden; $SD = 94.8$) – rund 3.3 Tage.

4.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

4.2.1 Patienten. Mithilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden induktiv vorgehend anhand der Patienteninterviews zum ZE und ZV drei Hauptkategorien und acht Subkategorien herausgearbeitet (vgl. Tabelle 6). Zu den Hauptkategorien zählen: (1) Persönliche Erfahrungen mit der aktuell angewandten Maßnahme, (2) Reaktionen des Personals auf die Maßnahme aus Sicht der Patienten und (3) persönliche Einstellungen zur Maßnahme.

Tabelle 6

Haupt- und Subkategorien der Patienten zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis

Hauptkategorien	Subkategorien
Persönliche Erfahrungen mit der aktuell angewandten Maßnahme	Gefühle und Befinden Gedanken Erleben Verhalten
Reaktionen des Personals auf die Maßnahme	
Persönliche Einstellungen zur Maßnahme	Bewertung der Maßnahme Auswirkungen der Maßnahme Gewünschte Veränderungen (Bilanzierende) Aussagen zum ZE und ZV

Persönliche Erfahrungen mit dem aktuellen ZE

Gefühle und Befinden

Ein gutes Befinden wurde von Patienten benannt, die den Eindruck hatten, alles im Zimmer zu haben, was sie brauchen. Die Zuwendung durch das Personal – in Form von Gesprächen, gemeinsamem Kaffeetrinken und gelegentlichem Vorbeischauen beim Patienten – erleichterte zugleich für sie den Einschluss und entspannte die Atmosphäre zwischen beiden Parteien. Eine Patientin, die sich im ZE wohlfühlte, hatte sich freiwillig einschließen lassen, da sie dies als geeignete Intervention zur persönlichen Beruhigung hielt. Ein weiterer Patient hatte angegeben, sich im Zimmer wohlfühlt zu haben, sodass im Verlauf seine Stimmung gestiegen sei.

Im Allgemeinen wurden jedoch vonseiten der Patienten überwiegend negative Gefühle infolge des ZEs berichtet, die sehr vielfältig waren.

*„Das war eine ganze Palette gemischter Gefühle von missverstanden, angespannt, wütend.“
(P1)*

Ein Patient hatte ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Behandler team aufgrund seines Verhaltens, das zum ZE geführt hatte. Andere Patienten gaben an, während des ZEs vom Personal unterdrückt und „mundtot“ (P5) gemacht worden zu sein. Im Allgemeinen hätten sie sich schlecht und „von oben herab“ (P9) behandelt gefühlt, was dazu beitrug, sich gegenüber den Mitarbeitern nicht zu öffnen respektive sich ihnen nicht anzuvertrauen. Wiederum andere Patienten kritisierten die subjektiv empfundene fehlende Gleichbehandlung von Patienten. So fühlten sie sich aufgrund des ZEs ungerecht behandelt, da andere Patienten bei ähnlichem Verhalten nicht eingeschlossen wurden beziehungsweise keine Konsequenzen erfuhren. Diese Wahrnehmungen führten zu Enttäuschungen in Bezug auf das Personal. Kritisiert wurde auch, dass es aus Sicht der Patienten nicht zum ZE hätte kommen müssen, wären sie im Vorfeld vom Personal bei ihren Problemen (z. B. Diskrepanzen mit Mitpatienten, erhöhter Suchtdruck, usw.) unterstützt worden, was das Gefühl des Im-Stich-gelassen-worden-seins verstärkte. Alleine gelassen und wenig unterstützt hatten sie sich auch während des ZEs gefühlt, da erwünschte Kontakte und Gespräche zu vertrauten Mitarbeitern ausblieben. Beschrieben wurden auch eine empfundene Entmenschlichung, Einsamkeit/Isolation und Gefühle des Ausgeschlossenwerdens – was bei einigen Patienten, zum Beispiel mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach sozialen Kontakten, (durch starkes Grübeln und eine erhöhte Angst) das Wohlbefinden reduzierte.

„Man wird isoliert von der kompletten Welt.“ (P3)

„Es ist halt ein soziales Verhalten – und das nimmt man uns so. Für mich hat das was mit Menschlichkeit zu tun, und – ja, man entwürdigt mich meiner Menschlichkeit.“ (P3)

Partiell wurden durch den ZE Gefühle evoziert, welche zu Vergleichen mit einer Justizvollzugsanstalt (JVA) führten.

*„... das ist im Knast auch nicht anders. Knast ist auch 23 Stunden Zelle zu, eine Stunde auf.“
(P10)*

*„Wenn immer gesagt wird, ‚wir sind eine Klinik, kein Gefängnis, die nicht bestrafen will‘, fühlt sich der Einschluss genau wie das an, was sie eigentlich nicht sein wollte – die Klinik.“
(P7)*

Einige Patienten gaben an, sich durch die Maßnahme – insbesondere aber auch durch die Länge des Vollzuges des ZEs (trotz Klärung des Sachverhaltes) – bestraft und schikaniert gefühlt zu haben und vom Arzt gar gequält worden zu sein. Wiederum andere hatten berichtet, von sich

aus einen unerlaubten Substanzgebrauch eingeräumt zu haben, was jeweils einen ZE nach sich gezogen hatte, sodass sie nunmehr ihre Ehrlichkeit bereuten und den ZE als inadäquate Bestrafung erlebten.

Von den Patienten beschrieben wurde, vom gesamten ZE-Ablauf genervt, grundsätzlich im Einschluss hoffnungslos, traurig, verängstigt und vom Personal enttäuscht sowie aufgrund einer inadäquaten Anwendung des ZEs wütend und verärgert gewesen zu sein. Andere Patienten fühlten sich bezüglich der Maßnahme machtlos. Mit zunehmender Dauer des ZEs – und wegen einer erhöhten Auseinandersetzung mit sich selbst – waren sie erschöpft und wurden nervös, unruhig, angespannt und fühlten sich gestresst (partiell einhergehend mit einer Appetitlosigkeit) – vor allem auch, wenn sie daran dachten, wie andere Patienten zu den Therapien, auf den Klinikhof gingen oder die Klinik verließen. Auch fühlten sie sich teilweise „menschenunwürdig behandelt“ (P7) und des ZEs wegen wie eine Laborratte behandelt.

„Ich fühle mich leicht wie eine Laborratte, an der probiert wird: Wie könnte es denn funktionieren?“ (P9)

Gedanken

Einige Patienten hatten angegeben, grundsätzlich negative Gedanken im ZE gehabt zu haben. Im Allgemeinen dachten sie einerseits über sich, über ihr Verhalten, das zum ZE geführt hatte, über den ZE selbst, aber auch über das Personal und die gesamte Therapie nach. Manche Patienten, welche aufgrund eines Drogenkonsums in den ZE genommen wurden, hatten darüber nachgedacht, wie sie in Zukunft den Konsum verbergen könnten, sodass es nicht erneut zum ZE kommt. Andere Patienten hingegen überlegten, wie sie in Zukunft einen Suchtmittelrückfall verhindern könnten. Zudem gab es Patienten, die für sich die Richtigkeit des ZEs auf ihr Verhalten erkannten, über künftige Problemlösungen – auch durch erhöhte Bemühungen vonseiten des Personals – nachdachten und an ihren Verhaltensproblemen arbeiten wollten, sodass es nicht noch einmal zu einem ZE kommen wird. Überlegungen waren auch, ob das vom Patienten gezeigte Verhalten beim Personal zu einem anderen Bild vom Patienten geführt hatte.

Es gab zudem Patienten, die für sich die Therapiefortschritte bilanzierten, indes sie selbst eine Zeit lang auf den ZE als deeskalierendes Mittel zurückgriffen. Dachten sie über den ZE selbst nach, so schwand ihr Verständnis für die Maßnahme mit anhaltender Dauer dieser oder sofern sie die Gründe für die Anwendung der Maßnahme nicht nachvollziehen konnten. Die Mehrheit der Patienten vermochte die Gründe, die zum ZE geführt hatten, nachzuvollziehen. Es gab Patienten, welche hinsichtlich der Therapie und des Therapieverlaufes Bilanz zogen (über den Sinn nachdachten) und – zum Beispiel aufgrund einer erlebten Hoffnungslosigkeit und wegen der empfundenen Ineffektivität des ZEs (bezüglich der Klärung der grundlegenden

Problematik, die zum ZE geführt hatte) – einen Therapieabbruch erwogen.

„Ja, ich habe mich wirklich, ich habe mit allem hier auch abgeschlossen, sage ich mal. Ich bin hierhergekommen mit der Hoffnung, dass man mir hier helfen kann, da ich auch vorher im Knast schon eigentlich abgeschlossen habe mit meiner Zukunft, ne. Dann habe ich einen Funken Hoffnung noch gesehen und bin hierhergekommen. Und nach fünf Wochen, was das jetzt war, oder sechs Wochen, diese Aktion da, die hat mich so weit runtergerissen, mit dem Zimmereinschluss noch zusätzlich“ ... „dass ich gesagt habe: ‚Jetzt reicht es. Bevor ich hier auf dem Zahnfleisch gehe und hier noch tot entlassen werde, breche ich lieber ab und gehe in den Knast. Weil – im Knast geht es mir dann besser.‘“ (P6)

Andere Patienten, teilweise auch solche, die bereits in der Vergangenheit im MRV untergebracht und aus ihrer Sicht schon einst in der Therapie gescheitert waren, fürchteten nun einen (erneuten) Therapieabbruch vonseiten der Klinik und eine Rückverlegung in die JVA, sodass sie sich um ihre Zukunft sorgten. Wiederum andere Patienten dachten grundsätzlich negativ über die bisher erlebte Therapie und waren von ihrer Effektivität wenig überzeugt.

Erleben

Während einige Patienten den ZE als in ihrer Situation richtige Maßnahme (als das Beste) erlebten und sich manch einer (auch aufgrund von häufigen Hafterfahrungen) nach einiger Zeit an den ZE gewöhnt hatte – entsprechend gelassen reagierte, erlebte die Mehrheit der Patienten den ZE als negativ. Die Anwendung des ZEs wurde von dem einen oder anderen als falsch, als nicht gerechtfertigt, als bewusst den Patienten schaden wollend und als kontraproduktiv hinsichtlich der Effektivität (kein Aufarbeiten der zugrundeliegenden Problematik) und der evozierten negativen Auswirkungen (auf die Gefühle, das Befinden [wie Suchtdruck]) und das eigene Verhalten (indem das zum ZE geführte Verhalten in Zukunft heimlich gezeigt wird) erlebt. Als allgemein schlecht wurde die Ungewissheit bezüglich des weiteren Verlaufes beschrieben.

„Also, zu mir wurde nur gesagt: ‚Heute bleibt die Tür erst mal zu.‘ ... So, und dann, am nächsten Tag habe ich wenigstens gedacht, dass ich dann an der Morgenrunde oder so teilnehmen kann. Aber da war ja gar nichts! ... So, und ich saß hier dann wie bestellt und nicht abgeholt, fand ich auch ein bisschen scheiße – so die fehlenden Informationen.“ (P 9)

Als am schlimmsten während des ZEs empfanden die Patienten die Einschränkungen hinsichtlich des Telefonierens, die ausgesetzte Therapieteilnahme als auch die Handlungs- und Bewegungseinschränkungen (z. B. sich selbst keinen Kaffee kochen können), aber auch die Ungewissheit über die Dauer des ZEs und etwaige Verzögerungen des Lockerungsprozesses in der Unterbringung. Anderen Patienten machten vor allem die psychischen Auswirkungen des ZEs zu schaffen, da sie die Ruhe nicht ertrugen, stattdessen unruhig wurden, sehr viel grübelten, sie die Maßnahme als ungerecht oder partiell als Angriff auf die eigene Person erlebten, sie sich

ausgeschlossen, von der Patientengruppe isoliert und einsam fühlten.

Verhalten

Es gab Patienten, die aufgrund negativer Gefühle Copingstrategien zur Bewältigung des ZEs einsetzten, indem sie sich beim Anwalt über die rechtliche Grundlage von Zwangsmaßnahmen informierten, sich mit einer notfalls juristischen Unterstützung als auch mit der Endlichkeit des ZEs trösteten oder sich bemühten, dem ZE mit einer gewissen Gleichgültigkeit zu begegnen.

Im Zimmer hatten sich die Patienten mit Fernsehen schauen, Malen, Schlafen, Radio und Musik hören, mit Nachdenken, Lesen, Puzzeln, Schreiben, Rauchen, Playstation oder Gitarre spielen, Essen, dem Führen von Fenster-, Selbstgesprächen oder Gesprächen mit verschiedenen Mitarbeitern (mit dem Pflegepersonal, den Psychologen und Ärzten) und mit dem Vorbereiten auf richterliche Anhörungen beschäftigt, oder sie überbrückten den ZE durch die Einnahme von psychotroper Medikation, sodass sie die Zeit über beinahe ausschließlich schliefen.

Reaktionen des Personals auf den ZE

Die Reaktionen des Personals wurden als abhängig vom jeweiligen Mitarbeiter und der jeweiligen Beziehung zwischen Mitarbeiter und Patient beschrieben. Die Patienten gingen davon aus, dass die Gefühle und Gedanken der Mitarbeiter insgesamt eine breite Range einnehmen und zwischen Mitleid, Traurigkeit, Enttäuschung vom Patienten, Genervtsein (des erhöhten Arbeitspensums wegen [z. B. durch die pflegerische Versorgung – Essen, Tabletten bringen, Sichtkontrollen, usw.]) und Freude / persönlicher Befriedigung (durch das Ausüben von Macht, Bestätigung ihrer guten Arbeit – bspw., wenn sie bei jemandem Drogen finden) rangieren.

„Ich denke, von ‚Armer Kerl, was hat er nur gemacht?‘ bis hin zu ‚Hat er verdient – schon viel früher und viel länger‘.“ (P7)

Die Patienten hatten den Eindruck, dass die Mitarbeiter den ZE als normal, routiniert, alltäglich und gerechtfertigt erlebten, hierauf mit (emotionaler) Gleichgültigkeit reagierten oder ihnen aufgrund der klinikinternen Vorschriften keine andere Wahl blieb, indes sie „nur ihren Job“ (P3) vollführten. Bei wiederum anderen Patienten entstand der Eindruck, dass die Mitarbeiter es sich mit dem ZE „viel zu einfach“ (P5) machten. Das Pflegepersonal wurde als „Ja-Sager“ (P5) bezeichnet, welches sich mit der emotional unbeteiligten Anwendung des ZEs leitenden Personen rigide unterordnen würde. Deren Umgangsform wurde als unangemessen und inkompetent beschrieben. Einige Patienten nahmen an, dass die Mitarbeiter den ZE nicht gerne vollziehen, dass sie das Einschließen als unangenehm erleben und sich daher unwohl fühlen.

Persönliche Einstellungen zum ZE

Bewertung des ZEs

Grundsätzlich, so benannten es einige Patienten, sei der ZE alternativlos und das effektivste Mittel zum Umgang mit dysfunktionalem Verhalten. Als wichtig erachtete Grundsätze, die bei der Anwendung des ZEs eingehalten werden sollten, erklärten sie ein individuenzentriertes Vorgehen (keine pauschale Anwendung), die Angemessenheit der Maßnahme in Relation zum gezeigten Verhalten des Patienten (z. B. bei gewalttätigem, fremdaggressivem Verhalten), die zeitliche Begrenzung und die Notwendigkeit, zugleich die Ursache des zugrundeliegenden Problems zu lösen (das heißt, eine Problemaufarbeitung; ansonsten sei der ZE ineffektiv).

Es gab Patienten, welche den – auch freiwillig gewählten – ZE als gutes Mittel zur Selbst-, Emotions- und Verhaltensregulation beschrieben. Der ZE wurde als positive, als für bestimmtes Verhalten gerechtfertigte Maßnahme bewertet, welche Patienten zum Nachdenken über ihr Verhalten und dessen Auswirkungen (auch auf andere Personen) anrege, Fehlverhalten korrigiere und als milderes Mittel der Verbringung im KR vorgezogen werden sollte.

Andere Patienten deklarierten den ZE als nutzlose und inadäquate Bewältigungsstrategie, da er nicht bei der eigentlichen Problembewältigung helfe und keine Arbeit am und mit dem Patienten bedeute. Als negativ stuften die Patienten den ZE auch deshalb ein, da er an Strafe und Gefängnismethoden mit negativen/schädlichen Auswirkungen erinnere.

„Das ist natürlich auf eine Art ein bisschen Psychoterror. Aber auf der anderen Art, wenn das Brett dann zu ist, ist das natürlich vom Gefühl her eine Bestrafung.“ (P6)

„Ja, also im Knast, in Gefangenschaft nochmal eingesperrt werden, unbegründet, was in dem Fall ja war.“ (P6)

Negative Bewertungen zum und die Ablehnung des ZEs bezogen sich auch auf eine erachtete Wirkungslosigkeit, sprich auf die Ineffektivität dieser Maßnahme, da sie grundsätzlich „nichts besser“ (P9) mache, langfristig nicht zu Verhaltensveränderungen führe und die schädlichen Auswirkungen des ZEs die positiven überwiegen würden.

„Tja, hier drinnen können sie mich zwar einsperren, aber draußen kann ich trotzdem machen, was ich will.“ (P10)

„Na ja, im Großen und Ganzen nicht gut. Es hat mich viel weiter runtergepresst, als dass es irgendwo einen Nutzen hatte.“ (P3)

Auswirkungen des ZEs

Nur sehr wenige Patienten gingen von einer vollständigen Wirkungslosigkeit des ZEs aus. Die Auswirkungen des ZEs auf den Patienten wurden von anderen als im Allgemeinen sehr unterschiedlich eingeschätzt.

„Es gibt wirklich welche, die zerbrechen an so einem Einschluss. Und dann gibt es welche, die machen sich einen Kopf. Und dann gibt es welche, die werden einfach nur noch gleichgültig.“ (P9)

Positive Auswirkungen auf den Patienten hatte der ZE insofern, als dass dieser dem Eigen- und Fremdschutz diene, die Patienten Zeit für sich hatten, zur Ruhe kamen, ausschlafen konnten und begannen, alleine oder mithilfe therapeutischer Unterstützung ihr (Fehl-) Verhalten zu reflektieren, über alternative Verhaltensweisen nachzudenken und wegen einer empfundenen Reue Verantwortung für ihr schuldhaftes / therapieschädigendes Handeln übernahmen. Die Hemmschwelle für ähnlich gelagertes Verhalten in der Zukunft erlebten sie infolgedessen als höher. Als positive Folgen wurde darüber hinaus beschrieben, dass die Patienten sich um nichts kümmern mussten, da das Pflegepersonal das Wichtigste für sie erledigte.

Im Hinblick auf den betreffenden Patienten wurden allgemein negative Auswirkungen auf sein Befinden, seine Gefühle, Gedanken und sein Verhalten beschrieben. So würde der ZE zu Langeweile, verstärktem Grübeln, einem insgesamt schlechteren Befinden und zur Verstärkung der psychiatrischen Symptomatik (Depression, Panik, erhöhter Suchtdruck) – auch wegen der erfahrenen Einsamkeit – führen.

„Na, im Endeffekt, dass man mich weiter in so eine depressive Art reinstopft. So. Man wird isoliert. Der Mensch ist ein Sozialtier oder Gesellschaftstier, und es fördert das halt nicht, und wenn ich Depressionen habe, kriege ich negative Gedanken und, na ja, das ist halt auch nicht förderlich für die Therapie allgemein.“ (P3)

Da einige Patienten den ZE als ungerecht erlebten und hierauf mit Wut reagierten, entluden sie diese negativen Gefühle in aggressivem, widerständigem Verhalten gegenüber dem Personal.

Als nachteilig wurden auch diverse Einschränkungen im Zusammenhang mit dem ZE erlebt. So führte der Einschluss zu räumlichen, Bewegungs- und Beschäftigungseinschränkungen (wie Kochen, usw.), was sogleich die Passivität der Patienten förderte. Diese hatten während des Einschlusses keinen Kontakt zu Mitpatienten (obschon gerade dieser Austausch von einigen als sehr hilfreich und wichtig erlebt wurde) und durften nicht an den Therapien teilnehmen. Bei dem einen oder anderen wirkten sich diese Einschränkungen wiederum negativ auf das psychische Erleben aus.

„So ein Zimmereinschluss an sich ist für mich eine Stresssituation, weil, ich muss mich bewegen und so, ich kann das nicht, den ganzen Tag nur auf Bude glucken.“ (P1)

In negativer Weise Einfluss nehmend sei der ZE auch auf die therapeutische Beziehung, die sich infolgedessen mitunter verschlechterte.

„Die zerstören eher das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut, Pflegepersonal und Patient.“ (P7)

Aufgrund des ZEs brachten einige Mitpatienten Sympathie, Mitgefühl und ein Bedauern für den vom ZE betroffenen Patienten auf – manche auch deshalb, da sie selbst Erfahrungen mit dem ZE gemacht hatten. Das wiederum stärkte den Zusammenhalt untereinander. Aus Sicht der Patienten gewissermaßen vom ZE mitbetroffen waren auch die unbeteiligten Patienten, welche sich in einem Doppelzimmer befanden und womöglich durch den Einschluss (somit durch die erhöhten Einschränkungen) ebenfalls eine Art Bestrafung erfahren, mit der Zeit mitunter genervt reagieren und aufgrund dessen die Beziehung untereinander leide.

Gewünschte Veränderungen

Einige Patienten plädierten für die vollständige Abschaffung des ZEs, andere benannten lediglich die Anwendung effektiverer Alternativen, wie die „aktive Aufarbeitung“ der Situation (P9) mit einem Psychologen oder Arzt (durch Reflexion des eigenen Verhaltens – auch mithilfe von Verhaltensanalysen), das gemeinsame Entwickeln von Strategien für den Umgang mit ähnlichen Situationen in der Zukunft, allgemein das Führen von Gesprächen, das intensive Eingehen auf den Patienten, eine „engere, eine dichtere Kommunikation mit der Bezugspflegerin“ (P7) oder aber den ZV oder gegenseitige Zimmerbesuchsverbote dem ZE vorzuziehen. Explizit gewünscht wurde ebenfalls, künftig gemeinsam konfliktäre/schwierige Situationen zu lösen, insgesamt bei einer bestehenden Problematik (wie einem Suchtmittelrückfall) unterstützt zu werden und dass nach erfolgter Aufarbeitung und Einsicht des Patienten ins eigene Fehlverhalten der ZE unverzüglich aufgehoben werde.

„Wichtiger für mich wäre – gerade in Zeiten, also, ich sage mal, wo diese Dinge passiert sind, dass Aufarbeitung und Gespräche erfolgen; quasi eine noch engere Zusammenarbeit mit dem Patienten, als einfach die Tür abzuschließen.“ (P7)

Andere gewünschte Veränderungen bezogen sich auf den Vollzug des ZEs, wobei hier ein respektvoller Umgang mit dem Patienten und eine kürzere Anwendung des ZEs genannt wurden, und auf die Rahmenbedingungen des ZEs. Von einigen Patienten wurde vorgeschlagen, währenddessen nicht die persönlichen Sachen aus dem Zimmer zu entfernen (was gelegentlich vorkomme), auch mit der Familie telefonieren zu können, längere Fernsehen- und Playstation-Zeiten zugestanden zu bekommen, weiterhin in der Gemeinschaft essen und an den Therapien teilnehmen zu dürfen. Lediglich zwei Patienten hatten angegeben, nichts ändern zu wollen.

Persönliche Erfahrungen mit dem aktuellen ZV

Gefühle und Befinden

Die von den Patienten beschriebenen Gefühle rangierten zwischen positiven über neutrale bis hin zu negativen Gefühlen. Während sich ein Patient im Doppelzimmer nicht einsam fühlte, gab es auch Patienten, die (z. B. aufgrund einer Entzugssymptomatik) froh waren, alleine zu

sein oder sich allgemein entspannt fühlten. Einige Patienten fühlten sich ungerecht behandelt, mit dem ZV bestraft, von der Patientengruppe isoliert, ausgegrenzt/ausgeschlossen, eingesperrt und somit haftähnlich behandelt.

„Wie soll ich mich gefühlt haben? Eingesperrt sein – fühlt man sich scheiße.“ (P18)

„Also, ich – gerade so, weil es ja hier eine Therapieeinrichtung ist, finde ich persönlich, wir sollen ja hier auch dieses Haftdenken ablegen und so was alles. Ich meine, das habe ich auch schon so oft gehört. Aber dann kommt man ja mit dem Zimmerverweis auch nicht weiter, weil es ist dann nichts anderes ist als in Haft.“ (P11)

Gedanken

Während des ZVs hatten die Patienten über den ZV selbst, über sich, über ihr Leben und ihre Zukunft sowie über die Mitpatienten, das Personal und die Therapie nachgedacht. Nicht immer brachten sie Verständnis für den ZV auf. Während einige der Angemessenheit der Maßnahme eher ambivalent gegenüberstanden, gab es Patienten, die – da sie glaubten, korrekt gehandelt zu haben – kein Verständnis für den ZV zeigten. Dies führte zu Überlegungen nach dem Sinn der Therapie, welchen sie anzweifeln, zum Abwägen der Vor- und Nachteile zwischen MRV und JVA bis hin zu Gedanken an den Abbruch der Therapie. Die meisten Patienten hingegen berichteten, dass der ZV aufgrund des durch sie begangenen Regelverstoßes angebracht gewesen sei oder aber als Maßnahme geeignet schien, eine weitere Eskalation zu verhindern. Manche Patienten hatten das eigene Verhalten, das zum ZV geführt hatte, aber auch die Wirkungen des eigenen Verhaltens auf andere Personen reflektiert.

„Mein Bezugspfleger „...“ hat gesagt, er hat mich noch nie so erlebt. Darüber habe ich natürlich auch nachgedacht.“ (P13)

Einige hatten aus dem Geschehenen auf einen weiteren Therapiebedarf geschlossen oder für sich erkannt, in Zukunft anders handeln zu wollen, sodass es nicht noch einmal zum ZV kommen wird. Es gab Patienten, die über die Aussagen ihrer Mitpatienten, mit denen es zuvor zu Schwierigkeiten gekommen war, nachdachten oder gezielt nach Lösungsmöglichkeiten für ihre Situation suchten.

Erleben

Auch das Erleben des ZVs wurde als sehr unterschiedlich beschrieben. Der ein oder andere Patient hatte sich inzwischen an den ZV gewöhnt, was teilweise auch mit dem tagtäglichen Nachteinschluss begründet wurde. Manch einer war gelangweilt oder aufgrund der erhaltenen Medikation derart sediert, dass er nicht viel vom ZV mitbekommen hatte. Mehrere Patienten, die vor allem Hafterfahrungen hatten, hatten angegeben, den ZV als „nicht schlimm“ (P13, P16) erlebt zu haben oder dass es ihnen „egal“ (z. B. P12, P16) gewesen sei.

Für einige Patienten verging die Zeit im ZV relativ schnell, da sie eine Stellungnahme zu dem Vorkommnis geschrieben hatten. Prinzipiell erlebten vor allem diejenigen Patienten den ZV auf eher positive Weise, die diese Maßnahme als angemessen bewerteten. Es gab sogar den einen oder anderen, der den ZV als hilfreich ansah und noch freiwillig über den angeordneten ZV hinaus im Zimmer verblieb.

Zwei Patienten erlebten den ZV als ungerecht, da sie sich vermeintlich korrekt verhalten hatten und die Entscheidung aufgrund dessen nicht nachvollziehen konnten. Im Hinblick auf den Vollzug des ZVs erlebte ein Patient vor allem den Verlust der Tagesstruktur und die mit dem ZV in Zusammenhang stehenden weiteren Konsequenzen als herausfordernd und schwierig, was er als langen Prozess beschrieb.

„Wie gesagt, ich bin mir ja schon bewusst, dass ich einen Fehler gemacht habe, aber ja, halt das mit diesem Zimmerverweis, und dass sich das alles so extrem in die Länge zieht, ... also – bis ich wieder zur Ergo durfte oder gerade auch so Sachen, die einen ablenken ..., so zum Sport zu gehen und so was alles, dass das einem auch gecancelt wird.“ (P11)

Von anderen Patienten wurden die erfahrenen Einschränkungen und erlebten Abhängigkeiten vom Personal während des ZVs als negativ berichtet.

„Wenn ich duschen gehen wollte, sollte ich Bescheid sagen, auf die Glocke gehen... Aber es ist schon scheiße, ne.“ (P18)

Für einen Probanden stellte vor allem die Tatsache, dass die Zimmertür nicht abgeschlossen ist, er jedoch das Zimmer nicht verlassen darf, eine Herausforderung dar (sich dennoch am Verbleib im Zimmer zu halten).

„Die eine Sache ist, das ist Psychoterror, wenn man nur im Zimmerverweis ist. Man darf nicht raus, man weiß, die Tür ist auf.“ (P6)

Als am schlimmsten hatten die Patienten die Isolation, das Allein- und Eingesperrtsein, das Schreiben einer Stellungnahme zum Fehlverhalten, die Bewegungseinschränkung, die reduzierten Möglichkeiten zum Abreagieren und die Ungewissheit darüber, was sie falsch gemacht hatten, oder aber wie es weitergehen würde, erlebt.

„Am schlimmsten? Na – überhaupt nicht rauszugehen. Ich hatte zwar die Möglichkeit, eine Stunde / ... auf dem Innenhof. Aber da komme ich mir vor wie ein Hund im Zwinger. Also, so ein kleiner Hof – und da so eine Stunde rumzudallern.“ (P11)

Verhalten

Ein Patient, der einräumte, etwas agitiert gewesen zu sein, beleidigte aus dem Zimmer heraus das Personal und bollerte gegen die Tür. Die meisten Patienten beschäftigten sich hingegen und versuchten, mit dem Schreiben einer Stellungnahme, mit Fernsehen schauen, Nachdenken,

Kaffee trinken, Musik hören, Modellbauen, Kraftsport, Lesen und mithilfe von Gesprächen mit dem Psychologen die Zeit zu überbrücken.

„(...) entspannt. Ich habe mich aufs Bett gelegt, ich habe mir aus meinem Notfallkoffer so eine chillige Musik rausgeholt, so Urwaldgeräusche und Wasser, habe mich entspannt eine halbe, dreiviertel Stunde. Und dann habe ich mir einen Kaffee gemacht, mir machen lassen, ich durfte ja nicht raus. Und, ja, dann habe ich mich hier noch ein, zwei Stunden auf dem Zimmer aufgehalten und habe währenddessen die Stellungnahme geschrieben.“ (P13)

Reaktionen des Personals auf den ZV

Die Reaktionen des Personals hinsichtlich des ZVs wurde als abhängig von der jeweiligen Person beschrieben. Nur wenige Patienten nahmen an, dass die Mitarbeiter von der Situation und dem ZV emotional berührt sind. Manch einer glaubte, dass es den Mitarbeitern völlig egal sei, ob sich ein Patient im ZV befinde oder nicht. Einige Patienten glaubten, dass die Mitarbeiter sogar Freude am ZV hätten. Andere Patienten erlebten die Mitarbeiter hingegen teilweise als erschrocken wegen ihres gezeigten Verhaltens. Sie imponierten aus Patientensicht angespannt und sogleich bemüht, die jeweilige Situation zu deeskalieren.

Weiter beschrieben wurde von den Patienten, dass die Mitarbeiter des ZVs wegen einer Art Genugtuung erleben, ihre Macht missbrauchen und sich gezielt einzelne Patienten ausspicken würden.

„Ich habe so das Gefühl, dass manche sich sogar gefreut haben.“ (P16)

„... aber bei vielen habe ich das Gefühl, dass die ihre Macht hier auch ganz schön missbrauchen.“ (P15)

„Und dann gibt es auch viele, die sagen: ‚Auf den schieße ich mich jetzt ein, der kriegt das heute ab‘.“ (P17)

Andererseits nahmen einige Patienten an, dass das Personal den ZV nicht gerne anwende, dass dieses selbst gar den ZV ablehnen würde, aber seinen beruflichen Verpflichtungen strikt und ungefragt nachzukommen habe.

Persönliche Einstellungen zum ZV

Bewertung des ZVs

Der ZV wurde von einigen als Maßnahme mit Vor- und Nachteilen deklariert, als nutzlos angesehen, wenn die eigentliche Ursache des Problems nicht behoben wird, und als letztes, verfügbares Mittel, somit als alternativlos bewertet.

„Die Einzelgespräche, die (...) Therapieangebote, der Zimmerverweis oder -einschluss ist ja letztendlich die letzte Maßnahme, die sie ergreifen, wenn nichts mehr geht. Ja, und daher würde ich diese Frage auch mit ‚nein‘ beantworten, dass es da keine anderen Möglichkeiten gibt. Weil, das dient ja auch nicht nur für die, die den Verweis dann bekommen, sondern auch der Gruppe.“ (P13)

Als wichtig erachtete Grundsätze bei der Anwendung des ZVs sah man das Berücksichtigen der Individualität/des Einzelfalls und die Bedeutsamkeit der adäquaten ZV-Anwendung in Anlehnung an die zugrundeliegende Problematik.

„Wie gesagt, es soll ja individuell auf den Menschen eingegangen werden, und es soll besprochen werden, warum und weshalb.“ (P11)

„Kommt drauf an, kommt auf die Situation und das Verhalten an. Wenn es eine Streitigkeit ist, verbal, dann wäre er nicht gerechtfertigt. (...) Aber wenn es jetzt um körperliche Gewalt geht, da wäre es sehr gerechtfertigt.“ (P15)

Positive Bewertungen inkludierten Aussagen dazu, dass der ZV als eine Art „Ventil“ (P13), als positives therapeutisches Mittel/Werkzeug diene, keine Bestrafung sei, sondern Patienten eine Auszeit ermögliche, bei der man nichts entbehren müsse.

„Für sie ist es, wie ich vorhin schon sagte, ein Werkzeug. Letztendlich wollen sie ja auch den Patienten helfen und nicht schaden. Einfach nur zum Denken bewegen, oder – ich weiß es nicht, je nachdem, was für ein Fall da vorliegt, ne, und was er dann letztendlich daraus macht.“ (P13)

„... in dem Sinne bestrafen sie ja nicht, in dem Sinne ist das so (...), die haben eine Pause von allem, ne. Die können sich dann ins Bett legen, die können das machen, worauf sie Lust haben, das ist keine Bestrafung dann, ne. Ja, weil, man hat hier ja alles im Zimmer. Man hat hier seinen Fernseher, man hat hier seine Zigaretten und alles.“ (P17)

Negative Bewertungen der Patienten zum ZV bezogen sich auf allzu lange Verweise, auf eine unverhältnismäßige Dauer und eine allgemein benannte Sinn- und Wirkungslosigkeit der Maßnahme, was somit den Einsatz des ZVs nicht rechtfertige.

„Wenn ein Zimmerverweis für eine Woche oder so ist, das ist dann schon Bestrafung, weil – man hat dann keinen Kontakt zu anderen, und dann schränkt sich das alles negativ auf einen selber ein.“ (P17)

Die Hälfte der Patienten, die sich im ZV befanden, hatten angegeben, den ZV „nicht gut“ zu finden (P12, P17), dass dieser nicht sein müsse (P16) und dass der ZV ein Mittel sei, „sich das leicht zu machen“ (P11).

Auswirkungen des ZVs

Es wurde von den Patienten angenommen, dass die Auswirkungen des ZVs auf den Patienten abhängig vom jeweiligen Typ und von etwaigen Hafterfahrungen sind.

„Ja, aber ich denke auch, das liegt an der Person selbst: Wie er damit umgeht, wie er sich dem Problem gegenüber öffnet, wie der das aufarbeitet.“ (P13)

„Ja, also – ich kann erst mal für die Leute, die das nicht kennen, die nicht diese Hafterfahrung haben und nicht so lange isoliert waren und so, bei denen kann das ja noch was bewegen. Da bin ich aber am Zweifeln, ob das immer positiv sein kann. Viele sehen das dann auch einfach zu doll als Strafe und steuern dagegen an. Die haben dann, tun sich

schwer, das anzunehmen oder den Sinn dahinter zu verstehen.“ (P13)

Vorteilhafte Auswirkungen wurden hinsichtlich des Patienten selbst und bezüglich anderer Personen (wie den Mitpatienten) genannt. So resümierten sie, dass der ZV Zeit für sich und Ruhe biete, das Regulieren negativer Gefühle (wie Auf- und Erregung, Anspannung, Angst) ermögliche und zum Nachdenken anrege. Letzteres führe im Sinne eines Lerneffektes zur kritischen Auseinandersetzung mit sich selbst, zur Reflexion des eigenen (Fehl-)Verhaltens, zu Überlegungen möglicher Verhaltensänderungen und zu Bestrebungen, nicht noch einmal einem ZV ausgesetzt zu sein.

„Das Einzige, man denkt halt wirklich viel nach, man setzt sich dann auch mit sich selbst auseinander, gerade, wenn man dann wieder wegen so einer Sache in der Kritik steht.“ (P11)

Als vorteilhaft am ZV erachteten die Patienten ebenfalls die grundsätzliche Separierung, welche Schutz für sich und andere biete, insbesondere, wenn es um Fremdaggressivität und Fremdgefährdung geht.

Etwaige Nachteile wurden lediglich in Bezug auf den betroffenen Patienten gesehen – hinsichtlich seiner Befindlichkeit, seiner Möglichkeiten und seines Therapieverlaufes, wobei sich das persönliche Vorankommen in der Therapie aufgrund des ZVs verzögern würde. So verschlechterte sich infolge des Ungerechtigkeitserlebens eines Patienten seine Einstellung zur Psychologin. Auch wurde geäußert, dass der ZV (auch wegen der fehlenden Kontakte zu anderen) – vor allem, wenn er zu lange andauere – das eigene Befinden verschlechtere und negative Emotionen (wie Aggressionen) als auch eine bestehende psychiatrische Symptomatik (wie Depressionen oder Craving [im Rahmen einer Abhängigkeitserkrankung]) verstärke. Der ZV zog auch diverse – als negativ eingeschätzte – Einschränkungen nach sich, worunter sich allgemein die physischen/räumlichen Begrenzungen, die fehlenden Kontakte (Gespräche) / Isolation / Ausgrenzung aus der Gruppe und aus Gemeinschaftsaktivitäten (wie Karten oder Gemeinschaftsspiele spielen), die ausgesetzte Therapieteilnahme, eingegrenzte Telefonzeiten und die Abhängigkeit vom Pflegepersonal subsumieren lassen.

„Ja, man darf halt nicht zusammensitzen, sich mit anderen unterhalten, ja, das ist ein Nachteil.“ (P16)

Gewünschte Veränderungen

Bei einigen Patienten bestand der Wunsch, den ZV abzuschaffen, da dieser als Belohnung angesehen wurde, und stattdessen alternativ auf Gespräche zurückzugreifen.

„Wie gesagt, dafür, dass das hier eine Therapieeinrichtung ist, sollte mehr mit den Patienten gesprochen werden.“ (P11)

Gewünscht wurde überdies, dass während des ZVs mehr auf die Patienten – unter Berücksichtigung ihrer Individualität – eingegangen, das persönliche Gespräch gesucht und das grundlegende Problem aufgearbeitet wird.

„Natürlich werden einem bei Fehlverhalten auch seine Grenzen aufgezeigt, das ist ja alles richtig. Aber vielleicht doch individuell auf die Leute eingehen, also – halt mehr das Gespräch suchen und so was alles. Also, wie gesagt, dass sich ein Vertrauen irgendwo auch aufbaut. Also, sei es seitens der Bezugspfleger oder Therapeuten.“ (P11)

Erhoffte Neurungen im Zusammenhang mit dem ZV bezogen sich darüber hinaus auf organisatorische Aspekte und die Rahmenbedingungen des ZVs. Ein Patient erwähnte, dass grundsätzlich immer zu Beginn des ZVs die anvisierte Dauer des Verweises benannt werden sollte – was Klarheit und Sicherheit beim Patienten evoziere. Die erhöhte Integration in die Gruppe (bspw. durch das Einnehmen gemeinsamer Mahlzeiten, intermittierende Gespräche mit anderen Patienten, usw.), das Gewähren längerer Duschzeiten und zeitweiliger Beschäftigungs- und Ablenkungsmöglichkeiten außerhalb des Zimmers (z. B. in Form von Sport [wie Boxen, Kraftsport, usw.]) – zur Verbesserung der eigenen Befindlichkeit und zur Regulation negativer Gefühle als auch eines etwaigen Suchtdrucks – wurden überdies als wünschenswert erwähnt.

„Dass man sich zusammen hinsetzen kann – sage ich mal, morgens, mittags und abends, dass man mit anderen Patienten mal ein bisschen schnacken kann – sage ich mal, das wurde mir ja auch nicht gestattet, ich sollte auf dem Zimmer essen. Wenn ich duschen gehen wollte, sollte ich Bescheid sagen, auf die Glocke gehen.“ (P18)

(Bilanzierende) Aussagen zum ZE und ZV

Im direkten Vergleich von ZE und ZV wurde für beide Maßnahmen noch einmal bilanziert, dass es zu ihnen keine Alternativen gebe und dass beide Interventionen in Abhängigkeit vom Patienten (mit seinen jeweiligen Besonderheiten) zur Anwendung kommen sollten.

„Also, ich würde mal sagen, es gibt Patienten, welche Angst haben – also, eingeschlossen zu sein. Für diese Patienten würde ich vielleicht die Tür offen lassen.“ (P4)

Viele der interviewten Patienten waren der Ansicht, dass beide Maßnahmen gleich seien, sich nicht (weder in dem Verbot, das Zimmer zu verlassen, noch in möglichen Auswirkungen) unterscheiden würden – lediglich in der Tatsache, dass bei der einen Maßnahme die Tür abgeschlossen, bei der anderen die Tür nicht abgeschlossen ist. Dieses Faktum war einigen Patienten egal. Man müsse im gleichen Zimmer mit der gleichen vorhandenen Ausstattung verbleiben. Beide Interventionen würden Ruhe gewähren und eine Bequemlichkeit fördern.

„Zimmerverweis und Zimmereinschluss ist für mich prinzipiell dasselbe.“ (P7)

„Also, für mich ist das genau das gleiche – ob die Tür nun auf ist oder abgeschlossen ist, ne.“ (P9)

„Bequemlichkeit, ne. Ich muss nichts machen.“ (P9)

Andere erwiderten stattdessen, dass der ZE und ZV nicht vergleichbar seien und sehr wohl Abweichungen aufweisen würden. Alleine die Tatsache, ob die Tür unabgeschlossen oder abgeschlossen bleibt, wurde von den Patienten unterschiedlich verarbeitet und sogleich als entscheidendes Moment (auch im Hinblick auf das eigene Wohl) erachtet, da im Zuge des ZVs eine gewisse Verbindung zur Umwelt / dem Stationsleben bestehen bleibe und auch Kontakte zum Personal leichter angebahnt werden könnten.

„Ja, natürlich, das ist ein großer Unterschied.“ (P16)

„Na, dann kann man mal raus, einen Blick riskieren.“ (P18)

„... das Einzige, was eben halt vorteilhafter ist, ich denke mal, wenn Pflegepersonal da ist, die das nachvollziehen können, die ein bisschen mehr an dich denken, dass die vielleicht mal kurz die Tür aufmachen, dass hier ein bisschen Durchzug ist. Dass hier mal vernünftig gelüftet wird, ne.“ (P9)

Beim Abwägen der Vor- und Nachteile des ZEs und ZVs im direkten Vergleich wurde für den ZE das Sicherheitsgefühl als höher eingestuft. Als nachteiliger wurde allerdings gewertet, dass der ZE von den Patienten in stärkerem Ausmaß als Strafe und härtere Maßnahme gewertet werde, das Gefühl, isoliert zu sein, stärker ausgeprägt sei und weniger Handlungsmöglichkeiten als ein ZV biete, indes man sich beispielsweise nicht selbstständig das Essen zubereiten könne (womit gleichsam die Abhängigkeit vom Personal zunehme).

„Na, bei Verweis darf man wenigstens, also kann man rausgehen, sagen wir – zum Wasserholen oder sowas. Und im Einschluss, sagt der Name ja schon, ist zu.“ (P12)

Als vorteilhafter am ZV wurde deklariert, dass dieser – unter anderen aufgrund des geringeren Gefühls des Eingesperrtseins – sich nicht derart nachteilig auf das Befinden auswirke wie der ZE, somit eher die „Lightversion“ des ZEs sei.

„Zimmerverweis ist halt nur die Lightversion, wo halt die Tür nicht abgeschlossen ist, aber ich darf ja trotzdem nicht raus.“ (P1)

„Na ja, ich weiß, dass, wenn man einen Zimmerverweis hat, man auch am Essen teilnehmen darf und man in die Küche gehen darf, was ich ja komplett gar nicht darf. Na ja, von der Warte, das ist auch so ein bisschen lockerer, ne.“ (P3)

Als positiv gewertet wurde auch, dass den Patienten beim ZV mehr Vertrauen vom Personal entgegengebracht werde, was einen Rückschluss auf die ihnen zugeschriebene Zuverlässigkeit zuließ. Sogleich wurde eingeräumt, dass der ZV vom Patienten mehr Selbstregulation erfordere und bei einigen Patienten, die sich nicht an die Maßnahme halten, nutzlos sei. Geeignet sei der ZV vor allem auch bei Unterbringungen von Patienten im Doppelzimmer, sodass der eigentlich unbeteiligte Patient keine Einschränkungen erfährt.

4.2.2 Mitarbeiter. Infolge der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden aus den Mitarbeiterinterviews ebenfalls drei Haupt- und 10 Subkategorien extrahiert (vgl. Tabelle 7). Zu den Hauptkategorien zählen: (1) Bisherige Erfahrungen mit der Maßnahme, (2) persönliche Erfahrungen mit der aktuell angewandten Maßnahme und (3) persönliche Einstellungen zur Maßnahme.

Tabelle 7

Haupt- und Subkategorien der Mitarbeiter zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis

Hauptkategorien	Subkategorien
Bisherige Erfahrungen mit der Maßnahme	Allgemeine, positive und negative Erfahrungen Erfahrungen zur Anwendung und zum Ablauf Erfahrungen zur Effektivität der Maßnahme Reaktionen der Patienten auf die Maßnahme
Persönliche Erfahrungen mit der aktuell angewandten Maßnahme	Dem ZE vorausgehende Maßnahmen Gefühle, Gedanken, Erleben und Verhalten
Persönliche Einstellungen zur Maßnahme	Bewertung der Maßnahme Auswirkungen der Maßnahme Gewünschte Veränderungen (Bilanzierende) Aussagen zum ZE und ZV

Anmerkung. Die blau hinterlegten Subkategorien wurden von den Mitarbeitern lediglich in Bezug auf den ZE benannt.

Bisherige Erfahrungen mit dem ZE

Allgemeine, positive und negative Erfahrungen mit dem ZE

Einige Mitarbeiter legten dar, dass ihre Erfahrungen im Allgemeinen recht unterschiedlich (sowohl positiv als auch negativ) seien, dass sie erste Erfahrungen mit dieser Intervention in der KFP sammelten und dass die miterlebte Anwendung des ZEs in Abhängigkeit der Klinikleitung, der Stationen, der Patienten und mit diesen teilweise auch die Gründe, die zum ZE geführt hatten, variierten. So seien anderweitige deeskalierende Maßnahmen zum Beispiel nicht bei allen Patienten gleichermaßen anwendbar.

„... und schon gar nicht mit intelligenzgeminderten Patienten, und auch nicht mit dissozialen Patienten. Ja, die wollen nicht reden. Die wollen einen provozieren. Das ist so. Und auch mit denen, die wirklich die Kontrolle verlieren, das gibt es ja ganz selten auch mal.“ (M17)

Der ZE wurde von den Mitarbeitern so manches Mal als alternativlos, als das letzte Mittel

erlebt, welches eingesetzt wurde, sofern es keine andere Möglichkeit zum Umgang mit der Situation gab. Die Anwendung des ZEs diente stets einem konkreten Ziel.

„Und das war wirklich eine Situation, die wir nicht mehr gehändelt hätten ohne irgendeine Zwangsmaßnahme, ne. ... die einzig mögliche Lösung. Also, wir hatten es ja auch wirklich mit weniger drastischen Mitteln im Sinne von Thema Einschluss, ne, dass sie da erst mal bleibt, und wir hatten dann auch schon Dinge rausgeräumt aus ihrem Zimmer, womit sie sich eventuell hätte verletzen können, oder sowas, ne.“ (M17)

„... aus der Situation heraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass man es doch auch oft so entscheiden muss und (...) es dann oft keine Alternativen gibt.“ (M16)

Beschrieben wurde der ZE jedoch auch als erfahrenes Mittel der Sanktionen.

„Also, hier habe ich es als Mittel der Sanktionen erlebt..., wo die Patienten im Zimmereinschluss ins Nachdenken gekommen sind.“ (M19)

Als positiv erfahren hatten die Mitarbeiter die Milde dieser Intervention, ihre Wirksamkeit als verwendete Time-out-Maßnahme und die Effektivität bezüglich einer Gefahrenabwehr.

„Das war oft sehr nützlich, weil es einfach eine relativ milde Form der Separierung ist.“ (M8)

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass der Zimmereinschluss in ganz bestimmten, genau definierten Situationen akute Gefährdungsaspekte abwenden kann.“ (M6)

Negative Erfahrungen gab es im Zusammenhang mit der juristischen Vorgabe, dass der ZE nur durch Ärzte angeordnet werden darf, was die Arbeit aus Sicht der Mitarbeiter erschwerte. Einige Mitarbeiter erzählten, dass oftmals trotz wiederholten massiven fremdgefährdenden und therapieschädigenden Verhaltens von Patienten der ZE unberechtigtweise ausgeblieben oder zu kurzfristig angewandt worden sei. Insbesondere das Pflegepersonal berichtete, in der Vergangenheit gelegentlich nicht ausreichend vom Arzt oder Psychologen über die genauen Gründe, die zum ZE geführt hatten, aufgeklärt worden zu sein. Auch seien die Entscheidungen des Arztes zur Anwendung des ZEs nicht immer im Team geteilt oder aus Sicht des Pflegepersonals als nicht richtig eingeschätzt worden, was einerseits durch eine dem betreffenden Patienten entgegengebrachte Sympathie oder aber Antipathie respektive durch eine zum Patienten bestehende Nähe (bspw. als Bezugspfleger) oder Distanz bedingt gewesen sei – andererseits dadurch, dass der Arzt nicht ausreichende Kenntnis über die Hintergründe der Konfliktsituation gehabt habe.

„Es ist durchaus, dass man unterschiedliche Meinungen hat bei solchen Sachen. Das hat aber auch vieles mit Sympathie, Antipathie, das hat auch vieles damit zu tun, inwieweit ein Mitarbeiter bei Patienten involviert ist.“ (M22)

„Aber ich habe einfach genügend Situationen, auch krasse Situationen erlebt, über die dann oftmals nur der Arzt entscheidet, der in dieser Situation gar nicht anwesend war, die

Bedrohlichkeit mitbekommt.“ (M14)

Vorgekommen seien auch Verletzungen beim Patienten während des Vollzuges des ZEs.

„Wir haben natürlich auch Verletzungen bei den Patienten; ich erinnere nur an das Knie von Herrn "...“ Das kann natürlich auch mal passieren.“ (M3)

Beklagt wurde überdies, dass ab und an keine hinreichende Aufarbeitung der Problemsituation mit dem Patienten erfolgt sei.

„Manchmal habe ich auch das Gefühl, dass das nicht richtig aufgearbeitet ist. Auch, also im Nachhinein, wenn der Patient wieder draußen ist, weil – man empfindet den Patient jetzt nicht so reumütig, und in der Gruppe wird das auch nicht so kommuniziert.“ (M2)

Darüber hinaus wurde in der Vergangenheit hin und wieder aufgrund diverser, teils auch negativer Auswirkungen der Maßnahme von den Mitarbeitern der Wert des ZEs hinterfragt.

„Dann wird auch rumgefragt bei uns (...) Hat es einen therapeutischen Wert, oder hat es überhaupt einen erzieherischen Wert? Das kann man in Frage stellen.“ (M22)

Erfahrungen zur Anwendung und zum Ablauf des ZEs

In der Regel wurde die Entscheidung zur Anwendung des ZEs im Team getroffen und vom zuständigen Arzt angeordnet. Ausnahmen gab es in akuten Krisensituationen, sofern Gefahr im Verzug bestand, was ein sofortiges Handeln der Mitarbeiter, die zugegen waren, erforderte.

„Also, die Entscheidung zum Zimmereinschluss wurde im Team besprochen. Der Stationsarzt kam zum Team“ ... „Anschließend ist der Stationsarzt mit einem Pfleger auf das Zimmer der Patientin gegangen und hat das alles noch einmal durchgesprochen. Die Patientin konnte ihre Sicht äußern, und anschließend wurde als Fazit der Zimmereinschluss beschlossen.“ (M2)

Zudem gebe es Patienten, welche – zum Beispiel als Skill, um eine Auszeit zu erhalten, zur Emotionsregulation und/oder zur Gefahrenprävention – gelegentlich freiwillig vom ZE Gebrauch machen.

„Der zweite Grund war der Vorschlag der Patientin, die selbst den Zimmereinschluss als etabliertes Mittel zur Deeskalation und Gefahrenprävention vorschlug.“ (M6)

„... sie wollte es selber, weil es ihr Skill ist, sagt sie, ne. Alles andere hätte jetzt gar nichts gebracht. Gespräche hätten da jetzt auch gar nicht viel gebracht.“ (M5)

Der ZE sei immer nur so lange wie nötig vollzogen worden.

„Also, als ich mit dem Patienten gesprochen hatte, hatte er nach wie vor Drohungen gegen den Mitarbeiter ausgesprochen, sodass ich ihm ja dann erklärt habe, dass dann die Maßnahme nicht aufgelöst werden kann (M1)

Problematisch erfahrene Situationen seien zu häufige und (in Relation zum Anlass) inadäquate Anwendungen des ZEs, was in der Vergangenheit schnell mal zur Eskalation geführt habe, aber

auch zu kurze und der viel zu verspätete Einsatz des ZEs, der oftmals gar nicht mehr in Zusammenhang mit dem Problemverhalten stehe.

„... der mögliche Zimmereinschluss für den Patienten eher kontraproduktiv ist, könnte es auch dazu kommen, dass so eine Situation dann auch nochmal zusätzlich eskaliert.“ (M24)

„... Aber auch spät eingesetzt in dem Hinblick, dass der Patient was gemacht hat und erst am nächsten Tag dann gesagt wird: ‚Okay, dafür hätte er jetzt Zimmereinschluss nehmen müssen‘. Aber passiert ist es dann nicht. Und diese, diese Spanne dazwischen, dass die Pflege da keinen, keinen Einfluss nehmen kann.“ (M2)

Insbesondere ZE, die früher sehr lange andauert hätten, seien für einige Mitarbeiter kaum erträglich gewesen.

„Also auf der "..."-station habe ich tatsächlich Erfahrungen gemacht, dass ich mit dem Zimmereinschluss eines Patienten, oder auch Krisenraumunterbringung, für die, diese Dauer, die da bestand, nicht mehr leben konnte. Also, für mich war das ganz schlimm, wenn (unv.) sehr, sehr lang.“ (M7)

„... viertel Jahr im Zimmereinschluss. Und deshalb, das war so der Moment, wo ich dann eigentlich nicht mehr mit leben konnte, ne. Wo sie dann wirklich nur diese eine Stunde Freizeit, die vorgeschrieben war, hatten – zum Duschen, Hofgang, und.“ (M17)

Hinsichtlich des Ablaufes des ZEs, der sich insgesamt „nicht immer friedlich“ (M2) gestalte, gab es Mitarbeiter, die angaben, während der stattgehabten ZE das Gefühl gehabt zu haben, dass es nicht erwünscht sei, sich mit dem Patienten zu befassen.

„Es ist ja auch so, dass du dann dich im Prinzip nicht groß mit dem Patienten beschäftigen sollst.“ (M26)

Als sinnvoll erwiesen habe sich in der Vergangenheit, gegebenenfalls die Patientengruppe in den Lockerungsprozess des vom ZE betroffenen Patienten zu involvieren, um den anderen – womöglich gefährdeten – Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Handlungsmacht zu vermitteln.

„... und dann eben auch noch mal mit der Gruppe zusammen guckt, wie kann das jetzt neu ansetzen, weitergehen. Das war ja auch bei "...“ ganz wichtig. Die ganze Gruppe hatte Angst vor ihr und das war jetzt klar, sie kommt jetzt mehr und mehr wieder nach draußen, ne.“ (M17)

Erfahrungen zur Effektivität des ZEs

Die Mitarbeiter berichteten, dass Patienten in den meisten Fällen infolge des ZEs zur Einsicht kommen – die anvisierten Ziele somit erreicht werden, sodass die Maßnahme aufgehoben werden kann.

„Und – aber wie, wie man wirklich das Gefühl hat, dass der Patient jetzt einlenkt, wenn man gut mit ihm darüber reden konnte, und so weiter, dann kann das auch gerne beendet werden, ne.“ (M17)

„Wenn er eben ruhiger ist und einsichtiger ist und der Therapie gegenüber aufgeschlossener ist, usw., dann spricht ja überhaupt nichts dagegen, ihn wieder rauszulassen.“ (M7)

Weiterhin erlebten die Mitarbeiter den ZE nicht immer als zielführend, effektiv und ausreichend zum Umgang mit der Situation, sodass sie stattdessen die Situation hätten anderweitig lösen wollen (bspw. hätten sie hin und wieder die Verbringung im KR als notwendig erachtet).

„Aber es gab sicherlich auch Situationen, wo man sagen kann: ‚Okay, das hätte man vielleicht auch anders machen können oder anders gestalten können‘.“ (M24)

Reaktionen der Patienten auf die Maßnahme

Aus Sicht der Mitarbeiter würden sich die Patienten grundsätzlich wünschen, dass „mehr durchgegriffen“ (M14) und auf therapieschädigendes Verhalten konsequent reagiert wird. Den ZE selbst würden die Patienten ganz unterschiedlich erleben.

„Also, auch auf unterschiedlicher Ebene. Die einen sagen, also – das hatten wir durchaus auch, Patienten gehabt, die sagen: ‚Das war gut, dass ich da rausgenommen wurde aus der Situation‘. Für andere hat das eher so einen pädagogischen Lerneffekt: ‚Wenn ich was mache, dann hat das bestimmte Konsequenzen.‘ Also, das ist unterschiedlich.“ (M24)

„Es gab sicherlich auch da Ausnahmen, aber wir hatten auch intelligenzgeminderte Patienten, empathielose Patienten. Also, die Reaktionen waren sowohl bei Mitarbeitern als auch bei Patienten unterschiedlich.“ (M17)

Partiell hätten sich die Patienten an den ZE gewöhnt und würden eher gleichgültig auf die Maßnahme reagieren – nicht zuletzt deshalb, da sie im Zimmer nichts entbehren müssen.

„Freiheitsentziehende Maßnahme, ist klar, für den Patienten. Ja. (...) Was Schlechtes, na ja, die Patienten sind da alle dran gewöhnt. Die wissen, woran sie sind, die wissen das ganz genau, und sie können mit den Dingen auch umgehen. Die anderen, der, den es betrifft, der weiß das auch ganz genau.“ (M18)

„Und zum Schluss vermissen sie ja nicht wirklich was in ihrem Zimmer. Die haben ihre Dinge, sie haben mittlerweile sogar ihren Fernseher.“ (M17)

Zudem gebe es Patienten, die den ZE, den hierdurch erhaltenen Schutz für sich und für andere als positiv werten/erleben und aufgrund des Erlernten in der Therapie gelegentlich selbstständig auf den ZE als probates Mittel zum Umgang mit krisenhaften Situationen zurückgreifen.

„Manche brauchen das auch. Zum Beispiel – wir haben oben einen, einen Patienten, der sagt: ‚Schließen Sie mich ein! Ich brauche den Schutz, dass ich nicht rauskomme, vor mir selbst‘.“ (M27)

Prinzipiell tue der ZE den Patienten letztendlich gut, obschon nicht jeder Patient sofort einsichtig sei und mitunter etwas mehr Zeit benötige, um sich zu beruhigen und um zur Einsicht zu gelangen.

„Aber er weiß genau, was von ihm erwartet wird beziehungsweise welches Verhalten er

zeigen müsste, um rauszukommen. Er weigert sich aber, und im Nachhinein kann er durchaus reflektieren, dass es gut ist, so ein Zimmereinschluss, weil er Zeit braucht.“ (M3)

Einige Patienten würden sich aufgrund des ZEs abgeschoben, ausgegrenzt, aber auch unter Druck gesetzt fühlen, weil sie um die negativen Auswirkungen eines ZEs auf den Behandlungs- und Lockerungsverlauf wüssten, weshalb sie oftmals verärgert reagieren würden.

„Das sind so, na ja, das sind wieder die Situationen, die sie von früher kennen. Ich mache irgendwas, ob nun beabsichtigt oder unbeabsichtigt, und ich werde wieder abgeschoben, mich will keiner, ich werde weggeschoben, man redet nicht mit mir, ich bin abgeschrieben.“ (M24)

„Wenn es ein Patient ist, der wirklich eine Therapie machen will, macht das für ihn (...), ärgert er sich auch. Dann ärgert er sich richtig, weil er nämlich ganz genau weiß: ‚Wenn ich das jetzt hier bekomme, den Zimmereinschluss, hängt da haufenweise was von meiner Therapie ab, was ich wieder neu aufarbeiten muss. Ich komme dann da nicht weiter und da nicht weiter.‘ Manchmal war es ja auch so: Wenn Zimmereinschluss, dann wird auch dementsprechend gleich an die Lockerungen gegangen. Und das war ja für sie das einzig Positive, was sie bekommen. Sie rechnen nun mal bei der Therapie mit den Lockerungen, es gibt ja nichts anderes, in dem Sinne, wo man dann Druck aufbauen kann.“ (M18)

Wiederum andere Patienten würden insbesondere die Einschränkungen und eine gewisse Deprivation durch den ZE, aber auch Zwang und Ohnmacht erleben und den ZE nur schwer aushalten können.

„Selbstverständlich ist es ein Erleben von Zwang und Ohnmacht, einem Zimmereinschluss ausgesetzt zu sein.“ (M6)

Es gebe auch Patienten, welche sich „gekränkt“ und „verletzt“ (M26), „bestraft“ (M25) sowie „ungerecht behandelt“ (M24) fühlen und „bockig“ und „uneinsichtig“ (M3) auf den ZE reagieren würden. Die Verhaltensweisen der Patienten auf den ZE seien im Allgemeinen recht unterschiedlich und würden unter anderem abhängig vom eigenen Erleben sein. So gebe es Patienten, welche den ZE als Bestrafung wahrnehmen und demnach mit Reaktanz und aggressivem Verhalten reagieren.

„Weil solche Maßnahmen letztendlich immer auf Gegenwehr – verbaler Art auf jeden Fall – stoßen. Damit muss man immer wieder rechnen.“ (M22)

„Wir mussten ja dann auch Mal nach ihr schauen, sie hatte dann ja auch ihren Spion zugehängt, wir hatten also nur die Möglichkeit, ins Zimmer zu gehen. In der Folge hat sie uns mit allem, was noch da war, beworfen.“ (M17)

Der ein oder andere Patient würde im ZE durch widerständiges, provokantes Verhalten die Grenzen des Personals austesten oder dieses einfach nur ärgern wollen.

„Und ich glaube auch, dass das so eine Art Test war. Ich nehme nämlich der Patientin das nicht ab, dass sie, im Gegensatz zu dem Patienten, der mir den Stuhl auf den Kopf schlagen

wollte, er hatte keine Handlungsalternative, sie schon! Das war wirklich, also, so im Nachhinein betrachtet war das wirklich so der Test: ‚Was geht auf dieser Station?‘ Hatte ich eben das Gefühl, ne.“ (M17)

„Na ja, das Klingeln bleibt ja das gleiche. Wir müssen ja jedes Mal, wenn sie klingeln, und ich meine, sie nutzen das dann ja auch, ne. So kann man die Pflege schön ärgern, wir klingeln mal wegen jedem Bisschen. Ja, man muss dann natürlich mehr laufen.“ (M15)

Andere Patienten würden die Zuwendung durch das Personal suchen und durch das Bedienen der Klingel regelmäßig auf sich aufmerksam machen.

„Und das ist auch noch ein hochanstrengender Patient, der viel Aufmerksamkeit braucht – manchmal erlebt man das ja auch, die klingeln wegen jeder Kleinigkeit: ‚Ich habe mein Wasser vergessen, ich habe dies vergessen‘.“ (M20)

Einige Patienten würden sich – trotz fehlenden Verständnisses für die Maßnahme – einfach ihrem Schicksal fügen und beispielsweise schlafen.

„Na ja, ich sage mal, er hat sich irgendwie in sein Schicksal dann irgendwann gefügt, ne. Im Sinne von Aufgabe, aber nicht im Sinne von wirklichem Verstehen, oder noch irgendwie für sich, dass es für ihn noch erklärbar war, was für eine Maßnahme, was diese Maßnahme jetzt erreichen sollte.“ (M17)

Persönliche Erfahrungen mit dem aktuell angewandten ZE

Dem ZE vorausgehende Maßnahmen

Dem ZE vorausgehende Interventionen (wie das Führen deeskalierender Gespräche mit dem Pflegepersonal, Psychologen oder Arzt, das Aussprechen von Verwarnungen, das Verabreichen einer sedierenden Bedarfsarznei) hätten nicht zur Verhinderung des ZEs ausgereicht. In einigen Situationen seien aufgrund der riskanten, krisenhaften Akutsituationen Gespräche mit dem Patienten nicht mehr möglich oder der Situation entsprechend nicht angebracht gewesen, sodass mit dem ZE unmittelbar interveniert werden musste.

„Nach einem Gespräch zwischen Stationsarzt und Pflegepersonal und anschließendem Gespräch mit der Patientin wurde vom Stationsarzt der Zimmereinschluss dann durchgeführt.“ (M4)

„Dem Zimmereinschluss voraus gingen konkret mehrfache Versuche zur Deeskalation.“ (M6)

Gefühle, Gedanken, Erleben und Verhalten

Die Gefühle hinsichtlich des angewandten ZEs wurden teilweise als unklar, als gemischt sowie als abhängig vom Verhalten des Patienten, von der persönlichen Beziehung zu diesem und von der eigenen Einschätzung zur (In-)Adäquatheit der Anwendung der Maßnahme beschrieben. Einige Mitarbeiter fühlten sich hinsichtlich der Entscheidung zur Anwendung sicher und gelassen und – in mancher Hinsicht wegen der Ursachen, die zum ZE geführt hatten – wenig

mitleidend und allgemein nicht schlecht.

„... waren es ja Eigengefährdung und Fremdgefährdung und Beleidigungen von Pflegepersonal. Und deswegen fand ich diesen Zimmereinschluss berechtigt. Es waren einfach zu viele Vorfälle, die zusammengekommen sind, also, deswegen – war okay für mich.“ (M4)

„Also, hat mich ja auch ein bisschen angegriffen – in dem Sinne, und hat mich letztendlich auch aus dem Zimmer geschickt – so von wegen: ‚Ich will jetzt nicht mehr mit Ihnen reden, gehen Sie jetzt aus meinem Zimmer!‘ Da bin ich ja jetzt wenig mitleidend, weil ich ja versucht habe, ihm eine Brücke zu bauen, aber er wollte das in dem Moment gar nicht. Also ging ich.“ (M3)

Andere Mitarbeiter beschrieben sich – teilweise auch aufgrund ihrer Erfahrungen und einer entwickelten Routine – als emotionslos, weshalb sie eher rational handelten.

„Ich mache das schon zehn Jahre. Wir haben schon andere Einschlüsse gehabt hier, sage ich mal. Da habe ich überhaupt kein Gefühl gehabt.“ (M7)

„Ich habe das Gefühl, die Entscheidung weitestgehend unemotional vorgenommen zu haben, jedenfalls haben bei der Entscheidung selbst keine persönlichen Gefühle eine Rolle gespielt.“ (M6)

Es gab Mitarbeiter, die froh über die zeitliche Begrenzung des ZEs waren und Freude bei der Reintegration des Patienten ins stationäre Setting empfanden.

„Da ich kein großer Freund von Zimmereinschlüssen über längere Zeit bin, war ich auch froh, dass die Patientin am nächsten Tag wieder auf Station war.“ (M4)

„Ich war nach der Aufhebung erleichtert, dass er wieder normal im Stationsgeschehen integriert war.“ (M1)

Andere Mitarbeiter waren hingegen glücklich, zufrieden, erleichtert, beruhigt und befreit, da sich der Patient nunmehr im Einschluss befand respektive eine weitere Eskalation verhindert werden konnte.

„Nein, also – in dem Sinne, wie gesagt, war die Pflege erleichtert – sozusagen, weil es eine gute Entscheidung war aus Sicht der Pflege. Und ich glaube, es war für alle Beteiligten das Beste – für die Mitpatienten, für die Pflege, für den Patienten selber. Und ja, wenn 's eine gute Entscheidung ist, dann ist man auch glücklich mit der Sache.“ (M7)

Auch gab es Mitarbeiter, die es prinzipiell als nicht schön erlebten, Patienten einzuschließen. Manch einem Pfleger fiel es schwer, sich lediglich auf die Grundversorgung zu konzentrieren und nicht darüber hinaus mit dem Patienten in Kontakt zu treten – da dies nicht erwünscht sei.

„Es ist ja auch so, dass du dich dann im Prinzip nicht groß mit dem Patienten beschäftigen sollst, und für mich ist es immer das Wichtigste, Kontakt zu haben, nie den Kontakt abbrechen zu lassen. Und das steht dem dann ein bisschen im Wege, sage ich mal. Du schließt den ein, du bringst ihm das Essen hin, du holst das Essen wieder ab, aber du sollst dich da auch nicht groß aufhalten oder irgendwie sprechen oder so, ne. Das ist eine Sache,

die mir dann schwerfällt, egal, ob der Patient ein Kotzbrocken ist, sage ich mal, auf Deutsch gesagt, oder nicht, ne. Aber für mich ist immer das Wichtigste, dass der Kontakt irgendwo dableibt, ne. Wenn du den Kontakt verlierst, hast du verloren – aus meiner Sicht.“ (M26)

Anderweitige negative Gefühle waren Anspannung und Unwohlsein, die gelegentlich mit starken körperlichen Reaktionen einhergehen, aber auch eine gewisse Enttäuschung darüber, dass der Situation nicht mit milderen Mitteln begegnet werden konnte.

„Und ich bin ja nun dadurch, dass ich eine Frau bin, eher ja im Hintergrund. Aber es gab durchaus schon Situationen, wo ich auch angespannt war und auch Herzrasen hatte, weil der Patient dann so aggressiv war, weil es dann um eine körperliche Sache ging.“ (M2)

Der Zweck des ZEs, somit die Erfordernis zur Anwendung der Maßnahme würden allerdings grundsätzlich im Vordergrund stehen, sodass Gefühle zweitrangig seien.

Die Reaktionen des Personals auf den ZE seien in Abhängigkeit von ihrer Einstellung/Haltung zur Maßnahme, von ihren Gefühlen und in Abhängigkeit vom Verhalten des Patienten sehr unterschiedlich in Bezug auf den Umgang mit diesem.

„Also, bei dem Personal war das natürlich auch sehr unterschiedlich, ne. Die einen fanden das total richtig und ‚hat er sich verdient‘ – so in dem Sinne – bis hin zu ‚um Gottes Willen‘ und ‚das geht ja gar nicht‘, ne. Also, dann gab es immer Kollegen, die dann immer gesagt haben: ‚Okay, dann gehen wir, wenn wir da sind, ins Zimmer und spielen was mit dem, reden mit dem‘ und sowas, ne. Während andere dann wieder gesagt haben: ‚Wieso macht ihr das? Das ist überhaupt nicht richtig!‘, ne. Also das wurde sehr unterschiedlich auch von den Mitarbeitern gesehen, ne.“ (M17)

Persönliche Einstellungen zum ZE

Bewertung des ZEs

Der ZE wurde von mehreren Mitarbeitern als ein oftmals alternativloses, notwendiges und letztes geeignetes Mittel, als Ultima Ratio deklariert.

„Also für, ich sage jetzt mal – für bestimmte Anlass-Sachen gibt es nichts Effektiveres. (...) Man könnte nichts anderes machen.“ (M25)

Der ZE wurde von den Mitarbeitern als Time-out- (M8), Disziplinar- (M3), „erzieherische“ (M9) als auch als „deeskalierende Maßnahme“ (M12) tituiert, die den Zweck habe, dem Patienten Grenzen zu setzen, ihn zum Umdenken zu bewegen, Verhaltensänderungen zu evozieren und allen Patienten ein Signal zu setzen. Keineswegs gehe es dabei um Bestrafung.

„Als Konsequenz für sein Verhalten – als erzieherische Maßnahme, dass er über seine Handlungen nachdenkt.“ (M9)

„Und ich finde es ganz wichtig, dass wir mal so ein Signal setzen. ... Wichtige Signale auch für die Mitpatienten, damit sie auch sehen: ‚Aha, wenn man sich nicht an die Regeln hält, speziell Konsum, oder eigen- und fremdgefährdend ist, dann gibt es auch Maßnahmen.‘ Das ist ein wichtiges Signal.“ (M7)

Von vielen Mitarbeitern wurde der ZE summativ als sinnvolle, gerechtfertigte, gute, wichtige, zweckmäßige und unerlässliche Maßnahme beschrieben, die gelegentlich für alle das Beste sei.

„Ich finde schon, dass wir hier eine Maßregelklinik sind und klare Grenzen bei bestimmtem Verhalten aufzeigen müssen, insbesondere, wenn es deliktrelevant ist; und als Gewaltstraftäter, der er nun mal auch ist, sind solche Sachen deliktrelevant. Und draußen, wenn er einen so angeht und Nasenspitze an Nasenspitze vor einem steht und Drohungen ausspricht, eskaliert es möglicherweise.“ (M3)

Der ZE sollte aus Sicht der Mitarbeiter ausschließlich der Sicherheit und Gefahrenabwehr dienen. Nichtsdestotrotz sollte immer – wenn möglich – versucht werden, den ZE durch den Einsatz milderer Mittel zu vermeiden.

„Die Remise sollte aber sein, den Zimmereinschluss, wie auch sonstige Zwangsmaßnahmen, – wann immer möglich – durch die Anwendung milderer Maßnahmen zu vermeiden.“ (M6)

Ein Mitarbeiter (M9) gab an, dass der ZE „wie Wegsperrern, wie einen Aufsässigen“ sei. Von weiteren Probanden wurde auch geäußert, dass der ZE kein Allheilmittel sei und sich nicht zwangsläufig für alle Krisensituationen – wie bei vorliegender Suizidalität – eigne.

„Aber ich denke, dass es niemanden besser macht, ne. Also jetzt, man sollte es nicht als Allheilmittel ansehen, ne.“ (M26).

Zu den als wichtig erachteten Grundsätzen zur Anwendung des ZEs zählte, dass grundsätzlich abgewogen werden sollte, was für alle Beteiligten das Beste ist.

„Wir dürfen ja nicht nur an diejenigen denken, der jetzt – oh je – im Zimmereinschluss ist..., sondern es sind ja noch mehr da, ne.“ (M17)

Zudem sollte der ZE – auch, um einen Lerneffekt zu erzielen – zeitlich begrenzt und verhältnismäßig angewendet werden.

„Natürlich auch mit der Maßgabe, dass es eben verhältnismäßig angewandt wird. Nicht über fünf und zehn Tage.“ (M25)

„Die, die nachher länger dauern, die über Tage, Wochen gehen, weiß ich nicht, ob es da tatsächlich einen positiven Lerneffekt seitens des Eingeschlossenen oder Betroffenen gibt, kann ich nicht, also würde ich eher verneinen. Also, ich denke, das sind unsere dissozialen Patienten eher, dass die sich da diesem System anpassen in dem Moment und sagen: ‚Ja, das ist halt so jetzt‘, aber da kein Lerneffekt hintersteckt.“ (M22)

Längere und inflationär genutzte ZE wurden von vielen Mitarbeitern abgelehnt und als kontraproduktiv und ineffektiv gewertet – insbesondere dann, wenn die Gründe, die zur Anwendung der Maßnahme geführt hatten, ihrer Ansicht nach unverhältnismäßig waren.

„Das hat für mich auch dann nach einer gewissen Zeit keinerlei erzieherische Wirkung mehr.“ (M22)

„Und negativ fand ich, dass manche Zimmereinschlüsse aus belanglosen Gründen

manchmal ewig lange aufrechterhalten wurden.“ (M21)

„Nein, also – nicht zu lange, es ist einfach so. Sonst (...) sie können es ja irgendwo auch nicht lernen. Wenn die wegen jedem bisschen, sage ich mal – auf Deutsch gesagt – immer nur weggeschlossen werden, wie sollen sie es lernen?“ (M21)

Entsprechend wurde von den Mitarbeitern für eine adaptive Anwendung des ZEs – in Anlehnung an das dysfunktionale Verhalten des Patienten, das zum ZE führte, aber auch in Anlehnung an sein nunmehr gezeigtes Verhalten – und eine hiermit in Zusammenhang stehende etwaige Lockerung plädiert.

„Allerdings gibt es Unterschiede, ob jemand randalieren will, gefährlich ist – dann ist es gut für das Separieren. Nicht gut ist der Zimmereinschluss allerdings bei belangloseren Regelverstößen – dann lieber Zimmerverweis, der ist dann ausreichend.“ (M9)

„Genau, individuell auf den Patienten dann zugeschnitten. Dass man guckt, warum hat die Person, na ja – den Grund. Ja, man kann ja auch nicht sagen, da wurde jetzt einer verletzt, und deswegen bist du jetzt zwei Wochen oder einen Tag länger im Zimmereinschluss. Das kann man so nicht machen, also – man muss dann schon gucken. Und wie bereit der Patient auch ist, dann da auch aktiv hinzuarbeiten.“ (M20)

Als ebenso bedeutsam wurde die Berücksichtigung der Individualität des Patienten und seiner Bedürfnisse beim Einsatz des ZEs erachtet – was letztendlich über die Wirksamkeit der Maßnahme entscheide. Dies setze vor allem gute Kenntnisse beim Personal über den Patienten voraus.

„Na, das ist schwierig mit dem Zimmereinschluss, weil man diese Entscheidung immer individuell entscheiden muss, und das machen wir auch so. Man kann da keinen Regelkatalog erstellen, weil – jeder Zimmereinschluss wird sich nicht vergleichen mit dem anderen.“ (M7)

„Das ist, also, wie gesagt, man muss die Situation, man muss den Patienten kennen, wissen, was da los ist, dann funktioniert das auch.“ (M21)

Unabdingbar sei – sofern der Patient dafür zugänglich ist – sich für Patienten (einschließlich derer, die über ungenügende Deutschkenntnisse verfügen) ausreichend Zeit zu nehmen und sie umfänglich über den Grund für den ZE, über das Ziel und den Zweck, über die Dauer der Maßnahme als auch über die Kriterien, die erfüllt sein müssen, damit der ZE aufgehoben werden kann, aufzuklären.

„Und jetzt mal spezifisch auf unsere ausländischen Mitpatienten, die wir haben. Da ist es ganz wichtig, man muss sich die Zeit nehmen können, ihnen das zu erklären. Weil, die verstehen vieles nicht oder missverstehen auch vieles. Und da muss die Zeit da sein, dass man ihnen das vernünftig vermittelt, und man auch die Zeit hat, mit ihnen zu sprechen, ne. Weil, es stellt sich hinterher immer wieder raus, dass von denen vieles falsch verstanden wird und sie dann krass reagieren, ne. Was man dann in Gesprächen – Tage hinterher – alles auflösen kann, und dann sagt man: ‚Hm. Wie einfach wäre es gewesen, wenn man versucht hätte, miteinander zu sprechen.‘ Wenn das natürlich möglich ist – im

Erregungszustand, ne.“ (M26)

„Ganz wichtig, ganz wichtig! Auf jeden Fall müssen die Patienten immer wissen: Wieso, weshalb, warum.“ (M24)

Die Aufklärung sollte für den Patienten verständlich und wohlwollend formuliert sein.

„Und so kann man sagen: ‚Das haben wir zusammen als Team entschieden. Wir haben das beschlossen, einfach nur, damit es Ihnen ein bisschen besser geht, damit Sie erst mal aus der Situation rauskommen‘. Ich finde, wenn man das so erklären kann, dann läuft das auch ganz anders mit dem Patienten.“ (M21)

„Als wichtig erachte ich eine klare, für den Patienten verständliche Begründung des Zimmereinschlusses. Und als wichtig erachte ich, dass der Patient klare Vorstellung davon hat, unter welchen Umständen der Zimmereinschluss aufgehoben werden kann.“ (M6)

Auch sollte den Mitarbeitern zufolge der ZE ausschließlich in Zusammenhang mit einer therapeutischen Aufarbeitung erfolgen.

„Aber eben nur mit einem therapeutischen Hintergrund, dass daran eben gearbeitet wird und das aufgearbeitet wird. Nicht nur, ja, jetzt gehen Sie da rein und bleiben Sie da drinnen.“ (M18)

Günstig sei darüber hinaus, mit dem Patienten einen individuellen „Stufenplan“ für den weiteren Verlauf zu erarbeiten.

„Also, eigentlich gibt es, mit dem Patienten gemeinsam abgesprochen, oder auch mit Personal, einen Stufenplan. Und das finde ich eigentlich auch okay. Nicht, dass es jetzt heißt: Das und das. Man kann das ja nicht starr machen.“ (M20)

Während des ZEs sollten dem Patienten in ausreichendem Maße vom Personal begleitete Ausgänge an der frischen Luft, hinreichende Dusch- und Pflegezeiten gewährleistet und Beschäftigungsmöglichkeiten dargeboten werden.

„Ich meine, wenn jetzt Zimmereinschluss ist ohne Radio, ohne Zeitung, ohne Bücher, das finde ich nicht so gut. Also, der Zimmereinschluss sollte schon so sein, dass er noch mitbekommt, was außerhalb des Zimmers ist, wo man eingeschlossen ist.“ (M4)

Zudem sei den Mitarbeitern zufolge eine sorgsame Dokumentation im Zusammenhang mit dem ZE essentiell. Das Vorgehen beim ZE sollte nach klaren Maßgaben erfolgen – indes zum Beispiel regelmäßige (spätestens alle 24 Stunden) Evaluationen erfolgen, sprich kontinuierlich die Notwendigkeit zur Fortführung der Maßnahme geprüft wird.

Auswirkungen des ZEs

Vom ZE würden – den Mitarbeitern nach – diverse Effekte, zum Teil auf alle sich auf der Station befindenden Personen, ausgehen. Die Auswirkungen auf den betreffenden Patienten seien recht unterschiedlich. Vorteilhaft für diesen sei der Verbleib in einer vertrauten Umgebung, in der die

Möglichkeit zur Ablenkung bestehe. Manche Patienten würden infolge des ZEs auf positive Weise ihr Verhalten ändern und Schuldbewusstsein entwickeln. Durch die Separierung von den anderen Patienten bestehe keine Notwendigkeit, sich vor diesen profilieren zu müssen.

„Ja, ich hatte den Eindruck, dass er danach in der Patientengruppe und gegenüber dem Personal ruhiger agierte, etwas ruhiger.“ (M10)

„Also, sie kriegen von den anderen Patienten nicht so viel mit, müssen sich nicht so profilieren.“ (M10)

Vorteilhaft am ZE für den Patienten sei auch, dass sein Schamempfinden nicht verletzt und seine Würde aufrechterhalten werde – wie beispielsweise im Falle einer weiteren Eskalation und bei Hinzuziehen der Alarmgruppe.

„Also, weil (...), weil das ja auch für den Patienten eine kompromittierende Sache ist. Der fühlt sich ja sehr im Recht mit dem, was er da tut, in der Regel, oder auch nicht.“ (M17)

„... dass man bestimmte Sachen, auch, um das Schamgefühl der Patienten nicht gleich zu verletzen, das erst mal unter vier Augen tut.“ (M17)

„Einfach raus aus der Situation, dann geht sie noch hoch erhobenen Kopfes, besser, als wenn das noch weiter eskaliert, bis die Alarmgruppe kommen muss. Dann wird es ja schon brenzlicher. Auch für die Würde der Patienten.“ (M17)

Zusätzlich ermögliche der ZE oftmals eine psychische Stabilisierung durch die stattgehabte Reizabschirmung. Er biete den Patienten Zeit zum Nachdenken, sodass sie zur Ruhe kommen und sich mit etwaigem Problemverhalten auseinandersetzen können.

„Und er diene nicht zuletzt auch zur Reizabschirmung der Patientin, bei der dies ein etabliertes Mittel ist, dass bei ihr zu psychischer Stabilisierung beiträgt.“ (M6)

Nachteilige Auswirkungen auf den betreffenden Patienten habe der ZE aufgrund der physischen, der Bewegungseinschränkungen und der reduzierten Ablenkungsmöglichkeiten.

„Ja – natürlich zum Schlechten. Ich habe keine Bewegung mehr, ich habe da ein Zimmer von 8 Quadratmetern, da bin ich dann 24 Stunden, 48, weiß ich nicht, wie lange dann.“ (M25)

Im Hinblick auf die Interaktionen / sozialen Kontakte zeige sich, dass sich die Beziehung zwischen den Patienten und Mitarbeitern verschlechtere, ein möglicherweise begünstigender Einfluss von anderen Patienten fehle und grundsätzlich die Kommunikation zu anderen Personen erheblich eingeschränkt sei, was zur sozialen Isolation (vom äußeren Geschehen) und einem Kontaktabbruch (zu anderen Patienten und den Mitarbeitern) führe.

„Bei einigen Patienten hat er Nachteile, weil – sie öffnen sich dann gar nicht mehr, sie bocken dann erst mal rum und sagen sich: ‚Ihr seid doch selber schuld, was wollt Ihr denn von mir? Ich rede jetzt mit gar keinem‘.“ (M21)

„Na, dass es eben, das, was ich schon sagte, ne. Im Prinzip der Kontaktabbruch, es ist ja nicht so, dass du dich groß mit den Patienten beschäftigen könntest oder auch solltest. Es ist ja so, dass du ihm das Essen bringst und wieder zurück, und so weiter und so fort.“ (M26)

Insbesondere bei länger andauernden ZE komme es vor, dass dadurch, dass sich das Personal bei der Versorgung der Patienten auf das Notwendige beschränke, die Patienten irgendwann vergessen würden. Weiterhin fördere ein ZE die Passivität des Patienten.

„Es ist ja eine freiheitsentziehende Maßnahme, ja, und (...) sie liegen dann noch mehr auf dem Bett und tun nichts. Es ist einfach so, weil – sie nehmen an nichts mehr teil, an keinen Gruppen. Das ist, finde ich, ein ganz schöner Nachteil.“ (M21)

Während sich manch einer im Einschluss langweile, würden wiederum andere durch den ZE (insbesondere bei einer inadäquaten und zu langen Anwendung) bezüglich ihrer Therapie demotiviert. Häufig führe der ZE zu einer Verschlechterung der seelischen Verfassung, bei an einer Sucht erkrankten Patienten zu einem erhöhten Suchtdruck, zu einer Vereinsamung und dem Gefühl der Entmenschlichung sowie bei zu langer Anwendung zu einer Verhärtung und Wesensveränderung des Patienten.

„Na ja, die vereinsamen da. Die haben ja niemanden mehr zum Sprechen. Also, alles das, was das Menschsein ja ausmacht, wird in dem Moment ja genommen, mehr oder weniger.“ (M17)

„Ich denke, lange Zimmereinschlüsse verhärten den Patienten und die Kommunikation ist abgeschlossen.“ (M4)

„Das war damals im Jugendbereich, weiß ich noch, einen Patienten, also – gefühlt war der ein Vierteljahr im Zimmereinschluss, also da (...) war schon eine Wesensveränderung. ... Der war einfach von seinem ganzen Verhalten anders. Also, der war wirklich 23 Stunden auf dem Zimmer. Der hat nicht mal einen Fernseher gehabt, kein Radio. Der hatte wirklich nur noch die Zeitung.“ (M20)

Auswirkungen, die recht unterschiedlich sein können, habe der ZE auch auf Mitpatienten. Einige Patienten seien aufgrund des Einschlusses des betreffenden Mitpatienten nachdenklicher (auch im Hinblick auf das eigene Verhalten) und würden das Verhalten des Personals – je nach eigenen Erfahrungen und Einstellungen gegenüber diesem – unterschiedlich werten. Verständnis für den ZE würden die anderen Patienten zumeist bei grenzüberschreitendem Verhalten (wie Bedrohen und Beleidigen des Personals) aufbringen. Grundsätzlich seien die Reaktionen der Mitpatienten auf den ZE einzelfall- und von der Beziehung zum Patienten abhängig und würden vom Traurigsein, über das Solidarisieren mit dem Patienten bis hin zur Schadenfreude reichen. Oftmals würden sich durch den ZE die verschiedenen Gemüter beruhigen, wodurch – auch zwischen den Patienten – eine gewisse „Arbeitsbasis“ entstehen könne. Einige Mitpatienten würden sich um die Eingeschlossenen kümmern, indes sie ihnen

zu Essen und Trinken bringen. Vorteilhaft für die Mitpatienten sei, dass sie sich aufgrund des ZEs sicherer, entspannter, erleichtert und beruhigt fühlen und gleichermaßen zur Ruhe kommen können.

„Dass er praktisch ausgeschlossen ist und keinen Einfluss mehr auf die Mitpatienten ausüben kann beziehungsweise auch keine Ängste schüren kann, Druck ausüben kann, und und und.“ (M26)

„Ja, wie gesagt, dass man die Station ein Stück weit wieder befrieden kann, sich die Gemüter beruhigen.“ (M24)

Nachteilig für die Mitpatienten sei oft, dass diese nun Dienste für die eingeschlossenen Patienten übernehmen müssen, sich womöglich ihre Stimmung verschlechtert oder die Patienten durch den pflegerischen Mehraufwand hinsichtlich des vom ZE betroffenen Patienten weniger Aufmerksamkeit vom Personal erhalten.

„Die Patienten leiden mit unter seinem Einschluss; es ist eine gedrückte Stimmung.“ (M9)

„Und auf der anderen Seite, wie schon gesagt, wenn Personal gebunden wird, müssen die Patienten mal zurückstecken.“ (M20)

Generell wirke sich ein ZE auch auf das Personal, auf das gesamte Stationsteam, auf deren Stimmung, Verhalten, deren Arbeit und auf die pflegerische Versorgung aus, welche – wie die Bürokratie – mit einem erhöhten Aufwand einhergehe.

„Es ist ja auch nicht so, dass es keiner prüft, wir sind ja ständig mit den Patienten im Kontakt. Der Patient braucht die Mahlzeiten, der Patient hat seinen Hofgangsanspruch, der Patient wird ständig im Zimmereinschluss – ja, auch überwacht und geguckt, wie geht es ihm, wie geht's ihm nicht, und dann wird ja auch neu entschieden.“ (M7)

„Natürlich ist der Arbeitsablauf, oder die Arbeitsintensität natürlich entschieden höher. ... Mahlzeiten, Aufsicht beim Hofgang, Aufsicht bei der Reinigung, und und und. Also, der Arbeitsaufwand steigt ja auch für das Personal. Von der Schreibarbeit mal ganz abgesehen.“ (M25)

Vorteilhaft für die Mitarbeiter sei, durch den ZE respektive durch die Separierung mehr Sicherheit und (physische) Kontrolle über den Patienten zu haben, sodass dieser gut beobachtet werden könne. Auch hätten sie Zeit zum Luftholen und Zeit, um anderen Dingen nachzugehen. Allgemein vorteilhaft am ZE seien darüber hinaus, dass dadurch zumeist eine Arbeitsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Personal hergestellt werden könne, die zum ZE geführte Situation nicht vor einem Publikum geklärt werden müsse, den Patienten Grenzen aufgezeigt würden, ein geregelter therapeutischer Alltag im stationären Setting ermöglicht werde und sich das Stationsklima entspanne. Weiterhin biete der ZE dem betreffenden Patienten, den Mitpatienten und dem Personal Schutz.

„Also, wirklich bloß als eine Maßnahme, die – also, die letzte Möglichkeit ist, aus meiner

Sicht, ne. (..) Um sich und andere Mitpatienten zu schützen.“ (M26)

Vom ZE betroffen seien gewissermaßen auch Angehörige, welche beispielsweise während eines ZEs nicht zu Besuch kommen können.

Gewünschte Veränderungen

Die zum ZE gewünschten Veränderungen der Mitarbeiter bezogen sich auf im Wesentlichen verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit der Anwendung und dem Verlauf / der Ausgestaltung des Rahmens während eines ZEs. So wurde erwähnt, dass es erstrebenswert sei, Problemverhalten, das zum ZE führte, stets in der Patientengruppe zu thematisieren, dass zeitnah eine therapeutische Bearbeitung des dysfunktionalen Verhaltens erfolgt und prinzipiell mehr Kontakte zum / mehr Gespräche mit dem Personal ermöglicht werden. Auch sollte grundsätzlich nach klaren, einheitlichen und für Patienten nachvollziehbaren Maßgaben vorgegangen werden. Der ZE sollte häufiger aus therapeutischen Zwecken und insgesamt konsequenter angewandt werden, indes beispielsweise bei fremdgefährdendem Verhalten ausnahmslos mit einem ZE reagiert werde und hierbei keine Unterschiede zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen gemacht werden – sofern es sich um Fremdgefährdung gegenüber dem Personal handle. Wünschenswert seien ebenfalls schnellere ärztliche Entscheidungen zur Anwendung des ZEs sowie eine bessere Zusammenarbeit, Kommunikation und Klarheit im Team, wann der ZE anzuwenden ist.

„Also, wenn, wenn sowas sein sollte, dann bin ich immer dafür, dass die Pflege und der Therapeut sich zusammensetzen und sagen: ‚Mensch, was wollen wir machen?‘ Weil, ich meine, wir sind quasi – auf Deutsch gesagt – 24 Stunden mit dem Patienten.“ (M21)

Zudem sollte bei einem Einschluss ein Mitarbeiter für die Betreuung des Patienten abgestellt werden. Ein stärkerer Fokus sollte auf der adaptiven Anpassung/Lockerung von Anordnungen/Einschränkungen – je nach Verhalten des Patienten – liegen. Ein Mitarbeiter wünschte sich, dass auch Psychologen die Befugnis zur Anwendung des ZEs haben, wohingegen ein anderer benannte, dass vollständig auf den ZE verzichtet werden sollte.

Der ZE sollte nicht ad hoc aufgehoben, sondern schrittweise gelockert und bestehende Lockerungsstufen während des ZEs nicht vollständig widerrufen, sondern nur ausgesetzt werden. Um der Passivität von Patienten, einem möglichen Gewinn des ZEs (nichts machen müssen) und einer vollständigen Isolation entgegenzuwirken, sollten Patienten während des ZEs mehr gefordert werden, indem sie sich an der Revierreinigung beteiligen, Einkäufe vom Personal begleitet und Therapieteilnahmen ermöglicht werden. Während sich ein Mitarbeiter für verlängerte ZE aussprach, wünschten sich die meisten verkürzte ZE.

Bisherige Erfahrungen mit dem ZV

Allgemeine, positive und negative Erfahrungen mit dem ZE

Im Hinblick auf den ZV hatten die Mitarbeiter berichtet, dass die Maßnahme letztlich dann angewandt wurde, sofern vorausgehende Interventionen – wie Gespräche oder angebotene Bedarfsmedikation – nicht ausreichten. Der ZV habe in der Regel einen Vorlauf, basiere immer auf einem Grund zur Anwendung und sei das letzte Mittel, welches dem Personal zur Verfügung stehe. Es komme vor, dass der ZV – vor allem bei Gefahr im Verzug – auch mal rapide ausgesprochen werde müsse.

Die Erfahrungen seien sowohl positiv (da sich der ZV als effektiv erwiesen habe) als auch negativ. Die negativen Erfahrungen bezogen sich insbesondere auf eine vermeintlich falsche/missbräuchliche und inflationäre Anwendung der Maßnahme und auf eine beim Pflegepersonal bestehende Unsicherheit gegenüber Vorgesetzten, die dazu führe, trotz – aus ihrer Sicht – berechtigtem Grund zur Anwendung des ZVs den Vollzug zu unterlassen.

„Weil dann keiner so richtig zugibt, dass es von der Pflege ausgegangen ist, und alles auf dem Patienten abgeladen wird, und es dementsprechend auch so weitergegeben wird an den ärztlichen Mitarbeiter, Therapeuten, und so weiter.“ (M18)

„(...) dass da manche Kollegen gar nicht überlegen vorher, und das gleich aussprechen.“ (M18)

„Heutzutage, oder so, wie ich das erlebe, ist es natürlich immer so, dass man bis zu einem gewissen Punkt eine Unsicherheit hat, und diesen Zimmerverweis eigentlich erst dann durchführen würde, wenn man sich völlig sicher ist, dass das völlig legitim und auch, ja, gerechtfertigt ist. Ich glaube, manchmal wäre der Zimmerverweis schon vorher gerechtfertigt, und wir sind noch eher zu zögerlich, weil wir uns unsicher sind, ob das in der Nachbesprechung nicht doch anders dargestellt wird oder Fragen gestellt werden.“ (M14)

So berichtete das Pflegepersonal, inzwischen (in Relation zu früheren Zeiten) keine Handhabe mehr zu haben oder sich nicht zu trauen, den ZV selbst auszusprechen.

„Ja, das ist alles irgendwo (..) und wir selber haben keine Handhabe mehr. Es wird zwar gesagt, wir dürfen es machen, aber es traut sich halt keiner mehr. Und selbst von den Therapeuten kriegt man das ja mit, dass die Therapeuten sich nicht mehr trauen, Patienten einzuschließen oder eben Zimmerverweis.“ (M11)

Erfahrungen zur Anwendung und zum Ablauf des ZEs

Der ZV, der als relativ kurze Intervention genutzt werde, gehe hin und wieder dem ZE voraus.

„Insofern gut, dass nicht jede therapieschädigende Aktion des Patienten zwangsläufig zum Zimmereinschluss führt. Also – so eine Art Vorstufe, gelbe Karte.“ (M10)

Die Anwendung selbst beziehe sich auf den Einzelfall, erfolge verhältnismäßig und setze die Kooperation des Patienten, bei faktisch geöffneter Tür im Zimmer zu bleiben, voraus. Es

komme auch vor, dass andere Patienten der Station selbst auf therapieschädigendes Verhalten von Patienten Konsequenzen – wie den ZV – einfordern.

„... die Mitpatienten. Die fordern das regelrecht auch ein, die sind (...) auch schwer ruhig zu halten, wenn jemand derart über die Stränge schlägt und dafür keine Konsequenz erhält. Das können die Mitpatienten noch weniger verstehen als wir, manchmal.“ (M14)

In der Regel verlaufe der ZV ruhig. Früher sei man bei der Anwendung einem einheitlichen Prozedere – bestehend aus dem etwa einstündigen Verbleib im Zimmer, dem Anfertigen einer Verhaltensanalyse und einem Gespräch mit dem Psychologen – gefolgt.

Reaktion des Patienten auf die Maßnahme

Im Allgemeinen würden die Patienten – auch in Abhängigkeit ihres Verständnisses für die Maßnahme – recht unterschiedlich auf einen ZV reagieren. In den meisten Fällen würden sie den ZV als mildere Maßnahme in Relation zum ZE und auch nicht als Bestrafung wahrnehmen.

„Ich glaube, das ist super individuell. Also, manch ein Patient hat ja einen extremen Freiheitsdrang und reagiert da ganz anders auf so einen Zimmerverweis als manch anderer Patient, der sich das eher wünscht sogar. Also, ich glaube, das ist, das kann man nicht verallgemeinern. Das ist ganz speziell individuell.“ (M15)

Nicht alle Patienten würden sich an den ZV halten, sich gewissermaßen über den ZV, die Anordnung hinwegsetzen oder auf diese gar aggressiv reagieren. Im Nachhinein würden jedoch viele Patienten Einsicht in ihr Fehlverhalten, in die Notwendigkeit zur Anwendung des ZVs zeigen und den ZV teilweise selbst einfordern, da dieser ihnen – wie Regeln und Konsequenzen generell – guttun würde.

„Und mit allen Patienten, mit denen man danach so spricht, die sagen: ‚Ja, war ganz gut, dass ich vielleicht doch mal eine halbe Stunde rausgegangen bin, und ist alles wieder schick‘.“ (M25)

„Ja, genau. Also – viele Patienten fordern sich ja selber auch mal Ruhe ein, oder (...) haben Spannungen mit anderen Patienten, oder auch mit Personal kann das mal passieren. Das ist ganz normal. (...) Viele Patienten fordern sich den ja teilweise sogar selber ein – in manchen Situationen.“ (M15)

Persönliche Erfahrungen mit dem aktuell angewandten ZV

Gefühle, Gedanken, Erleben und Verhalten

Es gab Mitarbeiter, die schilderten, dass sie unglücklich darüber gewesen seien, dass der ZV angewandt werden musste und andere Mittel zur Abwendung dieser Maßnahmen nicht ausgereicht hatten – was sie als unbefriedigend empfanden. Ein Mitarbeiter (M2), der mit Aufnahmebeginn einen vom ZV betroffenen Patienten betreut hatte, sei in der Stimmung „gedämpft“ gewesen. Ein weiterer Mitarbeiter, der mit einem Patienten in einen Konflikt geraten war, war über die zu kurzfristige Anwendung des ZVs verärgert, da er sich der

ungenügenden Konsequenzen wegen von seinen Vorgesetzten nicht ernst genommen fühlte. Einige schilderten, dass sie den ZV routiniert, ohne jegliche Gefühle und ohne schlechtes Gewissen vollführt hätten – da die Intervention notwendig gewesen sei, wohingegen andere sich aufgrund der Gefahrenabwehr erleichtert und befreit gefühlt hätten.

„(...) Hatte ich keine Gefühle, also, weiß ich nicht. Hat mich nicht gestört, und auch nicht (...) Ist halt ein ganz normaler Arbeitsalltag.“ (M15)

„Ich habe kein schlechtes Gewissen, dabei so eine Konsequenz durchzuführen, weil ich (...) weil ich auch glaube, dass es notwendig sein kann.“ (M14)

„Und in dem Moment, wie gesagt, wo die Tür zugeht, sind natürlich erst mal alle erleichtert, dass die Situation gut ausgegangen ist.“ (M14)

Ein Proband hatte sich unsicher gefühlt, ob in der aktuellen Situation der ZV zum Schutz der Patientin ausreichend gewesen sei und die Verbringung im KR nicht effektiver gewesen wäre. Manch ein Mitarbeiter betrachte jeden ZV als neue Herausforderung und versuche, bei der Anwendung des ZVs das Therapeutische zu sehen, wobei sie grundsätzlich dem Patienten nicht schaden wollen.

„Da jeder Patient anders ist, sehe ich jeden Zimmerverweis als neue Herausforderung und gehe neutral an das Geschehen heran, ohne Vorurteil.“ (M4)

„... versuche auch immer, den therapeutischen Hintergrund mir selbst erklären zu können. Wenn ich das nicht kann, dann tue ich mich wahnsinnig schwer.“ (M13)

„Es kippt dann ja irgendwann, wenn die so ganz depriviert sind sozusagen beziehungsweise nicht mehr am Tagesgeschehen teilnehmen, dann kippt es ja auch in sowas Demotivationales und so. Das will man natürlich auch nicht.“ (M13)

Wiederum andere Teilnehmer sprachen den ZV nur ungern aus und fühlten sich vor allem dann mit der Maßnahme unwohl, wenn sie aufgrund der kurzfristigen Unterbringung des Patienten gerade eine Beziehung zu diesem aufbauten.

„Und er, also mit ihm zu klären, weil er ja gerade am Anfang noch steht, das war ja sein Einstieg, mein erstes Gespräch mit ihm. Deswegen habe ich mich da auch unwohl gefühlt, auch, weil das als Beziehungseinstieg natürlich nicht so schön ist (unv.) auszusprechen.“ (M13)

Ein Mitarbeiter schilderte, dass er sich während eines ZVs eines Patienten immer erst einmal distanziert zeige, sodass der Patient über sein Verhalten und die Gründe, die zum ZV führten, nachdenke. Je nachdem, inwieweit der Mitarbeiter in die Situation, die zum ZV des Patienten führte, involviert ist, richte sich dann sein Verhalten aus.

Persönliche Einstellungen zum ZV

Bewertung des ZVs

Allgemein benannt wurde von den Mitarbeitern, dass der ZV eine „besondere“, „nicht

alltägliche Maßnahme“ (M26), gelegentlich „die beste Alternative“ (M25) sei und weder als „Strafe“, noch als „Beugehaft“ diene (M13).

„Ja, so und so, also, es ist, ich finde es schwierig, das sozusagen als eine Art Beugehaft einzusetzen, bis du das und das machst, bleibst du jetzt hier drin.“ (M13)

Der ZV wurde von der Mehrheit als gutes, leicht anwendbares, deeskalierendes, pädagogisches, verhaltensregulierendes, zweckmäßiges und als manchmal unvermeidbares Instrument sowie – im Vergleich zum ZE oder KR – als milderes und ausreichendes Mittel eingeschätzt.

„Also, ich finde es positiv. Es ist einfach kurzzeitig, um ihn runterfahren zu lassen, dass er sich sammelt, man hinterher ein Gespräch führen kann. Also, finde ich super.“ (M21)

„Und es ist für mich einfach auch ein pädagogisches Instrument, Leute noch mal aus der Gruppe für eine gewisse Zeit herauszunehmen.“ (M24)

„Den Zimmerverweis, also, der sollte auch aufrechterhalten bleiben. Das ist eine kurzzeitige, aber intensive Maßnahme für den Patienten, wo der Patient sich selber sagt: ‚Halt! Jetzt habe ich es aber übertrieben.‘ Also, einfach nur so kurz eine vor den Bug und: ‚Mein lieber Freund, bis hierhin und nicht weiter!‘.“ (M21)

Auch hinsichtlich des ZVs wurde angemerkt, dass dieser – wie der ZE – „kein Allheilmittel“ (M26) und für manch einen Mitarbeiter mittlerweile „überholt“ (M26), „überflüssig“ (M26) geworden und grundsätzlich wirkungslos sei. Sinnlos und ineffektiv sei der ZV auch deshalb, da er sich vom ZE lediglich durch die nicht abgeschlossene Tür unterscheide, bei beiden Maßnahmen vom Patienten gleiches therapiekonformes Verhalten gefordert werde und sich nicht alle Patienten an den ZV halten würden.

Als wichtig erachtete Grundsätze zur Anwendung und zum Verlauf des ZVs führten die Mitarbeiter an, dass der ZV nicht willkürlich, sondern stets begründet, einzelfallorientiert anzuwenden sei und die Ausgestaltung des konkreten ZVs (einschließlich der Dauer, usw.) als auch eine etwaige Lockerung des Patienten immer individuell zu erfolgen haben.

„Das ist natürlich immer eine Einzelfallentscheidung.“ (M14)

„Ja, natürlich, die Patienten haben unterschiedliche Störungsbilder, man versucht auf unterschiedliche Weisen mit ihnen zu arbeiten.“ (M14)

„Wir sind wieder lockernd vorgegangen. Das machen wir immer so. Je nachdem, was der Patient dann so mitbringt, wie er sich verhält, wie weit wir mit der Aufklärung vorangeschritten sind, wird stufenweise gelockert.“ (M13)

Darüber hinaus sollte der ZV – wenn möglich – dem ZE vorausgehen, bei weniger schwerwiegenden Regelverstößen und zeitlich begrenzt eingesetzt werden, um nicht den gesamten Therapieprozess des Patienten zu unterbrechen. Die Anwendung des ZVs erfordere sogleich das Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Absprachebereitschaft des Patienten und setze seinerseits „verantwortungsbewusstes Handeln“ (M17) voraus.

Das Personal sollte die für den Patienten festgelegten und mit ihm besprochenen Maßgaben/Anordnungen (hinsichtlich der Dauer, der Ausgestaltung des ZVs, usw.) kennen und einheitlich befolgen. Zusätzlich sollte die etwaige Erfordernis zur Fortführung des ZVs täglich überprüft werden. Unerlässlich seien auch eine therapeutische und pflegerische Betreuung als auch die Aufarbeitung der dem ZV zugrundeliegenden Situation.

„Natürlich muss man dann begleitend gucken, dass man den Pateinten oder die Patientin auch dabei unterstützt, dass sie das erreichen kann, ob das jetzt mit Entspannungstechniken ist oder was zu Essen oder zu Trinken, oder dass man mit der Person versucht, in Kontakt zu gehen, oder ihr eine Bedarfsmedikation anbietet. Das ist natürlich alles notwendig.“ (M16)

„Ich glaube aber, dass das schon auch voraussetzt, dass man immer mit der Person in Kontakt bleibt und sie nicht einfach in ihrem Zimmer ihrem Schicksal überlässt.“ (M16)

Auswirkungen des ZVs

Zusammenfassend wurden diverse Auswirkungen des ZVs auf den Patienten selbst, auf die Mitpatienten, das Personal – letztlich auf alle auf der Station befindlichen Personen – und das Stationsklima benannt. Nur wenige Mitarbeiter hatten angegeben, dass der ZV keinerlei Auswirkungen habe.

Die Effekte auf den Patienten seien abhängig von der Person selbst und dem jeweiligen Störungsbild. In der Regel wirke sich der ZV positiv aus. Die Patienten könnten sich aufgrund der Reizabschirmung schnell in der Stimmung regulieren, hätten Zeit zum Nachdenken, kämen zur Ruhe und Einsicht, würden durch andere Patienten nicht beeinflusst und wären insgesamt – durch eine mildere Form der Isolation – mehr in soziale Interaktionen/Kontakte eingebunden.

„Und in der Regel können sie das in der Nachbesprechung auch ganz gut reflektieren, dass sie tatsächlich zu weit gegangen sind, dass sie das so eigentlich gar nicht gemeint haben, wie es dann bei dem entsprechenden Mitarbeiter, oder auch Patienten, angekommen ist.“ (M17)

„Aber der Patient hat Zeit zum Nachdenken, die er oft in der, ich nenne es mal ‚in der Gruppendynamik‘ sonst nicht findet.“ (M12)

Ebenfalls hebe ein ZV die Hemmschwelle, bestimmtes Verhalten zu zeigen, führe – durch „direktes Feedback“ (M14) und eine unmittelbare Grenzsetzung – zu einer relativ rapiden Verhaltensregulation und gewährleiste manchmal die Aufrechterhaltung des Selbstwertes eines Patienten.

„... und dadurch gibt es eben verhältnismäßig schnelle Reaktionen in positive Richtung für den Patienten.“ (M25)

„Und dann können sie auch jederzeit in diese Patientengruppe zurückgehen. Der hätte ich es gezeigt, wenn ich gekonnt hätte. Das ist auch für ihren Selbstwert und ihr Selbstbild – glaube ich – auch was, was manchmal ganz gut ist. Du sagst: ‚Ja, Sie gehen jetzt‘, und dann

wissen alle: Dagegen können sie sich jetzt schwer widersetzen, weil dann ansonsten die Alarmgruppe kommen würde. Und, und dann können sie irgendwie so hoch, mit hoch erhobenem Kopf immer noch gehen, sage ich mal.“ (M17)

Als auf den Patienten nachteilige Auswirkungen wurde von den Mitarbeitern eine schlechtere Befindlichkeit – in Form von Wut, Verärgerung, Demotivation, usw. – benannt. Die Patienten würden aus der Patientengruppe gerissen und könnten nur eingeschränkt mit anderen Personen kommunizieren.

Wird die Anwendung eines ZVs erforderlich, würde sich mithilfe des ZVs das gesamte Stationsklima beruhigen. Gleichsam werde gelegentlich eine alltägliche stationäre Routine für alle Anwesenden unterbrochen.

„Und das nächste ist, es unterbricht natürlich jede Routine und jeden geregelten Tagesablauf.“ (M14)

Gleichsam würde mithilfe des ZVs ein Signal für alle Patienten gesetzt, sodass der ZV in präventiver Weise als Abschreckung fungiere.

„Und ich halte das auch für eine gute Sache, dass wirklich für alle Leute hier erkennbar ist: Da ist diese Grenze, die man besser nicht überschreiten sollte, weil – sonst wird es ein bisschen ungemütlich hier – für alle Beteiligten.“ (M17)

Die Reaktionen der Mitpatienten auf den ZV seien – in Abhängigkeit des Zusammenspiels vieler Faktoren – recht unterschiedlich und würden zwischen Schadenfreude, Erleichterung, Angst (selbst von einem ZV betroffen zu sein) und Verärgerung rangieren, was intermittierend zu angespannten Beziehungen untereinander führe. Teilweise erleben die Mitpatienten selbst Einschränkungen, wenn sie beispielsweise in akuten Situationen zum Schutz und bis zur Klärung der Situation im Zimmer verbleiben müssen. Vor allem gewaltunerfahrene Patienten würden aufgrund eskalierender Krisensituationen mit gewaltbereiten und fremdgefährdenden Patienten einem hohen Stresslevel ausgesetzt.

„Einige Patienten sind natürlich bei sowas immer auch gleich, na ja, gehen da ein bisschen mit, fühlen mit, oder (...) manche freut es. Weiß ich nicht, aber (...) eher weniger.“ (M15)

„Die Patienten sitzen abends beim Fernsehen, wollen einen ruhigen Abend haben oder später ruhig schlafen. Dann kracht es, die Patienten müssen alle auf ihre Zimmer oder woanders hin, je nachdem, wie der Konflikt gerade abläuft, fühlen sich dadurch sehr gestört, sind dann auch immer sehr wütend auf den jeweiligen Patienten.“ (M14)

Einige Mitpatienten würden sich mit dem ins Zimmer verwiesenen Patienten solidarisieren, sodass sie für eine Aufhebung des ZVs plädieren oder sich nach der Dauer seines Verbleibes im Zimmer erkundigen. Patienten, die sich im Doppelzimmer befinden, würden sich hin und wieder um den betreffenden Patienten kümmern. Es komme auch vor, dass aufgrund der Gruppendynamik gegenüber dem Personal infolge des ZVs ein Feindbild geschürt werde. Je

nach Einzelfall würden sich die Mitpatienten zeitweilig mehr zurückziehen (sofern sich der befreundete Mitpatient im ZV befindet) oder nunmehr im stationären Setting, somit für das Personal präsenter sein und mehr Aufmerksamkeit entgegennehmen (wenn auf der Station Ruhe eingekehrt ist und das Personal Zeit für die anderen Patienten hat). Hin und wieder würden zudem Patienten infolge des ZVs eines Patienten und des erhöhten pflegerischen Aufwandes zu kurz kommen. Entsprechend wirke sich – je nach Situation und Beziehung zum vom ZV betroffenen Patienten – die Maßnahme auch auf die Mitpatienten aus.

Positive und negative Auswirkungen habe der ZV auch auf die therapeutische Beziehung – beispielsweise, indem durch den ZV eine Arbeitsbasis hergestellt/ermöglicht werde, oder aufgrund des vom Patienten wahrgenommenen Machtgefälles und seiner vorerst erlebten negativen Emotionen.

„Also, ich glaube, das macht natürlich einen Unterschied, wenn der Patient weiß, oder die Patientin, dass man die Macht hat, solche Entscheidungen zu treffen. Da ergibt ja dann schon so ein, das wird dann sehr deutlich, dass da ein sehr starkes Gefälle ist, und das – glaube ich – beeinflusst schon auch die therapeutische Beziehung, die man zu den Patienten hat.“ (M16)

„... die ‚Beziehungskiste‘ zu dem Personal wird runtergefahren. Viele sind ja von Hause aus misstrauisch, dann dauert es eine Weile, um wieder Zugang zu bekommen. Es hat dann also einen Knacks gegeben, die Patienten sind erst mal distanzierter.“ (M9)

Je nach spezifischer Situation seien die Mitarbeiter in ihrem Verhalten gegenüber, im Umgang mit dem Patienten sowie in ihren Gefühlen beeinflusst – partiell auch aufgrund der Mehrarbeit, des erhöhten pflegerischen Aufwandes, zum Beispiel durch häufiges Klingeln der Patienten.

„Also, wenn ich weiß, der ist hoch angespannt und aggressiv und laut – laut ist ja auch erst mal schon abschreckend – dann geht man ja schon mit einem anderen Gefühl hin.“ (M20)

„Genervtheit, mehr Arbeit, der Patient will natürlich laufend was.“ (M19)

Der ZV gewährleiste für alle Beteiligten Schutz und Sicherheit und ermögliche dem Personal eine „Verschnaufpause“ (M17) und Entspannung – vor allem, wenn dem ZV eskalierende und bedrohliche Situationen vorausgingen.

Gewünschte Veränderungen

Gefragt nach gewünschten Veränderungen, stellten einige Mitarbeiter auf die zwingende Notwendigkeit ab, während des ZVs dem Patienten hinreichende Kontakte zum Personal zu ermöglichen, auch, um das Geschehene zu besprechen. Bestenfalls sollte ein Mitarbeiter für den im Zimmer verbleibenden Patienten abgestellt werden. Wichtig sei, dass der Patient – ob nun schriftlich oder mündlich – sein Fehlverhalten reflektiert, sodass schnellstmöglich der ZV aufgehoben werden kann.

Hinsichtlich der Anwendung, der Zielerreichung und des Verlaufes des ZVs wurde der Wunsch nach einer umfassenden Kommunikation und nach Klarheit im Team, wann der ZV angewandt werde und wie dieser im Einzelnen konkret zu vollführen ist, aber auch der Wunsch nach klaren, für den Patienten nachvollziehbaren Maßgaben geäußert.

„Ich würde mir wünschen, dass die Maßnahmen klarer geregelt sind, dass die Anweisungen und auch die Zeiten, die im Zimmer verbracht werden, zumindest für ganz eindeutige Delikte, wie zum Beispiel gefährlicher Übergriff auf einen anderen Patienten, dass das einheitlich und klar geregelt ist.“ (M14)

„Also, dass nicht der Eindruck entsteht, das sind willkürliche Entscheidungen. Sind natürlich alles Einzelfallentscheidungen, aber wenn zum Beispiel es irgendwie so eine Art Handhabung gibt, an der man sich langhangeln kann – für den Umgang mit einem positiven Urinbefund.“ (M13)

„Dass es vielleicht – zurzeit so – im Pflorgeteam, und glaube ich, auch bei den Therapeuten, so Uneinigkeit herrscht: Wann schließe ich ein? Wann darf ich wegschließen? Wann ist es nur ein Verweis, wie lange bleibt er im Verweis.“ (M27)

Ein Mitarbeiter wünschte sich in Bezug auf seine Kollegen, dass diese selbstbewusst und verantwortungsvoll Entscheidungen zum ZV treffen, sich demnach weniger unsicher fühlen. Überdies sollte der ZV – wenn möglich – immer einem ZE vorgezogen werden. Wünsche bezogen sich auch auf die Befugnis von Pflegekräften zur kurzfristigen Anordnung des ZVs – ohne sich immer das Einverständnis der Vorgesetzten einholen zu müssen. Im Allgemeinen sollte der ZV konsequenter, schneller/verhaltensnäher, häufiger und kürzer zum Einsatz kommen. Ein Mitarbeiter sah hingegen einen länger andauernden ZV zur Erhöhung der Hemmschwelle bei Patienten als erstrebenswert an. Drei Probanden plädierten für die vollständige Abschaffung des ZVs.

(Bilanzierende) Aussagen zum ZE und ZV

Im direkten Vergleich von ZE und ZV wurde für beide Maßnahmen noch einmal bilanziert, dass es sich bei diesen Maßnahmen zumeist um die letzten Mittel handele, worauf Mitarbeiter zurückgreifen können, dass in beiden Fällen die Zusammenarbeit im Team, das gemeinsame Treffen von Entscheidungen als auch eine therapeutische Aufarbeitung mit dem Patienten unerlässlich seien.

Während einige Mitarbeiter keine Unterschiede zwischen dem ZE und ZV erkannten und der Meinung waren, dass die Effekte jeweils gleich seien und auch die Patienten im Hinblick beider Maßnahmen keine Unterschiede erleben, sich somit nicht abweichend verhalten würden (sie haben grundsätzlich zu klingeln, sofern sie mit Wünschen an das Personal herantreten wollen), gab es Mitarbeiter, die auf ein differentes Erleben – allein aufgrund des Wissens darüber, dass die Tür (un-)abgeschlossen ist – abstellten.

„Die Patienten empfinden Einschluss ganz oft ähnlich wie Verweis. Also, für die ist das wenig Unterschied, oft. So meine Erfahrung.“ (M13)

„Aber ich denke, das hat auch so eine psychologische Wirkung, wenn sie wissen: Ich kann doch jederzeit hier diese Tür aufmachen. Vielleicht kriege ich dann Ärger, aber auf jeden Fall kann ich sie aufmachen.“ (M17)

Einige Probanden waren der Ansicht, dass der ZV einen geringeren Effekt – im Sinne einer erzielten Verhaltensänderung – auf Patienten habe als der ZE. Zudem erfordere der ZV mehr Selbstregulation des Patienten, sich an die Anweisung, nicht das Zimmer zu verlassen (obschon er es theoretisch könnte), zu halten. Überdies würde beim ZV, der von Patienten besser als der ZE angenommen werde, den Patienten mehr Vertrauen vom Personal entgegengebracht.

„Also, ich denke schon, dass das eine Rolle spielt, weil – das hat auch immer was mit gegenseitigem Vertrauen zu tun. Weil, wenn ich sage ‚Zimmerverweis‘, dann liegt die Verantwortung beim Patienten, sich daran zu halten oder auch nicht. Also, der Patient hat das schon auch ein Stück weit in der Hand, die Arbeitsbeziehung weiter zu belasten oder sich darauf eben einzulassen.“ (M24)

Ein Mitarbeiter, der den ZV als überholt ansah und sich deshalb für die Abschaffung dieser Maßnahme aussprach, empfahl, ausschließlich auf den ZE zurückzugreifen. Gegen den ZE – im Vergleich zum ZV – sprach, dass erstere Maßnahme von den Patienten als drastischer/einschränkender erlebt würde. Dem gegenüber standen Aussagen, die auf die Vorzüge des ZVs – in Relation zum ZE – hinwiesen. So gewährleiste der ZV mehr Nähe und verhindere Beziehungsabbrüche zum Personal.

„Ich signalisiere dem Patienten dann auch: ‚Ich schiebe dich jetzt nicht weg, es besteht trotzdem noch eine Beziehung zwischen uns, weil ich ja nicht abschließe.‘ Also, ich mache nicht ganz dicht, ich unterbreche die Beziehung nicht ganz.“ (M24)

Auch sei der ZV leichter in der Handhabung und gehe in der Regel mit einem geringeren bürokratischen Aufwand einher, obschon an dieser Stelle erwähnt wurde, dass nicht immer gleich auf den Begriff des ZVs abgestellt werden und die genutzte Auszeit nicht zwangsläufig Bürokratisches nach sich ziehen müsse, indes sehr niederschwellig auf den kurzweiligen Verbleib des Patienten im Zimmer zurückgegriffen werde.

„... ‚Gehen Sie mal bitte kurz ins Zimmer für eine Stunde!‘. Es muss ja nicht immer gleich ‚Zimmerverweis‘ heißen. Es muss ja nicht immer gleich eine Bürokratie hinterhergezogen werden. ‚Gehen Sie mal kurz auf’s Zimmer, rauchen Sie mal eine, kommen Sie mal mit, lassen Sie uns mal hinsetzen.‘ Also, ich finde diese Idee schon nicht verkehrt.“ (M18)

Der ZV sei für die Patienten weniger einschränkend und werde von ihnen als milderes Mittel wahrgenommen. Überdies gehe der ZV insgesamt mit mehr Freiheitsgraden und weniger negativen Konsequenzen für die Patienten einher. Der pflegerische Aufwand beim ZV wurde sowohl als geringer als auch als höher als beim ZE eingestuft, was damit begründet wurde, dass

einerseits die Patienten mit ihren Wünschen selbstständig an das Stationszimmer herantreten können, andererseits das Personal in höherem Maße auf die Einhaltung des ZVs zu achten habe.

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Seit jeher bewegt sich die forensische Psychiatrie – als eigenständiges medizinisches Fach – im Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Justiz (Dudeck et al., 2023) als auch zwischen dem Patientenwohl und der öffentlichen Sicherheit, was sie sogleich auf individueller, institutioneller und gesamtgesellschaftlicher Ebene mit zahlreichen ethischen Konfliktfeldern konfrontiert (Franke, 2023). Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Respektierung der Selbstbestimmung und Autonomie eines jeden Patienten, die als primäre Werte vorausgesetzt werden, wurde wiederholt auf das vertikale Machtgefüge in dieser subsidiären und gleichsam totalen Institution hingewiesen und für Bemühungen geworben, eine horizontale Plattform zu schaffen, auf welcher eine wertschätzende und respektvolle Begegnung, *moral treatment*, erfolgen kann (Kröber, 2016, 2019, 2024). Galt Zwang – „zwischen schwarzer Pädagogik und Folter“ (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, 2024) – einerseits als Ausdruck von Desinteresse, der Verweigerung sozialer Ressourcen und Inhumanität, den man mit der Forderung *no restraint* abzuschaffen versuchte, wird fürsorglicher Zwang – als Ausdruck von Humanität und Verantwortungsübernahme – als unerlässliche Maßnahme im MRV eingesetzt, um erhebliche psychische oder körperliche Schäden, vornehmlich beim Erkrankten selbst, zu verhindern (Kröber, 2024).

Im Hinblick auf wissenschaftliche Bemühungen zur revitalisierenden Erforschung von Wechselwirkungen im Sinne eines „What works how with whom under which conditions?“ (Dahle, 2016, S. 1) im Rahmen der effektiven Straftäterbehandlung – und vor dem Hintergrund des Bestrebens, wissenschaftlich fundierte und empirisch untermauerte Effektnachweise zu erlangen (vgl. Dahle, 2016) – sind auch die Einflüsse von Zwangsmaßnahmen im MRV, wie dem ZE und ZV, auf ihre Wirkung hin zu untersuchen – vor allem dann, wenn sie gegen den natürlichen Willen der Person eingesetzt werden. Aufgrund allgemein bestehender Forschungsdesiderate hinsichtlich des ZEs und ZVs war das Ziel dieser Studie, die folgenden Fragen zu beantworten: (a) Aus welchen Gründen sollten – wenn überhaupt – diese Maßnahmen eingesetzt werden, und ist das tatsächlich der Fall? Das heißt: Wie kommen die Entscheidungen zum ZE und ZV zustande? Was sind demnach die Gründe, die in der Praxis zur Anwendung dieser Maßnahmen führen? (b) Was sind Ziel und Zweck der jeweiligen Interventionen? (c) Wie viel Zeit verbringen die Patienten im ZE und ZV? (d) Wie erleben und bewerten Patienten und Mitarbeiter im MRV den ZE und ZV? (e) Besteht Kongruenz bezüglich der Erfahrungen

der forensischen Patienten und Mitarbeiter mit dem ZE und ZV? (f) Unterscheiden sich die Erfahrungen aufseiten der Patienten und Mitarbeiter – je nachdem, ob es zum ZE oder zum ZV kam?

Gründe, Ziel und Zweck des ZEs und ZVs. Die Gründe, die in der vorliegenden Studie zur Anwendung des ZEs und ZVs führten, entsprechen weitestgehend jenen, die in internationalen Studien zur Absonderung in einen besonders gesicherten Raum (vgl. z. B. Askola et al., 2018; Hansen et al., 2020; Holmes et al., 2015; Keski-Valkama, Koivisto, Eronen, & Kaltiala-Heino, 2010) und zu anderen Zwangsmaßnahmen (vgl. z. B. Heesch et al., 2022; Kuivalainen et al., 2017) berichtet werden, wobei zumeist eine Eigengefährdung (durch den Konsum psychotroper Substanzen) und/oder eine Fremdgefährdung (bspw. durch verbal-aggressives, stark agitiertes und bedrohliches Verhalten, durch Androhen körperlicher Gewalt gegenüber anderen, durch verbale und/oder körperliche Auseinandersetzungen zwischen Patienten oder die stattgehabte Drogen- und/oder Medikamentenweitergabe an andere Patienten) die Anwendung des ZEs und ZVs nach sich zog. Die Ziele und Zwecke, die mit dem jeweiligen ZE und ZV erreicht werden sollten, stimmten im Wesentlichen zwischen den beiden Maßnahmen überein. Durch die Separierung angestrebt wurden primär der Eigenschutz (durch Verhindern des fortgesetzten Substanzgebrauchs) und Fremdschutz (somit die Gewährleistung von Sicherheit) und die Deeskalation / Prävention von Eskalation. Mit den Maßnahmen anvisiert wurden aber auch generell der Erhalt des therapeutischen Settings, die Klärung und Aufarbeitung des Sachverhaltes, die Beruhigung des spezifischen Patienten als auch die Reflexion seines therapieschädigenden Verhaltens – somit Ziele, zu dessen Erreichung, auch vor dem berichteten theoretischen/rechtlichen Hintergrund zur Anwendung von Zwang (vgl. die Abschnitte 2.5 ff.; vgl. z. B. Gather et al., 2023; Müller-Isberner et al., 2017), nicht zwangsläufig auf den ZE und/oder ZV zurückgegriffen werden sollte respektive darf, es sei denn, diese Ziele dienen der Abwehr von gegenwärtigen Gefahren für die Gesundheit, das Leben oder anderer bedeutender Rechtsgüter des betreffenden Patienten oder gegenüber Dritten (Landesregierung MV, 2016). Andernfalls sind diese Ziele mit anderen, milderer Mitteln zu erreichen. Dass trotz ähnlicher Gründe und anvisierter Ziele mal der ZE, mal der ZV angewandt wurde, lässt sich auf vielfältige Weise interpretieren. Manchmal handelt es sich um eine „Ermessensentscheidung“ (Green et al., 2018), wobei die Entscheidungen für oder gegen eine bestimmte Maßnahme aus einem Konglomerat zahlreicher miteinander korrelierender Faktoren resultieren. So mögen aufseiten der Mitarbeiter divergierende Wahrnehmungen der Situation, subjektive Risikoeinschätzungen in Bezug auf das Ausmaß der zugrundeliegenden Problematik, die Gefährlichkeit des Patienten und die Art einer (drohenden) Gefährdung, die Wahrnehmung und bilanzierende Bewertung

beider Maßnahmen ([Un-]Verhältnismäßigkeit, Geeignetheit zur Abwendung einer akuten Eigen- und/oder Fremdgefahr, Ermöglichen einer schnellen Deeskalation), die spezifische Kenntnis des jeweiligen Patienten (mit seinen Besonderheiten [z. B. Präferenz für eine bestimmte Maßnahme; vgl. Mielau et al., 2017]), das Abwägen von Nutzen und möglichen unerwünschten Auswirkungen infolge der Interventionen ([Re-]Traumatisierung [vgl. Hansen et al., 2022], Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung [vgl. Wullschleger et al., 2019], Verminderung der Behandlungssadhärenz) als auch differente Bewertungen der Zuverlässigkeit und Absprachefähigkeit des Patienten, sich an den ZV zu halten (oder auch nicht), einen Einfluss auf deren Entscheidung gehabt haben. Persönliche Werte, Präferenzen, Einstellungen und Haltungen in Bezug auf bestimmte Zwangsmaßnahmen (vgl. DGPPN, 2018; Galbert, Azab, Kaplan, & Nusbaum, 2023; Krieger, 2020), emotionale Reaktionen – wie Mitgefühl, Furcht und Angst (einschließlich eines Sicherheitsbedürfnisses), erlebter Stresslevel, usw. – als auch unterschiedliche Fertigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit Krisensituationen (vgl. Barr et al., 2019) können weitere bedeutsame Faktoren für die Entscheidung gewesen sein.

Bei Green et al. (2018) beschrieben die examinierten Krankenschwestern und -pfleger einer forensisch-psychiatrischen Abteilung in England den Entscheidungsprozess bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen als häufig komplex und letztlich – wie beschrieben – durch konkurrierende Einflussfaktoren beeinflusst. Manchmal müssen darüber hinaus schnelle Entscheidungen getroffen werden, welche bei einer anschließenden Reflexion in einem ruhigen Moment womöglich anders ausgefallen wären. Bedeutsam scheinen auch institutionelle und soziale Faktoren, wie der Einfluss von Teammitgliedern, die Organisationskultur, die Führung in der Organisation, das Stationsklima und Rollenkonflikte (vgl. z. B. Barr et al., 2019; Green et al., 2018; Weißkerber, 2019), zu sein. So kann es derart zu einer Entscheidungsunsicherheit und Beeinflussung des eigenen Handelns kommen, indem beispielsweise die Befürchtung besteht, dass getroffene Entscheidungen von Vorgesetzten eventuell angezweifelt werden könnten, wie sie hier von einigen – und beispielsweise in der Studie von Green et al. (2018) von den Mitarbeitern – berichtet wurde.

Erfahrungen mit und Einstellungen der Patienten und Mitarbeiter zum ZE und ZV.
Erstaunlich waren die grundsätzlich hohen Übereinstimmungen innerhalb der Fallgruppen (der Patienten und Mitarbeiter) als auch zwischen den Mitarbeitern und Patienten (somit zwischen den Fallgruppen) im Erleben, in ihren Erfahrungen und Bewertungen (positiven wie negativen) hinsichtlich beider Maßnahmen (zur Anwendung, zum Verlauf/zur Ausgestaltung, zu etwaigen Auswirkungen, zur Dauer, Effektivität und zu den gewünschten Veränderungen). Sowohl der ZE als auch der ZV wurde von den meisten Patienten und Mitarbeitern – wie zum Beispiel im

Falle der Absonderung forensischer Patienten bei Green et al. (2018), Holmes et al. (2015) und Keski-Valkama et al. (2010) – als oftmals alternativloses, notwendiges und letztes geeignetes Mittel zur Gefahrenabwehr deklariert. Als negativ wurde für beide Maßnahmen bilanziert, dass letztlich die schädlichen Auswirkungen die jeweils positiven überwiegen würden. Insgesamt beurteilten jedoch sowohl die Mitarbeiter als auch die Patienten die positiven und negativen Effekte des ZEs (der an Gefängnismethoden mit schädlichen Folgen erinnere – wie in der Studie von Haw et al., 2011, mit 57 Patienten einer forensischen Rehabilitationsstation in England berichtet) – insbesondere auf den Patienten – als stärker/gravierender ein als jene des ZVs, der häufig mit mehr Freiheitsgraden für Patienten einhergeht und dadurch möglicherweise weniger nachhaltig ist.

Hinsichtlich beider Interventionen wurden die Angemessenheit der Maßnahme in Relation zur zugrundeliegenden Problematik, eine individuenzentrierte Anwendung / ein auf den Einzelfall bezogenes Vorgehen als auch eine zeitliche Begrenzung als essentiell erachtet. Für beide Maßnahmen gleichermaßen zentral sei die Notwendigkeit, zugleich die zugrundeliegende Problematik zu beheben – ansonsten sei die jeweilige Maßnahme ineffizient und sinnlos. Das legt sowohl bei den Patienten als auch bei den Mitarbeitern den Wunsch (und bei Ersteren darüber hinaus einen grundsätzlichen Veränderungswillen) nahe, tatsächlich Verhaltensweisen ändern zu wollen, die vielleicht nicht nur zum ZE und ZV führten, sondern womöglich auch im Zusammenhang mit dem deliktischen Verhalten im Rahmen der Anlasstat und somit mit der Unterbringung selbst stehen. Den Schwierigkeiten der Patienten ausschließlich mit Separierung zu begegnen, die Patienten sich in ihrem Zimmer ihrem Schicksal zu überlassen, wird also kaum zu deren Entwicklung und zum Lernen beitragen.

Während sich einige Patienten teilweise für die Abschaffung des ZEs und ZVs aussprachen, sahen die Mitarbeiter lediglich eine Abschaffung für den ZV als erforderlich an. Dieser Befund widerspricht den Ergebnissen von Pulsford et al. (2013), der die Einstellungen von Patienten und Pflegekräften eines hochgesicherten Krankenhauses in England zum Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten untersuchte. Alle Probanden in der Studie von Pulsford et al. (2013) lehnten die Abschaffung der Absonderung hinsichtlich dieser Anlässe ab. Dieser konträre Befund könnte damit begründet werden, dass es zum einen die Patienten sind, die von der Maßnahme betroffen sind, und dass es – aus Sicht der Mitarbeiter – im stationären Alltag tatsächlich manchmal Situationen gibt, in denen der Gefahrenabwehr nicht anders als mittels des Einsatzes einer Sicherungsmaßnahme, wie dem ZE (als in Relation zur KR-Unterbringung mildere Maßnahme), begegnet werden kann. Hinzu kommt das menschliche Bedürfnis nach Sicherheit (einschließlich psychischer) und körperlicher Unversehrtheit.

Gewalterfahrungen und Zwangsmaßnahmen können für Patienten und Mitarbeitende belastend und potenziell traumatisierend sein (DGPPN, 2018; Hansen et al., 2022). Nach Einschätzung aller Probanden ist der ZV zur Gefahrenabwehr eventuell nicht geeignet, da – unter Berücksichtigung aller situativen Faktoren – mit diesem mitunter ganz andere Ziele (als eine Gefahrenabwehr) verfolgt werden, die primär den Einsatz anderer Instrumente (wie Gespräche, soziale Unterstützung, usw.) rechtfertigen respektive erfordern.

Wie in vorherigen Studien zur Absonderung von Patienten dargelegt (vgl. z. B. Askew et al., 2020; Faschingbauer, Peden-McAlpine, & Tempel, 2013; Hansen et al., 2022; Haw et al., 2011; Holmes et al., 2015), rangierten die Erfahrungen der Patienten mit dem ZE und ZV insgesamt zwischen positiven und negativen, wobei (wie z. B. von Hansen et al., 2022, berichtet) negative Gefühle – wie Hoffnungslosigkeit, Machtlosigkeit, Bestrafung, Unterdrückung Ausgrenzung, Isolation, das Eingesperrtsein, Entmenschlichung, Ungerechtigkeit, haftaffine Behandlung, Einsamkeit, das Sich-im-Stich-gelassen-fühlen und zu wenig unterstützt worden zu sein – überwogen. Im Wesentlichen erlebten die Patienten beide Maßnahmen auf ähnliche Weise. Eine entscheidende Rolle im Hinblick auf ihre Erfahrungen und Bewertungen des ZEs und ZVs spielte das Faktum, ob die Anwendung der Maßnahme selbst- oder fremdbestimmt war. Das Erleben, über eine Situation Kontrolle und Macht zu haben, diese zu beherrschen und selbstbestimmt handeln zu können, ist ein essentielles Element des seelischen Wohlbefindens (Trost, 2018). Jeder Mensch strebt nach Selbstbestimmung, das heißt, der Möglichkeit, nach eigenen Wünschen Entscheidungen zu treffen und in soziale Beziehungen einzubringen (Trost, 2018). Hingegen ist zumeist bereits die Unterbringung im MRV fremdbestimmt, wobei das Gefühl der Fremdbestimmung (dem eigenen Gefühl nach oder tatsächlich von anderen über- oder bestimmt zu werden; vgl. Trost, 2018) durch den ZE und/oder ZV, sofern nicht selbst gewünscht, verstärkt werden kann. Die forensische Psychiatrie ist eine totale Institution, in der das Leben der untergebrachten Patienten allumfassend geregelt ist, in der inmitten einer Zwangsgemeinschaft – bestehend aus Untergebrachten und Mitarbeitenden – die Alltagsumgebung fremdbestimmt vorgegeben wird und viele Lebensaktivitäten und Tätigkeiten durch die Gesetze, die Klinikleitung und das Personal geplant sind (Trost, 2018). Hinzu kommen „unterbringungsinduzierende Phänomene“, die sich in der Regel nachteilig auf Patienten auswirken (Trost, 2018). Die Unterbringung im MRV bedeutet für die Patienten (eine womöglich in der Vergangenheit mehrfach erlebte) Deprivation: soziale Deprivation (bezüglich sozialer Kontakte, sozialer Verantwortlichkeiten, Rollen und Interessen), aber auch eine sensorische Deprivation, sodass Mitarbeitende im MRV angehalten sind, Angebote und ein Milieu zu schaffen, um diese Effekte möglichst gering zu halten (Trost, 2018). Die

Unterbringung selbst geht mit einem besonders großen Machtgefälle (DGPPN, 2018) und einer vom Patienten erlebten Machtlosigkeit (dass das eigene Handeln keinen Einfluss auf die augenblickliche oder künftige Situation hat; Trost, 2018) einher, welche durch den ZE und/oder ZV verstärkt werden kann. Die wahrgenommene Machtlosigkeit kann zur Gleichgültigkeit, Ohnmacht, Resignation und Hoffnungslosigkeit (dem Erleben auswegloser Situationen) führen. Die Hoffnungslosigkeit wiederum ist ein Risikofaktor für selbstgefährdendes und riskantes, aggressives Verhalten (Trost, 2018). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Querengässer, Janele, Schlögl, & Bezzel, 2022b), sein Autonomiebedürfnis und seine wahrgenommenen Möglichkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen, werden durch die Anwendung von Zwang konterkariert. Die erlebte und durch negative Effekte des ZEs und ZVs potenzierte Abhängigkeit von Mitarbeitern, die auch von Patienten in ihrer konfligierenden Rolle – zwischen Fürsorge und Zwang, Besserung und Sicherung (vgl. Gaupp, 2018) – wahrgenommen werden, kann zu allgemein negativen Gefühlen und einer Reduzierung des Selbstwertgefühls führen. Darüber hinaus ist durch bauliche und strukturelle Sicherheitsmaßnahmen, durch die Doppelrolle des Behandlers und unterschiedliche Sanktionierungsmaßnahmen das Machtgefälle zwischen Mitarbeitern und Patienten in der forensischen Psychiatrie stärker wirksam als in anderen Behandlungskontexten (Franke, 2023; vgl. auch DGPPN, 2018). Der Zwangs- und Kontrollaspekt in der Behandlung verschiebt das Machtgleichgewicht zwischen Therapeut und Patient von einem horizontalen in ein vertikales Verhältnis, da die Patienten ihre Therapie, anders als in anderen Behandlungskontexten, nicht einfach beenden können (Kröber 2019). Forensische Patienten nehmen dieses Machtungleichgewicht besonders stark wahr (Meyer, Hachtel, & Graf, 2019).

Wie in der Studie von Holmes et al. (2015) – zu den Erfahrungen von forensischen Patienten und Krankenschwestern in Kanada mit der Absonderung in einen besonders gesicherten Raum – hatten das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Patienten für die Anwendung der jeweiligen Maßnahme einen relevanten Einfluss auf die Gedanken (auch auf die Bewertung der Maßnahmen), das Erleben und Verhalten der Patienten (was sowohl für den ZE als auch für den ZV galt). Negativ wirkten sich die Maßnahmen dann aus, wenn diese von den Patienten als falsch, unangemessen und als ungerecht erlebt wurden (sie die Gründe für die Anwendung nicht nachzuvollziehen vermochten). Transparenz, klare Kommunikation, Partizipation und Teilhabe (vgl. DGPPN, 2018) in der Behandlung eines Patienten – entgegen einstiger bevormundender, paternalistischer Grundhaltungen im psychiatrischen Kontext (Querengässer et al., 2022b) – kann den Patienten ein Gefühl von Kontrolle und Sicherheit vermitteln, was die Bedeutsamkeit ihres Einbezugs in ihre Behandlung unterstreicht (vgl. DGPPN, 2018).

Von den Mitarbeitern berichtet wurde außerdem, dass sich ihre Erfahrungen mit dem ZE und ZV auch in Abhängigkeit von der (wechselnden) Klinikleitung unterscheiden – obschon immer auch Reformen der Rechtsgrundlagen und kulturelle Veränderungen hinsichtlich der Praktiken in Institutionen zu berücksichtigen sind. Wie unter anderem die Vermeidung von und die Ausübung von Zwang (als auch damit assoziierte Praktiken) in einer Organisation – vor dem Hintergrund rechtlicher/gesetzlicher Bestimmungen – gelebt werden, wird maßgeblich durch das Leitbild und die Führung einer Institution (Metwally, 2019) bestimmt. Letzteres richtet wiederum die Werte und das Handeln der in der Institution Tätigen aus. Die Umsetzung ethischer Führungsgrundsätze ist in jeder forensischen Organisation für die Zuverlässigkeit, Effektivität, Geschwindigkeit und Effizienz forensischer Verfahrensweisen entscheidend (Metwally, 2019). So ist die Förderung klinischer ethischer Praktiken eine Funktion der ethischen Führung auf höchster Ebene (Metwally, 2019), wodurch beispielsweise Machtmissbrauch (wie Willkür bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen) verhindert werden kann. Tatsächlich ist der Missbrauch der therapeutischen Beziehung durch Fachpersonen eine der schwerwiegendsten Formen von unprofessionellem Verhalten (Franke, 2023), sodass er zweifelsohne nicht nur unethisch, sondern strikt zu unterlassen ist. Ethische Führungskräfte sollten daher als Vorbilder für die Förderung und Umsetzung ethischer Grundsätze auf allen Organisationsebenen fungieren und entsprechend Einfluss auf das Handeln der Mitarbeitenden nehmen (Metwally, 2019).

Von herausragender Bedeutung beziehungsweise als tragendes Element in der gesamten Behandlung der Patienten stellte sich in dieser Studie (wie z. B. bei Holmes et al., 2015) die Rolle der „therapeutischen Beziehung“ heraus. Die Patienten und Mitarbeiter benannten ihre Unzufriedenheit mit den reduzierten sozialen Kontaktgestaltungen während des ZEs und ZVs, was insbesondere aufseiten der Patienten das negative Erleben verstärkt und allgemein die Bewertungen beider Maßnahmen beeinflusst haben mag. Sogleich sind die als eingeschränkt erlebten Kontaktmöglichkeiten zu Patienten mitunter auch diametral zu den Motiven, die bei den Klinikmitarbeitern einst dazu führten, einen helfenden Beruf zu wählen. Die Probanden stellten auf die Notwendigkeit einer hinreichenden pflegerischen und psychologischen Betreuung (in Form regelmäßiger Gespräche mit / Kontakte zum Personal) während der gesamten stationären Behandlung – so auch im ZE und ZV – ab.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung erweist sich in der Tat als stärkster Prädiktor für den Therapieerfolg (Meyer et al., 2019). Die therapeutische Beziehung und Kommunikation mit dem Stationspersonal werden überdies sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitenden als zentral für das subjektive Erleben von Zwang bewertet (Wullschleger et al., 2019). Viele

Patienten, die im MRV untergebracht sind, wuchsen unter kumulativen sozialen und familiären Belastungsfaktoren (vgl. z. B. Eucker & Müller-Isberner, 2017; Rothe et al., 2020), unter deprivierten emotionalen und sozialen Verhältnissen auf, mitunter erlebten sie sogar komplexe Traumata infolge von Gewalt oder Missbrauch (Hansen et al., 2022). Oftmals fehlte es an konstanten, wertschätzenden und unterstützenden Beziehungen, an beständigen Bezugs- und Vertrauenspersonen. Nicht selten wurden sie in ihren sozialen Beziehungen enttäuscht, was es sogleich für sie erschwerte, Vertrauen zu anderen Menschen zu fassen. Gleichwohl gehört das Eingehen sozialer Beziehungen zu einem der universellen menschlichen Bedürfnisse, dessen Erfüllung zu Gesundheit, Glück und Wohlergehen beiträgt (Werth, Seibt, & Mayer, 2020). Viele Patienten reagieren zu Beginn der Behandlung im MRV mit Misstrauen und Ablehnung (Schmidt-Quernheim, 2018). Kommt es dann im Rahmen der Behandlung zur Ausübung von Zwang, durchleben die Patienten mitunter ähnliche Enttäuschungen und Gefühle der Ablehnung – wie einst in der Kindheit und Jugend erfahren, was im ungünstigen Fall zur Deformierung der therapeutischen Beziehung führt (vgl. Vasic et al., 2016). Gerade auch die Einsamkeit, die Isolation und das Ausgrenzungserleben – wie sie es beim ZE und ZV erfahren – mag ihnen aus einstigen Lebensphasen bekannt sein und ihnen den Glauben an sich verändernde Zeiten nehmen. Wie der Zwang im Rahmen der Behandlung durch den Patienten wahrgenommen wird (vgl. Gaupp, 2018; Trost, 2018), ist wiederum maßgeblich für den Einfluss auf die therapeutische Beziehung (Meyer et al., 2019). Wichtiger Bestandteil der forensisch-psychiatrischen Pflege und Behandlung ist daher, ein motivierendes Milieu herzustellen, indes die ethischen Prinzipien der Fürsorge, Gleichheit, Gerechtigkeit und des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten (Müller et al., 2017) strikt eingehalten und den Patienten durch eine warmherzig engagierte Kommunikation, durch Beziehungskonstanz, Empathie, Verständnis und Wertschätzung Hoffnung und Vertrauen vermittelt werden (DGPPN, 2018; Trost, 2018; Vasic et al., 2016). Die Beziehungsgestaltung gehört zu den Schwerpunktaufgaben psychiatrischer Pflege, wobei *Partnerschaft* ("partnership"; Aushandeln von Zielen und Aufgaben in kollaborativer Zusammenarbeit), *Personenorientierung* ("consumer focus"; individuelle Bedürfnisse berücksichtigen und bei persönlichen Zielen unterstützen) und *Empowerment* (Fördern von Ressourcen, Unabhängigkeit und Selbstwirksamkeit) die Kernelemente einer Pflegebeziehung ("therapeutic alliance") sind (Zugai, Stein-Parbury, & Roche, 2015, zitiert nach DGPPN, 2018). Diese Beziehung kann durch die institutionellen Rahmenbedingungen, die zwischenmenschliche Kultur ("collaborative and interpersonal healthcare culture and organisation", S. 88) und durch die Ziele einer Institution gefördert werden (Zugai et al., 2015, zitiert nach DGPPN, 2018). Die Einstellung des Personals und das

Vertrauen in das Potenzial des Patienten, sich aktiv an seiner eigenen Pflege und Behandlung zu beteiligen, sind der Schlüssel zur Entwicklung einer unterstützenden therapeutischen Beziehung und zur Erbringung einer genesungsorientierten Behandlung (Moyle, Hunter, & Grealish, 2023). Nur durch eine patientenorientierte, unterstützende Pflege/Betreuung sind Lernen und Entwicklung möglich. Für die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Pflege sind abermals eine effektive Teamarbeit (wie sie hier – bei der Anwendung von Zwang – von den Mitarbeitern gewünscht wurde) und Führung entscheidend (Barr et al., 2019). Zuversicht und Vertrauen in die Kollegen sind die Grundlage dafür, dass sich das Personal physisch und psychisch sicher fühlt (Barr et al., 2019).

5.2 Kritische Beurteilung der Studie

5.2.1 Stärken. Prinzipiell vorteilhaft an der qualitativen Forschung ist, dass der Einzelfall in seiner ganzen Komplexität im Mittelpunkt steht, was die Reichhaltigkeit qualitativer Daten begründet (Döring, 2023). Positiv im Hinblick auf die externe Validität – im Sinne der Verallgemeinerbarkeit auf diverse Ausprägungen des Phänomens – war die Tatsache, dass die Untersuchung des Gegenstands in seinem natürlichen Umfeld stattfand (Döring, 2023). Die bewusste Stichprobenziehung ermöglichte die detaillierte Beschreibung der ausgewählten Fälle (vgl. Döring, 2023). Im Sinne des Verständnisses qualitativer Sozialforschung (als emergentem Prozess) erfolgte die Fallauswahl iterativ, wobei gleichzeitig die optimale Fallzahl im Untersuchungsverlauf sukzessive angepasst wurde (Mey & Mruck, 2020; vgl. Schreier, 2020), sodass nach stattgehabter Datensättigung reichhaltige Ergebnisse gewonnen werden konnten.

Durch die Vertrautheit der Forschenden mit dem sozialen (Forschungs-) Feld und dessen Personen war der Zugang zum Feld vereinfacht. Befragte konnten einfacher rekrutiert, Kontaktängste aufseiten der Befragten reduziert, flexibel detailliertere und umfangreichere Fragen gestellt und damit umfangreichere Informationen gesammelt werden (Lamnek & Krell, 2016; Misoch, 2019). Mittels der Verwendung einer qualitativen Methodik konnte durch die Offenheit und Flexibilität des Verfahrens auf die Spezifika der hier beforschten besonderen Klientel eingegangen werden (vgl. Lamnek & Krell, 2016). Mithilfe der Halbstandardisierung der Interviews sollten die Vorteile der standardisierten und nicht-standardisierten Interviews maximal genutzt und die jeweiligen Nachteile überwunden werden (vgl. Lamnek & Krell, 2016; Renner & Jacob, 2020). Überdies war die Durchführung der Datenerhebung auf diese Weise relativ flexibel, sodass die teilnehmenden Probanden zu lebensnäheren Antworten – durch die Anpassung der Befragung an die alltägliche Gesprächssituation – ermutigt wurden (Lamnek & Krell, 2016). Darüber hinaus wurde durch die semi-strukturierte Vorgehensweise des konkreten Fragens versucht, den Einfluss der Prädetermination des Forschers bestmöglich zu begrenzen.

Durch die methodologische Triangulation innerhalb einer Methode (*within method*) im Rahmen des episodischen Interviews wurden durch die gleichzeitige Nutzung der Vorteile des narrativen und leitfadenorientierten Interviews ein erweiterter Zugang zum untersuchten Feld ermöglicht, etwaige methodische Schwächen kompensiert sowie die Vertrauenswürdigkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhöht (Konrad, 2020; Lamnek & Krell, 2016; Mey & Mruck, 2020; Misoch, 2019). Die Möglichkeit des direkten Nachfragens vom Interviewenden im Interviewprozess im Zuge des episodischen Interviews trug zur Erhöhung einer angenehmen Interviewsituation bei, was gegebenenfalls dazu führte, dass sich die Interviewten intensiv auf das Interview einließen, sodass hierdurch womöglich tiefere und reichhaltigere Ergebnisse erzielt wurden (Misoch, 2019).

Die Audioaufzeichnungen ermöglichten ein genaues, unverzerrtes Dokumentieren und Kontrollieren der erhobenen Informationen als auch eine einfache Datenauswertung (aufgrund der wortgetreuen Verschriftlichung der Interviews). Wegen des Verzichts auf Mitschriften, verlief die Interviewdurchführung entspannter. Die angewandte Interviewtechnik konnte nach den Interviews kritisch reflektiert und hinsichtlich nachfolgender Interviews verbessert werden (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022).

Mithilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Datenmaterial (streng methodisch kontrolliert) schrittweise analysiert (Mayring, 2023), was der Sicherung der Ergebnisqualität diente. Im Zuge der Verwendung der MAXQDA-Software wurden die generierten Kategorien automatisch in einem gesonderten Kategoriensystem festgehalten und konnten im Nachhinein problemlos sortiert, systematisiert und zusammengefasst werden (Kuckartz & Rädiker, 2022), was die Datenanalyse vereinfachte. Zudem bestand hierdurch jederzeit eine Verbindung mit den Originaldaten, was die Validität der Ergebnisse erhöhte. Gleichsam konnten individuelle Bedeutungsaspekte bei der Auswertung berücksichtigt werden.

Durch die Partizipation an der Studie war es im Speziellen den Patienten möglich, professionell begleitet eigenes Verhalten, das zur Anwendung der jeweiligen Maßnahme geführt hatte, zu reflektieren, die Ereignisse durch Unterstützung zu verarbeiten und besser zu verstehen, um gegebenenfalls in Zukunft mit ähnlich gelagerten Situationen auf veränderte Weise umzugehen und letztlich die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu verhindern.

5.2.2 Limitationen. Die diskutierten Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund methodischer Limitationen dieser Studie interpretiert und verstanden werden, welche nachfolgend dargelegt werden. Eines der zentralen Forschungsprinzipien ist die Fundierung des Forschungsdesigns in Anlehnung an die einschlägige Theorie und den aktuellen Forschungsstand (Mey & Mruck, 2020). Aufgrund der empirischen Forschungslücke zum ZE und ZV ließ sich die Studie nur

bedingt in den aktuellen Stand der Forschung einbetten, was jedoch sodann die unweigerliche Notwendigkeit zur Erforschung des Problemfeldes und zugleich die Auswahl des qualitativen Studiendesigns begründete.

Vor dem Hintergrund des interpretativen Paradigmas ist zu berücksichtigen, dass an die Stelle der Replizierbarkeit der Untersuchungsbedingung und der Forschungsergebnisse die Betonung der situativen, schwer kontrollierbaren, kaum wiederholbaren Kontextgebundenheit von Datenerhebungs- und Auswertungsergebnissen tritt, was möglicherweise die Reliabilität der qualitativen Methode eingeschränkt haben mag (Lamnek & Krell, 2016).

Hinsichtlich der Güte der Konstruktvalidität ist zu erwähnen, dass nicht auszuschließen ist, dass die Teilnahme an der Studie eher aus dem Wunsch nach Abwechslung, Zuwendung und/oder persönlicher Neugierde (vgl. den *Novitätseffekt* bei Döring, 2023) als aus einer ernsthaften Bemühung, neues empirisches Wissen generieren zu wollen, resultierte, was mitunter die Validität der Ergebnisse einschränkte. Infolge der Interviews – als reaktive Methode (welche das Erleben und Verhalten der Untersuchungspersonen beeinflussen kann), mag einzig die Kenntnis der Probanden darüber, Gegenstand einer Untersuchung zu sein, zur veränderten Beschaffenheit des zu erforschenden Gegenstands, konkreter zu verzerrten Selbstausskünften und somit zur Einschränkung der internen Validität beigetragen haben (Echterhoff, 2023; vgl. den *Hawthorne-Effekt* bei Döring, 2023). Aufseiten der Befragten kann auch fälschlicherweise der Glaube bestanden haben, bestimmte Erwartungen erfüllen zu müssen, was eventuell zu sozial erwünschten, demnach verfälschten Äußerungen geführt haben könnte (Konrad, 2020; vgl. auch den *Rosenthal-Effekt* bei Döring, 2023). Aus der Intention heraus, dass eventuell aufgrund des eigenen Beitrages künftig gänzlich auf den ZE und ZV verzichtet werden könnte, ist eine weitere reaktive Veränderung von Selbstausskünften durch Übertreibungen bezüglich vermeintlich schädlicher Auswirkungen denkbar. Gleichzeitig sind verzerrte Aussagen in entgegengesetzte Richtung imaginabel, indes die Probanden sich zugunsten der Maßnahmen – vor dem Hintergrund angenommener möglicher Konsequenzen ihrer Angaben – aussprachen. Neben diesen Einflüssen sind auch die Selbstdarstellungstendenz und der Pygmalioneffekt denkbar, welche die Konstruktvalidität beeinträchtigt haben könnten (vgl. Gollwitzer & Jäger, 2014). Dem Aufforderungscharakter der Untersuchungssituation wurde durch die informierte Zustimmung versucht, entgegenzuwirken.

Hingegen ergaben sich für die Probanden möglicherweise Belastungen aus dem zeitlichen Aufwand, aber auch aus der Auseinandersetzung mit dem ZE und/oder dem ZV, die womöglich von Patienten als traumatisch erlebt wurden. Bei qualitativen Interviews besteht ferner eine gewisse Prädetermination des Forschers im Hinblick auf die Gegenstandsbestimmung und die

Themen/Fragenformulierung, wodurch die Inhalte der Interviews nicht notwendigerweise den Relevanzstrukturen des Befragten entsprochen haben, was insgesamt a priori die Ergebnisse beeinflusst haben mag (Lamnek & Krell, 2016), sodass mitunter nicht alle relevanten Daten zum Untersuchungsgegenstand erfasst wurden.

Den etwaigen Nachteilen von Audioaufzeichnungen (unangenehmes Gefühl wegen der Aufzeichnung, Störung der Interaktion, eingeschränkte Spontanität, größere Aufmerksamkeit auf die Wortwahl; vgl. Kuckartz & Rädiker, 2022) sollte durch das Herstellen einer angenehmen Interviewatmosphäre bestmöglich begegnet werden, obschon dennoch mögliche Verzerrungen auf die Ergebnisse nicht auszuschließen sind.

5.3 Fazit und Ausblick

5.3.1 Forschungsbedarfe. In Zukunft sollte zu allererst eine umfängliche Datenbasis zu den Struktur- und Prozessdaten im MRV geschaffen werden (vgl. Reinwald et al., 2022). Insbesondere im Hinblick auf Patienten, welche gemäß § 63 StGB untergebracht sind, fehlen hinreichende Informationen über diese Klientel. Erste Versuche zu dieser Umsetzung werden in einer aktuellen Politstudie unternommen, die anstrebt, eine bundesweite Datenbank für Patienten des MRVs mit der Unterbringungsgrundlage § 63 StGB zu entwickeln (vgl. die CONNECT-Studie von Völlm, Köppen, & Walde, 2024). Darüber hinaus fehlen grundlegende, hinreichende und belastbare Erkenntnisse zu den Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern im deutschen MRV mit dem ZE und ZV. Die Ansichten der Patienten und Mitarbeiter zur Praxis der Behandlung – einschließlich der Anwendung von Zwang und Zwangsmaßnahmen – sind bedeutsam und wichtig und sollten Berücksichtigung finden. Wünschenswert sind demnach weitere explorative und explanative Studien, um letztlich evidenzbasierte Entscheidungen treffen und Patienten die bestmögliche Pflege und Behandlung bieten zu können.

5.3.2 Theoretische und praktische Implikationen. So wünschenswert der vollständige Verzicht auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist (vgl. z. B. Green et al., 2018), machen gelegentlich Situationen in der Praxis einen Rückgriff auf die gegen den natürlichen Willen der Patienten eingesetzten Maßnahmen unumgänglich – vor allem dann, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Versuche, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, setzten bisher auf unterschiedlichen Ebenen – wie der institutionellen und personellen (z. B. mithilfe von komplexen Stationskonzepten, mittels Veränderungen der Stationsumgebung, Risikobewertungskonzepten, strukturierten Behandlungsprogrammen oder Deeskalationstrainings für Mitarbeiter) – an (vgl. z. B. DGPPN, 2018; Hirsch & Steinert, 2019; Krieger, Fischer, Moritz, & Nagel, 2021). Unabdingbar in der Behandlung forensischer Patienten ist, die Besonderheiten, Erfahrungen mit und Einstellungen bezüglich verschiedener

Zwangsmaßnahmen jedes Einzelnen zu kennen und im Behandlungsplan und/oder einer Behandlungsvereinbarung festzuhalten (vgl. Askola et al., 2018; DGPPN, 2018). Einzig der freiwillige Wunsch des Patienten als auch eine vorhandene Selbst- und Fremdgefährdung sollten den Einsatz des ZEs und ZVs rechtfertigen. Wenn möglich, sollte jedoch grundsätzlich versucht werden, problematischen beziehungsweise Gefährdungssituationen mit mildereren, alternativen Mitteln (wie Gesprächen / dem Geben von Unterstützung, dem Anbieten von Bedarfsmedikation, der Anwendung von Skills, usw.) zu begegnen. Sollte die zwingende Notwendigkeit zum Einsatz des ZEs und ZVs bestehen, sollten folgende Aspekte zur Anwendung und Ausgestaltung berücksichtigt werden: Die Maßnahmen sollten ausschließlich so kurz wie möglich und nur so lange wie nötig eingesetzt werden (vgl. DGPP, 2018). Sowohl dem gesamten Team als auch dem betreffenden Patienten sollten – im Sinne der Transparenz und Einigkeit – der Grund, die Ziele/der Zweck als auch die Kriterien, die zur Aufhebung der Maßnahme führen, bekannt sein. Individuelle Besonderheiten des Patienten (wie Persönlichkeits- und Krankheitsspezifika, Traumata, usw.) sind zwingend zu berücksichtigen. Ausnahmslos sollte der Patient über den geplanten Verlauf (einschließlich der Dauer) und – um negativen Gefühlen (wie Ängsten, Unsicherheit) entgegenzuwirken – über die Bedeutung für seinen weiteren Therapieverlauf aufgeklärt werden. Jedes Vorkommnis, das zum ZE und ZV führt, sollte – sobald möglich – umfassend mit dem Patienten aufgearbeitet und die Maßnahme selbst (bspw. unter Zuhilfenahme strukturierter Leitfäden) nachbesprochen werden (vgl. DGPPN, 2018; Hirsch & Steinert, 2019; Holmes et al., 2015; Krieger et al., 2021). Strukturierte Nachbesprechungen („debriefings“) von Zwangsmaßnahmen mit dem betroffenen Patienten und mit Mitgliedern des Behandlerteams ermöglichen, gemeinsam die Faktoren, die zu einer Zwangsmaßnahme geführt haben, zu analysieren, um in Zukunft solche Situation anders lösen und Zwangsmaßnahmen bestenfalls verhindern zu können (Krieger et al., 2021). Des Weiteren können alle Beteiligten durch den Austausch emotional entlastet, die therapeutische Beziehung gestärkt und möglichen traumaassoziierten Symptomen vorgebeugt werden (Krieger et al., 2021; Wullschleger et al., 2019). Über die reguläre pflegerische Versorgung hinaus sollten täglich Kontakte zum Personal, zu anderen Patienten und Telefonate mit nahestehenden Personen ermöglicht werden. Vorteilhaft ist die maximal mögliche Integration ins stationäre Setting – durch die Teilnahme an den Mahlzeiten und Therapien (womit negative Effekte auf den Patienten zumindest gemildert, bestenfalls verhindert werden sollen). Angeboten werden sollten dem Patienten Beschäftigungsmöglichkeiten. Gewährleistet werden muss dem Patienten überdies ausreichende Bewegung (gesetzlich vorgegeben ist eine Stunde Hofgang pro Tag). Alle mit dem ZE und ZV im Zusammenhang stehenden Aspekte (wie Beginn, Grund und Ende

der Maßnahme, usw.) sind sorgsam zu dokumentieren. Spätestens alle 24 Stunden sollte geprüft werden, ob der ZE oder ZV weiterhin aufrechtzuerhalten ist. Erwägenswert ist auch, den ZV gänzlich abzuschaffen. Stattdessen sollten – im Sinne eines beziehungs- und milieuorientierten Ansatzes (vgl. *Safewards* von Bowers et al., 2014) – grundsätzlich gemeinsam mit dem Patienten bestehende Probleme aufgearbeitet und behoben, Krisen bewältigt und der Patient nicht alleine gelassen werden. Letztlich darf nicht vergessen werden, dass es sich gerade bei forensischen Patienten um vulnerable Menschen handelt, die in ihrem Leben zum Teil bereits viel Leid erfahren, um Menschen, die mitunter allein die Unterbringung im MRV als strafend und traumatisch erleben und nunmehr in besonderem Maße einer positiven und sicheren Pflege und Behandlung (vgl. Barr et al., 2019) sowie der Hilfe und Unterstützung des sie ausnahmslos mit Respekt und Würde begegnenden Personals bedürfen (vgl. DGPPN, 2018).

Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., ...Pollmächer, T. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Der Nervenarzt*, 88, 802–810. doi:10.1007/s00115-016-0261-3
- Adshead, G., & Davies, T. (2016). Wise restraints: Ethical issues in the coercion of forensic patients. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 69–86). Basel: Springer International Publishing.
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144. doi:10.1177/0706743717738491
- Al-Maraira, O. A., & Hayajneh, F. A. (2019). Use of restraint and seclusion in psychiatric settings: A literature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 32–39. doi:10.3928/02793695-20181022-01
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Arbeitskreis medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2018). *Wirksamwerden der DSGVO – Handreichung für Ethik-Kommissionen für die Beratung bzw. Bewertung von Studien*. Zugriff unter https://www.ak-med-ethik.komm.de/docs/intern-2018/DSGVO_Empfehlungen.pdf
- Armgar, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyshak, J., ...Haußleiter, I. S. (2013). Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40, 278–284. doi:10.1055/s-0033-1343159
- Askew, L., Fisher, P., & Beazley, P. (2020). Being in a seclusion room: The forensic psychiatric inpatients' perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 272–280. doi:10.1111/jpm.12576
- Askola, R., Nikkonen, M., Paavilainen, E., Soininen, P., Putkonen, H., & Louheranta, O. (2018). Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative view. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(1), 64–73. doi:10.1111/ppc.12201
- Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Caldas-de-Almeida, J. M., Eaton, J., Gureje, O., ...Thornicroft, G. (2021). Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *The British Journal*

- of Psychiatry*, 218(4), 185–195. doi:10.1192/bjp.2020.144
- Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 888–898. doi:10.1111/inm.12588
- Bauer, J. F., & Hussy, W. (2023). Psychologie und Sozialwissenschaften als empirische Wissenschaften. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 1–56). Berlin: Springer.
- Berthold, D., Quade, D., & Riedemann, C. (2022). *Deutschlandweite Stichtagserhebung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB Auswertung der Daten aller teilnehmenden Kliniken aus dem Jahr 2022*. Zugriff unter <https://www.mrvzn-badrehburg.niedersachsen.de/startseite/veroeffentlichungen/veroeffentlichungen-106184.html>
- Best, D., & Rössner, D. (2007). Die Maßregeln der Besserung und Sicherung. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (Bd. 1, S. 250–288). Berlin: Steinkopff.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ...Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and acritical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 289–382. doi:10.1111/jpm.12085
- Bowers, L., Simpson, A., Alexander, J., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: The case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24, 435–442. doi:10.1016/j.nedt.2004.04.008
- Breuer, F. (2020). Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–22). Wiesbaden: Springer.
- Brück, R., Eucker, S., Giesler, M., Gottsmann, G., Haibach, D., Happel, W., ...Rohner, A. (2017). Lockerungen und Sicherungen in der Praxis. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (S. 531–544). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Bublitz, J. C. (2011). *Habeas Mentem? Psychiatrische Zwangseingriffe im Maßregelvollzug und die Freiheit gefährlicher Gedanken*. Zugriff unter https://www.researchgate.net/publication/266442327_Habeas_Mentem_Psychiatrische_Zwangseingriffe_im_M

- assregelvollzug_und_die_Frei-heit_gefährlicher_Gedanken/download
- Bühning, P. (2001). Maßregelvollzug: Auch Therapie bedeutet Sicherheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(12), 736–737.
- Bulla, J., & Ross, T. (2023). Migrant*innen im Maßregelvollzug. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 235–248). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bundesärztekammer. (2011). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – *) in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel*. Zugriff unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf
- Bundesärztekammer. (2021). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –*) in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin*. Zugriff unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/_Bek_BAEK_MBO-AE_Online_final.pdf
- Bundeskriminalamt. (2020). *PKS 2020 Bund – Tatverdächtige insgesamt*. Zugriff unter <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2020/PKSTabellen/BundTV/bundTV.html?nn=145506>
- Bundeskriminalamt. (2022). *Polizeiliche Kriminalstatistik – Bundesrepublik Deutschland: Straftatenkatalog 2022*. Zugriff unter https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2022/Interpretation/01_div_Dok/Straftatenkatalog.html
- Bundesministerium der Justiz. (2016). *Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches*. Zugriff unter https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetzgebung/RefE/RefE_StGB_Novellierung_des_Rechts_der_Unterbringung_in_einem_psychiatrischen_Krankenhaus.pdf?
- Bunge, V. (2020). Rechtliche Grundlagen der Resozialisierung. In B. Maelicke & C. Wein (Hrsg.), *Resozialisierung und Systemischer Wandel* (S. 81–100). Baden-Baden: Nomos.
- Carballo, R. (2011). Das Absonderungserleben an Psychose erkrankter Patienten im Maßregelvollzug. In N. Saimh (Hrsg.), *Kulturelle und therapeutische Vielfalt* (S. 73–90). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Care Quality Commission. (2015). *Mental health act code of practice 2015*. Retrieved from <https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/mental-health-act-code-practice-201>

5-evaluation-how-code-being-used

- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.3389/fpsyt.2019.00491
- Dahle, K.-P. (2016). Straftäterbehandlung und Evaluation. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10, 1–3. doi:10.1007/s11757-016-0356-5
- Department of Health and Social Care. (2015). *Mental Health Act 1983: Code of practice*. London, UK: DH.
- Department of Mental Health. (2007). *Seclusion and restraint: Philosophy statement*. Retrieved from <https://www.mass.gov/lists/departments-of-mental-health-seclusion-and-restraint-philosophy-statement>
- Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Mecklenburg-Vorpommern. (2019). *Datenschutz*. Zugriff unter <https://www.datenschutz-mv.de/datenschutz/>
- De Tribolet-Hardy, F., & Habermeyer, E. (2016). Forensische Psychiatrie zwischen Therapie und Sicherung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 10(4), 265–273. doi:10.1007/s11757-016-0385-0
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hrsg.). (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“*. Berlin: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (2016). *Berufsethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (zugleich Berufsordnung des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.)*. Zugriff unter https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/berufsethik-foederation-2016.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. (2024). *Zwischen schwarzer Pädagogik und Folter – Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug*. Zugriff unter https://www.forensik.de/fileadmin/user_files/forensik/Wissenschaft/Zwangsmassnahmen_im_MR.pdf
- Deutscher Ethikrat. (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung: Stellungnahme*. Zugriff unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *Taschenführer zur ICD–10–Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.) Göttingen: Hogrefe.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of

- nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446–459. doi:10.1111/jpm.12586
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch: Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Zugriff unter https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf
- Dreßing, H., & Habermeyer, E. (Hrsg.). (2021). *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. München: Elsevier.
- Dudeck, M. (2021). *Forensische Psychiatrie interdisziplinär*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dudeck, M., Bortenschlager, F., & Schneider, H. (2023). Im Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Justiz. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 25(5), 30–37. doi:10.1007/s15005-023-3267-y
- Dudeck, M., Lutz, M., & Titze, L. (2022). Die Behandlung im Erwachsenenmaßregelvollzug. In F. Häbeler, N. Nedopil, & M. Dudeck (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter* (S. 525–536). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Echterhoff, G. (2023). Quantitative Auswertungsmethoden. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaft für Bachelor* (S. 177–204). Berlin: Springer.
- Endres, J., & Suhling, S. (2023). Behandlung im Justizvollzug: Sozialtherapie und Sicherungsverwahrung. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 295–308). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Erhard, D. (2012). Patientenrechte – Die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. *Lege artis*, 2, 292–295. doi:10.1055/s-1330928
- Ernst, A. M. (2020). *Rechtsfragen der Systemmedizin*. Berlin: Springer.
- Eucker, S., & Müller-Isberner, R. (2017). Klientel des psychiatrischen Maßregelvollzuges. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxis-handbuch Maßregelvollzug* (S. 181–184). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender

- Behandlung oder Strafe. (2006). *Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene*. Zugriff unter <https://rm.coe.int/16806ccea6>
- Europäisches Parlament und der Rat der europäischen Union. (2016). *Verordnung (EU) 2016/679 des europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)*. Zugriff unter https://datenschutz-grundverordnung.eu/wp-content/uploads/2016/05/CELEX_32016R0679_DE_TXT.pdf
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. (2020). *Report to the German Government on the periodic visit to Germany carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 1 to 14 December 2020*. Retrieved from <https://rm.coe.int/1680a80c63>
- Eusterschulte, B., Eucker, S., & Rohner, A. (2021). Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In H. Dreßing & E. Habermeyer (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 407–432). München: Elsevier.
- Ewington, J. (2016). Best practices for reducing the use of coercive measures. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 285–314). Basel: Springer International Publishing.
- Fangerau, H., & Badura-Lotter, G. (2022). Ethische Aspekte der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenforensik. In F. Häßler, N. Nedopil, & M. Dudeck (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter* (S. 21–26). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Faschingbauer, K. M., Peden-McAlpine, C., & Tempel, W. (2013). Use of seclusion: Finding the voice of the patient to influence practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 1–7. doi:10.3928/02793695-20130503-01
- Flammer, E., Frank, U., & Steinert, T. (2020). Freedom restrictive coercive measures in forensic. *Frontiers in Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.3389/fpsy.2020.00146
- Flammer, E., & Steinert, T. (2019). Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem badenwürttembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatrische Praxis*, 46, 82–89. doi:10.1055/a-0665-6728

- Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 247–263). Wiesbaden: Springer.
- Frank, U. G. (2018). Ethische Konfliktkonstellationen. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 149–158). Bern: Hogrefe.
- Franke, I. (2023). Ethische Aspekte der forensischen Psychiatrie. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 667–681). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Franke, I., Buesselmann, M., Streb, J., & Dudeck, M. (2019). *Perceived institutional restraint is associated with psychological distress in forensic psychiatric inpatients*. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00410/abstract>
- Franqué, F. von, Voulgaris, A., & Briken, P. (2023). Sexualdelinquenz. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 249–266). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fröhlich, D., Schweinfurth, N., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2017). *Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie*. Zugriff unter <https://ch.universimed.com/fachthemen/8234>
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative Report*, 20(9), 1408–1416.
- Galbert, I., Azab, A. N., Kaplan, Z., & Nusbaum, L. (2023). Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 106–116. doi:10.1111/inm.13064
- Gather, J., Gerritsen, S., & Scholten, M. (2023). Anwendung und Reduktion von Zwang im Maßregelvollzug. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 595–607). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gaupp, A. (2018). Die Rolle professionell Pflegender in der forensischen Psychiatrie. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 515–531). Bern: Hogrefe.
- Gollwitzer, M., & Jäger, R. S. (2014). *Evaluation kompakt* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Green, R., Shelly, C., Gibb, J., & Walker, T. (2018). Implementing seclusion in forensic mental health care: A qualitative study of staff decision making. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 764–768. doi:10.1016/j.apnu.2018.04.008
- Griffiths, C., Roychowdhury, A., & Girardi, A. (2018). Seclusion: The association with

- diagnosis, gender, length of stay and HoNOS-secure in low and medium secure inpatient mental health service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(4), 656–673. doi:10.1080/14789949.2018.1432674
- Häßler, F., Kinze, W., & Nedopil, N. (Hrsg.). (2015). *Praxishandbuch Forensische Psychiatrie: Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Häßler, F., Nedopil, N., & Dudeck, M. (Hrsg.). (2022). *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter* (3. Aufl.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hansen, A., Hazelton, M., Rosina, R., & Inder, K. (2020). Factors associated with seclusion use in forensic mental health settings: An integrative review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(2), 198–213. doi:10.1080/14999013.2019.1673519
- Hansen, A., Hazelton, M., Rosina, R., & Inder, K. (2022). What do we know about the experience of seclusion in a forensic setting? An integrative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(5), 1109–1124. doi:10.1111/inm.13002
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x
- Hassiotis, A., Almvik, R., & Fluttert, F. (2022). Coercion as a response to violence in mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 9(1), 6–8. doi:10.1016/S2215-0366(21)00476-4
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: A study of patients' experiences and preferences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 564–585. doi:10.1080/14789949.2011.602097
- Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., & Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(5), 831–845. doi:10.1111/inm.12716
- Hecker, B. von (2017). Die Patienten in der Entziehungsanstalt. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug: Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie* (S. 553–554). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heesch, B. van, Boucké, J., De Somer, J., Dekkers, I., Jacob, E., & Jendarme, I. (2022). The use of coercive measures in a high security setting in Belgium: Prevalence and risk factors. *International journal of Law and Psychiatry*, 82. doi:10.1016/j.ijlp.

2022.101792

- Helmchen, H. (2020). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Praktische Konsequenzen ethischer Aspekte. *Der Nervenarzt*, 92, 259–266. doi:10.1007/s00115-020-00998-7
- Henking, T., & Vollmann, J. (Hrsg.). (2015). *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*. Advance online publication. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114523
- Herwig, G., Trost, A., & Löhr, M. (2023). Pflegende im Maßregelvollzug. In B. Völm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 557–568). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hesse, D. (2018). Behandlung unter Zwang – Zwangsbehandlung. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 335–346). Bern: Hogrefe.
- Heumann, K., Bock, T., & Lincoln, T. M. (2017). Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 44, 85–92. doi:10.1055/s-0041-10903
- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(19), 336–343. doi:10.3238/arztebl.2019.0336
- Höfler, K. (2023). Strafrechtliche Aspekte der Zwangsbehandlung – Zugleich Überlegungen zur objektiven Zurechnung beim Garanten. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 135(3), 489–522. doi:10.1515/zstw-2023-0020
- Hoffmann, K., & Bulla, J. (2018). Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 449–460). Bern: Hogrefe.
- Holmes, D., Murray, S. J., & Knack, N. (2015). Experiencing seclusion in a forensic psychiatric setting: A phenomenological study. *Journal of Forensic Nursing*, 11(4), 200–213. doi:10.1097/JFN.0000000000000088
- Hübner, J. (2017). Maßregelvollzug in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: Januar 2016). In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (S. 3–30). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hui, A. M. L. (2015). *The use of coercive measures in a high secure hospital: Expressions of*

- institutional and emotional work* (Doctoral dissertation, University of Nottingham, Nottingham, England). Retrieved from <http://eprints.nottingham.ac.uk/29557/1/Ada%20Hui%27s%20Thesis%20.pdf>
- Hui, A. M. L. (2017). *Least restrictive practices: An evaluation of patient experiences*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/321995055_Least_restrictive_practices_an_evaluation_of_patient_experiences
- Hui, A. M. L., Middleton, H., & Völlm, B. (2016). The uses of coercive measures in forensic psychiatry: A literature review. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 151–184). Basel: Springer International Publishing.
- Jackson, H., Baker, J., & Berzins, K. (2019). Factors influencing decisions of mental health professionals to release service users from seclusion: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2178–2188. doi:10.1111/jan.14086
- Jakovljević, A.-K., & Wiesemann, C. (2016). Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie: Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. *Der Nervenarzt*, 87, 780–786. doi:10.1007/s00115-015-4437-z
- Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., de Vries, W. J., & Hutschemaekers, G. (2008). The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 463–470. doi:10.1016/j.ijlp.2008.09.002
- Jury, A., Lai, J., Tuason, C., Koning, A., Smith, M., Boyd, ...Gruar, A. (2019). People who experience seclusion in adult mentalhealth inpatient services: An examination of health of the nation outcome scales scores. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 199–208. doi:10.1111/inm.12521
- Kammeier, H. (2016). *Aus der Rechtsprechung zur psychiatrischen Maßregel. Zimmereinschluss – Absonderung in "E-Light-Zelle"*. Zugriff unter https://www.forensik.de/fileadmin/user_files/forensik/Rechtsprechung/RSpr_forensik.de_2016-02-24_-Absonderung_light.pdf
- Kammeier, H. (2018). Die Maßregeln: Rechtliche Grundlagen. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 33–68). Bern: Hogrefe.
- Kammeier, H., & Pollähne, H. (Hrsg.). (2018). *Maßregelvollzugsrecht* (4. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Kaspar, J. (2014). *Verhältnismäßigkeit und Grundsatzschutz im Präventionsstrafrecht*. Baden-Baden: Nomos.

- Keski-Valkama, A., Koivisto, A.-M., Eronen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparison study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(3), 446–461. doi:10.1080/14789940903456569
- Khalil, A. I., Al Ghamdi, M. A. M., & Al Malki, S. (2017). Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(4), 447–467. doi:10.1017/S2045796016000585
- Koch, H., Schütze, G., Spyra, B., & Wefer, M. (2017). *Datenschutzrechtliche Anforderungen an die medizinische Forschung unter Berücksichtigung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)*. Zugriff unter <https://www.medizin.uni-kiel.de/de/fakultaet/dateien-fakultaet/datenschutzrechtliche-anforderungen-an-die-medizinische-forschung>
- Konrad, K. (2020). Lautes Denken. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 373–394). Wiesbaden: Springer.
- Koop, G. (2019). Justizvollzug zwischen Zwang und Selbstbestimmung: Erfahrungen aus der Vollzugspraxis eines Anstaltsleiters. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Kriminologie*, 13, 47–54. doi:10.1007/s11757-018-00510-7
- Krieger, E. C., (2020). *Einstellungen von psychiatrischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang aus Sicht von Betroffenen und Beschäftigten*. (Dissertation, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland). Zugriff unter <https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/8473>
- Krieger, E., Fischer, R., Moritz, S., & Nagel, M. (2021). Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten – Überblick und aktueller Stand. *Der Nervenarzt*, 92, 44–49. doi:10.1007/s00115-020-00969-y
- Kröber, H.-L. (2016). Dialog zwischen Macht und Unterwerfung. Therapieprobleme im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Trauma & Gewalt*, 10(1), 22–32.
- Kröber, H.-L. (2019). Selbstbestimmung und Zwang in der Behandlung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13, 1–3. doi:10.1007/s11757-018-00516-1
- Kröber, H.-L. (2024). Fürsorglicher Zwang – Übernahme von Verantwortung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 18, 79–81. doi:10.1007/s11757-023-00810-7
- Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N., & Sass, H. (Hrsg.). (2007). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen Psychiatrie* (Bd. 1). Berlin: Steinkopff.
- Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N., & Sass, H. (Hrsg.). (2009). *Handbuch der Forensischen*

- Psychiatrie: Forensische Psychiatrie im Privatrecht und Öffentlichen Recht* (Bd. 5).
Dresden: Steinkopff.
- Kröber, H.-L., Dölling, D., Leygraf, N., & Sass, H. (Hrsg.). (2011). *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht* (Bd. 2). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). Deescalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 513–524. doi:10.1111/inm.12389
- Lammel, M., Lau, S., Rückert, S., Voß, T., & Wendt, F. (2022). *Forensische Psychiatrie: Erfahrungswissenschaft und Menschenkunde*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Ein Lehrbuch*. Basel: Weinheim.
- Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern. (2016). *Entwurf eines Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten (Psychisch-krankengesetz – PsychKG MV)*. Zugriff unter <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-PsychKGMV2016V2P26>
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 440–446. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x
- Lau, S., Brackmann, N., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2020). Aims to reduce coercive measures in forensic inpatient treatment: A 9-year observational study. *Frontiers in Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.3389/fpsyt.2020.00465
- Laubenthal, K. (2019). *Strafvollzug*. Berlin: Springer.
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E., & Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1301–1309. doi:10.1007/s00127-016-1203-x
- Leygraf, N. (2007). Die Maßregeln der Besserung und Sicherung. Anmerkungen aus psychiatrischer Sicht. In H.-L. Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, & H. Sass (Hrsg.), *Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Strafrechtliche Grundlagen der Forensischen*

- Psychiatrie* (Bd. 1, S. 289–297). Berlin: Steinkopff.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of borderline personality disorder by Marsha Linehan*. New York City: Guilford Press.
- Link, W. (2019). *Eigene Betrachtungen und Weisheiten herausragender Persönlichkeiten*. Norderstedt: BoD Books on Demand.
- Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., & De Rosa, C. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 131–141. doi:10.1586/14737175.2014.874286
- Maaß, C. (2023). Frauen im Maßregelvollzug. In B. Völm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 209–219). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mathias, K., & Hirdes, J. P. (2015). Gender differences in the rate of restriction to room among Ontario forensic patients. *Healthcare Management Forum*, 28(4), 157–162. doi:10.1177/08404704155812
- Mayring, P. (2020). Qualitative Forschungsdesigns. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 3–17). Wiesbaden: Springer.
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mellow, M., Tickle, A., & Rennoldson, M. (2017). Qualitative systematic literature review: The experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 1–15. doi:10.1108/MHRJ-04-2016-0007
- Merwe, M. van der, Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x
- Metwally, M. (2019). Forensic organizational psychology: Shedding light on the positive repercussions of ethical leadership in forensic medicine. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 9(32). doi:10.1186/s41935-019-0125-7
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2020). *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Meyer, M., Hachtel, H., & Graf, M. (2019). Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung bei forensisch-psychiatrischen Patienten. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 13, 362–370. doi:10.1007/s11757-019-00559-y

- Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., BERPohl, F., Rentzsch, J., ...Montag, C. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, 44(06), 316–322. doi:10.1055/s-0042-105861
- Ministerium der Justiz Nordrhein-Westfalen. (2021). *Verzeichnis über die Einrichtungen des Maßregelvollzuges in der Bundesrepublik Deutschland*. Zugriff unter https://www.justiz.nrw.de/Gerichte_Behoerden/anschriften/justizanschriften/bundesweit/massregelvollzug.pdf
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg. (2015). *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) – Vorblatt*. Zugriff unter https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Gesetzesentwuerfe/PsychKHG_Regierungsentwurf.pdf
- Ministry of Health New Zealand. (2023). *Guidelines for Reducing and Eliminating Seclusion and Restraint Under the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992*. Wellington: Ministry of Health.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews*. Oldenbourg: De Gruyter.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Kampfhammer, H.-P. (2010). *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Allgemeine Psychiatrie* (4. Aufl., Bd. 1). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Moyles, J., Hunter, A., & Grealish, A. (2023). Forensic mental health nurses' experiences of rebuilding the therapeutic relationship after an episode of physical restraint in forensic services in Ireland: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(5), 1377–1389. doi:10.1111/inm.13176
- Müller, C. (2018). „Pass gut auf Dich auf!“ – Nähe und Distanz im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 533–539). Bern: Hogrefe.
- Müller-Isberner, R., Born, P., Eucker, S., & Eusterschulte, B. (Hrsg.). (2017). *Praxishandbuch Maßregelvollzug*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Müller, J. L., Saimeh, N., Briken, P., Eucker, S., Hoffmann, K., Koller, M., ...Zeidler, R. (2017). Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task Force der DGPPN. *Nervenarzt*, 88(1), 1–29. doi:10.1007/s00115-017-0382-3
- Müller, S., Heinz, A., & Dreßing, H. (2021). Die Begutachtung im Rahmen der

- Unterbringungsgesetze der Länder. In H. Dreßing & E. Habermeyer (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung: Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen* (S. 407–432). München: Elsevier.
- Mynard, L., Joosten, A., D'Souza, A., Ashley, D., & Darzins, S. (2024). Occupational therapy with patients in forensic solitary confinement: A qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*. Advance online publication. doi:10.1111/1440-1630.12930
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short term management in mental health, health and community settings*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Restrictive interventions for managing violence and aggression in adults*. Retrieved from <https://pathways.nice.org.uk/pathways/violence-and-aggression/restrictive-interventions-for-managing-violence-and-aggression-in-adults>
- NCH Software. (2022). Express Scribe Transkriptionssoftware [Computer software]. Retrieved from <https://www.nchsoftware.com/software/de/index.html>
- Nedopil, N. (2007). Forensische Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 75(3), 172–185. doi:10.1055/s-2006-932154
- Nedopil, N. (2016). Special considerations in forensic psychiatry. In B. Völlm & N. Nedopil (Eds.), *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges* (pp. 135–150). Basel: Springer International Publishing.
- Nedopil, N., & Stübner, S. (2017). Forensische Psychiatrie. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Allgemeine Psychiatrie* (S. 2983–3026). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Nelson, J. (2016). *Using conceptual depth criteria: Addressing the challenge of reaching saturation in qualitative research*. Retrieved from https://pure.qub.ac.uk/portal/files/121940009/ConceptPURE_Document.pdf
- Nitsche, T. (2015). Zur Legitimation von Zwang im Maßregelvollzug. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 98(4), 384–393. doi:10.1515/mks-2015-980406
- Oefe, K. von (2019). *Forensische Psychiatrie: Leitfaden für die klinische und gutachterliche Praxis* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Opitz-Welke, A., & Konrad, N. (2023). Gefängnispsychiatrie. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 283–293). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Parkhof, K. J. (2023). *Nordpol, Südpol, Denkpole: Eine Expedition zu Bewusstsein und Lebensfreude*. Norderstedt: BoD Books on Demand.
- Pniewski, B., König, A., & Elsner, K. (2023). Jugendliche und Heranwachsende. In B. Völlm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 221–234). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 296–304. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x
- Querengässer, J., Bulla, J., Mielke, R., Hoffmann, K., & Ross, T. (2016). Patienten- und Therapeutensicht auf Abbruchgründe bei Therapien nach § 64 StGB. *Sucht*, 62(4), 225–231. doi:10.1024/0939-5911/a000433
- Querengässer, J., Efke, S. A., Gather, J., & Schiffer, B. (2022a). Psychopharmakologische Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. Eine Evaluationsstudie zu Zwangsmaßnahmen gem. § 17a Abs. 2 MRVG NW bei schizophrenen Patienten in Westfalen-Lippe. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 16, 223–230. doi:10.1007/s11757-022-00716-w
- Querengässer, J., Janele, D., Schlögl, C., & Bezzel, A. (2022b). Selbstbestimmung und forensische Suchtbehandlung: Reflexionen zum Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und dem Präventionsauftrag des § 64 StGB aus psychiatrischer, ethischer und normativer Sicht. *Der Nervenarzt*, 93, 1156–1162. doi:10.1007/s00115-021-01254-2
- Ramluggun, P., Chalmers, C., & Anjoleb, M. (2018). The practice of seclusion: A review of the discourse on its use. *Mental Health Practice*. Advance online publication. doi:10.7748/mhp.2018.e1258
- Reinwald, J. R., Horten, B., Dreßing, H., & Salize, H.-J. (2022). Strukturmerkmale und Anwendungshäufigkeit von Zwangsmaßnahmen im deutschen Maßregelvollzug. *Psychiatrische Praxis*, 49(1), 22–28. doi:10.1055/a-1391-0192
- Renner, K.-H., & Jacob, N.-C. (2020). *Das Interview: Grundlagen und Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Richter, D., & Whittington, R. (Hrsg.). (2006). *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. New York: Springer.
- Rohner, A. (2017). Rechtsfragen im Vollzugsalltag. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (S. 69–126). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29–35. doi:10.1177/0306624X8803200104
- Rothe, P., Streb, J., Speiser, O., Nigel, S., Schwarz, L., Vasic, N., ...Franke, I. (2020). Soziale und familiäre Belastungsfaktoren bei Maßregelvollzugspatienten. *Recht & Psychiatrie*, 38(2), 77–83.
- Salzgeber, J. (2011). *Familienpsychologische Gutachten: Rechtliche Vorgaben und sachverständiges Vorgehen* (5. Aufl.). München: Beck.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., ...Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52, 1893–1907. doi:10.1007/s11135-017-0574-8
- Schiffer, B. (2023). Maßregelvollzug. In B. Völm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 309–322). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmidt, C., & Habermeyer, E. (2023). Die strafrechtliche Begutachtung. In B. Völm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 95–110). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmidt-Quernheim, F. (2018). Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 173–218). Bern: Hogrefe.
- Schmidt-Quernheim, F. (2023). Forensisch-psychiatrische Nachsorge: Grundsätze, Aufgaben, Perspektiven. In B. Völm & B. Schiffer (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte* (S. 323–339). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schmidt-Quernheim, F., & Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.). (2018). *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug*. Bern: Hogrefe.
- Scholten, M., & Vollmann, J. (2017). Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In J. Vollmann (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie: Ein Praxisbuch* (S. 26–34). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schreier, M. (2013). Qualitative Erhebungsmethoden. In W. Hussy, M. Schreier, & G. Echtermhoff (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaft für Bachelor* (S. 222–244). Heidelberg: Springer.

- Schreier, M. (2020). Fallauswahl. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 19–39). Wiesbaden: Springer.
- Schreier, M. (2023). Qualitative Forschungsansätze. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaft für Bachelor* (S. 222–244). Berlin: Springer.
- Schwarz, M., & Stübner, S. (2023). Die Novellierung von § 64 StGB: Potenzielle Auswirkungen auf den Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 17, 421–435. doi:10.1007/s11757-023-00801-8
- Simjouw, A., de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2024). Trauma-informed care training in forensic mental health services: A scoping review. *International Journal of Forensic Mental Care*. Advance online publication. doi:10.1080/14999013.2024.2323934
- Simms-Sawyers, C., Miles, H., & Harvey, J. (2020). An exploration of perceived coercion into psychological assessment and treatment within a low secure forensic mental health service. *Psychiatry, Psychology and Law*, 27(4), 578–600. doi:10.1080/13218719.2020.1734981
- Statistisches Bundesamt. (2024). *Migration und Integration: Migrationshintergrund*. Zugriff unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html>
- Steinböck, H. (2018). Vollzugslockerungen und Verhältnismäßigkeit. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 357–362). Bern: Hogrefe.
- Steinert, T. (2018). Zwangsbehandlung, Isolieren oder Festbinden? Ein ethisch-rechtliches Dilemma. In M. Dudeck & F. Steger (Hrsg.), *Ethik in der Forensischen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 117–122). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017. doi:10.1176/appi.ps.201200315
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889–897. doi:10.1007/s00127-009-0132-3
- Stolpmann, G. (2001). *Psychiatrische Maßregelbehandlung: Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.

- Thome, J. (2022). Öffentlich-rechtliche Unterbringung – Landesgesetze für die Unterbringung psychisch Kranker. In F. Häßler, N. Nedopil, & M. Dudeck (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter* (S. 789–792). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Titze, L., Lutz, M., Franke, I., Streb, J., & Dudeck, M. (2021). Das Deutschsprachniveau von Patient:innen mit Migrationshintergrund im bayerischen Maßregelvollzug – eine Bestandsaufnahme. *Recht & Psychiatrie*, 39(3), 140–146. doi:10.1486/RP-2021-03_140
- Towfigh, E. V., & Gleixner, A. (2022). *Smartbook Grundrechte*. Baden-Baden: Nomos.
- Trost, A. (2018). Forensische Psychiatrie als Fachbereich der Gesundheits- und Krankenpflege. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Praxisbuch Forensische Psychiatrie: Behandlung und ambulante Nachsorge im Maßregelvollzug* (S. 483–513). Bern: Hogrefe.
- Trost, A., & Rogge, S. (2016). *Umgang mit Menschen im Maßregelvollzug*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Tulloch, L., Walker, H., & Ion, R. (2022). “It’s the last resort” forensic mental health nurses experience on the use of seclusion; implications for use and elimination in clinical practice. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 33(6), 828–848. doi:10.1080/14789949.2022.2122857
- Vasic, N., Vogel, R., Sasic-Vasic, Z., Otte, S., Streb, J., & Dudeck, M. (2016). Patient-Therapeut-Beziehung im Maßregelvollzug – Was gilt es zu beachten? *Recht & Psychiatrie*, 34, 180–185.
- VERBI. (2022). MAXQDA (Version 2022) [Computer software]. Retrieved from <https://www.maxqda.com/de/download>
- Völlm, B., Köppen, K., & Walde, P. (2024). *Pilotstudie zur Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patient*innen des Maßregelvollzuges mit Unterbringungsgrundlage § 63 StGB*. Zugriff unter <https://forensik.med.uni-rostock.de/wissenschaftliche-aktivitaeten/aktuelle-projekte>
- Völlm, B., & Nedopil, N. (2016). Introduction. In B. Völlm & N. Nedopil (Hrsg.), *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (pp. 1–6). Berlin: Springer.
- Völlm, B., & Schiffer, B. (2023). *Forensische Psychiatrie: Rechtliche, klinische und ethische Aspekte*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Vollmann, J. (2017). *Ethik in der Psychiatrie: Ein Praxisbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weißkerber, M. (2019). Rollenkonflikte im Maßregelvollzug. *Psychiatrische Pflege heute*, 25(3), 126–130. doi:10.1055/a-0864-7542
- Weltärztebund. (2013). *WMA Deklaration von Helsinki: Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. Zugriff unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf
- Weltärztebund. (2017). *Das ärztliche Gelöbnis*. Zugriff unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf
- Wenske, M. (2024). Unterbringung in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). In C. H. Beck (Hrsg.), *Münchener Kommentar zur Strafprozessordnung* (Bd. 2, S. 424–427). München: C. H. Beck.
- Werth, L., Seibt, B., & Mayer, J. (2020). *Sozialpsychologie – Der Mensch in sozialen Beziehungen: Interpersonale und Intergruppenprozesse* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Weydmann, N., & Schreier, M. (2023). Bewertung qualitativer Forschung. In M. Schreier, G. Echterhoff, J. F. Bauer, N. Weydmann, & W. Hussy (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 319–333). Berlin: Springer.
- Wolf, T. (2017). Maßregelvollzug aus der Sicht des Gerichts. In R. Müller-Isberner, P. Born, S. Eucker, & B. Eusterschulte (Hrsg.), *Praxishandbuch Maßregelvollzug* (S. 3–30). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO quality rights specialized training – course slides*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329747>
- World Medical Association. (2018). *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Retrieved from <https://www.wma.net/policies/post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C., & Mahler, L. (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*, 46(3), 128–134. doi:10.1055/a-0651-6812
- Zeidler, R., Dudeck, M., Frank, U., Gerlinger, G., Hesse, D., Muysers, J., ... Müller, J. L. (2024).

Die Situation des deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN.
Nervenarzt, 95(1), 1–8. doi:10.1007/s00115-023-01564-7

Zimmermann, W. (2017). *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG) Baden-Württemberg*. Stuttgart: Boorberg.

Patienteninformation zur Studienteilnahme

**Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem
Zimmereinschluss und Zimmerverweis**

Anschrift des Studienzentrums:	Klinik für Forensische Psychiatrie im Zentrum für Nervenheilkunde Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock	
Studienleiterin/-ärztin:	Prof. Dr. med. Birgit Völm, PhD	Tel.: +49 381 494 4800
Studiendurchführende:	Stefanie Lutz, Psychologin, M.Sc.	Tel.: +49 381 494 4895
Studienbeteiligte:	Dr. rer. hum. Anne Wettermann	Tel.: +49 381 494 4805

Anhang A (fortgesetzt)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ teilzunehmen. Die Information darüber erfolgt in einem Gespräch sowie mit der nachfolgenden schriftlichen Aufklärung. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sorgfältig durch!

Im Folgenden informieren wir Sie über die Ziele der Studie und über den Umgang mit Ihren Daten, damit Sie sich auf dieser Grundlage Ihre eigene Meinung bilden und eine Entscheidung treffen können. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind! Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können diese jederzeit, ohne Angabe von Gründen, beenden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung und/oder Ihr Verhältnis zu Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt und Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten. Sie werden in diese Studie nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären.

1. Was ist das Ziel der Studie?

Zum Umgang mit bedrohlichen Situationen und/oder im Zusammenhang mit Regelverstößen können im Maßregelvollzug ein Zimmereinschluss und/oder ein Zimmerverweis erfolgen. Nicht immer stimmen die Einschätzungen zur Notwendigkeit und Angemessenheit als auch das Erleben des Zimmereinschlusses und/oder des Zimmerverweises aufseiten des Klinikpersonals und der Patienten überein. Situationen werden von Mensch zu Mensch anders bewertet und eingeschätzt. Hierfür sind verschiedene Faktoren ursächlich. Situationswahrnehmungen beeinflussen jedoch unser weiteres Handeln. Das Verhalten anderer, das uns betrifft, hat zudem einen Einfluss auf unser Wohlbefinden – je nachdem, ob wir die Handlung als gut oder schlecht bewerten. Unser Wohlbefinden und unser Verhalten stehen dabei in Wechselwirkung und haben zusätzlich einen Einfluss auf unser unmittelbares Umfeld. Es ist demnach anzunehmen, dass der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis das Wohlbefinden als auch insgesamt das nachfolgende Erleben und Verhalten beeinflussen, was sich unter anderem in dem Umgang mit unseren unmittelbaren Mitmenschen zeigen sollte.

Bisher ist im deutschen Sprachraum nicht untersucht worden, wie der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis zustande kommen, wie Entscheidungen zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis vom Klinikpersonal begründet werden, welchem Ziel und Zweck beide Maßnahmen dienen und wie diese vom Klinikpersonal und den Patienten erfahren werden. Welche Faktoren tragen also zum Zimmereinschluss und zum Zimmerverweis bei, wie werden diese Maßnahmen erlebt und welche Folgen haben der Zimmereinschluss und Zimmerverweis für den Einzelnen, den Behandlungsverlauf und allgemein für das weitere therapeutische Geschehen? Was wird demnach letztendlich mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis als Maßnahmen erreicht? Sind bestimmte Merkmale der Umgebung, der Mitarbeiter und Patienten sowie persönliche Einstellungen und Erfahrungen entscheidend dafür, ob es zum Zimmereinschluss und/oder zum Zimmerverweis kommt, wie diese erfahren werden und welche Auswirkungen der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis auf den Einzelnen haben?

Anhang A (fortgesetzt)

Das herauszufinden, ist das Ziel dieser Studie. Erkenntnisse über die Erfahrungen und Auswirkungen bezüglich des Zimmereinschlusses und Zimmerverweises könnten zu einer besseren, auf die Patienten abgestimmten Behandlung sowie allgemein zu einer verbesserten medizinischen und therapeutischen Versorgung kranker Menschen verhelfen – mit nachhaltig positiven Effekten.

2. Wer ist der Auftraggeber der Studie und wer wird an der Studie teilnehmen?

Die vorgestellte Studie wird im Rahmen eines Promotionsprojektes an der Klinik für Forensische Psychiatrie (im Zentrum für Nervenheilkunde, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock) auf Veranlassung von Frau Professorin Dr. med. Birgit Völm, PhD (der Direktorin der Klinik) durchgeführt. Es werden ausschließlich Mitarbeiter und Patienten dieser Klinik an der Studie teilnehmen.

3. Wie ist der Ablauf der Studie?

Wir möchten über den Zeitraum von einem Jahr die im Verlauf Ihrer Behandlung ermittelten Daten und die mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis in Zusammenhang stehenden erhobenen Studien-Daten verwenden und auswerten.

Vor Beginn der Studie werden Sie ausführlich im Rahmen der Reflexionsrunde auf Ihrer Station durch das Forschungsteam über Ziel und Zweck der Untersuchung sowie über den Datenschutz aufgeklärt und um die Teilnahme zur Studie gebeten. Sollten sich weitere Fragen ergeben, können Sie jederzeit das Forschungsteam kontaktieren, welches dann in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen alle Fragen ausführlich besprechen wird. Danach, und nach vollständiger Aufklärung, wird ihre schriftliche Zustimmung mithilfe der Einverständniserklärung eingeholt. Nach Ihrer Einwilligung zur Studienteilnahme erhalten Sie einige Fragebögen, die Sie bitte ausfüllen (das Ausfüllen dauert höchstens 60 Minuten) und beim Pflegepersonal Ihrer Station in einem verschlossenen Umschlag abgeben können. Sollte es im Studienverlauf bei Ihnen zu einem Zimmereinschluss und/oder zum Zimmerverweis kommen, werden Sie erneut um die Beantwortung einiger Fragebögen gebeten.

Nach Aufhebung des Zimmereinschlusses und/oder des Zimmerverweises werden Ihnen in einem Interview (für etwa 30 bis 45 Minuten) Fragen zu Ihrer Erfahrung mit dem Zimmereinschluss und/oder zum Zimmerverweis gestellt. Das Interview und die Beantwortung dieser Fragebögen werden nach Studienbeginn bei Ihnen höchstens zweimal erfolgen: Einmal nach einem Zimmereinschluss und einmal nach einem Zimmerverweis. Im Falle eines Zimmereinschlusses und/oder Zimmerverweises bei einer anderen Patientin/einem anderen Patienten werden Sie gebeten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie Hilfe beim Lesen und Beantworten der Fragen benötigen, wird Ihnen das Forschungsteam gerne behilflich sein. Darüber hinaus werden mithilfe von Befragungen des Klinikpersonals und aus Dokumentationen Informationen zu Ihrem weiteren Behandlungsverlauf erhoben.

4. Welche Risiken sind mit der Studienteilnahme verbunden?

Mögliche Nachteile sind der zeitliche Aufwand, der mit dem Ausfüllen der Fragebögen und dem Beantworten der Fragen während des Interviews einhergeht. Durch das Stellen der Fragen im Rahmen des Interviews kann es passieren, dass Sie negative Gefühle empfinden, die Sie an den Zimmereinschluss und/oder den Zimmerverweis erinnern. Sollte sich Ihr Befinden durch die Studienteilnahme verschlechtern, können Sie uns jederzeit ansprechen, sodass Sie das Forschungsteam und das Stationspersonal unterstützen.

5. Welcher Nutzen ergibt sich für Sie persönlich?

Mit der Studienteilnahme erhalten Sie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Zimmereinschluss und/oder Zimmerverweis zu teilen. Die Ergebnisse dieser Studie können im Allgemeinen dazu beitragen, dass für Patienten die Versorgung, Behandlung und Unterbringung verbessert werden können.

6. Welche Rechte und Bedingungen sind mit der Teilnahme verbunden?

Sie können **jederzeit**, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme an dieser Studie beenden. Falls Sie an dieser Studie nicht teilnehmen oder während der Studie aus dieser ausscheiden möchten, wird Ihnen garantiert, dass Ihre Therapie weitergeführt wird, ohne dass dabei die Behandlungsqualität und/oder Ihr Verhältnis zu Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt und Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten beeinträchtigt werden. Gleiches gilt, wenn Ihre Teilnahme an der Studie vom Forschungsteam aus verschiedenen Gründen nicht akzeptiert oder beendet wurde. Auch in diesem Fall wird es sich nicht negativ auf die Behandlungsqualität auswirken.

7. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und -speicherung im Rahmen der Studie ist die Universitätsmedizin Rostock.

Verantwortliche Einrichtung:

Universitätsmedizin Rostock – rechtsfähige Teilkörperschaft der Universität Rostock
Schillingallee 35
18057 Rostock
Tel.: +49 381 494 0

www.med.uni-rostock.de // presse@med.uni-rostock.de

8. Welche Daten werden von mir verarbeitet?

Im Rahmen der Studie interessieren wir uns für die Anwendung des Zimmereinschlusses und Zimmerverweises, wie Entscheidungen zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis getroffen werden, welche Gründe und Ziele der Entscheidung zugrunde liegen und wie der Zimmereinschluss und Zimmerverweis letztendlich wahrgenommen werden. Da unser Verhalten unter anderem von persönlichen Einstellungen und der Umgebung beeinflusst wird, möchten wir gerne Ihre Einstellungen zu verschiedenen Sicherungsmaßnahmen sowie Ihre Einschätzung des Stationsklimas mithilfe von Fragebögen erfassen (einmalig). Zusätzlich werden Sie gebeten, mithilfe von Fragebögen Einschätzungen zur Therapiemotivation, therapeutischen Beziehung, Ihrem Wohlbefinden und eventuell zum Suchtdruck abzugeben. Diese Erhebung erfolgt zu Studienbeginn und gegebenenfalls nach einem Zimmereinschluss und nach einem Zimmerverweis. Das Forschungsteam wird Ihnen nach der Aufhebung des Zimmereinschlusses und Zimmerverweises Fragen stellen, wie Sie diese Maßnahmen erlebt haben. Dieses Interview möchten wir mit einem Diktiergerät aufzeichnen. Allgemeine Daten zu Ihrer Person und zum weiteren Behandlungsverlauf entnehmen wir Ihrer Patientenakte.

9. Woher erhalten wir die Daten?

Die Daten für unsere Studie sollen mit verschiedenen Fragebögen von Ihnen erhoben als auch mittels Interviews gewonnen werden. In diesen Fragebögen bitten wir Sie um Ihre persönliche Einschätzung. Die Grundlage hierzu bildet Ihre Einwilligung nach § 6 Abs. 1 DSGVO. Informationen zu Ihren persönlichen Daten, zu besonderen Vorkommnissen und Ihrem Behandlungsverlauf entnehmen wir Ihrer Patientenakte. Darüber hinaus werden Informationen aus Befragungen des Klinikpersonals (der/m für Ihre Station zuständigen Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologen und den Pflegekräften) gewonnen.

10. Wo werden die Daten gespeichert?

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in der Klinik für Forensische Psychiatrie (im Zentrum für Nervenheilkunde, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock) erhoben, verarbeitet und – nach den Vorgaben der Deutschen Forschungsgemeinschaft – 10 Jahre lang aufbewahrt (beginnend mit dem Ende der Studie). Die Daten aus den Akten, Fragebögen und Interviews werden in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form auf einem passwortgeschützten Computer verschlüsselt gespeichert und sind nur den Mitarbeiterinnen der Studie zugänglich. „Pseudonymisiert“ bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Buchstaben- und Nummerncode, der jeder Person zugewiesen wird. Rückschlüsse auf Ihre Person werden demnach nicht möglich sein.

Die Interviews werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen werden anschließend mithilfe des passwortgeschützten Computers verschriftlicht, das Audiomaterial auf dem Diktiergerät sofort vernichtet.

11. Wofür und wie werden die Daten verwendet?

Wir möchten mit der Studie die Erfahrungen von Klinikmitarbeitern und Patienten mit dem Zimmereinschluss und Zimmerververweis untersuchen, um aus den Ergebnissen verbesserte Möglichkeiten der Behandlung und Unterbringung ableiten zu können.

Die oben genannten Daten werden ausschließlich für die beschriebene wissenschaftliche Untersuchung benötigt und **nur für diesen Zweck** verwendet.

Für die Datenerhebung generiert jede Teilnehmerin/jeder Teilnehmer nach beschriebener Vorgabe einen Code (gerne unterstützt durch die Studiendurchführende), sodass auf allen Dokumenten nur der Code und nicht Ihr Name steht. Bis zum Ende der Datenerhebung führen die Studienverantwortlichen eine Papierliste mit den Klarnamen sowie den Codes (Pseudonymisierungskürzeln) der Studienteilnehmer, um die Datenerhebung zu erleichtern und die Zuordnung von Daten (zum Behandlungsverlauf) zu ermöglichen. Die Papierliste verbleibt stets in einem abgeschlossenen Schrank und Raum der Klinik für Forensische Psychiatrie und der Zugang vor Dritten wird geschützt. Nach Studienabschluss, das heißt nach vollständiger Datenerfassung, wird die Liste mit den Codes gelöscht, sodass keinerlei Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich sein wird (Anonymisierung).

12. Wer bekommt Kenntnis von meinen Daten?

Zugriff auf Ihre Daten haben ausschließlich die an der Studie beteiligten Mitarbeiterinnen.

Aufgrund studienbezogener Regelungen haben bestimmte Personen (autorisierte Dritte) ein Recht auf Einsichtnahme in Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen z. B. Monitore der Auftraggeberin, die zu Ihrer Sicherheit und dem Schutz Ihrer Daten die Richtigkeit, Vollständigkeit und Qualität der erhobenen Daten vor Ort in der Klinik prüfen können. Die Einsichtnahme erfolgt nur im Rahmen der gesetzlich geregelten Aufgaben der Einsichtnehmenden, nämlich zum Zwecke der Überprüfung der Daten. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Bei technischen Problemen kann es im Einzelfall erforderlich sein, dass eine Wartung der IT-Systeme, auf denen die Daten verarbeitet werden, durch technisches Personal des Dezernats IT der Universitätsmedizin Rostock erfolgt. In diesen Fällen ist es nicht ausgeschlossen, dass dieses Personal Kenntnis von Studiendaten erhält.

Sobald Ihre Daten aus allen Befragungen in den Computer eingegeben und zugeordnet wurden, wird der Datensatz anonymisiert. Auf diesen Datensatz werden ausschließlich die Mitarbeiterinnen der Studie Zugriff haben. Eine Weitergabe der Fragebögen an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, wird nicht erfolgen.

Sämtliche Daten sind strikt vor unbefugtem Zugang gesichert. Online werden keine Daten übermittelt. Auch werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Die Bearbeitung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von Frau Professorin Dr. med. Birgit Völm, PhD, Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Forensische Psychiatrie im Zentrum für Nervenheilkunde.

Anhang A (fortgesetzt)

Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten. Eine Identifizierung der natürlichen Person wird somit nicht möglich sein.

13. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die anonymisierten Daten werden nach Studienabschluss längstens 10 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht.

14. Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verfügen Sie selbst grundsätzlich über ein Recht auf Auskunft über gespeicherte Daten, Berichtigung unzutreffender Daten, Löschung von Daten, Einschränkung der Verarbeitung von Daten, Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung und über ein Recht auf Datenübertragbarkeit der zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Ebenso haben Sie das Recht, Ihre abgegebene Einwilligung zu widerrufen. Diese Rechte können Sie jederzeit gegenüber der verantwortlichen Stelle ausüben. Sollten Sie im Rahmen der Studie von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch machen, werden die bis dahin erhobenen Daten unverzüglich gelöscht, Papierunterlagen werden vernichtet. Die Löschung bzw. Vernichtung der Daten wird dokumentiert. Die bis dahin verarbeiteten Daten werden aus den Berechnungen und Studienergebnissen entfernt. Dies ist nur möglich, solange die Daten noch nicht anonymisiert sind. Daneben steht Ihnen ein Beschwerderecht über rechtswidrige Datenverarbeitungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Widerrufsrecht

Grundsätzlich können Sie ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Wenden Sie sich hierfür an die Universitätsmedizin Rostock. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen bekannt geben. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle eines Widerrufs wird die Löschung der personenbezogenen Daten veranlasst. Die verbleibenden Studiendaten, die bereits anonymisiert wurden und somit nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können, werden im Rahmen der Studie weiterverwendet.

15. Was sollten Sie noch wissen?

Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission geprüft. Sie hat keine Einwände erhoben und die Studie genehmigt.

16. Haben Sie noch Fragen?

Damit Ihre Interessen bestmöglich gewahrt werden, können Sie für sämtliche Fragen im Rahmen dieser Studie jederzeit mit den Studienbeteiligten in Verbindung treten:

Kontaktpersonen

Stefanie Lutz
Psychologin, M.Sc.

Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Tel.: +49 381 494 4895
E-Mail: stefanie.lutz@med.uni-rostock.de

Dr. rer. hum. Anne Wettermann
Leitende Psychologin

Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Tel.: +49 381 494 4805
E-Mail: anne.wettermann@med.uni-rostock.de

Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD
Direktorin der Klinik

Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Tel.: +49 381 494 4800
E-Mail: birgit.voellm@med.uni-rostock.de

Bei Fragen zum Datenschutz steht Ihnen zusätzlich der Datenschutzbeauftragte der Universitätsmedizin Rostock gerne zur Verfügung:

Datenschutzbeauftragter der Universitätsmedizin Rostock

Der Datenschutzbeauftragte
Doberaner Str. 142
18057 Rostock

Tel.: 0381 494 5155/5173
Mail: datenschutz@med.uni-rostock.de

Anhang A (fortgesetzt)

Möchten Sie von Ihrem Beschwerderecht über rechtswidrige Datenverarbeitungen Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Aufsichtsbehörde:

Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit MV
Schloss Schwerin, Lennéstr. 1
19053 Schwerin

Tel.: 0385 59494 0

Mail: info@datenschutz-mv.de

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an einer Studienteilnahme. Mit Ihrer möglichen Teilnahme an dieser Studie können Sie dazu beitragen, das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Wir würden uns freuen, Sie als Teilnehmer an der Studie begrüßen zu dürfen!

Teilnehmerinformation zur Studienteilnahme

**Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem
Zimmereinschluss und Zimmerverweis**

**Anschrift des
Studienzentrums:** Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Studienleiterin/-ärztin:	Prof. Dr. med. Birgit Völm, PhD	Tel.: +49 381 494 4800
Studiendurchführende:	Stefanie Lutz, Psychologin, M.Sc.	Tel.: +49 381 494 4895
Studienbeteiligte:	Dr. rer. hum. Anne Wettermann	Tel.: +49 381 494 4805

Anhang B (fortgesetzt)

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ teilzunehmen. Die Information darüber erfolgt in einem Gespräch sowie mit der nachfolgenden schriftlichen Aufklärung. Bitte lesen Sie diese Teilnehmerinformation sorgfältig durch!

Im Folgenden informieren wir Sie über die Ziele der Studie und über den Umgang mit Ihren Daten, damit Sie sich auf dieser Grundlage Ihre eigene Meinung bilden und eine Entscheidung treffen können. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind! Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können diese jederzeit, ohne Angabe von Gründen, beenden. In diesem Falle, als auch bei Ablehnung einer Studienteilnahme, entstehen Ihnen keine Nachteile im Hinblick auf Ihr Arbeitsverhältnis bzw. das Verhältnis zu Ihren Vorgesetzten. Sie werden in diese Studie nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären.

1. Was ist das Ziel der Studie?

Zum Umgang mit bedrohlichen Situationen und/oder im Zusammenhang mit Regelverstößen können im Maßregelvollzug ein Zimmereinschluss und/oder ein Zimmerverweis erfolgen. Nicht immer stimmen die Einschätzungen zur Notwendigkeit und Angemessenheit als auch das Erleben des Zimmereinschlusses und/oder des Zimmerverweises aufseiten des Klinikpersonals und der Patienten überein. Situationen werden von Mensch zu Mensch anders bewertet und eingeschätzt. Hierfür sind verschiedene Faktoren ursächlich. Situationswahrnehmungen beeinflussen jedoch unser weiteres Handeln. Das Verhalten anderer, das uns betrifft, hat zudem einen Einfluss auf unser Wohlbefinden – je nachdem, ob wir die Handlung als gut oder schlecht bewerten. Unser Wohlbefinden und unser Verhalten stehen dabei in Wechselwirkung und haben zusätzlich einen Einfluss auf unser unmittelbares Umfeld. Es ist demnach anzunehmen, dass der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis das Wohlbefinden als auch insgesamt das nachfolgende Erleben und Verhalten beeinflussen, was sich unter anderem in dem Umgang mit unseren unmittelbaren Mitmenschen zeigen sollte.

Bisher ist im deutschen Sprachraum nicht untersucht worden, wie der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis zustande kommen, wie Entscheidungen zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis vom Klinikpersonal begründet werden, welchem Ziel und Zweck beide Maßnahmen dienen und wie diese vom Klinikpersonal und den Patienten erfahren werden. Welche Faktoren tragen also zum Zimmereinschluss und zum Zimmerverweis bei, wie werden diese erlebt und welche Folgen haben der Zimmereinschluss und Zimmerverweis für den Einzelnen, den Behandlungsverlauf und allgemein für das weitere therapeutische Geschehen? Was wird demnach letztendlich mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis als Maßnahmen erreicht? Sind bestimmte Merkmale der Umgebung, der Mitarbeiter und Patienten sowie persönliche Einstellungen und Erfahrungen entscheidend dafür, ob es zum Zimmereinschluss und/oder zum Zimmerverweis kommt, wie diese erfahren werden und welche Auswirkungen der Zimmereinschluss und der Zimmerverweis auf den Einzelnen haben?

Anhang B (fortgesetzt)

Das herauszufinden, ist das Ziel dieser Studie. Erkenntnisse über die Erfahrungen und Auswirkungen bezüglich des Zimmereinschlusses und Zimmerverweises könnten zu einer adäquateren, auf die Patienten abgestimmten Behandlung, einer zielgerichteten Prophylaxe als auch zu verbesserten praktischen Entscheidungen sowie allgemein zu einer verbesserten medizinischen und therapeutischen Versorgung kranker Menschen verhelfen – mit nachhaltig positiven Effekten.

2. Wer ist der Auftraggeber der Studie und wer wird an der Studie teilnehmen?

Die vorgestellte Studie wird im Rahmen eines Promotionsprojektes an der Klinik für Forensische Psychiatrie (im Zentrum für Nervenheilkunde, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock) auf Veranlassung von Frau Professorin Dr. med. Birgit Völlm, PhD (der Direktorin der Klinik) durchgeführt. Es werden ausschließlich Mitarbeiter und Patienten dieser Klinik an der Studie teilnehmen.

3. Wie ist der Ablauf der Studie?

Wir möchten über den Zeitraum von einem Jahr die im Verlauf der Routinebehandlung ermittelten Daten von Patienten und die mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis in Zusammenhang stehenden erhobenen Studien-Daten verwenden und auswerten.

Vor Beginn der Studie werden Sie ausführlich durch das Forschungsteam über Ziel und Zweck der Untersuchung sowie über den Datenschutz aufgeklärt und um die Teilnahme zur Studie gebeten. Sollten sich weitere Fragen ergeben, können Sie das Forschungsteam jederzeit kontaktieren, welches dann in einem persönlichen Gespräch mit Ihnen alle Fragen ausführlich besprechen wird. Danach, und nach vollständiger Aufklärung, wird Ihre schriftliche Zustimmung via Einverständniserklärung eingeholt.

Nach Ihrer Einwilligung zur Studienteilnahme erhalten Sie einige Fragebögen, die Sie bitte ausfüllen (das Ausfüllen dauert etwa 30 min). Die Fragebögen können Sie anschließend in einem verschlossenen Umschlag in das Postfach (auf dem Flur vor dem Verwaltungstrakt) der Studiendurchführenden einwerfen. Auf Wunsch können diese jedoch auch persönlich an das Forschungsteam zurückgegeben oder über die jeweilige Stationsleitung an dieses zurückgeleitet werden.

Sollte es im Studienverlauf bei einer Patientin/einem Patienten zu einem Zimmereinschluss und/oder zum Zimmerverweis kommen, wird Ihnen sowohl zum Zimmereinschluss als auch zum Zimmerverweis die Studiendurchführende jeweils einmalig in einem Interview (für etwa 30 bis 45 Minuten) Fragen zu Ihren Erfahrungen mit diesen Maßnahmen stellen.

4. Welche Risiken sind mit der Studienteilnahme verbunden?

Ein möglicher Nachteil ist der zeitliche Aufwand, der mit dem Ausfüllen der Fragebögen und dem Beantworten der Fragen während des Interviews einhergeht.

5. Welcher Nutzen ergibt sich für Sie persönlich?

Mit der Studienteilnahme haben Sie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Zimmereinschluss und/oder Zimmerverweis zu teilen. Die Studienergebnisse können dazu beitragen, dass Mitarbeiter bessere Entscheidungen in verschiedenen Situationen treffen und so zu einer effektiveren, auf die Patienten abgestimmten Behandlung sowie allgemein zu einer verbesserten medizinischen und therapeutischen Versorgung kranker Menschen verhelfen.

6. Welche Rechte und Bedingungen sind mit der Teilnahme verbunden?

Sie können **jederzeit**, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme an dieser Studie beenden. Falls Sie an dieser Studie nicht teilnehmen oder während der Studie aus dieser ausscheiden möchten, hat und wird dies **keinen** Einfluss auf Ihr Verhältnis zu Ihrem Vorgesetzten und/oder Arbeitgeber haben.

7. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortlich für die Datenverarbeitung und -speicherung im Rahmen der Studie ist die Universitätsmedizin Rostock.

Verantwortliche Einrichtung:

Universitätsmedizin Rostock – rechtsfähige Teilkörperschaft der Universität Rostock
Schillingallee 35
18057 Rostock
Tel.: +49 381 494 0

www.med.uni-rostock.de // presse@med.uni-rostock.de

8. Welche Daten werden von mir verarbeitet?

Im Rahmen der Studie interessieren wir uns für die Anwendung des Zimmereinschlusses und Zimmerverweises, wie Entscheidungen zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis getroffen werden, welche Gründe und Ziele der Entscheidung zugrunde liegen und wie der Zimmereinschluss und Zimmerverweis von Klinikmitarbeitern und Patienten wahrgenommen werden. Da unser Verhalten unter anderem von persönlichen Einstellungen und der Umgebung beeinflusst wird, möchten wir gerne Ihre Einstellungen zu Sicherungsmaßnahmen, zu psychisch kranken Menschen sowie Ihre Beurteilung des Stations- und Teamklimas mit Fragebögen erfassen. Hierbei werden Sie auch um die Angabe weniger soziodemografischer Daten gebeten. Sollten Sie an der Entscheidung zu einem Zimmereinschluss und/oder Zimmerverweis beteiligt sein und/oder diesen selbst ausüben, wird sich eine Befragung zu diesen Maßnahmen anschließen. Das Ausfüllen der Fragebögen als auch das Interview – das wir mit einem Diktiergerät aufzeichnen möchten – wird voraussichtlich einmalig erfolgen. Alle

Anhang B (fortgesetzt)

weiteren relevanten Daten im Rahmen der Studie gewinnen wir durch Befragungen der Patienten oder entnehmen diese den Patientenakten.

9. Woher erhalten wir die Daten?

Die Daten für unsere Studie sollen mit verschiedenen Fragebögen von Ihnen erhoben als auch mittels Interviews gewonnen werden. In diesen Fragebögen bitten wir Sie um Ihre persönliche Einschätzung. Die Grundlage hierzu bildet Ihre Einwilligung nach § 6 Abs. 1 DSGVO. Informationen zu besonderen Vorkommnissen, den Patienten und dem Behandlungsverlauf entnehmen wir den Patientenakten und dem Daten-Managementsystem PatMan.

10. Wo werden die Daten gespeichert?

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in der Klinik für Forensische Psychiatrie (im Zentrum für Nervenheilkunde, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock) erhoben, verarbeitet und – nach den Vorgaben der Deutschen Forschungsgemeinschaft – 10 Jahre lang aufbewahrt (beginnend mit dem Ende der Studie). Die Daten aus den Akten, Fragebögen und Interviews werden in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form auf einem passwortgeschützten Computer verschlüsselt gespeichert und sind nur den Mitarbeiterinnen der Studie zugänglich. „Pseudonymisiert“ bedeutet, dass keine Angaben von Namen oder Initialen verwendet werden, sondern nur ein Buchstaben- und Nummerncode, der jeder Person zugewiesen wird. Rückschlüsse auf Ihre Person werden demnach nicht möglich sein.

Die Interviews werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen werden anschließend mithilfe des passwortgeschützten Computers verschriftlicht, das Audiomaterial auf dem Diktiergerät sofort vernichtet.

11. Wofür und wie werden die Daten verwendet?

Wir möchten mit der Studie die Erfahrungen von Klinikmitarbeitern und Patienten mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis untersuchen, um aus den Ergebnissen verbesserte Möglichkeiten der Behandlung und Unterbringung ableiten zu können.

Die oben genannten Daten werden ausschließlich für die beschriebene wissenschaftliche Untersuchung benötigt und **nur für diesen Zweck** verwendet.

Für die Erhebung generiert jede Teilnehmerin/jeder Teilnehmer nach beschriebener Vorgabe einen Code, sodass auf allen Dokumenten nur der Code und nicht Ihr Name steht. Bis zum Ende der Datenerhebung führen die Studienverantwortlichen eine Papierliste mit den Codes (Pseudonymisierungskürzeln) der einbezogenen Studienteilnehmer, um die Datenerhebung zu erleichtern. Die Papierliste verbleibt stets in einem abgeschlossenen Schrank und Raum der Klinik für Forensische Psychiatrie und der Zugang vor Dritten wird geschützt. Nach Studienabschluss, das heißt nach vollständiger Datenerfassung, wird die Liste mit den Codes sofort gelöscht, sodass keinerlei Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich sein wird (Anonymisierung).

12. Wer bekommt Kenntnis von meinen Daten?

Zugriff auf Ihre Angaben/Daten haben ausschließlich die an der Studie beteiligten Mitarbeiterinnen.

Aufgrund studienbezogener Regelungen haben bestimmte Personen (autorisierte Dritte) ein Recht auf Einsichtnahme in Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen z. B. Monitore der Auftraggeberin, die zu Ihrer Sicherheit und zum Schutz Ihrer Daten die Richtigkeit, Vollständigkeit und Qualität der erhobenen Daten vor Ort in der Klinik prüfen können. Die Einsichtnahme erfolgt nur im Rahmen der gesetzlich geregelten Aufgaben der Einsichtnehmenden, nämlich zum Zwecke der Überprüfung der Daten. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Bei technischen Problemen kann es im Einzelfall erforderlich sein, dass eine Wartung der IT-Systeme, auf denen die Daten verarbeitet werden, durch technisches Personal des Dezernats IT der Universitätsmedizin Rostock erfolgt. In diesen Fällen ist es nicht ausgeschlossen, dass dieses Personal Kenntnis von Studiendaten erhält.

Sobald Ihre Daten aus allen Befragungen in den Computer eingegeben und zugeordnet wurden, wird der Datensatz anonymisiert. Auf diesen Datensatz werden ausschließlich die Mitarbeiterinnen der Studie Zugriff haben. Eine Weitergabe der Fragebögen an Personen, die nicht an der Studie beteiligt sind, wird nicht erfolgen.

Sämtliche Daten sind strikt vor unbefugtem Zugang gesichert. Online werden keine Daten übermittelt. Auch werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Die Bearbeitung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von Frau Professorin Dr. med. Birgit Völm, PhD, Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Forensische Psychiatrie im Zentrum für Nervenheilkunde.

Eine Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten. Eine Identifizierung der natürlichen Person wird somit nicht möglich sein.

13. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die anonymisierten Daten werden nach Studienabschluss längstens 10 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht.

14. Kann ich meine Einwilligung widerrufen?

Gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verfügen Sie selbst grundsätzlich über ein Recht auf Auskunft über gespeicherte Daten, Berichtigung unzutreffender Daten, Löschung von Daten, Einschränkung der Verarbeitung von Daten, Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung und über ein Recht auf Datenübertragbarkeit der zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Ebenso haben Sie das Recht, Ihre abgegebene Einwilligung zu widerrufen. Diese Rechte können Sie jederzeit gegenüber der verantwortlichen Stelle ausüben. Sollten Sie im Rahmen der Studie von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch machen, werden die bis

Anhang B (fortgesetzt)

dahin erhobenen Daten unverzüglich gelöscht, Papierunterlagen werden vernichtet. Die Löschung bzw. Vernichtung der Daten wird dokumentiert. Die bis dahin verarbeiteten Daten werden aus den Berechnungen und Studienergebnissen entfernt. Dies ist nur möglich, solange die Daten noch nicht anonymisiert sind. Daneben steht Ihnen ein Beschwerderecht über rechtswidrige Datenverarbeitungen bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Widerrufsrecht

Grundsätzlich können Sie ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Wenden Sie sich hierfür an die Universitätsmedizin Rostock. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen bekannt geben. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle eines Widerrufs wird die Löschung der personenbezogenen Daten veranlasst. Die verbleibenden Studien-
daten, die bereits anonymisiert wurden und somit nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können, werden im Rahmen der Studie weiterverwendet.

15. Was sollten Sie noch wissen?

Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission geprüft. Sie hat keine Einwände erhoben und die Studie genehmigt.

16. Haben Sie noch Fragen?

Damit Ihre Interessen bestmöglich gewahrt werden, können Sie für sämtliche Fragen im Rahmen dieser Studie jederzeit mit den Studienbeteiligten in Verbindung treten:

Kontaktpersonen

Stefanie Lutz
Psychologin, M.Sc.

Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Tel.: +49 381 494 4895
E-Mail: stefanie.lutz@med.uni-rostock.de

Dr. rer. hum. Anne Wettermann
Leitende Psychologin

Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20
18147 Rostock
Tel.: +49 381 494 4805
E-Mail: anne.wettermann@med.uni-rostock.de

Anhang B (fortgesetzt)

Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD Klinik für Forensische Psychiatrie
Direktorin der Klinik im Zentrum für Nervenheilkunde
 Gehlsheimer Straße 20
 18147 Rostock
 Tel.: +49 381 494 4800
 E-Mail: birgit.voellm@med.uni-rostock.de

Bei Fragen zum Datenschutz steht Ihnen zusätzlich der Datenschutzbeauftragte der Universitätsmedizin Rostock gerne zur Verfügung:

Datenschutzbeauftragter der Universitätsmedizin Rostock

Der Datenschutzbeauftragte
Doberaner Str. 142
18057 Rostock
Tel.: 0381 494 5155/5173
Mail: datenschutz@med.uni-rostock.de

Möchten Sie von Ihrem Beschwerderecht über rechtswidrige Datenverarbeitungen Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Aufsichtsbehörde:

Zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit MV
Schloss Schwerin, Lennéstr. 1
19053 Schwerin
Tel.: 0385 59494 0
Mail: info@datenschutz-mv.de

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an einer Studienteilnahme. Mit Ihrer möglichen Teilnahme an dieser Studie können Sie dazu beitragen, das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern. Wir würden uns freuen, Sie als Teilnehmer an der Studie begrüßen zu dürfen!

Anhang C

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme für Patienten

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

**Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem
Zimmereinschluss und Zimmerverweis**

Anschrift der Klinik: Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Studienleiterin/-ärztin: Prof. Dr. med. Birgit Völlm, PhD Tel.: +49 381 494 4800

Studiendurchführende: Stefanie Lutz, Psychologin, M.Sc. Tel.: +49 381 494 4895

Studienbeteiligte: Dr. rer. hum. Anne Wettermann Tel.: +49 381 494 4805

Patient: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

Geburtsdatum: _____ **Studienzentrums-ID:** _____

Ich wurde durch _____
(Name der Studiendurchführenden, Blockschrift)

am _____ (dd.mm.jjjj) vollständig über die klinische Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ sowie ausführlich – mündlich und schriftlich – über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Dauer der klinischen Studie im Allgemeinen sowie über erwartete Wirkungen und absehbare Risiken, meine Rechte und Pflichten als auch über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir wurde zugesichert, dass diese Aufklärung vollständig war.

Ich hatte die Gelegenheit und ausreichend Zeit, Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet und von mir akzeptiert.

Zusätzlich zu der schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

Anhang C (fortgesetzt)

Ich nehme freiwillig an der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ teil und erkläre hiermit meine Einwilligung in die nachfolgend beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten. Ich habe die in der Patienteninformation enthaltenen Hinweise zum Datenschutz und der damit verbundenen Rechte aufmerksam gelesen und verstanden.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung meiner personenbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus. Das heißt, ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für den Zweck der oben genannten Studie meine personenbezogenen Daten in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern durch die Klinik für Forensische Psychiatrie, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock, aufgezeichnet, verarbeitet und gespeichert werden. Diese Daten dürfen in pseudonymisierter (das heißt verschlüsselter) Form zur wissenschaftlichen Auswertung an die Studienleitung weitergegeben werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass autorisierte Personen, die der Schweigepflicht unterliegen (z. B. Monitore der Auftraggeberin), Einblick in meine Originaldaten nehmen, um die ordnungsgemäße Durchführung der Studie zu überprüfen. Nur zu diesem Zweck entbinde ich die Studienleiterin, Frau Prof. Dr. med. Birgit Völm, und die Studiendurchführende, Frau Stefanie Lutz, von der Schweigepflicht.
3. Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle eines technischen Problems technisches Personal der IT der Universitätsmedizin Rostock Kenntnis von meinen Studiendaten erhält.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung der Studie mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige und/oder vertragliche Aufbewahrungsfristen der Datenspeicherung entgegenstehen. Ich bin mir bewusst, dass im Falle einer anonymisierten Speicherung meiner Daten deren Löschung auf meinen Wunsch nicht möglich ist.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Studiendurchführende die Interviews audioaufzeichnet, anschließend transkribiert (verschriftlicht) und die Audiodatei bis zur Verschriftlichung auf einem Diktiergerät speichert. Nach der Verschriftlichung werden die Audioaufzeichnungen umgehend gelöscht.
6. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung zur Studienteilnahme ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann.
7. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Die Informationen zum Widerruf der Einwilligung in der dazugehörigen Teilnehmerinformation habe ich zur Kenntnis genommen.

Anhang C (fortgesetzt)

Ich willige hiermit unter Einbezug der dazugehörigen Teilnehmerinformation in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken ein:

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner in der Teilnehmerinformation aufgelisteten Daten über die Verfremdung mittels Teilnehmercode für die Durchführung der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ durch die Universitätsmedizin Rostock und Speicherung in der Klinik für Forensische Psychiatrie im Zentrum für Nervenheilkunde (der Universitätsmedizin Rostock).

Eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Forschungsteam.

Name des Patienten

Datum

Unterschrift

Name der Studienleiterin

Datum

Unterschrift

Anhang D

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme für Mitarbeiter

Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme

**Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem
Zimmereinschluss und Zimmerverweis**

Anschrift der Klinik: Klinik für Forensische Psychiatrie
im Zentrum für Nervenheilkunde
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock

Studienleiterin/-ärztin: Prof. Dr. med. Birgit Völm, PhD Tel.: +49 381 494 4800

Studiendurchführende: Stefanie Lutz, Psychologin, M.Sc. Tel.: +49 381 494 4895

Studienbeteiligte: Dr. rer. hum. Anne Wettermann Tel.: +49 381 494 4805

Mitarbeiter: _____
(Name, Vorname in Blockschrift)

Geburtsdatum: _____ **Studienzentrums-ID:** _____

Ich wurde durch _____
(Name der Studiendurchführenden, Blockschrift)

am _____ (dd.mm.jjjj) vollständig über die klinische Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ sowie ausführlich – mündlich und schriftlich – über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Dauer der klinischen Studie im Allgemeinen sowie über erwartete Wirkungen und absehbare Risiken, meine Rechte und Pflichten als auch über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Mir wurde zugesichert, dass diese Aufklärung vollständig war.

Ich hatte die Gelegenheit und ausreichend Zeit, Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet und von mir akzeptiert.

Zusätzlich zu der schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

Anhang D (fortgesetzt)

Ich nehme freiwillig an der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ teil und erkläre hiermit meine Einwilligung in die nachfolgend beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten. Ich habe die in der Teilnehmerinformation enthaltenen Hinweise zum Datenschutz und der damit verbundenen Rechte aufmerksam gelesen und verstanden.

Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung meiner personenbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus. Das heißt, ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für den Zweck der oben genannten Studie meine personenbezogenen Daten in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern durch die Klinik für Forensische Psychiatrie, Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock, aufgezeichnet, verarbeitet und gespeichert werden. Diese Daten dürfen in pseudonymisierter (das heißt verschlüsselter) Form zur wissenschaftlichen Auswertung an die Studienleitung weitergegeben werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass autorisierte Personen, die der Schweigepflicht unterliegen (z. B. Monitore der Auftraggeberin), Einblick in meine Originaldaten nehmen, um die ordnungsgemäße Durchführung der Studie zu überprüfen. Nur zu diesem Zweck entbinde ich die Studienleiterin, Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm, und die Studiendurchführende, Frau Stefanie Lutz, von der Schweigepflicht.
3. Ich bin zudem damit einverstanden, dass im Falle eines technischen Problems technisches Personal der IT der Universitätsmedizin Rostock Kenntnis von meinen Studiendaten erhält.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung der Studie mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche, satzungsmäßige und/oder vertragliche Aufbewahrungsfristen der Datenspeicherung entgegenstehen. Ich bin mir bewusst, dass im Falle einer anonymisierten Speicherung meiner Daten deren Löschung auf meinen Wunsch nicht möglich ist.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Studiendurchführende die Interviews audioaufzeichnet, anschließend transkribiert (verschriftlicht) und die Audiodatei bis zur Verschriftlichung auf einem Diktiergerät speichert. Nach der Verschriftlichung werden die Audioaufzeichnungen umgehend gelöscht.
6. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung zur Studienteilnahme ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann.
7. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich meine Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Die Informationen zum Widerruf der Einwilligung in der dazugehörigen Teilnehmerinformation habe ich zur Kenntnis genommen.

Anhang D (fortgesetzt)

Ich willige hiermit unter Einbezug der dazugehörigen Teilnehmerinformation in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken ein:

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner in der Teilnehmerinformation aufgelisteten Daten über die Verfremdung mittels Teilnehmercode für die Durchführung der Studie „Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis“ durch die Universitätsmedizin Rostock und Speicherung in der Klinik für Forensische Psychiatrie im Zentrum für Nervenheilkunde (der Universitätsmedizin Rostock).

Eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Forschungsteam.

Name des Mitarbeiters

Datum

Unterschrift

Name der Studienleiterin

Datum

Unterschrift

Anhang E

Fragebogen – Klinikmitarbeiter

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Studie. Ihre Aussagen und Einschätzungen sind für uns wichtig und geben uns die Möglichkeit, die Arbeit in der Klinik für Forensische Psychiatrie fortlaufend zu verbessern.

Wir bitten Sie um allgemeine Informationen zu Ihrer Person. Bitte kontrollieren Sie zum Schluss die Daten auf Vollständigkeit, sodass diese auswertbar sind!

Vorab bitten wir Sie, einen 6-stelligen Code zu erstellen, über den die Zusammenführung der Daten anonym während des Studienverlaufes erfolgen kann. Damit Sie sich den Code nicht merken müssen, sondern ihn immer wieder leicht herleiten können, besteht dieser aus jeweils dem ersten und letzten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter, dem ersten und letzten Buchstaben Ihres eigenen Geburtsortes und den ersten zwei Ziffern Ihres Geburtsdatums.

Hier ein Beispiel:

Vorname Mutter: **MARIA** Ihr Geburtsort: **FRANKFURT**

Ihr Geburtsdatum: **04.** September 1965

1	2	3	4	5	6
M	A	F	T	0	4

Erster und letzter Buchstabe
des Vornamens Ihrer Mutter
(z. B. MARIA = MA)

Erster und letzter Buchstabe
Ihres Geburtsortes
(z. B. FRANKFURT = FT)

Tag Ihres Geburtsdatums
(z. B. 04. Sept. 1965 = 04)

Falls Sie einzelne Angaben nicht machen können, tragen Sie bitte 99 ein!

Teilnehmer-Code = MAFT04

Ihr Teilnehmer-Code: _____

Soziodemografische Daten

1. Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

3. Staatszugehörigkeit: _____

4. Berufsgruppe:

Arzt	☐
Psychologe	☐
Gesundheits- und Krankenpfleger (ehem. Krankenschwester/-pfleger)	☐
Altenpfleger	☐
Krankenpflegehelfer	☐
Pflegehelfer	☐

5. Bildungsstand:

a) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

keinen Schulabschluss	☐
Förderschule	☐
Hauptschulabschluss	☐
Realschulabschluss	☐
Fachhochschulreife	☐
Abitur	☐

b) Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

keinen beruflichen Abschluss	☐
noch in Ausbildung (Praktikant, Auszubildender, Student)	☐
abgeschlossene Berufsausbildung	☐
Bachelor an einer (Fach-)Hochschule abgeschlossen	☐

Anhang E (fortgesetzt)

Fachhochschulabschluss (z. B. Diplom, Master)

☐

Universitätsabschluss (z. B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Master)

☐

Promotion

☐

einen anderen beruflichen Abschluss, und zwar: _____

6. Berufserfahrung:

**a) In welchem der folgenden Bereiche haben Sie bereits Berufserfahrungen aus Zeiten vor Ihrer Tätigkeit in der Klinik für Forensische Psychiatrie?
(Mehrfachantworten möglich!)**

Psychiatrie

☐

ambulante Betreuung/Behandlung suchtkranker Patienten

☐

ambulante Betreuung/Behandlung psychiatrischer Patienten

☐

Strafvollzug (einschl. Sicherungsverwahrung)

☐

in keinem der genannten Bereiche

☐

b) Wie lange haben Sie bisher insgesamt in einer Maßregelvollzugseinrichtung gearbeitet?

_____ Jahre

_____ Monate

Anhang F

Anordnungsblatt für Patienten im Zimmerverweis/Zimmereinschluss**Angeordnete Maßnahme:**☐ Zimmerverweis☐ Zimmereinschluss**Beginn der Maßnahme:**

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Unterschrift Therapeut: _____

Unterschrift Stationsleitung: _____

Patient: _____

geboren am: _____

Station: _____

Lockerungsstufe: _____

Delikt: _____

☐ § 126 a ☐ § 64 ☐ § 63**Grund der Maßnahme:**_____

Während der Zeit des Zimmerverweis/ Zimmereinschluss gelten für den o.g. Patienten nachfolgend aufgeführte Einschränkungen:

1. Aufschlusszeiten:

2. Hofgang:

3. Telefonzeiten:

4. Reinigung:

5. Duschzeiten:

6. Postkontrolle:

7. Mahlzeiten:

8. Kaffeezeiten:

9. Teilnahme an der Reflexion: ☐ ja ☐ nein10. Teilnahme an der Morgenrunde: ☐ ja ☐ nein

11. Besuchsempfang:

12. Besondere Anordnungen:

Anhang F (fortgesetzt)

Ziel der Anordnung:

zeitliche Orientierung:

Aufklärung erfolgt am: _____

Kenntnisnahme OA: _____

Besprechung in der nächsten Visite:

Ende der Maßnahme:

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Anordnender Arzt: _____

Anhang G

Interviewleitfaden – Patienten

1. Können Sie mir bitte zuallererst aus Ihrer Sicht schildern, wie es dazu kam, dass Sie in Ihrem Zimmer eingeschlossen/des Zimmers verwiesen wurden!
2. Verstehen Sie, weshalb Sie in Ihrem Zimmer eingeschlossen/des Zimmers verwiesen wurden? Können Sie die Gründe nachvollziehen bzw. kennen Sie diese?
3. Erzählen Sie mir bitte, wie Sie den ZE/ZV erlebt haben!
 - 3.1 Wie erging es Ihnen dabei? Wie fühlten Sie sich währenddessen?
 - 3.2 Was war während des ZEs/ZVs für Sie am schlimmsten?
 - 3.3 Was ging Ihnen durch den Kopf?
 - 3.4 Wie dachten Sie über die Mitarbeiter?
 - 3.5 Was dachten Sie währenddessen über die Therapie? Haben Sie sich während des ZEs/ZVs etwas für die weitere Therapie vorgenommen?
 - 3.6 Wie vertrieben Sie sich die Zeit?
4. Was glauben Sie, wie es für das Klinikpersonal ist, Sie im Zimmer einzuschließen/Sie des Zimmers zu verweisen?
5. Wie bewerten Sie allgemein den ZE/ZV?
 - 5.1 Was sind aus Ihrer Sicht Nachteile des ZEs/ZVs?
 - 5.2 Hat der ZE/ZV für Sie auch irgendwelche Vorteile?
 - 5.3 Worauf hat der ZE/ZV Ihrer Meinung nach einen Einfluss?
Hat der ZE/ZV auch einen Einfluss auf Sie?
Glauben Sie, dass der ZE/ZV überhaupt etwas bewirkt?
 - 5.4 Gibt es Dinge, die Sie im Hinblick auf den ZE/ZV ändern würden (z. B. die Dauer, Lockerungen/Regelungen während der Maßnahme, etc.)? Falls ja, weshalb?
 - 5.5 Gibt es aus Ihrer Sicht effektivere Alternativen zum ZE/ZV?
 - 5.6 Unterscheiden sich Ihrer Ansicht nach der ZE und der ZV in den Auswirkungen?
Gibt es sonstige Unterschiede zwischen beiden Maßnahmen?
6. Fällt Ihnen noch etwas Wichtiges zum ZE/ZV ein?

Anhang H

Interviewleitfaden – Klinikmitarbeiter

1. Können Sie mir bitte zunächst aus Ihrer Sicht schildern, weshalb der Patient in seinem Zimmer eingeschlossen/des Zimmers verwiesen wurde!
2. Welche genauen Gründe haben zum ZE/ZV geführt?
3. Welchem Ziel diene der ZE/ZV?
4. Wie fühlten Sie sich beim Einschließen/Verweisen des Patienten in sein(em) Zimmer?
5. Welche Erfahrungen haben Sie insgesamt bisher mit dem ZE gemacht?
Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit dem ZV?
6. Wie bewerten Sie allgemein den ZE als Maßnahme?
Wie bewerten Sie hingegen den ZV?
 - 6.1 Hat der ZE für Patienten auch Vorteile?
Wie ist es beim ZV: Bringt diese Maßnahme Vorteile mit sich?
 - 6.2 Gibt es im Hinblick auf den ZE auch Nachteile?
Gibt es Nachteile im Zusammenhang mit dem ZV?
 - 6.3 Auf wen oder was hat der ZE Ihrer Meinung nach einen Einfluss?
Übt der ZV auf jemanden oder irgendetwas einen Einfluss aus?
 - 6.4 Sind Sie der Ansicht, dass sich durch den ZE das Stationsklima ändert?
Wie ist es im Falle eines ZVs, gibt es hierbei ein verändertes Stationsklima?
 - 6.5 Gibt es Dinge, die Sie im Hinblick auf den ZE oder ZV ändern würden (z. B. die Dauer, Lockerungen/Regelungen während der Maßnahme, etc.)? Falls ja, weshalb?
7. Fällt Ihnen noch etwas zum ZE oder ZV ein, was Sie als wichtig erachten?

Anhang I

Angewandte Transkriptionsregeln

(nach Kuckartz & Rädiker, 2022, und Dresing & Pehl, 2018)

1. Es wurde wörtlich, somit vollständig transkribiert.
2. Vorhandene Dialekte oder fremdsprachliche Akzente wurden nicht transkribiert, sondern (für eine bessere Durchsuchbarkeit der Texte) möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
3. Die Satzform wurde beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltete.
4. Unvollendete Halbsätze wurden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
5. Jeder Sprechbeitrag wurde als eigener Absatz transkribiert (so auch kurze Einwürfe anderer Personen wie „genau“, „ja“, „nein“).
6. Zur Erhöhung der Lesbarkeit wurde zwischen Sprechbeiträgen eine Leerzeile eingefügt.
7. Absätze der interviewenden Person(en) wurden durch „I:“, die der befragten Patienten durch das Kürzel „P:“ und die der Mitarbeiter mit „M:“ eingeleitet.
8. Die Sprache wurde leicht geglättet (an das Schriftdeutsch angenähert); zum Beispiel wurde aus „so ‘n“ „so ein“.
9. Geglättet wurde die Interpunktion zugunsten der Lesbarkeit (das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wurde eher ein Punkt als ein Komma gesetzt).
10. Deutlich längere Pausen wurden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte „(...)“ markiert.
11. Von den Befragten genannte Namen, Stationen oder andere Äußerungen, die Rückschlüsse auf die befragte Person oder auf Dritte zuließen, wurden durch in Anführungszeichen gesetzte Auslassungspunkte „...“ markiert.
12. Zusätzlich gestellte, über den Leitfaden hinausgehende Fragen wurden kursiv gesetzt; zum Beispiel: *Warum haben Sie sich genau so verhalten?*
13. Besonders betonte Begriffe wurden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
14. Sehr lautes Sprechen wurde durch das Schreiben in GROSSSCHRIFT kenntlichgemacht.
15. Zustimmung, bestätigende Lautäußerungen („mhm“, „aha“, usw.) wurden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der sprechenden Person nicht unterbrachen oder selbst die direkte Antwort auf eine Frage darstellten.
16. Fülllaute wie „ähm“ wurden nur transkribiert, wenn ihnen eine inhaltliche Bedeutung zugemessen wurde.
17. Störungen von außen wurden unter Angabe der Ursache in Doppelklammern notiert „((Telefon klingelt))“.

Anhang I (fortgesetzt)

18. Lautäußerungen wurden in einfachen Klammern notiert, zum Beispiel „(lacht)“, „(stöhnt)“.
19. Unverständliche Wörter und Passagen wurden durch „(unv.)“ kenntlich gemacht.
20. Wörter und Passagen, bei denen der Wortlaut nur vermutet wurde, wurden eingeklammert und am Ende mit einem Fragezeichen versehen, z. B. „(?)“.
21. Zeitmarken wurden am Beginn jedes Sprechbeitrags eingefügt.
22. Zahlen von null bis zwölf wurden im Fließtext als Wörter, größere Zahlen in Ziffern dargestellt.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere eidesstattlich durch eigenhändige Unterschrift, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht und ist in gleicher oder ähnlicher Weise noch nicht als Studienleistung zur Anerkennung oder Bewertung vorgelegt worden. Ich weiß, dass bei Abgabe einer falschen Versicherung die Prüfung als nicht bestanden zu gelten hat.

Stefanie Lutz

Rostock, den 28.08.2024

Zusammenfassung

Die forensische Psychiatrie – als eigenständiges medizinisches Fachgebiet – ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, bei dem die Begutachtung und Behandlung psychisch kranker Straftäter im Mittelpunkt stehen. Neben der Durchführung der freiheitsentziehenden Maßregeln nach den §§ 63 und 64 StGB zählen der Schutz der Allgemeinheit vor weiteren Straftaten (*Sicherung*) sowie die Befähigung der Straftäter, „künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“ (§ 2 Strafvollzugsgesetz; *Besserung und Resozialisierung*), zu den zentralen Aufgaben dieses Fachbereichs. Während der Unterbringung eines Patienten kann es vorkommen, dass zur Verhinderung einer akuten Gefährdung der Patienten und Mitarbeiter der Zimmereinschluss oder Zimmerverweis gegen den Willen des Patienten vollzogen wird. Als kritisch zu betrachten gilt allerdings, dass in zahlreichen weltweit durchgeführten Studien iatrogene negative Auswirkungen verschiedener Zwangsmaßnahmen unter anderem auf die betroffenen Patienten aufgezeigt wurden, was nicht zuletzt aufgrund ethischer Aspekte die Bemühungen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen forcierte. Bislang lagen weder im deutschen Sprachraum, noch international empirische Studien zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis vor, in denen auf qualitativer Ebene die Wahrnehmungen und das Erleben von forensischen Patienten und Mitarbeitern, sprich, deren Erfahrungen im Zusammenhang mit der Anwendung dieser Maßnahmen untersucht wurden. Aus welchen Gründen sollten also – wenn überhaupt – diese Maßnahmen eingesetzt werden, und ist das tatsächlich der Fall? Das heißt: Wie kommen die Entscheidungen zum Zimmereinschluss und Zimmerverweis zustande? Was sind demnach die Gründe, die in der Praxis zum Einsatz dieser Maßnahmen führen? Was sind Ziel und Zweck dieser Interventionen? Wie viel Zeit verbringen die Patienten im Zimmereinschluss und Zimmerverweis und wie erleben und bewerten Patienten und Mitarbeiter im Maßregelvollzug diese Maßnahmen? Die Beantwortung dieser offenkundig wichtigen Fragen war das Ziel dieser explorativen Studie (mit qualitativem Forschungsdesign). Von Mai 2020 bis Mai 2021 nahmen insgesamt 18 Patienten und 27 Mitarbeiter einer deutschen Klinik für Forensische Psychiatrie teil. Die mit halbstandardisierten episodischen Interviews (mit semistrukturiertem Leitfaden) erhobenen Daten wurden anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Für die Patienten konnten drei Haupt- und acht Subkategorien, für die Mitarbeiter drei Haupt- und 10 Subkategorien extrahiert werden. Sowohl der Zimmereinschluss als auch der Zimmerverweis wurden stets als letztes verfügbares Mittel angewandt, sofern anderweitige Maßnahmen zur Situationsbewältigung nicht ausreichten. Deren Anwendung diente immer einem konkreten Ziel. Insgesamt rangierten die Erfahrungen der Patienten und Mitarbeiter mit dem Zimmereinschluss und Zimmerverweis zwischen positiven und negativen Erlebnissen,

wobei sich bei den Patienten eine Prädominanz negativer Erfahrungen zeigte. Das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Patienten für die Anwendung der jeweiligen Maßnahme war von entscheidender Bedeutung für deren Wahrnehmungen und Bewertungen. Bezüglich beider Interventionen wurde bilanziert, dass ihre schädlichen Auswirkungen die positiven überwiegen würden. Dennoch wurden sie von den Patienten und Mitarbeitern als oft alternativloses und letztes therapeutisches Mittel beurteilt. Die im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen berichteten Bewertungen, Auswirkungen und gewünschten Veränderungen waren zwischen Patienten und Mitarbeitern zumeist kongruent. Grenzen der Untersuchung sowie Implikationen für die Forschung und Praxis werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Forensische Psychiatrie, Zwang, Zimmereinschluss, Zimmerverweis, Erfahrungen, qualitativ