

Verhinderung von Zwang und Förderung von Partizipation  
in der Psychiatrie durch Behandlungsvereinbarungen:  
Ergebnisse einer multizentrischen, randomisierten kontrollierten  
Studie und einer Sekundärdatenanalyse

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.)  
für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von: Jacqueline Rixe

Betreuer: PD Dr. Michael Schulz

Gutachter: Prof. Dr. Tilman Steinert, Ulm  
Prof. Dr. Frank Weidner, Koblenz

Datum der Verteidigung: 06.03.2025

## Referat

**Zielsetzung:** Behandlungsvereinbarungen (BVen) werden bei international inkonsistenter Studienlage und mangelnden Ergebnissen aus Deutschland in der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang empfohlen. Mit der vorliegenden Dissertation wurde das Ziel verfolgt, Ergebnisse für Deutschland zu erzielen und zu untersuchen, inwiefern BVen in der Psychiatrie zur Reduktion von Zwang und Förderung von Partizipation beitragen.

**Methoden:** Anhand einer durch das Land NRW geförderten multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie wurde überprüft, inwiefern BVen den deutlich weniger aufwändigen Krisenpässen in Bezug auf die Behandlungsdauer und auf Zwangsmaßnahmen überlegen sind. Ein im Rahmen der Studie entwickelter Fragebogen lieferte Ergebnisse zur subjektiven Einschätzung der durchgeführten Maßnahme durch die Teilnehmer\*innen, z.B. im Hinblick auf die aktive Mitgestaltung der Behandlung. Gruppenvergleiche erfolgten anhand von Mittelwertdifferenzen, Konfidenzintervallen und non-parametrischen Signifikanztests. Die BVen der ADiP-Studie wurden frequenzanalytisch ausgewertet und Interventionen in Krisensituationen identifiziert und quantifiziert, anschließend geschlechtsspezifische Unterschiede mithilfe non-parametrischer Tests überprüft.

**Ergebnisse:** 266 Personen wurden in die ADiP-Studie eingeschlossen, 137 der Interventions- und 129 der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Gruppen waren strukturgleich. Im Gruppenvergleich lagen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Behandlungsdauer (freiwillig / per Unterbringungsbeschluss) vor. Im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen zeichneten sich zwar Tendenzen zugunsten der BV ab, aber keine bedeutsamen Unterschiede. Signifikante Unterschiede zugunsten der BV zeigten sich bei der aktiven Mitgestaltung der Behandlung ( $p = 0,002$ ) und dem Zugewinn an Vertrauen ins Behandlungsteam ( $p = 0,002$ ). Aus der frequenzanalytischen Auswertung der BVen ging hervor, dass dem Wunsch nach Ruhe/Rückzug in sich zuspitzenden Krisensituationen eine wichtige Bedeutung beizumessen ist. Hinsichtlich des Geschlechts zeigte sich ein signifikanter Unterschied: Ausschließlich Patienten gaben Medikation als Intervention an ( $p = 0,020$ ).

**Folgerungen:** Die erzielten Ergebnisse lassen keine eindeutige Aussage darüber zu, dass BVen eine Reduktion von Zwang bewirken. Es lässt sich jedoch ableiten, dass BVen für Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit bieten, zukünftige stationäre Behandlungen in der Psychiatrie aktiver mitzugestalten. Vor dem Hintergrund von Selbstbestimmung und Partizipation ist ihr Einsatz somit indiziert. Weiterführend sollte u.a. untersucht werden, inwiefern die Patient\*innen von BVen profitieren können.

Rixe, Jacqueline: Verhinderung von Zwang und Förderung von Partizipation in der Psychiatrie durch Behandlungsvereinbarungen: Ergebnisse einer multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie und einer Sekundärdatenanalyse. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 78 Seiten, 2024.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Selbstbestimmung und Partizipation in der Psychiatrie.....	1
1.2 Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie.....	2
1.2.1 Definition, Prävalenz und Prädiktion von Aggression und Gewalt.....	3
1.2.2 Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Patient*innen.....	4
1.2.3 Auswirkungen von Aggression, Gewalt und Zwang auf Mitarbeiter*innen.....	5
1.2.4 Empfehlungen zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen.....	6
1.3 Verhinderung von Zwang durch Behandlungsvereinbarungen.....	7
1.3.1 Inhalte und rechtliche Rahmung von Behandlungsvereinbarungen.....	7
1.3.2 Vorgaben für die gemeinsame Erstellung von Behandlungsvereinbarungen....	8
1.3.3 Entstehung, Zielsetzung und Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen....	8
1.3.4 Aktueller Forschungsstand und Forschungsdesiderate.....	9
<b>2. Zielstellung</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Material und Methoden</b> .....	<b>11</b>
3.1 Die ADiP-Studie – eine Multicenter-RCT.....	11
3.1.1 Ethische und wissenschaftliche Anforderungen.....	11
3.1.2 Standardisierung und Schulung der Interventionen.....	11
3.1.3 Endpunkte und Stichprobenberechnung.....	12
3.1.4 Randomisierung und Verblindung.....	12
3.1.5 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme.....	13
3.1.6 Rekrutierung und Einwilligung.....	13
3.1.7 Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte.....	14
3.1.8 Datenverwaltung und Datenaufbereitung.....	16
3.1.9 Datenanalyse.....	17
3.1.10 Strategien gegen methodische Verzerrungspotentiale in der ADiP-Studie...	18
3.1.11 Beteiligung an der Konzeption und Durchführung der ADiP-Studie.....	18
3.2 Sekundärdatenanalyse – Inhalte der Behandlungsvereinbarungen.....	19
3.2.1 Datenmaterial.....	19
3.2.2 Datenanalyse.....	19
3.2.3 Strategien gegen methodische Verzerrungspotentiale.....	20
3.2.4 Beteiligung an der Konzeption und Durchführung der Sekundärdatenanalyse	20
3.3 Weitere Sekundärdatenanalysen.....	20
<b>4. Ergebnisse</b> .....	<b>21</b>
4.1 Ergebnisse der ADiP-Studie.....	21
4.1.1 Stichprobencharakteristik.....	22
4.1.2 Auswirkungen auf die Behandlungsdauer per Unterbringungsbeschluss.....	25
4.1.3 Auswirkungen auf Zwangsmaßnahmen.....	27
4.1.4 Auswirkungen auf Partizipation und Vertrauen ins Behandlungsteam.....	28
4.2 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse.....	29
4.2.1 Stichprobencharakteristik.....	29
4.2.2 Interventionen in sich zuspitzenden Krisensituationen.....	29
4.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Interventionen.....	30

<b>5. Diskussion.....</b>	<b>31</b>
5.1 Diskussion der ADiP-Studie.....	31
5.1.1 Kumulative Behandlungsdauer per Unterbringungsbeschluss .....	31
5.1.2 Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen .....	35
5.1.3 Partizipation und Vertrauen ins Behandlungsteam .....	40
5.1.4 Stärken und Limitationen der ADiP-Studie.....	43
5.2 Diskussion der Sekundärdatenanalyse .....	46
5.2.1 Vereinbarte Interventionen in sich zuspitzenden Krisensituationen.....	46
5.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den vereinbarten Interventionen ...	47
5.2.3 Stärken und Limitationen der Sekundärdatenanalyse.....	47
5.3 Implikationen für die Forschung und Forschungsdesiderate .....	48
5.3.1 Kritische Überprüfung des bisherigen Forschungsstandes .....	48
5.3.2 Durchführung weiterer RCTs zur Schließung von Forschungslücken .....	48
5.3.3 Durchführung von Inhaltsanalysen zur Schließung von Forschungslücken ....	49
5.3.4 Durchführung qualitativer Studien zur Schließung von Forschungslücken .....	49
5.3.5 Überwindung von Hindernissen beim Vergleich von Forschungsergebnissen	50
5.4 Implikationen für die psychiatrische Praxis und Praxisbedarfe.....	51
5.4.1 Überprüfung des Zeitpunkts zur Erstellung von Behandlungsvereinbarungen	51
5.4.2 Festlegung von Zuständigkeiten bei Behandlungsvereinbarungen .....	52
5.4.3 Klärung von Indikationen für Behandlungsvereinbarungen .....	53
5.4.4 Vermeidung von Zwang und Förderung von Partizipation.....	54
5.5 Der Beitrag psychiatrisch Pflegender bei den Implikationen .....	55
5.5.1 Beiträge in der Forschung in Bezug auf Behandlungsvereinbarungen.....	55
5.5.2 Beiträge in der Praxis in Bezug auf Behandlungsvereinbarungen.....	56
5.5.3 Beiträge zur Vermeidung von Zwang und zur Förderung von Partizipation ....	57
5.6 Die Bedeutung der Implikationen für die psychiatrische Pflege .....	59
5.7 Schlussfolgerung und Ausblick.....	60
<b>6. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>62</b>
<b>7. Thesen.....</b>	<b>78</b>

## **Danksagung**

## **Anhang**

Anhang A: Behandlungsvereinbarung

Anhang B: Krisenpass

## **Erklärung über frühere Promotionsversuche und Selbständigkeitserklärung**

## Verzeichnis über Abkürzungen und Symbole

Abb.	<u>Ab</u> bildung
Abs.	<u>A</u> bsatz (in Gesetzestexten)
ADiP	<u>A</u> dvance <u>D</u> irectives in <u>P</u> sychiatry
BGB	<u>B</u> ürgerliches <u>G</u> esetz <u>b</u> uch
BVC	<u>B</u> røset <u>V</u> iolence <u>C</u> hecklist
BV(en)	<u>B</u> ehandlungs <u>v</u> ereinbarung(en)
BVerfG	<u>B</u> undes <u>v</u> erfassungsgericht
CC	<u>C</u> risis <u>C</u> ard (englischer Begriff für Krisenpass)
CI	Konfidenzintervall ( <u>C</u> onfidence <u>I</u> nterval)
COMRADE	<u>C</u> ombined <u>O</u> utcome <u>M</u> easure for <u>R</u> isk Communication and Treatment <u>D</u> ecision Making <u>E</u> ffectiveness
COVID-19	<u>C</u> oronavirus <u>D</u> isease 2019
CRIMSON	<u>C</u> risis plan <u>I</u> mpact: <u>S</u> ubjective and <u>O</u> bjective coercion and <u>E</u> ngagement
CTQ	<u>C</u> hildhood <u>T</u> rauma <u>Q</u> uestionnaire
DAI	<u>D</u> rug <u>A</u> ttitude <u>I</u> nventory
DFPP	<u>D</u> eutsche <u>F</u> achgesellschaft <u>P</u> sychiatrische <u>P</u> flege
DGPPN	<u>D</u> eutsche <u>G</u> esellschaft für <u>P</u> sychiatrie, <u>P</u> sychotherapie, Psychosomatik und <u>N</u> ervenheilkunde
DRKS	<u>D</u> eutsches <u>R</u> egister <u>K</u> linischer <u>S</u> tudien
ebd.	<u>e</u> b <u>en</u> da (Verweis auf die unmittelbar vorhergehende Literaturangabe)
EBN	Evidence-basierte Pflegepraxis ( <u>E</u> vidence- <u>b</u> ased <u>N</u> ursing)
et al.	und andere ( <u>e</u> t <u>a</u> lii)
E-	<u>E</u> lektronisch bzw. nur online in elektronischer Form hinterlegt (z.B. Grafik)
Ev.	<u>E</u> vangelisches
EvKB	<u>E</u> v. <u>K</u> linikum <u>B</u> ethel
FFP-2	Atenschutzmaske ( <u>F</u> iltering <u>F</u> ace <u>P</u> iece) der Schutzklasse <u>2</u>
ICN	<u>I</u> nternational <u>C</u> ouncil of <u>N</u> urses
ICTRP	<u>I</u> nternational <u>C</u> linical <u>T</u> rials <u>R</u> egistry <u>P</u> latform
ID	<u>I</u> dentifikation(snummer)
IPC	<u>I</u> nternal control, <u>P</u> owerful others, <u>C</u> hance
IQR	Interquartilsabstand ( <u>I</u> nterquartil <u>R</u> ange)
ITT	<u>I</u> ntention to <u>T</u> reat
JCP(s)	<u>J</u> oint <u>C</u> risis <u>P</u> lan(s) (englischer Begriff für Behandlungsvereinbarung(en))
Kap.	<u>K</u> apitel
KP(e)	<u>K</u> risenpass bzw. <u>K</u> risenpässe
LVR	<u>L</u> andschaftsverband <u>R</u> heinland
LWL	<u>L</u> andschaftsverband <u>W</u> estfalen <u>L</u> ippe
M	Arithmetisches <u>M</u> ittel
MAXQDA	<u>M</u> aximize <u>Q</u> ualitative <u>D</u> ata <u>A</u> nalysis (Software für qualitative Analysen)
MCAR	<u>M</u> issing <u>C</u> ompletely <u>A</u> t <u>R</u> andom
Mdn	<u>M</u> edian

MINI	<u>M</u> ini <u>I</u> nternational <u>N</u> europsychiatric <u>I</u> nterview
MNAR	<u>M</u> issing <u>N</u> ot <u>A</u> t <u>R</u> andom
<i>N</i>	Population(sgröße)
<i>n</i>	Stichprobe(nggröße), Größe einer Teilstichprobe
NANDA-I	<u>N</u> orth <u>A</u> merican <u>N</u> ursing <u>D</u> iagnosis <u>A</u> ssociation - <u>I</u> nternational
NRW	<u>N</u> ord <u>r</u> hein- <u>W</u> estfalen
PANSS	<u>P</u> ositive and <u>N</u> egative <u>S</u> yndrom <u>S</u> cale
PfIBG	<u>P</u> flege <u>b</u> erufegesetz
POP	<u>P</u> raxis- <u>O</u> rientierte <u>P</u> flegediagnostik
PP	<u>P</u> er <u>P</u> rotocol
PreVCo	Implementation of the German Clinical Practice Guideline on <u>P</u> revention of <u>V</u> iolence and <u>C</u> oercion
PSP	<u>P</u> ersonal and <u>S</u> ocial <u>P</u> erformance
PsychKG	<u>P</u> sychisch- <u>K</u> ranken- <u>G</u> esetz (z.B. in Nordrhein-Westfalen)
PsychKHG	<u>P</u> sychisch- <u>K</u> ranken- <u>H</u> ilfe- <u>G</u> esetz (z.B. in Baden-Württemberg)
PTBS	<u>P</u> osttraumatische <u>B</u> elastungs <u>s</u> törung
<i>p</i> -Wert	Signifikanzwert (probability)
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie ( <u>R</u> andomised <u>C</u> ontrolled <u>T</u> rial)
<i>R</i>	Spannweite ( <u>R</u> ange)
RR	Risiko-Verhältnis ( <u>R</u> isk <u>R</u> atio)
S3-LL	<u>L</u> eitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (höchste Stufe)
SAI	<u>S</u> chedules of <u>A</u> ssessment of <u>I</u> nsight
SCL	<u>S</u> ymptom <u>C</u> heckliste
SD	Standardabweichung ( <u>S</u> tandard <u>D</u> eviation)
SDM	<u>S</u> hared <u>D</u> ecision <u>M</u> aking
SKID	<u>S</u> trukturiertes <u>K</u> linisches <u>I</u> nterview für <u>D</u> SM-IV
SOAS-R	<u>S</u> taff <u>O</u> bservation <u>A</u> ggression <u>S</u> cale (revised)
SPSS	<u>S</u> tatistical <u>P</u> ackage for the <u>S</u> ocial <u>S</u> ciences (Statistiksoftware)
T <sub>0</sub>	Erster Messzeitpunkt/Baseline ( <u>t</u> ime)
T <sub>1</sub>	Zweiter Messzeitpunkt ( <u>t</u> ime)
Tab.	<u>T</u> abelle
TAU	Standardbehandlung ( <u>T</u> reatment <u>A</u> s <u>U</u> sual)
UN-BRK	<u>B</u> ehinderten <u>r</u> echts <u>k</u> onvention der Vereinten Nationen ( <u>U</u> nited <u>N</u> ations)
V	Cramér's <u>V</u> (Effektstärkemaß)
VK	<u>V</u> oll <u>k</u> raftstelle
WHO	Weltgesundheitsorganisation ( <u>W</u> orld <u>H</u> ealth <u>O</u> rganisation)
WHODAS	<u>W</u> orld <u>H</u> ealth <u>O</u> rganisation <u>D</u> isability <u>A</u> ssessment <u>S</u> chedule
WMA	Weltärztebund ( <u>W</u> orld <u>M</u> edical <u>A</u> ssociation)
$\chi^2$	Chi-Quadrat-Test
Z	Z-Wert (Standardwert)
ZIPHER	<u>Z</u> wangsmaßnahmen <u>I</u> m <u>P</u> sychiatrischen <u>H</u> ilfesystem: <u>E</u> rfassung und <u>R</u> eduktion

# 1. Einleitung

Selbstbestimmung, Partizipation und Zwangsmaßnahmen sind zentrale Themen in der Psychiatrie, da sie das ethische Spannungsfeld zwischen individueller Autonomie und professioneller Fürsorge widerspiegeln (Gather & Scholten, 2022). Während Selbst- und Mitbestimmung im psychiatrischen Kontext ermöglichen, die Patient\*innen in Entscheidungen mit einzubeziehen und ihre Bedürfnisse und Präferenzen zu berücksichtigen, schränken Zwangsmaßnahmen die Freiheit und somit die Grundrechte der Patient\*innen ein. In diesem ethischen Spannungsfeld bewegen sich psychiatrisch Pflegenden mit einem Doppelmandat zwischen der Förderung von Wohlbefinden und der Durchführung von Sicherheits- und Zwangsmaßnahmen (Mayer & Witzmann, 2020).

## 1.1 Selbstbestimmung und Partizipation in der Psychiatrie

Die Haltung gegenüber Selbstbestimmung und Partizipation in der Psychiatrie hat sich im Laufe der Geschichte stark gewandelt. Während Menschen mit psychischen Erkrankungen in früheren Zeiten oft entrechtet und unter restriktiven Bedingungen behandelt wurden – die Entrechtung fand ihren Höhepunkt in der Nazizeit (Bock & Kluge, 2019, S. 33) – zeichnete sich durch die Antipsychiatriebewegung und die Entwicklung demokratischer Gesellschaftssysteme ab Mitte des 20. Jahrhunderts ein Wandel in der Psychiatrie ab (ebd.). Dieser Wandel wurde 1986 von der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) unterstrichen. Diese bewirkte einen Paradigmenwechsel im Kontext der Gesundheitsversorgung, indem sie Selbstbestimmung und aktive Teilhabe als zentrale Elemente zur Förderung von Gesundheit formulierte und forderte.

Dieser Ansatz wurde durch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, United Nations, 2006) untermauert, indem z.B. explizit gefordert wurde, dass Menschen mit Behinderungen – einschließlich psychischer Erkrankungen – gleichberechtigt an allen Entscheidungen über ihr Leben und ihre Behandlung beteiligt werden. Die UN-BRK kritisiert Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und fordert stattdessen die Stärkung der Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Betroffenen. Durch die UN-BRK wurden „hierarchische und autoritäre Einrichtungen grundsätzlich obsolet“ (Bock & Kluge, 2019, S. 34).

Diese Entwicklungen spiegeln ein wachsendes Bewusstsein für die Bedeutung der Menschenwürde und Menschenrechte der Patient\*innen im psychiatrischen Kontext wider und prägen die moderne Psychiatrie, in der die Autonomie und Selbstbestimmung der Patient\*innen gewahrt und die Präferenzen der Patient\*innen berücksichtigt werden sollen. Laut Weinmann (2019, S. 181) gehört es „zu den größten ethischen und praktischen Dilemmata der Psychiatrie, dass sie Zwangsmaßnahmen durchführen darf und muss.“

## 1.2 Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie

Der Deutsche Ethikrat (2018, S. 99) unterscheidet in Zwangsmaßnahmen bzw. freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen, zu denen neben Fixierungen und Isolierungen auch Zwangsunterbringungen gehören, und Zwangsbehandlungen (z.B. Zwangsmedikationen). Da sie einen Eingriff in die Grundrechte darstellen, dürfen sie nur angewendet werden, wenn sie durch Gesetze (z.B. PsychK(H)G, BGB) und eine richterliche Entscheidung legitimiert sind. Zwangsmaßnahmen und -behandlungen werden nicht in allen deutschen psychiatrischen Kliniken systematisch erfasst (ebd., S. 110f.). Dies erschwert den intranationalen Vergleich, aber auch international ist ein Vergleich schwer möglich, weil unterschiedliche Länder unterschiedliche Definitionen von Zwangsmaßnahmen haben und auch unterschiedliche Praktiken anwenden (Savage et al., 2024).

Laut Savage et al. (ebd.) wurde 2010 in Deutschland durch T. Steinert und Kolleg\*innen der erste Versuch unternommen, Daten zu Fixierungen und Isolierungen aus verschiedenen Ländern miteinander zu vergleichen. Steinert et al. (2010) zeigten in diesem Ländervergleich, dass die Art, die Häufigkeit und die Dauer der angewendeten Zwangsmaßnahmen stark variieren. Während z.B. in den Niederlanden die Dauer für Isolierungen im Mittel bei 294 Stunden und für Fixierungen im Mittel bei 1182 Stunden lagen, gab es im UK aufgrund der rechtlichen Vorgaben nur selten Isolierungen, während mechanische Fixierungen aufgrund der Rechtslage nicht möglich sind. Stattdessen werden Patient\*innen festgehalten (im Mittel unter 30 Minuten). Aus Deutschland ging eine Studie in die Auswertung ein (Steinert et al., 2007), in der die Prävalenz von Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikationen) im Mittel bei 9,5 % der Behandlungsfälle und die Dauer der Zwangsmaßnahmen im Mittel bei 9,7 Stunden lagen.

Für Baden-Württemberg konnten Steinert, Hirsch, Goebel, Snellgrove und Flammer (2020) mithilfe des deutschlandweit einzigen Zwangsmaßnahmenregisters für die Zeitspanne von 2004 bis 2019 eine signifikante Reduktion der Häufigkeit und der Dauer von Zwangsmaßnahmen bei Patient\*innen mit organischen Störungen im gerontopsychiatrischen Kontext aufzeigen. Bei Menschen mit anderen Störungen reduzierte sich die Prävalenz von 2004 bis 2019 nicht signifikant von 7,0 % auf 5,4 %, die Dauer der Zwangsmaßnahmen stieg von 32,0 auf 43,5 Stunden. Auch der Anstieg war nicht signifikant.

Die Ergebnisse zeigen, dass intra- und international in Bezug auf die Art, die Häufigkeit und die Dauer von Zwangsmaßnahmen große Unterschiede bestehen. Diese lassen sich – wie aus einer Ringvorlesung der Hamburger Universität (Psychiatrie Verlag, 2023) hervorgeht – z.B. über den Versorgungsauftrag erklären und sind dem Fachexperten Prof. Dr. T. Steinert zufolge (ebd., Minute 8:55ff.) auf zwei Prädiktoren zurückzuführen: den Anteil unfreiwilliger Patient\*innen und die Häufigkeit aggressiver Übergriffe.

### **1.2.1 Definition, Prävalenz und Prädiktion von Aggression und Gewalt**

Bei aggressivem Verhalten handelt es sich laut Oud, Nau und Walter (2019, S. 42) um ein Verhalten, das auf Schadenserzeugung abzielt, bei gewalttätigem Verhalten um eine ausgeprägte Form aggressiven Verhaltens. Da laut Oud et al. (ebd.) der Übergang von Aggression zu Gewalt nicht nur fließend ist, sondern die Entscheidung, ob es sich um Aggression oder Gewalt handelt, bei den betroffenen Personen liegt, gehen im weiteren Verlauf dieser Arbeit Erkenntnisse zu beiden Phänomenen ein. Auch die Datengrundlage zur Prävalenz von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Kliniken ist im inter- und intranationalen Vergleich heterogen, da die Daten „stark von den gewählten Definitionen, Erhebungsmethoden und Einschlusskriterien“ (Dinkel, 2019, S. 284) abhängen. So variiert laut einem systematischen Literaturreview (Weltens et al., 2021), in dem 145 Studien eingegangen sind, die Prävalenz von Aggression bei einer Spannweite von 7,5 % und 75,9 % mit einem gewichteten Mittel von 54,0 % stark. Diese Spannweite erklären Weltens et al. mit ihrer dem Review zugrundeliegenden Definition, die sehr breit war und sowohl Aggression und Gewalt als auch Erregung umfasste. Aus dem Review geht zudem hervor, dass nur ein kleiner Anteil der Patient\*innen (0,5–33,0 %) für den größten Teil aggressiver Ereignisse (42,0–66,0 %) verantwortlich ist, dass die meisten Ereignisse in den ersten drei Tagen nach Aufnahme stattfinden und dass viele Pflegefachpersonen (25,0–80,0 %) Aggression erleben. Trotz der Varianz der Prävalenzdaten unterstreichen Weltens et al. (ebd.) die Relevanz des Themas und empfehlen, frühzeitig zu intervenieren und das Personal im Umgang mit aggressivem Verhalten zu unterstützen.

Laut systematischem Review und Meta-Analyse von Iozzino, Ferrari, Large, Nielsen und De Girolamo (2015) liegt die Prävalenzrate aggressiver Ereignisse im Mittel bei 17 %. In die Analyse gingen Studien aus 35 einkommensstarken Ländern ein, davon eine aus Deutschland (Ketelsen, Zechert, Driessen & Schulz, 2007), in der bei 7,7 % der behandelten Patient\*innen aggressive Ereignisse berichtet wurden. Die Meta-Analyse von Iozzino et al. (2015) zeigte neben dem männlichen Geschlecht, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie auch einen Zusammenhang zwischen unfreiwilligen Behandlungen und aggressiven Ereignissen. In der Meta-Analyse wurde die „history of violence“ (ebd., S. 13) als Prädiktor für aggressive Ereignisse identifiziert. Auch Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart und Bowers (2013) zeigten in ihrer Meta-Analyse u.a. bei Schizophrenie, unfreiwilligen Behandlungen und einer „history of violence“ (ebd., S. 262) einen signifikanten Zusammenhang mit aggressiven Vorfällen. Die Diagnose Schizophrenie als Risikofaktor bestätigte sich ebenfalls in einer Meta-Analyse von Li et al. (2020). Das Risiko für aggressive Übergriffe wird aber maßgeblich auch durch andere Faktoren beeinflusst, wie z.B. die Begebenheiten auf der Station und das Personal (Weltens et al., 2021).

### 1.2.2 Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf Patient\*innen

Wie eine Studie von Silva, Bachelard, Bonsack, Golay und Morandi (2023) zeigt, erleben Patient\*innen – unabhängig davon, ob sie freiwillig oder unfreiwillig behandelt werden – eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie als Kontrollverlust und fühlen sich teilweise von äußerer Autorität bedrängt. Laut Frueh et al. (2005) gehen stationäre psychiatrische Behandlungen darüber hinaus mit erhöhten Traumaraten und potentiell schädigenden Ereignissen einher. Valenti, Giacco, Katasakou und Priebe (2014) zufolge berichten unfreiwillig behandelte Patient\*innen von Freiheitseinschränkungen, Grundrechtsverletzungen und mangelndem Einbezug bei Entscheidungsprozessen in der Behandlung.

Die Auswirkungen von Fixierungen und Isolierungen können erheblich sein. Wie ein systematischer Review von Chieze, Hurst, Kaiser und Sentissi (2019) für den Kontext der Erwachsenenpsychiatrie zeigt, gehen Fixierungen und Isolierungen bei den betroffenen Patient\*innen mit schädlichen physischen und psychischen Konsequenzen, (Re-)Traumatisierung, einer längeren Behandlungsdauer, Halluzinationen und negativen Gefühlen, v.a. Bestrafung und Stress, einher. Die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) lag bei 25–47 %, betroffen waren v.a. Patient\*innen mit früheren traumatischen Erfahrungen. Chieze et al. (2019) leiteten aus den einbezogenen Studien (z.B. Guzmán-Parra et al., 2018; Steinert, Birk, Flammer & Bergk, 2013) ab, dass Isolierungen als nicht-invasive Methode von den Patient\*innen besser akzeptiert werden als Zwangsmedikationen und Fixierungen, die am wenigsten geduldet sind. Aus Ergebnissen einer aktuelleren Studie von Baggio, Kaiser und Wullschleger (2024) geht jedoch hervor, dass auch Isolierungen negative Effekte auf den psychischen Gesundheitszustand und keine positiven therapeutischen Effekte haben. Fugger et al. (2016) befragten unfreiwillig behandelte Patient\*innen während und zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach einer Fixierung und stellten bei 25 % der Personen nach Fixierung eine PTBS fest. Ein Großteil der Personen hatte die Maßnahme entweder vergessen oder akzeptiert. In einer qualitativen Studie von Frajo-Apor, Stippler und Meise (2011) erinnerten sich die Patient\*innen an die Fixierung und empfanden diese „überwiegend als belastend bzw. traumatisierend“ (ebd., S. 293), erlebten sie als erniedrigend, unmenschlich, willkürlich oder auch als „Disziplinierungsmaßnahme“ (ebd., S. 298). Diese Gefühle beeinträchtigen nicht nur die Patient\*innen selbst, sondern auch das Vertrauensverhältnis zum Behandlungsteam.

Zwangsmaßnahmen wirken sich aber nicht nur auf den psychischen Gesundheitszustand der Patient\*innen aus, sondern auch auf den körperlichen. Aus einem Review von Kersting, Hirsch und Steinert (2019) geht hervor, dass Zwangsmaßnahmen z.B. Verletzungen und Thrombosen verursachen können und als gravierendste Komplikation sogar der Tod eintreten kann (z.B. als Folge von Herz-Lungen-Stillstand, Lungenembolie).

### **1.2.3 Auswirkungen von Aggression, Gewalt und Zwang auf Mitarbeiter\*innen**

Aggression ist ein „major issue among psychiatric inpatient units, with both nurses and fellow patients being victimized“ (Weltens et al., 2021, S. 24). Zu einem wichtigen Thema in der Psychiatrie wird Aggression aber nicht nur aufgrund der Vorkommnisse selbst, sondern auch wegen der negativen Auswirkungen auf die betroffenen Mitpatient\*innen (z.B. Angst/Verunsicherung, Retraumatisierung, Traumafolgestörungen und körperliche Schäden) und die betroffenen Pflegenden und Mitarbeiter\*innen anderer Berufsgruppen. In der fachlichen Auseinandersetzung mit aggressiven Übergriffen auf Mitarbeiter\*innen standen laut Richer (2007) anfangs zunächst die Dokumentation der Übergriffe und die körperlichen Folgen im Fokus, psychische Folgen stellten damals noch ein „nahezu vollkommen vernachlässigtes Themengebiet“ (ebd., S. 9) dar. Eine der ersten Studien mit diesem Fokus (Richter & Berger, 2006) zeigte, dass innerhalb von sechs Monaten nach einem gewalttätigem Vorfall neben körperlichen Folgen auch 17 % der befragten Mitarbeiter\*innen eine PTBS aufwiesen, nach weiteren sechs Monaten bestand eine PTBS noch bei 11 %. D’Ettore und Pellicani (2017) identifizierten als Folge von Übergriffen Angst, Depression und Vermeidungsverhalten, Richter und Berger (2009) beschrieben negative Auswirkungen auf den Arbeitsplatz – wie z.B. eine Verschlechterung der Beziehung zu Patient\*innen und Unsicherheit am Arbeitsplatz. Daher forderten Richter und Berger (2006; 2009) nach Übergriffen eine PTBS-Prävention bei Mitarbeiter\*innen, um das Risiko für Traumafolgestörungen (PTBS) zu senken.

Aggression und Gewalt in der Psychiatrie richtet sich – wie eine europaweite Online-Befragung von Pereira-Sanchez et al. (2022) zeigt – auch gegen dort eingesetzte Auszubildende. 83,6 % der an der Befragung beteiligten Auszubildenden waren mindestens einmal Opfer von verbalen, körperlichen und/oder sexuellen Übergriffen. Von diesen meldeten den Übergriff lediglich 29,9 %. 80,3 % der befragten Auszubildenden, die einen Übergriff erlebten, berichteten körperliche und/oder psychische Auswirkungen.

Aggressive Ereignisse stellen einen Prädiktor für Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen dar (s. Kap. 1.2). Laut Sauter und Needham (2023) erleben Pflegefachpersonen „die Durchführung von Zwangsmaßnahmen mit sehr gemischten Gefühlen“ (ebd., S. 652). Oft tragen sie zur Erhöhung der Sicherheit auf der Station bei, werden aber auch als ethisch problematisch und subjektiv belastend empfunden. Laut Vandamme et al. (2021) befürworten Pflegenden Zwangsmaßnahmen jedoch mehr als Psychiater\*innen.

Björkdahl, Palmstierna und Hansebro (2010) fanden heraus, dass Pflegenden auf akutenpsychiatrischen Stationen zwei unterschiedliche Ansätze verfolgen: einen beziehungs-fokussierten und einen ordnungsfokussierten Ansatz. Dieser kann auf Patient\*innenseite Misstrauen und negative Gefühle auslösen und in der Folge zu Aggressionen führen.

### 1.2.4 Empfehlungen zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen

Wie aus Kap. 1.2.2 und Kap. 1.2.3 hervorgeht, können aggressive Ereignisse und Zwangsmaßnahmen erhebliche Folgen für Patient\*innen, Mitpatient\*innen und Mitarbeiter\*innen haben und sollten deswegen vermieden werden. Aufgrund der hohen Praxisrelevanz ist das Thema in der Fachliteratur sowohl in Artikeln als auch in einzelnen (Lehr-)Buchkapiteln präsent, es widmen sich aber auch ganze Bücher der Verhinderung von Zwang (z.B. Nau, Walter & Oud, 2019; Sauter, Junghass & Bühling-Schindowski, 2024; Zinkler, Laupicher & Osterfeld, 2016, u.v.m.). Ausgehend von der Überlegung, dass institutionelle Bedingungen und das Verhalten der Mitarbeiter\*innen in hohem Maß das Entstehen von aggressiven Vorfällen beeinflussen, werden in den Publikationen eine Vielfalt von Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang empfohlen. Diese bestehen i.d.R. aus Hintergrundwissen, Haltung, strukturellen Maßnahmen, Kommunikation und/oder konkreten Interventionen und Fertigkeiten (z.B. Halte- und Deeskalationstechniken).

Für das deutsche Gesundheitssystem als evidenzbasierte klinische Praxisleitlinie von zentraler Bedeutung ist die S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (DGPPN, 2018). In dieser werden insgesamt 89 Empfehlungen ausgesprochen, von denen sich zwölf explizit an die Behandlungsteams psychiatrischer Stationen richten (Steinert & Hirsch, 2020, S. 615):

1. Standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen
2. Interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
3. Monatliche Teambesprechung, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patientenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement
5. Kontinuierliche persönliche Betreuung bei Fixierungen und Isolierungen
6. Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen
7. Beschäftigung von Genesungsbegleitern
8. Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station
9. Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC)
10. Erstellung von Behandlungsvereinbarungen nach erfolgten Zwangsmaßnahmen
11. Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie
12. Einführung von „Safewards“ oder dem „Weddinger Model“.

Diese Empfehlungen wurden im Rahmen der PReVCo-Studie deutschlandweit in psychiatrischen Kliniken implementiert und auf ihre Effekte untersucht (Steinert et al., 2023). Zentraler Gegenstand der vorliegenden Dissertation ist die in der zehnten Empfehlung aufgeführte Behandlungsvereinbarung (BV). Deswegen wird sie in den folgenden Kapiteln vorgestellt, der Forschungsstand skizziert und Forschungslücken aufgezeigt.

## 1.3 Verhinderung von Zwang durch Behandlungsvereinbarungen

Die in Kap. 1.2.4 aufgeführte zehnte Empfehlung spricht sich bei psychisch erkrankten Menschen, die bereits Zwangsmaßnahmen erlebt haben, für die Erstellung von Behandlungsvereinbarungen (BVen) aus, um für zukünftige stationäre Behandlungen verbindliche Absprachen miteinander zu treffen. Bei BVen (engl. Joint Crisis Plans, JCPs) handelt es sich um eine spezielle Form der Vorausverfügung im psychiatrischen Kontext (engl. Psychiatric Advance Directive), die – wie ein systematischer Review von Gaillard, Braun, Vollmann, Gather und Scholten (2023) zeigt – üblicherweise sechs Themen beinhalten: Anzeichen einer Krise, allgemeiner Behandlungsansatz, Präferenzen bzgl. des Behandlungssettings, Behandlungspräferenzen, Zwang und soziale Angaben.

### 1.3.1 Inhalte und rechtliche Rahmung von Behandlungsvereinbarungen

Auch in BVen werden Aussagen und Vereinbarungen zu diesen sechs Themen getroffen. Dies geschieht bei BVen aber nicht, wie bei anderen Patientenverfügungen üblich, unilateral, also alleinig durch die Patient\*innen und ggf. deren Angehörige, sondern bilateral im Rahmen eines gemeinsamen Vereinbarungsprozesses mit dem Behandlungsteam. In ausgedruckter Fassung handelt es sich um ein mehrseitiges Dokument (s. Anhang A). Wie Tab. 1 zeigt, entspricht der erste Teil einer BV einer rechtsgültigen Patientenverfügung und enthält rechtlich bindende Regelungen mit dem Behandlungsteam einer klar definierten Station für zukünftige stationäre Behandlungen, der zweite Teil einer BV enthält verbindliche Absprachen mit der Klinik (Rixe, Driessen & Schulz, 2023a).

**Tab. 1: Inhalte einer Behandlungsvereinbarung (BV) am Beispiel der Bielefelder BV**  
(in Anlehnung an: Rixe et al., 2023a, S. 47, Tabelle 1)

Gliederungspunkte	Inhalte (Auswahl)
Präambel	Informationen über Ziele der BV und Rechtsgültigkeit
Aufnahme und Behandlung <sup>a</sup>	Hilfreiche Maßnahmen bei Aufnahme, gewünschte Bezugsperson, hilfreiche Medikamente in der Krise, bevorzugte Darreichungsform, unerwünschte/abgelehnte Medikamente
Vereinbarungen für Krisenzuspitzungen <sup>a</sup>	Beruhigende/entlastende Maßnahmen (z.B. Bewegung, Begleitung), Einbezug und Zugang von Vertrauenspersonen (z.B. bei Fixierung)
Kontakte <sup>b</sup>	Einbezug von Personen in den ersten Behandlungstagen, gewünschte Kontakte und Kontaktsperren
Soziale Situation <sup>b</sup>	Handlungsbedarfe bei sozialen Angelegenheiten (z.B. bzgl. Wohnung, Kinder, Finanzen, Arbeitgeber*in)
Sonstige Absprachen <sup>b</sup>	Hinweis zu Aktualisierung und Aufhebung der BV
Autorisierung <sup>c</sup>	Datum und Unterschriften aller beteiligten Personen

<sup>a</sup> Regelungen entsprechen einer rechtsgültigen Patientenverfügung

<sup>b</sup> Absprachen, zu denen sich die Klinik verpflichtet

<sup>c</sup> Durch die Unterschrift einer Fachärztin bzw. eines Facharztes wird die Einwilligungsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten bei der Erstellung der BV bestätigt.

### **1.3.2 Vorgaben für die gemeinsame Erstellung von Behandlungsvereinbarungen**

Eine BV ist an einen Prozess gekoppelt. Hildebrandt und Dietz (1998, S. 33) empfahlen bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten, dass die Erstellung jenseits des Abhängigkeitsverhältnisses einige Wochen nach der Entlassung erfolgen solle, um der betroffenen Person ausreichend Reflexionszeit zu geben. Vorab ist eine umfassende Aufklärung über die rechtlichen Rahmenbedingungen, Inhalte, Möglichkeiten und Grenzen der BV notwendig. Aus dem Behandlungsteam sollten die Personen einbezogen werden, die die Patient\*innen gut kennen und die BV in der Praxis sicherstellen können (z.B. Pflege-rische Stationsleiter\*in, Oberarzt/-ärztin, Psycholog\*in, Sozialarbeiter\*in) (ebd., S. 32f.). Diese Personen legen in dem Vereinbarungsgespräch, das zwischen 30 und 120 Minuten Zeit erfordert, gemeinsam mit den Patient\*innen, ggf. auch mit deren Vertrauenspersonen und rechtlichen Betreuer\*innen, Präferenzen für zukünftige Behandlungen fest (ebd., S. 33). Vereinbarungen umfassen nur umsetzbare Maßnahmen, Wünsche wie z.B. die Unterbringung im Einzelzimmer werden als solche vermerkt (Rixe et al., 2023a).

### **1.3.3 Entstehung, Zielsetzung und Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen**

Ursprünglich aus dem angelsächsischen Raum stammend, wurde in Deutschland die erste BV 1994 in der Psychiatrie in Bielefeld-Bethel (heute Ev. Klinikum Bethel) erstellt (Borbé, Jaeger & Steinert, 2009). Sie wurden dialogisch entwickelt und unter dem Paradigma „Verhandeln statt Behandeln“ (Dietz & Pörksen, 1998, S. 11) als Instrument zur Mitbestimmung und als vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie eingeführt, die Zwangsmaßnahmen reduziert. Von der Entscheidung bis zur Unterschrift ist die BV ein Prozess, „[...] der an sich schon die Auseinandersetzung mit der Krankheit fördert, Kontakt mit der Klinik und ihren Mitarbeitern schafft sowie alle Beteiligten zwingt, Wünsche, Forderungen und Rahmenbedingungen zu formulieren“ (ebd., S. 13).

Somit handelt es sich bei BVen in Deutschland um keine neue Intervention, aber um eine Intervention, die in einer S3-Leitlinie empfohlen und in einigen Bundesländern gesetzlich im Rahmen der Psychisch-Kranken(-Hilfe)-Gesetze (PsychK(H)G) – z.B. im § 2 Abs. 2 im PsychKG NRW – gefordert wird. Dennoch kann nicht von einer flächendeckenden Umsetzung in Kliniken ausgegangen werden. Frühere Befragungen konnten weder für das ganze Bundesgebiet (Borbé, Jaeger, Borbé & Steinert, 2012), noch zu einem späteren Zeitpunkt explizit für Bayern (Schwarz, 2020) eine flächendeckende Etablierung von BVen in den Kliniken nachweisen. Eine aktuellere retrospektive Analyse aus dem LVR-Klinikverbund zeigt, dass dort v.a. „die gewünschte Zielgruppe der Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und Vorerfahrungen mit unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen“ (Weide et al., 2023, S. 20) erreicht wird.

### 1.3.4 Aktueller Forschungsstand und Forschungsdesiderate

Die in Kap. 1.2.4 aufgeführte zehnte Empfehlung aus der PReVCo-Studie ist im Original in der S3-Leitlinie deutlich ausführlicher formuliert (DGPPN, 2018, S. 79):

Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie Krisenkarten sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden.

Diese Empfehlung wurde mit dem Empfehlungsgrad A von 94 % der mandatierten Personen in der Konsensuskonferenz konsentiert, aber aufgrund inkonsistenter Studienlage und mangelnder Wirksamkeitsnachweise für Deutschland auf den Evidenzgrad 2 abgestuft (ebd.). Als Begründung für die Empfehlungsstärke wurden der hohe Expert\*innenkonsens und die starke Präferenz der Patient\*innen angegeben (ebd.). Hierbei ist kritisch anzumerken, dass nicht alle bei dieser Empfehlung berücksichtigten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) explizit BVen erforschten, in denen der gemeinsame Aushandlungsprozess mit dem Behandlungsteam ein zentrales Element darstellt – so z.B. die Studien von Khazaal, Chatton, Pasadin, Zullino und Preisig (2009), Papageorgiou, King, Janmohamed, Davidson und Dawson (2002), Ruchlewska et al. (2014) und Swanson et al. (2008). Aber auch die Evidenzlage bei BVen bzw. JCPs mit Aushandlungsprozess ist inkonsistent: So geht aus der Studie von Henderson et al. (2004) hervor, dass BVen eine bedeutsame Reduktion von Unterbringungsbeschlüssen für eine stationäre psychiatrische Behandlung bewirken ( $RR\ 0,48$ ;  $95\%-CI = 0,24-0,95$ ,  $p = 0,028$ ).

Kein Unterschied zeigte sich hingegen bei der kumulativen Behandlungsdauer bei den Personen, die per Unterbringungsbeschluss untergebracht waren. Beim primären Endpunkt, der Aufnahmequote, zeigte sich ein auffälliger, aber nicht signifikanter Unterschied zugunsten der BV bzw. des JCPs ( $RR = 0,069$ ,  $95\%-CI = 0,45-1,04$ ,  $p = 0,07$ ). Durch die CRIMSON-Studie von Thornicroft et al. (2013) wurden diese Effekte nicht bestätigt: Es zeigte sich bei Zwangseinweisungen als primärem Endpunkt kein signifikanter Unterschied zwischen den BVen bzw. JCPs und der Standardbehandlung (TAU). Unter den sekundären Endpunkten (z.B. Aufnahmequote/kumulative Behandlungsdauer) wurde im Gruppenvergleich lediglich ein bedeutsamer Unterschied bei der therapeutischen Beziehung ( $p = 0,049$ ) zugunsten der BV bzw. des JCPs gefunden.

Wie oben beschrieben, lag bei der Erstellung der S3-Leitlinie in Bezug auf BVen nicht nur eine inkonsistente Studienlage vor, sondern auch ein Mangel an Wirksamkeitsnachweisen für Deutschland. Weide et al. (2023) leiteten aus ihrer Studie (s. Kap. 1.3.3) das Forschungsdesiderat ab, auch die Ziele und die Inhalte von BVen zu untersuchen.

## 2. Zielstellung

Wie in der Einleitung aufgezeigt, bestehen in Bezug auf BVen zwei Forschungslücken:

1. Es fehlen in Deutschland gewonnene Forschungsergebnisse zu BVen, insbesondere in Bezug auf ihre Wirksamkeit zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen;
1. Es mangelt an Forschungsergebnissen zu Zielen und Inhalten von BVen.

Durch die vorliegende Arbeit wird das Ziel verfolgt, zur Schließung dieser beiden Forschungslücken beizutragen. Da die unfreiwillige Behandlung, wie in Kap. 1.2 aufgezeigt, einen gesicherten Prädiktor von Zwangsmaßnahmen darstellt, steht neben den Zwangsmaßnahmen auch die Anzahl von Behandlungen per Unterbringungsbeschluss und die Dauer von Behandlungstagen per Unterbringungsbeschluss im Fokus der Untersuchung. Darüber hinaus soll überprüft werden, wie Patient\*innen BVen bewerten, inwiefern sie zur Selbstbestimmung beitragen bzw. ob die Patient\*innen den Eindruck haben, sich durch eine BV z.B. aktiver in Behandlungsentscheidungen einbringen zu können als durch eine Kontrollmaßnahme, den Krisenpass (KP) (s. Anhang B). Da im Kontext von Zwangsmaßnahmen auch das Vertrauen ins Behandlungsteam und die therapeutische Beziehung sehr bedeutsam sind, soll auch hierzu eine Einschätzung der Patient\*innen erfolgen. Demnach lautet die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit:

*Inwiefern tragen Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen und zur Förderung von Partizipation bei?*

In Bezug auf die erste Forschungslücke werden folgende fünf Hypothesen überprüft:

1. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion von stationären Behandlungstagen per Unterbringungsbeschluss;
2. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Anzahl von Zwangsmaßnahmen;
3. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Dauer von Zwangsmaßnahmen;
4. Mithilfe von BVen können sich Patient\*innen aktiver in die Behandlung einbringen als mithilfe von KPen;
5. BVen bewirken mehr Zugewinn an Vertrauen zum Behandlungsteam als KPe.

Zur Schließung der zweiten Forschungslücke soll durch diese Arbeit lediglich im Hinblick auf die Analyse des Inhalts von BVen beigetragen werden und dies ausschließlich durch die Interventionen bei sich zuspitzenden Krisensituationen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Hierbei wird das Ziel verfolgt, die in den BVen vereinbarten Interventionen unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts zu identifizieren und zu quantifizieren, um daraus hilfreiche Strategien für die psychiatrische Pflegepraxis abzuleiten.

### **3. Material und Methoden**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen werden Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie herangezogen. Zudem erfolgt eine Analyse der im Rahmen dieser Studie erstellten BVen. Die in Kap. 3.1 beschriebene Methodik ist ebenfalls im Studienprotokoll und in komprimierter Form in einem Fachartikel (Rixe et al., 2023b) dargestellt, die in Kap. 3.2 beschriebene Methodik ist in verkürzter Form in einem weiteren Artikel veröffentlicht (Rixe, Neumann, Bosch, Schulz, Juckel & Driessen, 2024).

#### **3.1 Die ADiP-Studie – eine Multicenter-RCT**

Zur Überprüfung der in Kap. 2 aufgeführten Hypothesen erfolgte im Zeitraum von Januar 2018 bis Dezember 2020 in fünf psychiatrischen Abteilungen/Kliniken in NRW (Ev. Klinikum Bethel, LWL-Universitätsklinikum Bochum, LVR-Klinikum Bonn, LWL-Klinikum Marsberg und Alexius/Josef-Krankenhaus Neuss) eine einfach verblindete, zweiarmige, randomisierte kontrollierte Studie (RCT bzw. Multicenter-RCT) (Rixe et al., 2023b).

##### **3.1.1 Ethische und wissenschaftliche Anforderungen**

Vor Studienbeginn wurde die Studie entsprechend der ethischen Grundsätze der Deklaration von Helsinki (WMA, 2013) von der Ethikkommission der Ruhr-Universität Bochum genehmigt (17-6059) und zu Beginn der Studienlaufzeit am 09.02.2018 im Deutschen Register für klinische Studien (DRKS, 2024a) mit dem Akronym ADiP (Advance Directives in Psychiatry) unter der ID DRKS00013985 registriert. Die ADiP-Studie wurde finanziell vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert. Das Ministerium hatte keinerlei Einfluss auf Studiendesign, Datenerhebung, Datenanalyse, Dateninterpretation und/oder Publikationen. Die Verfasserin dieser Arbeit hatte als Projektkoordinatorin vollumfänglich Zugang zu allen relevanten Projektdaten, ohne dabei Rückschlüsse auf konkrete Personen ziehen zu können.

##### **3.1.2 Standardisierung und Schulung der Interventionen**

Wie bei Rixe et al. (2023b) beschrieben, unterscheiden sich BVen und KPe in Bezug auf das Format, ihre Zielsetzung und den damit verbundenen Ressourceneinsatz bei der Erstellung. Ein KP enthält im Taschenformat nur wenige Informationen (Ketelsen, 1998, S. 168ff.). Um zentrumsübergreifend eine einheitliche Umsetzung zu erzielen, wurden beide Interventionen vor Studienbeginn durch schriftliche Vorlagen (s. Anhang A & B), Gesprächsleitfäden und Zeitkriterien standardisiert. Als Zeitpunkt für die KP-Erstellung wurde das Behandlungsende / das Entlassungsgespräch festgelegt, für BVen der Entlassungstag bzw. ein gesonderter Termin innerhalb von vier Wochen nach Entlassung.

Aus organisatorischen Gründen wurde das Zeitkriterium der BVen von vier auf zwölf Wochen nach Entlassung erweitert. Alle Behandlungsteams, die vor der Studie nicht mit BVen und/oder KPen gearbeitet hatten, wurden durch Expertinnen zu Studienbeginn ergänzend zur Standardisierung auch in Bezug auf die praktische Anwendung geschult.

### **3.1.3 Endpunkte und Stichprobenberechnung**

Als primärer Endpunkt wurde die kumulative stationäre Behandlungsdauer (freiwillig / mit Unterbringungsbeschluss), als sekundärer Endpunkt die Rate von Zwangsmaßnahmen definiert. Als weitere Endpunkte wurden im Studienprotokoll u.a. diese festgelegt:

- Subjektive Einschätzung der Intervention,
- Psychopathologie,
- Allgemeines psychosoziales Funktionsniveau und Fähigkeitsstörungen nach ICF,
- Einstellung gegenüber Medikamenten (Adherence).

Der primäre Endpunkt, die kumulative stationäre Behandlungsdauer, wurde der Stichprobenberechnung zugrunde gelegt. Diese erfolgte laut Studienprotokoll in Kooperation mit Prof. Dr. phil Dipl.-Math. May (Zertifikat Biometrie in der Medizin vom 18.9.1996, verliehen durch die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie und die Deutsche Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft). Die Fallzahlschätzung erfolgte mit dem Programm „N“ (Version 2, IDV Gauting) und ergab bei einem Signifikanzniveau von  $p < .05$  mit einer Power von 90 % für die zweiseitige Hypothesentestung bei Mittelwerten von 86 und 51 Behandlungstagen und einer gleich angenommenen Standardabweichung von je 86 Tagen eine Stichprobengröße von  $n = 105$  Patient\*innen pro Gruppe. Bei der Stichprobenberechnung wurde zudem eine Lost-to-follow-up-Rate von 20 % einbezogen ( $n = 21$  pro Gruppe) und angenommen, dass einzelne Personen ( $n = 4$  pro Gruppe) ihr Einverständnis möglicherweise vor der Intervention zurückziehen. Die berechnete Stichprobengröße umfasste somit 130 Teilnehmer\*innen pro Gruppe und entsprechend insgesamt 260 Teilnehmer\*innen.

### **3.1.4 Randomisierung und Verblindung**

Die Randomisierung erfolgte durch eine externe Wissenschaftlerin in 6er-Blöcken mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS. Je nach Randomisierungsergebnis erhielten die Studienteilnehmer\*innen bei bzw. nach der Entlassung eine BV (Interventionsgruppe) oder einen Krisenpass (Kontrollgruppe). Über die Projektkoordinatorin (Verfasserin dieser Arbeit) bekam jedes Zentrum 60 ID-Nummern und für jede ID-Nummer einen verschlossenen Umschlag mit der Gruppenzuteilung (jeweils hälftig für Interventions- und Kontrollgruppe). Aufgrund der Verblindung der Assessorinnen wurden die Umschläge verschlossen an die Studienteilnehmer\*innen und die Behandlungsteams übergeben.

### **3.1.5 Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme**

Die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie bezogen sich auf die klinische Diagnose einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung (F.20/F.25 nach ICD 10, Dilling & Freyberger, 2019) und das Alter (18 bis 55 Jahre). Im Interesse der Patient\*innen und in Ermangelung überzeugender Gegenargumente wurde die im Studienprotokoll festgelegte obere Altersgrenze um 7 Jahre angehoben. Bei der oberen Altersgrenze wurde bewusst ein Abstand zum Eintrittsalter (65 Jahre) für eine Behandlung im gerontopsychiatrischen Bereich gewählt, um die für eine BV notwendige Behandlungskontinuität gewährleisten zu können. Aus diesem Grund wurde auch ein fester Wohnsitz im Versorgungsgebiet für die Teilnahme an der Studie vorausgesetzt. Ein weiteres Einschlusskriterium war das Vorliegen von mindestens zwei stationären Behandlungen in der Psychiatrie. Da die Datenerhebung ausschließlich in deutscher Sprache erfolgte, waren darüber hinaus gute Sprachkenntnisse für die Studienteilnahme erforderlich.

Ausschlusskriterien stellten angeborene oder erworbene (mittel-)schwere Intelligenzminderungen, andere schwere kognitive Störungen, schwere somatische Erkrankungen und akute Substanzabhängigkeiten (Alkohol, Drogen oder Medikamente) dar.

### **3.1.6 Rekrutierung und Einwilligung**

Wie auch bei Rixe et al. (2023b) beschrieben, erfolgte die Rekrutierung der Studienteilnehmer\*innen zwischen Januar 2018 und März 2019. In dieser Zeit wurden alle Patient\*innen der teilnehmenden Stationen auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft, um potenzielle Studienteilnehmer\*innen zu identifizieren und gezielt auf die Studie anzusprechen. Zusätzlich wurde über Plakate, Flyer und über die Homepages der teilnehmenden Kliniken (z.B. Ev. Klinikum Bethel, o.D.) auf die Studie aufmerksam gemacht.

Bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer\*innen arbeiteten die Studienmitarbeiterinnen eng mit den Behandlungsteams zusammen. Diese wurden zu Beginn der Rekrutierungsphase persönlich über die Studie informiert und erhielten schriftliches Informationsmaterial. Darüber hinaus suchten die Studienmitarbeiterinnen die Behandlungsteams regelmäßig aktiv auf und standen für Fragen zur Verfügung. Interessierte Personen, die die oben aufgeführten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, wurden bei Interesse von den Forschungsmitarbeiterinnen ausführlich über die Studie informiert. Bei Vorliegen des Informed Consent, der schriftlichen Einwilligung zur Studienteilnahme nach ausführlicher Aufklärung, wurden die Patient\*innen zum Ende der stationären Behandlung in die Studie aufgenommen. Da sich der primäre und der sekundäre Endpunkt auf Daten aus der Krankenakte bezogen, wurde bei Studieneinschluss für die Studienmitarbeiterinnen auch eine schriftliche Einwilligung zur Einsichtnahme in die Krankenakten eingeholt.

### 3.1.7 Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

Nach Einschluss in die Studie erfolgte die erste Datenerhebung (Messzeitpunkt T<sub>0</sub>), 18 Monate nach der stationären Indexbehandlung die zweite (Messzeitpunkt T<sub>1</sub>). Beide Datenerhebungen waren zentrumsübergreifend standardisiert, erfolgten in Papierform und beinhalteten validierte Fragebögen und Selbstbeurteilungsinstrumente sowie eine ausführliche Überprüfung von Behandlungsdaten anhand klinikinterner Akten und externer Unterlagen. Abb. 1 enthält einen Überblick, der von der Verfasserin dieser Arbeit zu Beginn des Projekts zur Standardisierung der Datenerhebungen erstellt wurde.

Erhebungsverfahren	Beteiligte	Erhebungsinstrument		beurteilt durch	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	Dauer in Min.
INTERVIEW	Patient* in UND Projekt-Mitarbeiterin	Soziodemographisches Interview mit Fragen...	... zur Behandlungsvorgeschichte	Untersucherin	☺	-	15
			... zum Krankheits- / Behandlungsverlauf		-	☺	
		MINI-PLUS		Untersucherin	☺	-	30-45
		SKID I (Sektion B & C)		Untersucherin	☺	-	45-60
		PANSS		Untersucherin	☺	☺	20
		SAI		Untersucherin	☺	☺	15
SELBSTBEURTEILUNG	Patient* in	Einschätzung der Intervention (s.u.)		Patient*in	☺	☺	5
		COMRADE	Allgemein	Patient*in	☺	☺	10
			Fokus letzte Behandlung		-	☺	
		IPC Skalen		Patient*in	☺	☺	15
		WHODAS		Patient*in	☺	☺	10
		CTQ		Patient*in	☺	-	5-10
		SCL-K9		Patient*in	☺	☺	10
		DAI		Patient*in	☺	☺	20
SONSTIGES	Projekt-Mitarbeiterin	Rating	PSP	Untersucherin	☺	☺	5
		Telefonate, angeforderte Berichte, Aktenstudium	Erfassung der Behandlungsvorgeschichte (incl. Indexbehandlung)	Untersucherin	☺	-	90
			Erfassung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs (T <sub>0</sub> bis T <sub>1</sub> )	Untersucherin	-	☺	90

**Info zur Durchführung:** Die Einschätzung der Intervention sollte vor der Randomisierung erfolgen (evtl. direkt im Anschluss an das Aufklärungsgespräch). Das Interview ist ggf. auf zwei Termine aufzuteilen. Zwischen diesen ist abzuwägen, ob eine Aushändigung der Selbstbeurteilungsinstrumente an die Patienten/-innen (incl. selbständiger Bearbeitung) sinnvoll ist.

Abb. 1: Übersicht über Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte

Die Untersuchung des primären und des sekundären Endpunkts erfolgte anhand der Behandlungsdaten, die bei T<sub>1</sub> über die Erfassung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs zwischen Indexbehandlung und T<sub>1</sub> gewonnen wurden (Rixe et al., 2023b). Bei der Auswertung wurden ebenfalls die Behandlungsdaten aus der Vorgeschichte, insbesondere die Daten aus den 18 Monaten vor dem Indexaufenthalt, berücksichtigt (ebd.).

Um bei T<sub>1</sub> die Auswirkung der durchgeführten Intervention auf Partizipation und Selbstbestimmung der Studienteilnehmer\*innen zu überprüfen, wurde von der Verfasserin dieser Arbeit in Zusammenarbeit mit einer Projektmitarbeiterin und zwei ehemaligen Patientinnen, die über eine BV verfügten, ein Fragebogen entwickelt (ebd.). Dieser enthielt eine verbalisierte Skala (Porst, 2014, S. 79ff.) bzw. eine fünfstufige Likert-Skala (1 = stimmt überhaupt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = stimmt zur Hälfte, 4 = stimmt weitgehend, 5 = stimmt vollkommen) (s. Abb. 2) und freie Antwortformate (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 57). Für die Bewertung der Intervention wurde das Erinnern der Intervention vorausgesetzt und entsprechend eingangs eine Filterfrage formuliert (ebd.).

1. Die Erwartungen, die ich an die Maßnahme hatte, wurden erfüllt.	1	2	3	4	5	
2. Durch die Maßnahme konnte ich meine Behandlung aktiv mitgestalten.	1	2	3	4	5	
3. Die Maßnahme hat sich positiv auf den Verlauf meiner Erkrankung ausgewirkt.	1	2	3	4	5	
4. Die Maßnahme hat sich positiv auf nachfolgende stationäre Behandlungen ausgewirkt. <i>Bitte kreuzen Sie die 9 an, wenn Sie seit der Maßnahme <u>nicht</u> in stationärer Behandlung waren.</i>	1	2	3	4	5	9
5. Durch die Maßnahme habe ich mehr Vertrauen in das Behandlungsteam im Krankenhaus gewonnen.	1	2	3	4	5	
7. Durch die Maßnahme konnte ich meinen eigenen Genesungsprozess positiv beeinflussen.	1	2	3	4	5	
8. Durch die Maßnahme würde ich mich früher/niederschwelliger stationär behandeln lassen als vor der Maßnahme.	1	2	3	4	5	
9. Ich habe die Maßnahme insgesamt als hilfreich für mich empfunden.	1	2	3	4	5	
10. Ich würde die Maßnahme weiterempfehlen.	1	2	3	4	5	

**Abb. 2: Likert-Skala zur Bewertung der Maßnahme**

Da es sich bei der Skala nicht um ein validiertes Instrument handelte, wurden zur Ergänzung und um sicherzustellen, dass keine wichtigen Informationen unerfragt blieben, auch folgende offene Items formuliert, die per Freitext beantwortet werden konnten:

- Was genau fanden Sie im Zusammenhang mit der Maßnahme hilfreich?
- Was genau fanden Sie im Zusammenhang mit der Maßnahme nicht hilfreich?
- Was würden Sie verändern, um die Maßnahme oder deren Auswirkungen zu verbessern?
- Gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie zu der Maßnahme und/oder zur Studie sagen möchten? Etwas, was Ihnen wichtig ist, was aber bisher noch nicht ausreichend Erwähnung gefunden hat? Hier ist Platz für Ihre Gedanken und Anregungen, den Sie gerne nutzen dürfen.

Bei der Stichprobencharakteristik der Studienteilnehmer\*innen wurden neben soziodemographischen Angaben und Daten aus der medizinischen Vorgeschichte (z.B. Anzahl bisheriger Behandlungen, stationäre Behandlungstage 18 Monate vor der Indexbehandlung) insbesondere ein Interview zur Diagnostik, das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), und weitere Messinstrumente – z.B. zur Einschätzung der psychopathologischen Symptomatik (Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), Kay, Fiszbein & Opler, 1987; Kay, Opler & Lindenmayer, 1988) und zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus (Personal and Social Performance (PSP), Juckel et al., 2008) – berücksichtigt (s. Abb. 1).

Wie auch bei Rixe et al. (2023b) beschrieben, erfolgte bei T<sub>0</sub> die Datenerhebung in der Regel während der stationären Behandlung und aufgrund ihres Umfangs in mehreren Sequenzen, die weniger umfangreiche T<sub>1</sub>-Erhebung wurde in der Regel im Rahmen eines gemeinsamen Termins durchgeführt. Die T<sub>1</sub>-Erhebung erfolgte überwiegend ambulant, aber nicht wie geplant ambulant in der Klinik. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurde die T<sub>1</sub>-Interviewsituation abweichend von der Standardisierung individuell abgestimmt und erfolgte unter Einhaltung der jeweils aktuell geltenden Vorschriften zum Infektionsschutz (z.B. mit FFP-2-Maske und Abstand) überwiegend bei den Patient\*innen zu Hause oder unter Berücksichtigung der Privatsphäre in der freien Natur (ebd.).

### **3.1.8 Datenverwaltung und Datenaufbereitung**

Alle in der Studie gewonnenen Daten waren einer ID-Nummer (s. Kap. 3.1.4) zugeordnet und ließen keine Rückschlüsse auf Personen zu. Die ID-Zuordnung und andere personenbezogene Daten (z.B. Einwilligungserklärung, Schweigepflichtsentbindung) wurden getrennt von den Studienunterlagen und verschlossen bzw. verschlüsselt aufbewahrt.

Von allen handschriftlich ausgefüllten Unterlagen der Datenerhebungen wurden per Scan elektronische Sicherheitskopien erstellt, die Originale durch eine der beiden Projektkoordinatorinnen in der LWL-Klinik Bochum gesammelt und dort elektronisch für die Analyse aufbereitet. Das Datenmanagement erfolgte über eine entsprechende Software (SPSS Version 27). Alle handschriftlich ausgefüllten Fragebögen wurden zunächst in der LWL-Klinik Bochum manuell in die vorprogrammierte Datenmatrix übertragen.

Zur Datenkontrolle und Datenanalyse gingen die Datenmatrix und die Originaldaten an die zweite Projektkoordinatorin (Verfasserin dieser Arbeit) nach Bielefeld. Zur Sicherung der Datenqualität erfolgte wie bei Röhrig, Du Prel, Wachtlin und Blettner (2009) für klinische Studien empfohlen, eine doppelte Dateneingabe aller analyserelevanten Daten. Abweichungen wurden mit den Originaldaten abgeglichen und entsprechend korrigiert.

### 3.1.9 Datenanalyse

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 27 durchgeführt. Die Hypothesen für den primären und sekundären Endpunkt wurden mittels Intention-to-treat-Analysen (ITT-Analysen) ausgewertet, während die übrigen Hypothesen mit Per Protocol-Analysen (PP-Analysen) untersucht wurden (Rixe et al., 2023b), so z.B. die Auswertung des Fragebogens zur Einschätzung der Intervention (s. Abb. 2, Kap. 3.1.7).

Bei den ITT-Analysen erfolgte die Auswertung gemäß der Randomisierung der Intervention, jedoch wurden nach Rücksprache mit dem Leiter des Profils Bereichs Klinische Studien & Biometrie der Medizinischen Fakultät Halle-Wittenberg, Hrn. Prof. Dr. A. Wienke, nur Daten der Personen berücksichtigt, die die Studie regulär abgeschlossen hatten und von denen T<sub>1</sub>-Daten vorlagen. Somit wurden modifizierte ITT-Analysen vorgenommen.

Nach Rücksprache mit Prof. Dr. A. Wienke wurde auf Imputationen in den Datensätzen der Studienabbrecher\*innen verzichtet. Dieses Vorgehen begründet sich in der Art der fehlenden Daten, die nicht zufällig fehlten (MNAR = Missing Not At Random). Lediglich im Rahmen der Stichprobencharakteristik erfolgte eine Imputation bei einem zufällig fehlenden Wert (MCAR = Missing Completely At Random) in der psychopathologischen Symptomatik, indem der Wert bei einem auffällig hohen Score der betreffenden Person durch den Mittelwert der ID-bezogenen Subskala ermittelt wurde („single imputation“, Döring & Bortz, 2016, S. 591). Alle hypothesenrelevanten Behandlungsdaten wurden auf 18 Monate bzw. 548 Tage normiert, da der Follow-Up-Zeitraum zwischen Indexbehandlung und T<sub>1</sub> nicht immer genau 18 Monaten entsprach (Rixe et al., 2023b).

Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt. Der Gruppenvergleich erfolgte anhand von Mittelwertdifferenzen und Konfidenzintervallen. Die schiefe Verteilung der Behandlungsdaten ließ weder den direkten Einsatz von parametrischen Tests noch Transformationen zu, sodass non-parametrische Tests erforderlich waren. Bei kategorialen Variablen wurden Chi<sup>2</sup>-Tests zur Signifikanzüberprüfung von Gruppenunterschieden eingesetzt, bei metrischen Variablen Mann-Whitney-U-Tests (Bühner & Ziegler, 2017, S. 261ff.; Field, 2009, S. 539ff.; Keller, 2018, S. 39ff.). Die Gruppenunterschiede der primären und sekundären Endpunkte wurden in Bezug auf das Studienzentrum und die jeweiligen Endpunkte innerhalb des 18-Monats-Zeitraums vor der Indexbehandlung (Kovariaten) durch Kovarianzanalysen kontrolliert. Bei nicht erfüllten Voraussetzungen wurden diese durch Bootstrapping abgesichert (Bühner & Ziegler, 2017, S. 658).

Post hoc wurde mithilfe einer Kaplan-Meier-Analyse überprüft, ob sich die Gruppen im Hinblick auf den Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung unterschieden. Wegen der Überschneidungen der Kurven wurde zusätzlich zum Log-Rank-Test der Tarone-Ware-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds eingesetzt (Tarone & Ware, 1977).

### **3.1.10 Strategien gegen methodische Verzerrungspotentiale in der ADiP-Studie**

Das Studiendesign einer einfach verblindeten, zweiarmigen, randomisierten kontrollierten Studie mit standardisierten Interventionen und Messverfahren wurde gewählt, um systematische Fehler zu minimieren. So wurde z.B. die Randomisierung eingesetzt, um Strukturgleichheit herzustellen und einen Selektions-Bias zu reduzieren. Einem potentiellen Detektions-Bias wirkten die Standardisierung der Messverfahren und die Verblindung der Assessorinnen entgegen. Aufgrund des Studiendesigns waren weitere Verblindungen (Teilnehmer\*innen und Personal) nicht möglich. Das Multicenter-Design erforderte eine Standardisierung der Interventionen, um Zentrums-Effekte abzuschwächen.

### **3.1.11 Beteiligung an der Konzeption und Durchführung der ADiP-Studie**

In jedem Zentrum gab es jeweils eine Projektmitarbeiterin mit einem Stellenanteil von 0,5 VK (Vollkraftstelle), in zwei weiteren Zentren, der LWL-Klinik Bochum und dem Ev. Klinikum Bethel, waren zusätzlich noch 0,3 VK für die Projektkoordination verortet. Die Verfasserin dieser Arbeit war zunächst als Projektmitarbeiterin im EvKB eingestellt, übernahm aber nach 3 Monaten Laufzeit der Studie im EvKB die Projektkoordination. Die Verfasserin war nicht an der Studienplanung und am Studienprotokoll beteiligt, führte aber in der Projektzeit zentrumsübergreifend folgende Aufgaben aus:

- Registrierung der Studie im Deutschen Register Klinischer Studien,
- Erstellung von Informationsmaterial für Teilnehmer\*innen,
- Erstellen von Informationsmaterial für das Personal der teilnehmenden Zentren,
- Standardisierung der Interventionen und ggf. auch Schulung der Interventionen (in Zusammenarbeit mit der ehemaligen Projektkoordinatorin),
- Standardisierung der Datenerhebungen (z.B. durch Erstellen der „Übersicht über Erhebungsinstrumente und Messzeitpunkte“, s. Abb. 1 in Kap. 3.1.7),
- Verfassen von Zwischenberichten für die Bezirksregierung NRW,
- Konzeption des Fragebogens zur subjektiven Einschätzung der Intervention ( $T_1$ ),
- Beteiligung an der Planung und Durchführung der Projekt-Abschlussstagung,
- Datenkontrolle, Datenbereinigung und Datenanalysen,
- Publikation der Hauptoutcomes (Rixe et al., 2023b) und
- Vorstellung der Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen.

An der Studiendurchführung war die Verfasserin lediglich in einem Zentrum, dem EvKB, in Form von Aufklärungsgesprächen mit potentiellen Studienteilnehmer\*innen und anfangs und in Vertretungssituationen auch bei Datenerhebungen beteiligt. Zentrumsintern war sie zudem für die Rekrutierung und das Bewerben der Studie (z.B. durch Aushänge, Internetauftritt und Kontaktpflege zu den beteiligten Behandlungsteams) zuständig.

## **3.2 Sekundärdatenanalyse – Inhalte der Behandlungsvereinbarungen**

Wie in Kap. 1.3.1 und bei Rixe et al. (2024) vorgestellt, enthalten BVen in der integrierten Patientenverfügung im zweiten Abschnitt Vereinbarungen für Krisenzuspitzungen. Das erste Item dieses Abschnitts lautet „In sich zuspitzenden Krisensituationen soll unbedingt Folgendes versucht werden“. Optional sind darunter neun Interventionen als Kategorien zum Ankreuzen hinterlegt (Vertrauensperson hinzuziehen, Spaziergang, Bad, Gespräch, Musik hören/machen, Rückzug in reizarme Umgebung, Einzelbetreuung durch Sitzwachen, Bewegung, Essen anbieten). Darüber hinaus können auch individuell Interventionen per Freitext formuliert werden. Mehrfachnennungen sind möglich.

Dieses Item ist zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung dieser Arbeit, inwiefern BVen in der Psychiatrie zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen beitragen, hochgradig relevant, insbesondere die Identifikation der am häufigsten vereinbarten Interventionen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf die Prävalenz von Aggression und auch im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen geschlechtsspezifische Besonderheiten diskutiert werden (s. Kap. 1.2.1) und Erkenntnisse vorliegen, dass sich Bewältigungsstrategien zwischen Frauen und Männern unterscheiden (z.B. Liddon, Kingerlee & Barry, 2018). Somit lagen folgende Forschungsfragen der weiteren Analyse zugrunde:

- Welche Interventionen werden in BVen durch Patient\*innen und Behandlungsteams gemeinsam für sich zuspitzende Krisensituationen festgelegt?
- Zeigen sich bei der Anzahl und der Auswahl der Interventionen Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht?

### **3.2.1 Datenmaterial**

Alle 99 im Rahmen der ADiP-Studie protokollgemäß durchgeführten BVen wurden als Sekundärdaten für die weitere Analyse anonymisiert und an einer zentralen Stelle gesammelt. Da in einer BV bei dem zu analysierenden Item keine Angaben gemacht wurden, gingen nur 98 BVen in die inhaltsanalytische Auswertung des Items ein.

### **3.2.2 Datenanalyse**

Bei den angegebenen Interventionen handelt es sich ausschließlich um manifeste und keine latenten Kommunikationsinhalte. Deswegen war für die Analyse eine reduktive bzw. quantitative inhaltsanalytische Technik indiziert (Lamnek & Krell, 2016, S. 471). Um der wissenschaftlichen Zielsetzung entsprechend Häufigkeiten von Nennungen zu ermitteln und miteinander zu vergleichen, bietet sich die Frequenzanalyse nach Berelson (1952) als Technik an. Das methodische Vorgehen der angewendeten Frequenzanalyse orientierte sich an den bei Mayering (2015, S. 15) beschriebenen Ablaufschritten.

Die individuell formulierten Interventionen wurden zur Bearbeitung in eine dafür geeignete Software (MAXQDA) eingegeben, geordnet und codiert, im Anschluss erfolgte eine zweite Codierung durch eine andere Forscherin. Im Anschluss wurden Abweichungen oder unscharfe Kategorien diskutiert, Formulierungen konsentiert. Abschließend wurden die konsentierten Kategorien und die vorgegebenen Kategorien aus den BVen in die SPSS-Matrix der ADiP-Studie übertragen und deskriptivstatistisch ausgewertet.

Um bei der Anzahl und der Auswahl der Interventionen geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen, erfolgte eine Hypothesentestung: bei metrischen, nicht normalverteilten Daten mittels Mann-Whitney-U-Test, bei nominalen Variablen mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson bzw. bei schwach besetzten Zellohäufigkeiten mittels exaktem Test nach Fisher (Keller, 2018, S. 66). Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgelegt.

### **3.2.3 Strategien gegen methodische Verzerrungspotentiale**

Die BVen lagen in anonymisierter Form vor, so dass es sich um eine Blindkodierung handelte. Dies reduzierte das Risiko, dass die Rater durch bekannte Informationen über die Studienteilnehmer\*innen beeinflusst werden konnten. Um potentiellen Verzerrungen entgegenzuwirken bzw. die Güte der Kodierung zu erhöhen, erfolgte ein „konsensuelles Codieren“ (Kuckartz, 2018, S. 211): zwei Forscherinnen codierten das Material unabhängig voneinander, verglichen anschließend ihre Codierung und konsentierten diese.

### **3.2.4 Beteiligung an der Konzeption und Durchführung der Sekundärdatenanalyse**

Sowohl die methodischen Überlegungen als auch die Vorbereitungen und die Durchführung der Analyse erfolgten durch die Verfasserin dieser Arbeit. So wurden von ihr im Rahmen der Vorbereitungen die Daten der BVen in MAXQDA übertragen, geordnet und kategorisiert und die Kategorien im Anschluss mit einer zweiten Forscherin konsentiert.

Sowohl die Übertragung der Daten in die SPSS-Matrix der ADiP-Studie als auch die Auswertung per SPSS erfolgten durch die Verfasserin dieser Arbeit. Die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse wurden von ihr als Erstautorin publiziert (Rixe et al., 2024).

## **3.3 Weitere Sekundärdatenanalysen**

Aus der Hauptstudie, der ADiP-Studie, gingen zwei weitere publizierte Sekundärdatenanalysen hervor, an der die Verfasserin dieser Arbeit in geteilter Erstautorenschaft (Neumann et al., 2022) bzw. als Zweitautorin (Neumann, Rixe, Driessen & Juckel, 2023) beteiligt war. Da diese Publikationen nicht zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellung der vorliegenden Arbeit beitragen, werden sie hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt, aber nicht detaillierter dargestellt.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisse der ADiP-Studie

Die hier beschriebenen Ergebnisse wurden bereits durch die Verfasserin dieser Arbeit veröffentlicht (Rixe et al., 2023b). Das bei Rixe et al. (ebd.) und auch hier abgebildete Flussdiagramm (Abb. 3) veranschaulicht den Studienverlauf:

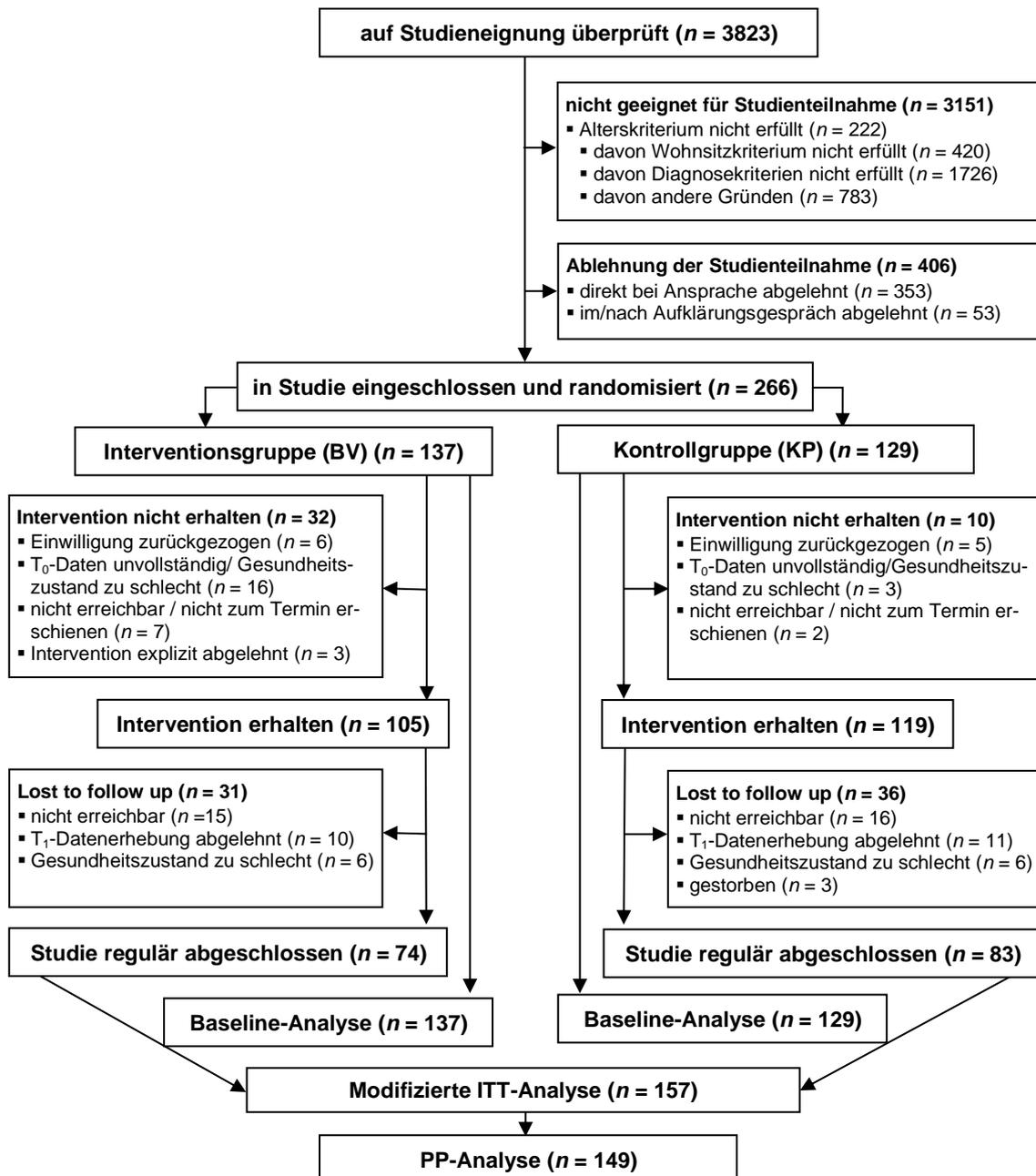


Abb. 3: Studienprofil (Flussdiagramm zum Studienablauf)  
(Rixe et al., 2023b, S. 126, Grafik)

Wie in Abb. 3 und bei Rixe et al. (2023b) dargestellt, erfüllten von insgesamt 3823 Patient\*innen (5373 Aufnahmen), die im Rekrutierungszeitraum stationär behandelt wurden, 672 die Einschlusskriterien der Studie. 406 entschieden sich aufgrund unterschiedlicher Gründe (z.B. mangelndes Interesse, prinzipielle Vorbehalte gegen Forschung, Vorbehalte gegenüber Intervention und/oder Randomisierung (z.B. bei Präferenz für eine BV), Zeitaufwand/Anstrengung im Rahmen der Datenerhebungen) gegen eine Teilnahme. 53 Personen von diesen lehnten eine Studienteilnahme erst im oder nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch ab.

In die ADiP-Studie eingeschlossen und randomisiert wurden 266 Patient\*innen. 137 von diesen wurde eine BV zugelost, 129 ein KP.

In der BV-Gruppe erhielten 32 Personen aus unterschiedlichen Gründen (z.B. unvollständige T<sub>0</sub>-Daten, Gesundheitszustand zu schlecht, nicht erreichbar / nicht zum Termin erschienen, Einwilligung zurückgezogen, Intervention explizit abgelehnt) keine BV, in der Kontrollgruppe 10 Studienteilnehmer\*innen keinen KP. Ausschließlich in der BV-Gruppe kam es zu expliziten Ablehnungen der Intervention ( $n = 3$ ).

105 Studienteilnehmer\*innen erhielten eine BV, 119 Studienteilnehmer\*innen einen KP. Nach Erhalt der Intervention standen in der BV-Gruppe für die Datenerhebung bei T<sub>1</sub> insgesamt 31 Personen nicht zur Verfügung, weil sie nicht erreichbar waren ( $n = 15$ ), die Datenerhebung ablehnten ( $n = 10$ ) oder ihr Gesundheitszustand eine Datenerhebung nicht zuließ ( $n = 6$ ). In der KP-Gruppe waren es 36 Studienteilnehmer\*innen, bei denen die T<sub>1</sub>-Erhebung aus vergleichbaren Gründen nicht durchgeführt wurde (s. Abb. 3). Zudem verstarben 3 Personen zwischen Erhalt eines KPs und T<sub>1</sub>. Die T<sub>1</sub>-Erhebung erfolgte dementsprechend bei 74 Personen aus der BV-Gruppe und bei 83 Personen aus der Kontrollgruppe. Somit schlossen 157 Personen die Studie regulär ab.

Diese 157 Datensätze gingen in die modifizierten ITT-Analysen ein. Aufgrund von Protokollfehlern musste bei den PP-Analysen auf weitere 8 Datensätze verzichtet werden.

#### **4.1.1 Stichprobencharakteristik**

Wie auch bei Rixe et al. (2023b) dargestellt, wurde die geplante Stichprobengröße mit 266 Studienteilnehmer\*innen erreicht bzw. leicht übertroffen. Zwar haben zwei der fünf beteiligten Zentren die geplante Stichprobengröße von  $n = 52$  pro Zentrum nicht erreichen können, die drei anderen Zentren konnten aber mehr Personen für die Studienteilnahme gewinnen als geplant. Wie Tab. 2 zeigt, wiesen die Gruppen keine klinisch bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Charakteristika (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand) und hinsichtlich krankheitsbezogener Merkmale (z.B. Diagnosen, Erkrankungsdauer, Psychopathologie, Psychosoziales Funktionsniveau) auf.

**Tab. 2: Stichprobencharakteristik/Baseline-Analyse\***  
(Rixe et al., 2023b, S. 128, Tabelle 1)

Anzahl der Studienteilnehmer*innen	Gesamt (n = 266)	KP (n = 129)	BV (n = 137)
Bielefeld	57 (21,4 %)	27 (20,9 %)	30 (21,9 %)
Bochum	50 (18,8 %)	24 (18,6 %)	26 (19,0 %)
Bonn	50 (18,8 %)	24 (18,6 %)	26 (19,0 %)
Marsberg	53 (19,9 %)	26 (20,2 %)	27 (19,7 %)
Neuss	56 (21,1 %)	28 (21,7 %)	28 (20,4 %)
<b>Geschlecht</b>	<b>n = 266</b>	<b>n = 129</b>	<b>n = 137</b>
Männlich	159 (59,8 %)	76 (58,9 %)	83 (60,6 %)
<b>Alter (in Jahren)</b>	<b>n = 266</b>	<b>n = 129</b>	<b>n = 137</b>
M (SD)	39,2 (11,9)	39,4 (12,3)	38,9 (11,6)
<b>Familienstand</b>	<b>n = 257</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 132</b>
Alleinstehend	203 (79,0 %)	98 (78,4 %)	105 (79,5 %)
<b>Wohnsituation</b>	<b>n = 258</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 133</b>
Wohnung/Haus (Miete/Eigentum)	163 (63,2 %)	73 (58,4 %)	90 (67,7 %)
Betreute Wohngruppe (ambulant/stationär)	46 (17,8 %)	22 (17,7 %)	24 (18,0 %)
<b>Beschäftigungssituation</b>	<b>n = 256</b>	<b>n = 124</b>	<b>n = 132</b>
Arbeitslos/arbeitssuchend	82 (32,0 %)	38 (30,6 %)	44 (33,3 %)
(Früh-)Berentung	76 (29,7 %)	39 (31,5 %)	37 (28,0 %)
Beschützter Arbeitsplatz (z.B. Werksstatt für Behinderte)	26 (10,2 %)	9 (7,2 %)	17 (12,9 %)
Vollzeitbeschäftigung	25 (9,8 %)	14 (11,3 %)	11 (8,3 %)
<b>Diagnosen (SKID I)</b>	<b>n = 251</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 126</b>
Schizophrenie	181 (72,1 %)	95 (76,0 %)	86 (68,3 %)
Schizoaffektive Störung	60 (23,9 %)	27 (21,6 %)	33 (26,2 %)
Andere psychotische Störungen	10 (4,0 %)	3 (2,4 %)	7 (5,6 %)
<b>Psychosoziales Funktionsniveau (PSP)</b>	<b>n = 255</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 130</b>
M (SD)	57,2 (15,2)	56,7 (16,1)	57,7 (14,4)
<b>Psychopathologie (PANSS)</b>	<b>n = 254</b>	<b>n = 125</b>	<b>n = 129</b>
Positivsymptomatik: M (SD)	16,8 (5,7)	17,1 (5,8)	16,6 (5,6)
Negativsymptomatik: M (SD)	17,7 (6,2)	18,0 (6,4)	17,3 (6,0)
Allgemeine Psychopathologie: M (SD)	34,7 (9,2)	34,9 (9,9)	34,5 (8,5)
<b>Erkrankungsdauer</b> (Jahre zwischen Ersterkrankung und Indexbehandlung)	<b>n = 246</b>	<b>n = 120</b>	<b>n = 126</b>
M (SD)	13,6 (10,1)	13,3 (9,6)	13,9 (10,3)
Mdn (IQR)	11,5 (5–20)	12 (5–18)	11 (5–21,3)
<b>Anzahl stationärer Behandlungen</b> (aufgrund psychotischer Symptomatik)	<b>n = 252</b>	<b>n = 124</b>	<b>n = 128</b>
≤ 3	54 (21,4 %)	30 (24,2 %)	24 (18,8 %)
4–6	76 (30,2 %)	39 (31,5 %)	37 (28,9 %)
7–9	53 (21,0 %)	26 (21,0 %)	27 (21,1 %)
≥ 10	69 (27,4 %)	29 (23,4 %)	40 (31,3 %)
<b>Studienverlauf</b>	<b>n = 266</b>	<b>n = 129</b>	<b>n = 137</b>
Studie regulär beendet	157 (59,0 %)	83 (64,3 %)	74 (54,0 %)
Studienabbruch bei T <sub>0</sub> (Studienabbruch während / nach T <sub>0</sub> und vor Intervention)	42 (15,8 %)	10 (7,8 %)	32 (23,4 %)
Lost to follow up (Studienabbruch nach Intervention und vor T <sub>1</sub> )	67 (25,2 %)	36 (27,9 %)	31 (22,6 %)

\* Die Zahlen beziehen sich immer auf n (%), wenn nicht anders angegeben

**Legende:**

IQR = Interquartilsabstand (Interquartile Range)

M = Mittelwert

Mdn = Median

SD = Standardabweichung (Standard Deviation)

Auch in Bezug auf die Abbruchrate (BV 46,0 % vs. KP 35,7 %) war im Gruppenvergleich kein bedeutsamer Unterschied ( $\chi^2 (1/N = 266) = 2,93, p = 0,087$ ) festzustellen. Ein Unterschied ( $\chi^2 (2/N = 266) = 12,18, p = 0,002$ ) mit geringer Effektstärke ( $V = 0,21$ ) zeigte sich in Bezug auf den Zeitpunkt des Studienabbruchs: während der T<sub>0</sub>-Datenerhebung bzw. nach T<sub>0</sub> und vor Erhalt der Intervention brachen in der BV-Gruppe 23,4 %, in der KP-Gruppe lediglich 7,8 % der Teilnehmer\*innen die Studie ab (ebd.).

Wie Tab. 3 zeigt, unterschieden sich die Studienabbrecher\*innen bezüglich Diagnosen, Erkrankungsdauer, Psychopathologie und psychosozialem Funktionsniveau nicht von den Studienteilnehmer\*innen, die die Studie regulär abschlossen, verfügten jedoch insgesamt über eine geringere Anzahl von stationären Vorbehandlungen (ebd.).

**Tab. 3: Charakteristik der Studienabbrecher\*innen**  
(Rixe et al., 2023b, Zusatzmaterial, E-Tabelle)

Beendigung der Studienteilnahme	Studie regulär beendet (n = 157)	Studie abgebrochen (n = 109)
<b>Anzahl stationärer Behandlungen</b> (aufgrund psychotischer Symptomatik)	<b>n = 157</b>	<b>n = 95</b>
≤ 3	31 (19,7 %)	23 (24,2 %)
4–6	44 (28,0 %)	32 (33,7 %)
7–9	41 (26,1 %)	12 (12,6 %)
≥ 10	41 (26,1 %)	28 (29,5 %)
<b>Erkrankungsdauer</b> (Zeit zwischen Ersterkrankung und Indexbehandlung)	<b>n = 153</b>	<b>n = 93</b>
<i>M (SD)</i>	13,7 (9,6)	13,3 (11,0)
<i>Mdn (IQR)</i>	12 (5,0–20,0)	10 (4,5–19,0)
<b>Diagnosen (SKID I)</b>	<b>n = 157</b>	<b>n = 94</b>
Schizophrenie	113 (72,0 %)	68 (72,3%)
Schizoaffective Störung	35 (22,3 %)	25 (26,6 %)
Andere psychotische Störungen	9 (5,7 %)	1 (1,1 %)
<b>Psychosoziales Funktionsniveau (PSP)</b>	<b>n = 157</b>	<b>n = 98</b>
<i>M (SD)</i>	58,9 (15,0)	54,4 (15,3)
<i>Mdn (IQR)</i>	61 (50,0–70,0)	59 (41,0–65,0)
<b>Psychopathologie (PANSS)</b>	<b>n = 156</b>	<b>n = 98</b>
Positivsymptomatik: <i>M (SD)</i>	15,9 (5,4)	18,3 (5,9)
Negativsymptomatik: <i>M (SD)</i>	17,5 (6,4)	18,0 (5,9)
Allgemeine Psychopathologie: <i>M (SD)</i>	33,7 (8,8)	36,4 (9,6)

**Legende:**

*M* = Mittelwert

*SD* = Standardabweichung (Standard Deviation)

*Mdn* = Median

*IQR* = Interquartilsabstand (Interquartile Range)

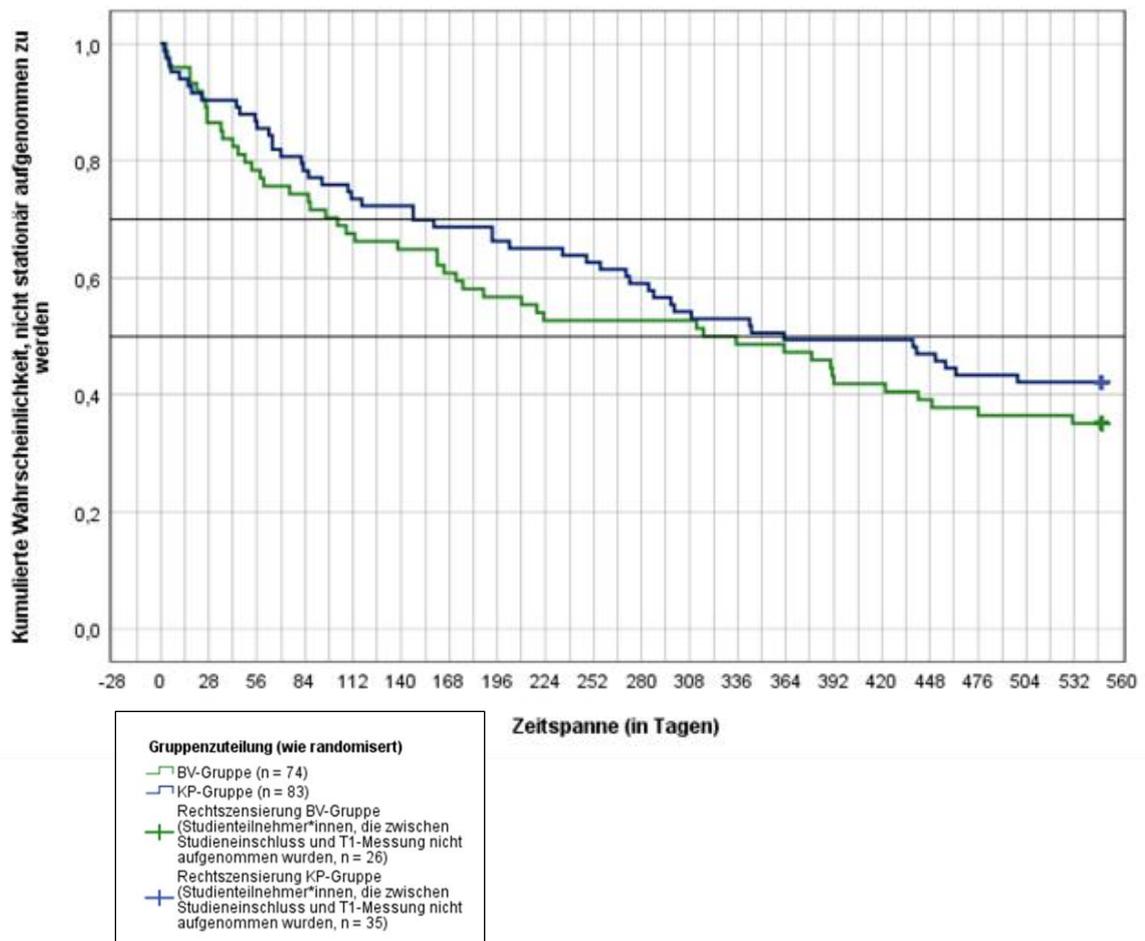
In Bezug auf den 18-Monats-Zeitraum vor der Indexbehandlung zeigten sich im Gruppenvergleich bei den Teilnehmer\*innen, die die Studie regulär beendeten, weder im Hinblick auf die Anzahl noch im Hinblick auf die Dauer stationärer Vorbehandlungen (freiwillig / per Unterbringungsbeschluss) bedeutsame Unterschiede (ebd.). 17 der 155 Studienteilnehmer\*innen erlebten in diesem Zeitraum Zwangsmaßnahmen (11,0 %). Die Daten von 2 Personen konnten wegen uneindeutiger Angaben nicht einbezogen werden.

#### 4.1.2 Auswirkungen auf die Behandlungsdauer per Unterbringungsbeschluss

Zwischen der Indexbehandlung und T<sub>1</sub> wurden sowohl in der BV-Gruppe als auch der KP-Gruppe jeweils 48 Personen stationär in der Psychiatrie behandelt. Dies entsprach 57,8 % der KP-Gruppe und 64,9 % der BV-Gruppe ( $\chi^2 (1/N = 157) = 0,82, p = 0,367$ ). 16 Personen waren in dieser Zeit unfreiwillig in der Psychiatrie. Mit 9 Personen waren anteilig 12,2 % der BV-Gruppe und mit 7 Personen anteilig 8,4 % der KP-Gruppe mindestens einmal per Unterbringungsbeschluss behandelt ( $\chi^2 (1/N = 157) = 0,59, p = 0,441$ ).

Der Zeitpunkt bis zur ersten Wiederaufnahme in der Psychiatrie nach Studieneinschluss lag in der BV-Gruppe bei 108 Tagen (95%-CI [36,22; 179,78]) und in der KP-Gruppe bei 147 Tagen (95%-CI [65,60; 228,41]). Dieser Unterschied war nicht bedeutsam (Log-Rank-Test ( $\chi^2 (1) = 0,024, p = 0,876$ ; Tarone-Ware-Test ( $\chi^2 (1) = 0,141, p = 0,707$ )).

Wie Abb. 4 bzw. die E-Grafik bei Rixe et al. (2023b) zeigt, bestätigte sich dies auch bei Einbeziehung der nicht stationär behandelten Personen (rechtszensierte Daten) (Log-Rank-Test:  $\chi^2 (1) = 0,970, p = 0,325$ ; Tarone-Ware-Test:  $\chi^2 (1) = 1,019, p = 0,313$ ).



**Abb. 4: Zeitspanne bis zur ersten stationären Aufnahme nach Studieneinschluss**  
(Rixe et al., 2023b, E-Grafik)

Wie aus Tab. 4 hervorgeht, zeigte sich in der BV-Gruppe im Vergleich zur KP-Gruppe weder bei der Gesamtzahl der Behandlungen noch bei den Behandlungen per Unterbringungsbeschluss im Follow-up-Zeitraum ein signifikanter Unterschied. Bei genauerer Betrachtung der Unterbringungsbeschlüsse lagen in beiden Gruppen je 8 stationäre Behandlungen per BGB-Unterbringungsbeschluss vor: in der BV-Gruppe waren 8 Personen je einmal per BGB-Beschluss untergebracht, in der KP-Gruppe lediglich 5 Personen, davon eine Person 2x und eine weitere Person 3x. Per PsychKG waren im Follow-up-Zeitraum lediglich 4 Personen untergebracht, 3 davon waren der KP-Gruppe zugeordnet. Diese befanden sich jeweils 1x per PsychKG in stationärer Behandlung, die Person aus der BV-Gruppe wurde 2x gegen ihren Willen per PsychKG stationär behandelt. Die PsychKGs wurden meisten sowohl wegen einer Eigen- als auch Fremdgefährdung eingerichtet, eine Fremdgefährdung wurde alleinig nur in einem Fall als Grund angeführt. Tab. 4 zeigt ebenfalls, dass im Gruppenvergleich auch in Bezug auf die kumulative Behandlungsdauer im Mittel sowohl bei den (voll-/teil-)stationären Behandlungen insgesamt als auch bei der kumulativen Behandlungsdauer per Unterbringungsbeschluss lediglich Tendenzen zugunsten der BV, aber keine signifikanten Unterschiede vorlagen.

**Tab. 4: Kumulative Behandlungsdauer (per Unterbringungsbeschluss) im Gruppenvergleich**  
(in Anlehnung an Rixe et al., 2023b, S. 129, Tabelle 2)

	KP (n = 83) M (SD)	BV (n = 74) M (SD)	Mittelwertdifferenz [95% CI]	p-Wert
Anzahl der Behandlungen in der Klinik insgesamt	1,33 (1,59)	1,58 (1,94)	0,25 [-0,31; 0,81]	0,463
Anzahl der vollstationären Behandlungen	1,18 (1,52)	1,44 (1,87)	0,25 [-0,28; 0,79]	0,472
Anzahl der teilstationären Behandlungen	0,14 (0,39)	0,15 (0,45)	0,01 [-0,12; 0,14]	0,876
Anzahl der Behandlungen per Unterbringungsbeschluss	0,14 (0,51)	0,15 (0,44)	0,02 [-0,13; 0,17]	0,482
Kumulative Behandlungsdauer* in der Klinik	50,16 (74,16)	42,43 (48,60)	-7,72 [-27,31; 11,86]	0,631
Kumulative vollstationäre Behandlungsdauer*	45,88 (72,46)	38,99 (49,15)	-6,89 [-26,24; 12,47]	0,651
Kumulative teilstationäre Behandlungsdauer*	4,28 (12,88)	3,44 (11,63)	-0,84 [-4,72; 3,05]	0,628
Kumulative Behandlungsdauer* per Unterbringungs-Beschluss*	7,92 (30,65)	5,04 (14,35)	-2,88 [-10,58; 4,82]	0,533
Kumulative Behandlungsdauer* per PsychKG	1,36 (8,05)	0,22 (1,86)	-1,14 [-2,94; 0,67]	0,367
Kumulative Behandlungsdauer* per BGB	6,55 (28,60)	4,83 (13,66)	-1,73 [-8,93; 5,48]	0,354

\* Die Angabe der kumulativen Behandlungsdauer erfolgt in Tagen

**Legende:**

CI = Konfidenzintervall

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung (Standard Deviation)

Somit konnte die erste Hypothese dieser Arbeit (s. Kap. 2), dass der Einsatz von BVen im Vergleich mit KPen eine Reduktion von stationären Behandlungstagen per Unterbringungsbeschluss bewirkt, nicht bestätigt werden.

### 4.1.3 Auswirkungen auf Zwangsmaßnahmen

151 der 157 Studienteilnehmer\*innen (96,2 %) erlebten zwischen der Indexbehandlung und T<sub>1</sub> keinerlei Zwangsmaßnahmen (Zwangsmedikationen, Fixierungen und/oder Isolierungen). Die BV-Gruppe war mit 2 Personen (2,7 %) seltener, aber nicht signifikant seltener ( $\chi^2 (1/N = 157) = 0,48, p = 0,490$ ) von Zwangsmaßnahmen betroffen als die KP-Gruppe ( $n = 4$ , d.h. 4,8 % der KP-Gruppe). Insgesamt wurden 16 Zwangsmaßnahmen durchgeführt, davon 9 in der KP-Gruppe und 7 in der BV-Gruppe. Die 9 Zwangsmaßnahmen in der KP-Gruppe setzten sich aus 2 Zwangsmedikationen, 4 Fixierungen mit einer mittleren Dauer von  $M = 32,7$  Stunden ( $R = 7,25-108$ ) und 3 Isolierungen mit einer mittleren Dauer von  $M = 13,1$  Stunden zusammen, die 7 in der BV-Gruppe aus einer Zwangsmedikation, 5 Isolierungen ( $M = 11,2$  Stunden) und einer Fixierung. Diese und eine der Isolierungen erfolgten für jeweils 8 Stunden bei einer Person ohne Unterbringungsbeschluss. Niemand erhielt eine Zwangsmedikation als alleinige Maßnahme.

Wie die Konfidenzintervalle und die Werte der Hypothesentestung ( $p$ -Wert) in Tab. 5 zeigen, handelt es sich bei diesen Auffälligkeiten im Gruppenvergleich lediglich um Tendenzen, nicht um bedeutsame Unterschiede (ebd.). Die Nullhypothese kann weder bei der Art der Zwangsmaßnahme noch bei der Dauer der Maßnahmen abgelehnt werden.

**Tab. 5: Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen\* im Gruppenvergleich**  
(in Anlehnung an Rixe et al., 2023b, S. 130, Tabelle 3)

	KP ( $n = 83$ ) $M (SD)$	BV ( $n = 74$ ) $M (SD)$	Mittelwertdifferenz [95% CI]	$p$ -Wert
Anzahl von Zwangsmaßnahmen*	0,11 (0,57)	0,09 (0,62)	-0,02 [-0,20; 0,17]	0,505
Anzahl von Zwangsmedikationen	0,02 (0,16)	0,01 (0,12)	-0,01 [-0,05; 0,03]	0,630
Anzahl von Fixierungen	0,05 (0,28)	0,01 (0,12)	-0,04 [-0,10; 0,03]	0,364
Anzahl von Isolierungen	0,04 (0,24)	0,07 (0,48)	0,03 [-0,09; 0,15]	0,908
Kumulative Dauer** von Fixierungen	94,51 (728,56)	6,49 (55,80)	-88,02 [-247,60; 71,56]	0,367
Kumulative Dauer** von Isolierungen	28,50 (185,70)	45,96 (343,32)	17,45 [-68,32; 103,22]	0,908

\* Zwangsmaßnahmen = Zwangsmedikationen, Fixierungen und Isolierungen

\*\* Die Angabe der kumulativen Dauer von Fixierungen erfolgt in Minuten

**Legende:**

CI = Konfidenzintervall

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung (Standard Deviation)

Somit konnten auch zwei weitere Hypothesen dieser Arbeit (s. Kap. 2) durch die Studie nicht bestätigt werden:

- Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Anzahl von Zwangsmaßnahmen (Hypothese 2).
- Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Dauer von Zwangsmaßnahmen (Hypothese 3).

#### 4.1.4 Auswirkungen auf Partizipation und Vertrauen ins Behandlungsteam

Wie Tab. 6 (s.u.) bzw. Tab. 4 bei Rixe et al. (2023b) zu entnehmen ist, waren die BVen bei der subjektiven Einschätzung der Intervention durch die Studienteilnehmer\*innen den KPen im Mittelwertvergleich in allen abgefragten Punkten überlegen. Stark signifikante Unterschiede fanden sich beim aktiven Mitgestalten der Behandlung ( $Z = -3,16$ ,  $p = 0,002$ ) sowie beim Zugewinn an Vertrauen in das Behandlungsteam ( $Z = -3,12$ ,  $p = 0,002$ ). Auch bei der positiven Beeinflussung des eigenen Genesungsprozesses gab es einen signifikanten Unterschied zugunsten der BV ( $Z = -1,999$ ,  $p = 0,042$ ).

Da für das Ausfüllen dieses Fragebogens die Erinnerung an die durchgeführte Intervention vorausgesetzt wurde (s. Kap. 3.1.7), minimierte sich die Anzahl der Datensätze für die Analyse auf 113 (BV Gruppe  $n = 50$  versus KP-Gruppe  $n = 63$ ). Bei dem Item „Die Maßnahme hat sich positiv auf nachfolgende stationäre Behandlungen ausgewirkt“ reduzierte sich die Anzahl der Datensätze nochmals, weil dieses Item nur den Personen, die im Follow-Up-Zeitraum stationär behandelt wurden, vorbehalten war (s. Kap. 3.1.7).

**Tab. 6: Subjektive Einschätzung der Intervention**  
(in Anlehnung an Rixe et al., 2023b, S. 131, Tabelle 4)

	KP	BV	Mittelwertdifferenz [95 % CI]	p-Wert
	<i>n</i> M (SD)	<i>n</i> M (SD)		
Durch die Maßnahme konnte ich meine Behandlung aktiv mitgestalten.	<i>n</i> = 60 2,9 (1,3)	<i>n</i> = 47 3,7 (1,1)	0,81 [0,33; 1,29]	0,002
Die Maßnahme hat sich positiv auf den Verlauf meiner Erkrankung ausgewirkt.	<i>n</i> = 59 2,9 (1,4)	<i>n</i> = 47 3,2 (1,2)	0,31 [-0,20; 0,83]	0,256
Die Maßnahme hat sich positiv auf nachfolgende stationäre Behandlungen ausgewirkt. **	<i>n</i> = 37 2,9 (1,3)	<i>n</i> = 27 3,4 (1,2)	0,54 [-0,11; 1,19]	0,127
Durch die Maßnahme habe ich mehr Vertrauen in das Behandlungsteam im Krankenhaus gewonnen.	<i>n</i> = 61 3,0 (1,4)	<i>n</i> = 50 3,8 (1,2)	0,79 [0,31; 1,28]	0,002
Durch die Maßnahme konnte ich meinen eigenen Genesungsprozess positiv beeinflussen.	<i>n</i> = 61 3,0 (1,3)	<i>n</i> = 48 3,5 (1,1)	0,51 [0,04; 0,98]	0,046
Durch die Maßnahme würde ich mich früher / niederschwelliger stationär behandeln lassen als vor der Maßnahme.	<i>n</i> = 62 3,1 (1,3)	<i>n</i> = 50 3,4 (1,4)	0,31 [-0,20; 0,82]	0,153
Ich habe die Maßnahme insgesamt als hilfreich für mich empfunden.	<i>n</i> = 62 3,7 (1,2)	<i>n</i> = 50 3,8 (1,1)	0,11 [-0,33; 0,55]	0,931
Ich würde die Maßnahme weiterempfehlen.	<i>n</i> = 63 3,8 (1,3)	<i>n</i> = 50 4,0 (1,1)	0,26 [-0,19; 0,72]	0,389

\* Voraussetzung für das Ausfüllen der fünfstufigen Likert-Skala stellte das Erinnern der Maßnahme dar.

\*\* Beantwortung nur durch Studienteilnehmer\*innen, die nach dem Indexaufenthalt noch einmal in stationärer Behandlung waren.

**Legende:**

CI = Konfidenzintervall

M = Mittelwert

SD = Standardabweichung (Standard Deviation)

Somit konnten folgende zwei Hypothesen (s. Kap. 2) durch die Studie bestätigt werden:

- Mithilfe von BVen können sich Patient\*innen aktiver in die Behandlung einbringen als mithilfe von KPen (Hypothese 4),
- BVen bewirken mehr Zugewinn an Vertrauen zum Behandlungsteam als KPe (Hypothese 5).

## 4.2 Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse

Auch die hier beschriebenen Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse sind in einem Fachartikel veröffentlicht (Rixe et al., 2024).

### 4.2.1 Stichprobencharakteristik

Wie dort (ebd.) beschrieben, waren die 99 Studienteilnehmer\*innen, die im Rahmen der ADiP-Studie protokollgemäß eine BV erhielten, im Mittel 38,9 Jahre alt und mit einem Anteil von 59,6 % männlich ( $n = 59$ ). 70 der 99 Personen (70,7 %) waren an einer Schizophrenie, 22 (22,2 %) an einer schizoaffektiven Störung und die restlichen 7 Personen (7,1 %) an einer anderen psychotischen Störung erkrankt. Mit 82,8 % wurde ein Großteil der Personen ( $n = 82$ ) bereits häufiger als drei Mal stationär psychiatrisch behandelt. Zwischen Ersterkrankung und Studienteilnahme lagen im Mittel 13,65 Jahre ( $SD = 9,81$ ). Mit einem PSP-Wert von durchschnittlich 60,04 ( $SD = 13,55$ ) wiesen die Personen mit protokollgemäß erstellten BVen unterschiedliche Schwierigkeitsgrade bei der persönlichen und sozialen Leistungsfähigkeit auf. Schwierigkeiten wurden insbesondere im Bereich der sozial nützlichen Aktivitäten angegeben. Hier zeigten 40 Personen (40,4 %) sogar ausgeprägte bis schwerwiegende Schwierigkeiten.

### 4.2.2 Interventionen in sich zuspitzenden Krisensituationen

Wie bereits in Kap. 3.2.1 erwähnt, wurden in 98 der 99 BVen Interventionen für Krisensituationen festgelegt. Mehr als die Hälfte der Personen wählten aus den neun vorgegebenen Kategorien folgende Maßnahmen aus (s. Tab. 7 bzw. Rixe et al., 2024):

1. Rückzug in eine reizarme Umgebung (64,3 %),
2. Gespräch (62,2 %),
3. Spaziergang (57,1 %).

Von mehr als einem Drittel der Personen wurde „eine Vertrauensperson hinzuziehen“, „Musik hören bzw. machen“ oder eine frei formulierte Intervention vereinbart (s. Tab 7). In dieser Kategorie nannten 13 Personen über die Mehrfachnennungsoption insgesamt 19 konkrete Interventionen durch das (Pflege-)Personal (z.B. enge pflegerische Betreuung, Einzelbegleitung, Fußbad, wohltuende pflegerische Angebote, Orientierungshilfe). Weitere 13 Personen gaben selbständige Aktivitäten zur Ablenkung (z.B. rauchen, lesen, fernsehen, malen, backen) an. 7 Personen führten an, dass sie Ruhe benötigen und/oder für sich sein möchten, und weitere 7 nannten „Getränke anbieten“ als hilfreiche Intervention. Als hilfreiche Intervention bei sich zuspitzenden Krisensituationen formulierten 8 Personen (Bedarfs-)Medikation, zwei Mal wurden glaubensbezogene Maßnahmen („beten“ und „Hinzuziehen der Seelsorge“) formuliert. (Vgl. Rixe et al., 2024)

**Tab. 7: Interventionen bei Krisenzuspitzungen nach Geschlecht**  
(Rixe et al., 2024, Tab. 1)

In sich zuspitzenden Krisensituationen soll unbedingt Folgendes versucht werden (Mehrfachnennung möglich): *	Alle BV (n = 98)	BV von Männern (n = 58)	BV von Frauen (n = 40)	Cramérs V	p-Wert
1. Vertrauensperson hinzuziehen	43 (43,9 %)	23 (39,7 %)	20 (50,0 %)	0,102	0,310
2. Spaziergang	56 (57,1 %)	29 (50,0 %)	27 (67,5 %)	0,174	0,085
3. Bad	13 (13,3 %)	5 (8,6 %)	8 (20,0 %)	0,165	0,103
4. Gespräch	61 (62,2 %)	33 (56,9 %)	28 (70,0 %)	0,133	0,188
5. Musik hören/machen	41 (41,8 %)	23 (39,7 %)	18 (45,0 %)	0,053	0,598
6. Rückzug in reizarme Umgebung	63 (64,3 %)	34 (58,6 %)	29 (72,5 %)	0,142	0,159
7. Einzelbetreuung durch Sitzwachen	9 (9,2 %)	4 (6,9 %)	5 (12,5 %)	0,095	0,345
8. Bewegung (z. B. Laufen, Sandsack)	25 (25,5 %)	12 (20,7 %)	13 (32,5 %)	0,133	0,187
9. Essen anbieten	25 (25,5 %)	13 (22,4 %)	12 (30,0 %)	0,086	0,397
10. Individuell formulierte Interventionen	39 (39,8 %)	24 (41,4 %)	15 (37,5 %)	0,039	0,700

\* Reihenfolge der vorgegebenen Kategorien 1–10 entsprechend der Reihenfolge in den BV

Die vorgegebene Kategorie, die lediglich von 9 Personen und somit am seltensten ausgewählt wurde, war die „Einzelbetreuung durch Sitzwache“.

#### 4.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Interventionen

Wie Tab. 7 und auch dem Artikel von Rixe et al. (ebd.) zu entnehmen ist, zeigten sich bei den vorgegebenen Kategorien zwei auffällige, aber nicht signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke: Frauen vereinbarten häufiger einen Spaziergang oder ein Bad als Männer. Unter den vorgegebenen Kategorien zeigte sich lediglich ein signifikanter Unterschied ( $p = 0,041$ ) bei der Anzahl der ausgewählten Kategorien: Weibliche Personen wählten im Mittel 4 ( $SD = 2,21$ ) der vorgegebenen Interventionen, Männer im Mittel 3 Interventionen ( $SD = 1,58$ ) aus.

Bei den freien Formulierungen waren in Bezug auf das Geschlecht zwei Auffälligkeiten feststellen (ebd.): Ausschließlich männliche Personen nannten glaubensbezogene Maßnahmen ( $n = 2$ ) sowie (Bedarfs-)Medikation ( $n = 8$ ) als hilfreiche Intervention in sich zuspitzenden Krisensituationen. Wie auch bei Rixe et al. (ebd.) dargestellt, zeigte sich bei der (Bedarfs)Medikation als Intervention über alle Kategorien hinweg der einzige signifikante Unterschied mit geringer bis moderater Effektstärke in Bezug auf das Geschlecht ( $\chi^2(1) = 6,008$ ,  $p = 0,020$ ,  $V = 0,248$ ).

Signifikante Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht lagen somit ausschließlich in Bezug auf die Menge der ausgewählten Interventionen und bei (Bedarfs-)Medikation als Intervention in Krisensituationen vor (ebd.).

## 5. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es durch die in dieser Arbeit beschriebenen Forschung, der ADiP-Studie und der Sekundärdatenanalyse, gelungen ist, Antworten – wenngleich nicht abschließend – auf die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit zu finden, inwiefern Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen und zur Förderung von Partizipation beitragen.

### 5.1 Diskussion der ADiP-Studie

Mithilfe der ADiP-Studie wurden folgende fünf Hypothesen (s. Kap. 2) überprüft:

1. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion von stationären Behandlungstagen per Unterbringungsbeschluss;
2. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Anzahl von Zwangsmaßnahmen;
3. Der Einsatz von BVen bewirkt im Vergleich mit KPen eine Reduktion der Dauer von Zwangsmaßnahmen;
4. Mithilfe von BVen können sich Patient\*innen aktiver in die Behandlung einbringen als mithilfe von KPen;
5. BVen bewirken mehr Zugewinn an Vertrauen zum Behandlungsteam als KPe.

Durch die Ergebnisse der ADiP-Studie (s. Kap. 4.1) konnten ausschließlich die letzten beiden Hypothesen bestätigt werden. Die Diskussion von Ergebnissen und Methodik der ADiP-Studie ist in verkürzter Form auch bei Rixe et al. (2023b) nachzulesen.

#### 5.1.1 Kumulative Behandlungsdauer per Unterbringungsbeschluss

In Bezug auf die kumulative Behandlungsdauer konnte weder insgesamt, noch im Hinblick auf die Behandlungsdauer mit Unterbringungsbeschluss eine Überlegenheit der BV gegenüber dem KP nachgewiesen werden (ebd.). Dies widerspricht den Ergebnissen von Henderson et al. (2004), deckt sich aber mit den Ergebnissen der CRIMSON-Studie (Thornicroft et al., 2013), die der BV bzw. dem JCP keine Überlegenheit in Bezug auf Unterbringungsbeschlüsse nachweisen konnte (s. Kap. 1.3.4).

Als mögliche Begründung für diesen Befund diskutieren Thornicroft et al. (ebd.) Schwierigkeiten bei der Umsetzung der JCPs bzw. deren eingeschränkte Modelltreue. Zudem führen sie eine insgesamt verbesserte Krisenplanung in der Standardbehandlung und fehlendes Engagement bei der Krisenplanung in der JCP-Gruppe als potentielle Gründe für das Ausbleiben signifikanter Effekte an. Dies ist auch für die ADiP-Studie nicht auszuschließen, es mangelt aber an konkreten Hinweisen dafür (Rixe et al., 2023b).

Keinen konkreten Hinweis, aber ggf. einen vagen Anhaltspunkt für eine eingeschränkte Modelltreue liefert die eingeschränkte Erinnerung an die Intervention, die dem Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Intervention zu entnehmen ist: Vor dem Hintergrund, dass sich die BVen und KPe hinsichtlich Inhalt und Aufwand deutlich voneinander unterscheiden, ist die eingeschränkte Erinnerung an die Maßnahme – lediglich 50 der 73 Personen (68,5 %) erinnerten sich an die BV als Intervention, an den KP erinnerten sich im Gegensatz 75,9 % (63 von 83 Personen der KP-Gruppe) – erstaunlich und könnte als Hinweis für eine eingeschränkte Modelltreue gedeutet werden. Durch weitere Parameter lässt sich dieser vage Anhaltspunkt jedoch nicht untermauern.

Bei der Interpretation der Ergebnisse der ADiP-Studie muss jedoch im Hinblick auf die Anzahl und die Dauer der Behandlungen per Unterbringungsbeschluss noch ein weiterer Aspekt berücksichtigt werden: Insgesamt waren nur 16 Studienteilnehmer\*innen, die die Studie regulär abschlossen, zwischen der Indexbehandlung und T<sub>1</sub> per Unterbringungsbeschluss in stationärer Behandlung. Somit handelte es sich bei Behandlungen gegen den Willen der Patient\*innen um ein eher seltenes Phänomen. Dies ist insbesondere aus ethischer Perspektive ein ausgesprochen erfreulicher Befund, erschwerte in der ADiP-Studie aber den Erhalt von Ergebnissen, die verallgemeinert werden können (ebd.).

Mit 16 stationär per Unterbringungsbeschluss (BGB oder PsychKG) behandelten Personen in der Stichprobe ( $n = 157$ ) lag die Quote per Beschluss behandelter Personen in der ADiP-Studie bei 10,2 %. Bei Vergleichen mit Ergebnissen anderer Studien muss berücksichtigt werden, dass diese Quote lediglich aussagt, dass die betreffenden Personen mindestens einmal gegen ihren Willen behandelt wurden. Die Quote liefert keinen Anhaltspunkt für den Zeitpunkt des Unterbringungsbeschlusses während der laufenden Behandlung. Entsprechend ist unklar, wie hoch die Quote der Zwangseinweisungen ist. Aus einer 2016 durchgeführten, deutschlandweiten Befragung im Rahmen der ZIPHER-Studie, die auf die Erfassung und Reduktion auf Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem abzielte, ging im Mittel eine Unterbringungsquote von 13,4 % ( $SD = 10,9$ ) hervor (Efkemann, Haußleiter, Steinert, Hoffmann & Juckel, 2022). Im regionalen Vergleich lagen dort die Unterbringungsquoten in zwei Regionen – in Mittelrhein-Thüringen (7,7 %,  $SD = 6,3$ ) und in Baden-Württemberg (9,3 %,  $SD = 10,9$ ) – unter der in der ADiP-Studie vorliegenden Quote von 10,2 %, aber bei der Quote in NRW (16,5 %,  $SD = 12,9$ ) 6,3 Prozentpunkte darüber. Die Standardabweichung weist allerdings auf eine erhebliche Streuung bei den Unterbringungsquoten unterschiedlicher Kliniken in NRW hin. Es könnte somit sein, dass die Unterbringungsquoten der in der ADiP-Studie teilnehmenden Kliniken bereits 2016 niedriger waren, die deutlich geringere Unterbringungsquote in der ADiP-Studie könnte aber auch im Zusammenhang mit gesetzlichen Änderungen stehen.

So wurden z.B. in NRW durch die Novellierung des PsychKGs im Jahr 2017 die Selbstbestimmungsrechte der Patient\*innen gestärkt, die Kriterien für eine Unterbringung präzisiert und Anforderungen für richterliche Kontrollen strenger formuliert. Auch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Jahr 2018 stärkt das Selbstbestimmungsrecht und die Grundrechte von Menschen mit einer psychischen Erkrankung und könnte ebenfalls zu einer Reduktion von Unterbringungsbeschlüssen beigetragen haben.

Hinsichtlich des Zeitrahmens ist beim Vergleich der Daten aus der ZIPHER-Studie, die das ganze Jahr 2016 abbilden, und der ADiP-Studie darüber hinaus zu berücksichtigen, dass sich aus dieser keine jahresbezogenen Rückschlüsse auf die Unterbringungsquote ziehen lassen. Dies liegt darin begründet, dass sich die ADiP-Daten auf den 18-monatigen Follow-Up-Zeitraum der jeweiligen Studienteilnehmer\*innen beziehen. Dieser fiel zwar immer in die Studienlaufzeit – folglich in die Zeit zwischen 2018 und 2020 – variierte in diesem Zeitraum aber je nach Zeitpunkt des Studieneinschlusses individuell.

Im Vergleich mit den Daten aus der ZIPHER-Studie muss darüber hinaus berücksichtigt werden, dass Angaben zur konkreten Unterbringungsart (BGB oder PsychKG) im Artikel von Efke et al. (2022) fehlen, und daraus nicht eindeutig hervorgeht, inwiefern Unterbringungsbeschlüsse, die jenseits von Zwangseinweisungen während der Behandlung eingerichtet wurden, in der Unterbringungsquote einbezogen wurden. Es wird zwar die Unterbringungsquote berichtet, diese im englischen Abstract aber mit „involuntary admission quote“ (ebd., S. 345) übersetzt und auch an anderer Stelle der Fokus auf die Aufnahme gerichtet (ebd., S. 347). Somit bleibt unklar, welche unfreiwilligen Behandlungen genau die Unterbringungsquote umfasst. Für einen Vergleich der Unterbringungsquoten ist diese Information zur Ausgangslage aber unerlässlich, weil nicht jeder Unterbringungsbeschluss als Zwangseinweisung zu Beginn einer Behandlung erwirkt wird.

So geht z.B. aus einer Studie von Peters, Schmitz-Buhl, Karasch, Zielasek und Gouzoulis-Mayfrank (2022) hervor, dass 2011 in Köln von 1773 PsychKG-Beschlüssen 20,6 % nicht zu Beginn der Behandlung eingerichtet wurden, sondern im Laufe der Behandlung. Zwangseinweisungen machten entsprechend lediglich 79,4 % der Unterbringungsquote aus. Allerdings geht aus dieser Studie auch hervor, dass sich die Personen, die zwangseinwiesen wurden, und die Personen, die freiwillig zur Aufnahme kamen und im Behandlungsverlauf einen PsychKG-Beschluss eingerichtet bekamen, nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Somit lassen sich inhaltlich für Forschung und Praxis (z.B. bei Interventionen zur Verhinderung von Zwang) keine Differenzierungsbedarfe hinsichtlich des Beschluss-Zeitpunkts ableiten, im Vergleich von Unterbringungsquoten muss die Ausgangslage aber selbstverständlich berücksichtigt werden. Inwiefern sich die Ergebnisse von Peters et al. (ebd.) auch auf BGB-Beschlüsse übertragen lassen, bleibt unklar.

Auch bei internationalen Vergleichen stellt insbesondere die fehlende Angabe zum Zeitpunkt der Unterbringungsbeschlüsse in der ADiP-Studie (Zwangseinweisung oder im Behandlungsverlauf eingerichteter Unterbringungsbeschluss) ein Hindernis dar. So geht aus einer Studie aus der Schweiz von Arnold et al. (2019) zwischen 2013 und 2015 für die Erwachsenenpsychiatrie in Basel eine Zwangseinweisungsquote von 10,6 % hervor. Obgleich diese Quote nah an der aus der ADiP-Studie (10,2 %) liegt, ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei lediglich um die Quote für Zwangseinweisungen handelt, die Unterbringungsbeschlüsse zu anderen Behandlungszeitpunkten nicht umfasst. Diese sind bei der Unterbringungsquote aus der ADiP-Studie aber nicht auszuschließen. Eine vergleichbar hohe Quote geht auch aus einer Multicenter-Querschnittsstudie von Maina et al. (2021) aus dem Nordwesten Italiens hervor. Dort zeigte sich unter den erstmalig aufgenommenen Patient\*innen eine Zwangseinweisungsquote von 10,1 %, die allgemeine Quote der unfreiwilligen Behandlungen lag 1,0 Prozentpunkte darunter bei 9,1 %. Da für die Teilnahme an der ADiP-Studie vorherige stationäre Behandlungen vorausgesetzt waren, kann für einen Vergleich nur die allgemeine Quote herangezogen werden. Neben der Definition der Quote erschweren aber auch weitere Aspekte Vergleiche mit Daten anderer Länder: Wie einem Review von Wasserman et al. (2020) zu entnehmen ist, gestalten sich länderübergreifende Vergleiche von Ergebnissen zu Zwangseinweisungen schwierig, weil Unterschiede in Bezug auf die rechtliche Rahmung für stationäre Behandlungen gegen den Willen der Patient\*innen – insbesondere z.B. bei den Aufnahmekriterien – vorliegen. Teilweise ist die Unterbringung nicht in zusätzlichen Gesetzen, sondern in den allgemeinen Rechten verankert, ausschließlich für Deutschland werden bundeslandbezogene Unterschiede aufgeführt. Wasserman et al. (ebd.) beleuchten zwar nur die Hürden für den Vergleich innerhalb Europas, es ist aber nicht davon auszugehen, dass die Hürden im internationalen Vergleich jenseits Europas geringer sind. Bei Überprüfung der Studienlage zu unfreiwilligen Behandlungen ist noch ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen: Über die Quote lassen sich keinerlei Rückschlüsse auf die Dauer der Unterbringungsbeschlüsse ziehen. Diese könnte aber insbesondere vor dem Hintergrund der in Tab. 4 (s. Kap. 4.1.2) dargestellten Ergebnisse relevant sein, da u.a. die hohe Standardabweichung auf eine weite Streuung der Daten hinweist. Bei den 16 Behandlungen per BGB-Beschluss lag die kumulative Behandlungsdauer zwischen 16 und 149 Tagen, während bei den fünf Unterbringungen per PsychKG die kumulative Behandlungsdauer zwischen 5 und 61 Tagen lag. Die Dauer der Unterbringungsbeschlüsse zeigte sowohl im Hinblick auf BGB-Beschlüsse als auch bei Unterbringungen per PsychKG Tendenzen zugunsten der BV. Es ist davon auszugehen, dass die Dauer der unfreiwilligen Behandlung für die Patient\*innen durchaus von Bedeutung ist.

### 5.1.2 Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen

Zusammenfassend lässt sich auch in Bezug auf Zwangsmaßnahmen feststellen, dass es sich dabei in der ADiP-Studie um seltene Phänomene handelte (Rixe et al., 2023b). Dies erschwerte zwar den Erhalt signifikanter Ergebnisse, ist aber im Hinblick auf die Wahrung von international geforderten Menschenrechten und von in Deutschland geltenden Grundrechten ein erfreuliches, gleichwohl aber kein überraschendes Ergebnis.

Mit lediglich 6 Personen, bei denen im Follow-Up-Zeitraum eine Zwangsmedikation, eine Isolierung und/oder eine Fixierung erfolgte (BV-Gruppe  $n = 2$ , KP-Gruppe  $n = 4$ ), liegt die Quote der Zwangsmaßnahmen unter den 157 Studienteilnehmer\*innen, die die Studie regulär abschlossen und deren Daten in die Auswertung eingingen, bei 3,8 %. Da keine der betroffenen Personen alleinig eine Zwangsmedikation erhielt, sondern immer auch isoliert und/oder fixiert wurde, ist diese Quote inhaltlich vergleichbar mit der bei Flammer, Hirsch und Steinert (2021) bzw. bei Steinert, Hirsch und Flammer (2022) angegebenen Quote von 2019 aus Baden-Württemberg. Diese umfasst alle Fälle, die dort im Laufe des Jahres 2019 isoliert und/oder fixiert waren und in das landesweite Register eingingen, und liegt mit 5,8 % über der Quote in der ADiP-Studie. Der Anteil isolierter Patient\*innen liegt bei Steinert et al. (ebd.) bei 2,9 %, der Anteil fixierter Patient\*innen bei 3,6 %. Mit jeweils 2,5 % liegt sowohl der Anteil isolierter als auch der Anteil fixierter Personen in der ADiP-Studie 0,4 bzw. 1,1 Prozentpunkte darunter. Darüber hinaus extrahierten Steinert et al. (ebd.) aus den Registerdaten explizit den Anteil von Fixierungen mit einer Dauer von max. 30 Minuten, da durch das zuvor zitierte Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, 2018) alle Fixierungen, deren Dauer diese zeitliche Grenze überschreiten, einer gesonderten richterlichen Genehmigung bedürfen. Die anteilige Zunahme von Fixierungen, die weniger als 30 Minuten andauerten, von 1,8 % in den Jahren 2015–2017 auf 10,5 % in 2019 führen Flammer et al. (2021) und Steinert et al. (2022) auf diese gesetzliche Änderung zurück. Mit 7,25 Stunden als kürzeste Fixierungsdauer liefern die ADiP-Daten keine Anhaltspunkte für Effekte durch die gesetzliche Änderung. Unter den Studienteilnehmer\*innen der ADiP-Studie erfolgten im Follow-Up-Zeitraum insgesamt 5 Fixierungen und 8 Isolierungen, 2 Personen waren in diesem Zeitraum sowohl fixiert als auch isoliert. Das Verhältnis Fixierung zu Isolierung betrug somit 38,5 % zu 61,5 %. Steinert et al. (ebd.) berichten für 2019 ein Verhältnis von 43,1 % zu 56,9 %. Schließlich kann festgehalten werden, dass zwischen der ADiP-Studie und den Registerdaten zwar keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Anteile von Fixierungen und Isolierungen vorlagen, dass aber alle Anteile im Follow-Up-Zeitraum der ADiP-Studie unter den Quoten in Baden-Württemberg von 2019 lagen. Dies gilt besonders für die BV-Gruppe, in der nur 2 Personen von Zwangsmaßnahmen betroffen waren (2,7 %).

Auch eine andere Studie aus Deutschland bezieht sich auf Daten von 2019, allerdings auf Daten aus einem anderen Bundesland, dem Stadtstaat Berlin, und dort lediglich aus einem psychiatrischen Krankenhaus (Cole et al., 2023). Durch diese retrospektive Querschnittsstudie wurde das Ziel verfolgt, die Zeitpunkte von Zwangsmaßnahmen (Fixierung und Isolierung) und deren Prädiktoren zu untersuchen. Aus der Querschnittsstudie von Cole et al. geht jedoch auch eine Quote für Fixierungen und Isolierungen hervor. Diese lag bei 16,8 %. Diese hohe, verglichen mit der ADiP-Studie deutlich höhere Quote lässt sich ggf. dadurch erklären, dass in die Studie von Cole et al. ausschließlich Notaufnahmen einbezogen wurden, in die ADiP-Studie aber auch reguläre Aufnahmen eingingen. Auch die Quote von Zwangseinweisungen lag bei Cole et al. mit 23,2 % mehr als doppelt so hoch wie in der ADiP-Studie (10,2 %), obgleich diese nicht nur Zwangseinweisungen, sondern auch Unterbringungsbeschlüsse zu späteren Zeitpunkten im Behandlungsverlauf umfasste. Diese hohe Zwangseinweisungsquote könnte ebenfalls im Zusammenhang mit der für die Studie vorausgesetzten Aufnahmeart, der Notaufnahme, stehen.

Darüber hinaus ist beim Vergleich der Ergebnisse zu Zwangsmaßnahmen zu berücksichtigen, dass Cole et al. (ebd.) bei psychotischen Syndromen in der Aufnahmesituation ein vergleichsweise geringeres Risiko für spätere Fixierungen und Isolierungen feststellten. Für die Teilnahme an der ADiP-Studie war eine psychotische Störung als Einschlusskriterium vorausgesetzt. Zur psychopathologischen Symptomatik bei Aufnahme liefert die ADiP-Studie jedoch keine Daten, lediglich bei Studieneinschluss. Zu dem Zeitpunkt lag im Mittel eine moderate Symptomatik vor (s. Tab. 2, s. Kap. 4.1.1). Dies könnte darauf hindeuten, dass auch bei der Aufnahme bei den Studienteilnehmer\*innen psychotische Symptome vorlagen, eine psychotische Symptomatik bei Aufnahme ist zumindest nicht auszuschließen. Auch dies könnte zur Erklärung der im Vergleich mit Cole et al. deutlich niedrigeren Quoten von Zwangsmaßnahmen in der ADiP-Studie beitragen. Es muss jedoch ebenso in Betracht gezogen werden, dass andere Studien (z.B. Müller et al., 2023) psychotische Störungen als Prädiktor für Zwangsmaßnahmen identifizierten und die Diagnose dort mit einem höheren Zwangsmaßnahmenrisiko assoziiert wurde.

Auch die bereits in Kap. 1.2 zitierte Studie von Steinert et al. (2020) zeigt, dass Patient\*innen mit Schizophrenie im Jahr 2019 mit 13,7 % einen höheren Anteil von Zwangsmaßnahmen als Patient\*innen mit anderen Diagnosen – organische Störungen ausgenommen – aufwiesen (5,4 %). In dieser Publikation von Steinert et al. (2020) werden die Zwangsmaßnahmenquoten im Gegensatz zu den oben aufgeführten Publikationen von Flammer et al. (2021) und Steinert et al. (2022) nach Diagnosen differenziert und auch die Dauer der angewendeten Zwangsmaßnahmen diagnosebezogen per Mittelwert dargestellt. Dabei wird nicht zwischen Fixierung und Isolierung unterschieden.

Die Dauer von Zwangsmaßnahmen lag 2019 bei Steinert et al. (2020) diagnoseübergreifend – organische Störungen ausgenommen – bei 43,5 Stunden, bei den Patient\*innen mit einer Schizophrenie im Mittel bei 53,8 Stunden. Im Vergleich mit allen anderen psychischen Störungsbildern wies nur die Gruppe der Menschen mit Intelligenzstörungen mit 20,8 % einen höheren Anteil an Zwangsmaßnahmen und mit im Mittel 222,9 Stunden auch eine deutlich längere Dauer der Zwangsmaßnahmen auf (ebd.).

In der ADiP-Studie erfolgten Fixierungen im Mittel über 27,1, Isolierungen im Mittel über 12,0 Stunden. Beides gewichtet zusammengefasst, ergibt im Mittel eine Dauer von 17,8 Stunden. Da die Teilnahme an der ADiP-Studie ausschließlich Patient\*innen mit einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen vorbehalten war, sind die Daten der Personen mit einer Schizophrenie aus der Publikation von Steinert et al. (ebd.) als Vergleichswerte besonders geeignet. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede sowohl in Bezug auf den Anteil von Zwangsmaßnahmen (3,8 % vs. 13,7 %) als auch auf die Dauer der angewendeten Zwangsmaßnahmen (17,8 Stunden vs. 53,8 Stunden). Vor dem Hintergrund, dass, wie oben beschrieben, der Anteil sehr kurzer Fixierungen mit einer Dauer von weniger als 30 Minuten bei 10,5 % der Fixierungen lag, und derlei Fixierungen in der ADiP-Studie nicht vorkamen, ist die Differenz des Mittelwertes von 36 Stunden umso erstaunlicher. Dies könnte einen Hinweis darauf liefern, dass die Studienpopulation der ADiP-Studie, insbesondere die Personen, die die Studie regulär abschlossen und deren Daten in die Auswertung eingegangen sind, einem Selektions-Bias unterlag. Es ist aber auch nicht auszuschließen, dass sowohl die BV als auch der KP einen Effekt bewirkten. Auch aus der Studie von Müller et al. (2023) gehen Daten zu Zwangsmaßnahmen hervor. Diese beziehen sich auf eine Psychiatrie in der Schweiz im Zeitraum von 2017 bis 2020. Von den 16607 Fällen erlebten 1140 (6,9 %) Zwangsmaßnahmen. Zwangsmedikationen erhielten 662 behandelte Personen (4,0 %), bei 6,0 % der Fälle wurden Isolierungen, bei 0,3 % Fixierungen durchgeführt. Verglichen mit der ADiP-Studie lag bei Müller et al. (ebd.) mit 6,0 % eine höhere Zwangsmaßnahmenquote insgesamt, aber eine deutlich niedrigere Fixierungsquote als in der ADiP-Studie vor. Das Verhältnis von Fixierung zu Isolierung liegt bei Müller et al. (ebd.) bei 4,2 % ( $n = 44$ ) zu 95,8 % ( $n = 1002$ ). Inwiefern dies mit national gültigen Vorgaben und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) wie z.B. dem Subsidiaritätsprinzip bzw. der Auswahl „der am wenigsten belastenden Maßnahme“ (SAMW, 2018, S. 14) oder mit der geringeren Betreuungsintensität bei Isolierungen (15-minütiger Überwachungsintervall durch ein Beobachtungsfenster) im Vergleich zu Fixierungen (kontinuierliche 1:1-Begleitung durch Personal) zusammenhängt, geht aus der Studie nicht hervor. Ebenso fehlen Angaben zur Dauer der angewendeten Zwangsmaßnahmen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mannigfaltige Erklärungsansätze für den höheren Anteil von Zwangsmaßnahmen bei Steinert et al. (2020), Flammer et al. (2021) bzw. Steinert et al. (2022) und auch den deutlich höheren Anteil bei Cole et al. (2023) im Vergleich zur ADiP-Studie bestehen. Ebenso wurden mögliche Erklärungsansätze für den deutlich höheren Anteil von Isolierungen bei Müller et al. (2023) diskutiert.

Nicht gänzlich in der ADiP-Studie auszuschließen ist ein Selektions-Bias. Die Angaben zum 18-Monats-Zeitraum vor dem Indexaufenthalt (s. Kap. 4.1.1) sprechen aber in Bezug auf Zwangsmaßnahmen gegen diese systematische Verzerrung. So lag der Anteil der Studienteilnehmer\*innen, bei denen im 18-Monats-Zeitraum vor dem Indexaufenthalt Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden, mit im Mittel 11,0 % deutlich höher als im 18-Monats-Zeitraum nach Erhalt der Intervention (3,8 %). In der BV-Gruppe lag der Anteil mit genau 13,7 % sogar genauso hoch wie in der Studie von Steinert et al. (2020) unter der Gruppe der Patient\*innen mit Schizophrenie. Bedauerlicherweise lässt die Dokumentation der Zwangsmaßnahmen im Zeitraum vor der Indexbehandlung keinen präzisen Vergleich der Zwangsmaßnahmen (z.B. in Bezug auf die Dauer der durchgeführten Zwangsmaßnahmen) zu. Somit lässt sich im Prä-Post-Vergleich lediglich ein deutlicher Unterschied in Bezug auf den Anteil der Personen, bei denen im Laufe von 18 Monaten Zwangsmaßnahmen erfolgten, feststellen. Dies könnte darauf hindeuten, dass sowohl die BV als auch der KP in der ADiP-Studie als Interventionen der Krisenvorsorge zu einer Reduktion der Zwangsmaßnahmenquote beigetragen haben. Die Tatsache, dass es sich im Follow-Up-Zeitraum ausschließlich um Patient\*innen handelte, die bereits mehrfach in stationärer Behandlung waren, und es sich entsprechend um bekannte Patient\*innen handelte, kann zu einer Reduktion der Zwangsmaßnahmenquote beigetragen haben oder sogar einen Prädiktor für Zwangsmaßnahmen darstellen. In einer Studie bestätigte sich der Prädiktor „Patient known to the hospital“ (Cole et al., 2023, S. 318) nicht als solcher, ein systematischer Review (Moell, Lyle, Rozental & Långström, 2024) zeigt aber einen Zusammenhang zwischen wiederholten Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen.

Der Befund der ADiP-Studie, dass der BV in Bezug auf Zwangsmaßnahmen keine Überlegenheit nachgewiesen werden konnte, deckt sich mit dem der CRIMSON-Studie von Thornicroft et al. (2013) (s. Kap. 1.3.4). Bei diesem Vergleich ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Angaben zu Zwangsmaßnahmen aus der ADiP-Studie aus den Behandlungsakten extrahiert wurden, die Angaben in der CRIMSON-Studie beziehen sich aber auf ein Selbstbeurteilungsinstrument, die wenig differenzierte „Perceived Coercion Scale“ (ebd., S. 1636), die keine vergleichbaren Informationen zu Zwangsmedikationen, Fixierungen und Isolierungen und deren Dauer liefert. Ein direkter Vergleich der Auswirkung von BVen auf Zwangsmaßnahmen mit der CRIMSON-Studie ist somit unmöglich.

Auch der in Kap. 1.3.4 aufgeführten Studie von Swanson et al. (2008), auf die im Kontext von BVen – z.B. in der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang – als Beleg für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen verwiesen wird, sind keine Daten zum direkten Vergleich mit der ADiP-Studie zu entnehmen, da auch von Swanson et al. zur Überprüfung von unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen ein Selbstbeurteilungsinstrument eingesetzt wurde. Dieses erfragt zwar das Vorkommen von Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation, ist in der Publikation aber nur über einen Summenscore und nicht differenziert in Bezug auf die unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen dargestellt. Zudem liefert das Instrument keine konkreten Angaben zur Maßnahmendauer. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der untersuchten Intervention, der „Facilitated Psychiatric Advance Directive“ (ebd., S. 255) zwar um eine Vorausverfügung zur Krisenvorsorge handelt, aber nicht um eine BV im eigentlichen Sinne, da die Intervention nicht an einen Aushandlungsprozess mit einer Klinik gekoppelt war (Swanson et al., 2006).

Dieser fehlt ebenfalls bei der im Zusammenhang mit BVen zitierten Studie von Khazaal et al. (2009, s. Kap. 1.3.4), in der Isolierungen nach der Maßnahme weniger, aber nicht signifikant weniger ( $p = 0,1$ ) auftraten. Die dort untersuchte Maßnahme bestand, wie ausführlich bei Khazaal et al. (2008) beschrieben, aus einer strukturierten Vorausverfügung, die auf Motivierender Gesprächsführung und auf Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie basiert und aus sieben unterschiedlichen Phasen besteht. Durch diese Vorausverfügung führte eine professionelle Betreuungsperson in mehreren Sitzungen.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass vor der ADiP-Studie lediglich zwei RCTs zu den Effekten von BVen – nicht anderen psychiatrischen Vorausverfügungen – auf Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen oder Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden: die Studie von Henderson et al. (2004) und die CRIMSON-Studie von Thornicroft et al. (2013), wobei der Fokus bei beiden Studien nicht auf Zwangsmaßnahmen lag. Zu diesen liefert lediglich die CRIMSON-Studie über ein Selbstbeurteilungsinstrument Anhaltspunkte, die sich aber nicht mit den Daten der ADiP-Studie vergleichen lassen. Eine weitere Studie zu BVen läuft derzeit in Hamburg (DRKS00010168, DRKS 2024b). Zwangsmaßnahmen stellen darin einen der sekundären Endpunkte dar (ebd.).

In Bezug auf Zwangsmaßnahmen liefert die ADiP-Studie zwar differenzierte Ergebnisse, aber keinen Beleg dafür, dass die BV dem KP in Bezug auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen überlegen ist. Es zeigten sich jedoch Tendenzen zugunsten der BV in Bezug auf die Anzahl von Zwangsmaßnahmen insg., Isolierungen und Fixierungen und die Dauer von Fixierungen. Auch geht aus der Studie hervor, dass der Anteil von Personen, bei denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden, mit im Mittel 3,8 % im Follow-Up-Zeitraum deutlich unter dem Anteil von im Mittel 11,0 % vor Erhalt der Intervention lag.

### 5.1.3 Partizipation und Vertrauen ins Behandlungsteam

In der ADiP-Studie zeigte sich eine eindeutige Überlegenheit der BV gegenüber dem KP in Bezug auf das aktive Einbringen in die Behandlung, den Zugewinn von Vertrauen ins Behandlungsteam und die positive Beeinflussung des eigenen Genesungsprozesses.

Dies stellt ein erfreuliches Ergebnis dar, da diese Parameter, wie unterschiedliche Studien zeigen, für die Patient\*innen in der Psychiatrie wichtig sind. So zeigt die Studie von Silva et al. (2023, s. Kap. 1.2.2), dass Patient\*innen eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie als Kontrollverlust erleben und sich teilweise – unabhängig davon, ob sie freiwillig oder unfreiwillig behandelt werden – von einer äußeren Autorität bedrängt fühlen. Um diese negativen Gefühle zu reduzieren, empfehlen Silva et al. (ebd.), dass die Patient\*innen in den ersten Tagen nach Aufnahme hinreichend mit Informationen versorgt und die Mitarbeiter\*innen dazu befähigt werden, einen respektvollen und stärkenden Umgang mit den Patient\*innen zu pflegen. Es ist davon auszugehen, dass diesen Empfehlungen – mindestens indirekt – durch ein aktives Einbringen in die Behandlung und Vertrauen ins Behandlungsteam nachgekommen wird. Entsprechend könnten BVen dazu beitragen, dem gefühlten Kontrollverlust der Patient\*innen entgegenzuwirken. Dies stellt außerdem bei der Umsetzung des Trauma-Informed-Care-Ansatzes, der als Basis für eine personenzentrierte und zeitgemäße Psychiatrie auch in Deutschland an Bedeutung zugewinnt, eine wichtige Stellschraube dar (Zuaboni, Rixe & Schulz, 2024).

Auch im Kontext von Zwangsmaßnahmen bzw. deren Vermeidung geht aus Studien hervor, dass Mitarbeiter\*innen Patient\*innen in Entscheidungsfindungen einbeziehen und möglichst ihre Autonomie wahren sollten (z.B. Krieger, Moritz, Weil & Nagel, 2018; Valenti et al., 2014). Zudem wünschen sich die Patient\*innen laut Valenti et al. einen respektvollen Umgang, der davon geprägt ist, die Patient\*innenperspektive zu berücksichtigen, den Patient\*innen zuzuhören und eine tragfähige Beziehung mit diesen zu haben. In Bezug auf den Prozess vor, während und nach Zwangsmaßnahmen kamen Tingleff, Bradley, Gildberg, Munksgaard und Houndsgaard (2017) im Rahmen ihres Reviews und ihrer Analyse für den forensischen Behandlungskontext zu einem ähnlichen Ergebnis.

Die Bedeutung von Beziehung, Vertrauen und Partizipation spiegelt sich auch in der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018, S. 61ff.) wieder, insbesondere bei folgender Formulierung im Rahmen einer konsensbasierten Empfehlung (ebd., S. 68):

Alle Maßnahmen, die geeignet sind Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. [...]

Die Ergebnisse der ADiP-Studie zur Vertrauensbildung und Partizipation sind somit nicht nur erfreulich, sondern auch im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen bedeutsam.

Die Überlegenheit der BV ist vor dem Hintergrund der fünfstufigen Likertskala bei Mittelwerten zwischen 3,2 und 4,0 allerdings mit Vorsicht zu interpretieren. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass bei fast einem Viertel (24,2 %) der in die PP-Analyse einbezogenen Daten aufgrund der fehlenden Erinnerung die Bewertung gänzlich fehlte und die vorhandenen Bewertungen teilweise lückenhaft waren. Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Fragebogen um ein bisher nicht ausreichend validiertes Instrument handelt, zu dem außer der Augenscheinvalidität keine Gütekriterien vorliegen. Die Stärke des Instruments liegt darin, dass es gemeinsam mit Betroffenen entwickelt wurde und dass es sich inhaltlich teilweise mit den von Lequin et al. (2021) beschriebenen Ergebnissen deckt. Lequin et al. (ebd.) führten qualitative und quantitative Inhaltsanalysen von 184 BVen bzw. JCPs durch und erstellten auf Grundlage dieser Auswertung im Abgleich mit der Literatur einen Interviewleitfaden, anhand dessen sie mit zwölf Patient\*innen, die über eine BV verfügten, und zwölf Versorger\*innen („providers“, ebd., S. 3) – acht von diesen waren Pflegende – ein Interview über den JPC durchführten. Aus diesen Interviews gingen die JCPs als nützliche Instrumente hervor, die die therapeutische Beziehung verbessern, die Entscheidungen und Wünsche der Patient\*innen anerkennen und den Patient\*innen mehr Kontrolle über ihre eigene Erkrankung ermöglichen. Somit geht auch bei Lequin et al. (ebd.) ein positiver Einfluss der JCPs auf das Vertrauensverhältnis und die aktive Mitgestaltung des Behandlungs- und Genesungsprozesses hervor. Die Ergebnisse sind folglich im Einklang mit denen der ADiP-Studie. Im Vergleich mit den Ergebnissen von Lequin et al. (ebd.) muss allerdings berücksichtigt werden, dass die dort untersuchten JCPs inhaltlich zwar viele Gemeinsamkeiten mit den in der ADiP-Studie eingesetzten BVen aufwiesen, dass in die Auswertung von Lequin et al. aber insgesamt sieben unterschiedliche Formen der JCPs – meistens ein zweiseitiges Dokument – eingingen, von denen fast die Hälfte (45,6 %) nicht mit einer Klinik, sondern in ambulanten Behandlungskontexten erstellt wurden. Dies lässt darauf schließen, dass es sich nicht um einen konkreten Absprachenkatalog mit einem Stationsteam für eine zukünftige stationäre Behandlung handelt und dass sich die JCPs somit von den in der ADiP-Studie eingesetzten BVen deutlich unterscheiden. Inwiefern den JCPs ein Aushandlungsprozess vorgeschaltet war und sie rechtlich bindend waren, geht aus der Publikation von Lequin et al. (ebd.) nicht hervor. Der Vergleich mit BVen ist folglich fraglich. Umfang und Inhalte der JCPs lassen aber auch einen Vergleich mit KPen nicht zu. Insofern gestaltet sich ein Vergleich zwischen der qualitativen Studie von Lequin et al. (ebd.) und den Ergebnissen des Fragebogens zur subjektiven Bewertung der Intervention schwierig. Wie oben bereits dargestellt, ist aber auch die Anzahl der RCTs zu BVen bzw. JCPs, die sich mit der ADiP-Studie vergleichen lassen, sehr überschaubar.

Zur therapeutischen Beziehung bzw. zum Vertrauen ins Behandlungsteam liefert derzeit lediglich die RCT von Thornicroft et al. (2013), die CRIMSON-Studie, Ergebnisse: Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der TAU-Gruppe, die einen KP erhielt, und der Interventionsgruppe, die zusätzlich zur Standardbehandlung einen JCP erhielt. Über alle untersuchten Endpunkte hinweg lag der einzige signifikante Effekt zugunsten des JCPs bei der therapeutischen Beziehung. Dieses quantitative Ergebnis wurde durch Ergebnisse einer qualitativen Auswertung von Fokusgruppeninterviews im Rahmen der CRIMSON-Studie (ebd.) untermauert. Zudem geht daraus hervor, dass sowohl Patient\*innen als auch Kliniker\*innen von JCPs profitieren können und dass sich Patient\*innen durch JCPs – insbesondere durch eigene Wünsche für zukünftige Behandlungen – von den Kliniker\*innen respektiert und besser verstanden fühlen. Einige Kliniker\*innen erlangten ein umfassenderes Verständnis der Patient\*innensicht auf die Versorgungssituation und von Krisensituationen („Some clinicians seemed to gain a wider understanding of patients’ views of care and presentation in a crisis“, ebd., 1638f.). Diese Ergebnisse aus der CRIMSON-Studie unterstreichen das Ergebnis der ADiP-Studie zum Zugewinn von Vertrauen ins Behandlungsteam durch BVen und lässt durch den positiven Effekt durch Wünsche für zukünftige Behandlungen auch vorsichtige Rückschlüsse auf das aktive Einbringen in den Behandlungsprozess zu. Hierbei wird der Gestaltung des Gesprächs zur Erstellung der BV eine zentrale Bedeutung beigemessen. Der dritte signifikante Effekt der ADiP-Studie, die positive Beeinflussung des eigenen Genesungsprozesses, lässt sich durch die CRIMSON-Ergebnisse nicht untermauern.

Wie auf Seite 39 in Kap. 5.1.2 bereits erwähnt, läuft derzeit noch eine Studie zu BVen in Hamburg. Bedauerlicherweise gingen aus dieser Studie, der JCPUKE-Studie (DRKS 2024b) noch keine publizierten Studienergebnisse hervor. Da die darin definierten Endpunkte u.a. auf das Krankheitskonzept (primärer Endpunkt), das Vertrauen in das Klinikpersonal bzw. die Klinikärzt\*innen und die Zufriedenheit mit der Behandlung abzielen, könnten die Ergebnisse für den Vergleich mit den Ergebnissen aus der ADiP-Studie besonders gehaltvoll sein und ggf. sogar zur Untermauerung der Ergebnisse beitragen.

Weitere Studien zu Effekten von BVen bzw. JCPs sind bis zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Dissertation (bis 31. August 2024) weder im nationalen Studienregister, dem Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS), noch dem internationalen der WHO, dem International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), aufgeführt. Auch im Register der U.S. National Library of Medicine, dem ClinicalTrials.gov, sind keine weiteren Studien zu JCPs oder BVen vermerkt. Die Möglichkeit, dass derzeit bereits Studien laufen, die nicht prospektiv registriert wurden, kann aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

#### 5.1.4 Stärken und Limitationen der ADiP-Studie

Wie auch aus dem Artikel von Rixe et al. (2023b) hervorgeht, lässt sich abschließend als Stärke der ADiP-Studie aufzeigen, dass es gelungen ist, die kalkulierte Stichprobengröße von 260 Personen zu erreichen und die Studie trotz erschwelter Rahmenbedingungen durch die COVID-19-Pandemie durchzuführen und abzuschließen. Die Studie liefert zu unterschiedlichen Endpunkten Ergebnisse, die für die psychiatrische Praxis von Relevanz sind, und trägt zur Schließung der für Deutschland in der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018, s. Kap. 1.3.4) formulierten Forschungslücke bei.

Als Limitation der Studie ist die Abbruchquote aufzuführen, die mit 41 % mehr als doppelt so hoch lag wie in der Powerkalkulation zugrunde gelegt. In der BV-Gruppe ist die Abbruchquote vor der Intervention dadurch zu erklären, dass das BV-Gespräch wie üblich außerhalb der regulären Behandlung anberaumt wurde. Sowohl für die Studienteilnehmer\*innen als auch für das Behandlungsteam war dies mit zusätzlichem Aufwand verbunden, während die Erstellung eines KPes in Routineabläufe integriert war. Bei den Personen, die nach 09/2018 in die Studie eingeschlossen wurden und deren Follow-Up-Zeitraum nach 03/2020 endete, kann sich zudem die COVID-19-Pandemie auf die Lost-to-follow-up-Quote ausgewirkt haben. Aufgrund der Pandemie wurde nach 03/2020 bei den T<sub>1</sub>-Datenerhebungen von den ursprünglichen Gesprächsstandardisierungen abgewichen (s. Kap. 3.1.7). Durch dieses Vorgehen können Verzerrungen entstanden sein.

Andere systematische Verzerrungspotentiale wurden erfolgreich durch unterschiedliche Strategien im methodischen Vorgehen (s. Kap. 3.1.10) minimiert. So wirkte einer potentiellen Verzerrung aufgrund fehlender Follow-up-Daten der Vergleich der Ausgangscharakteristika von Teilnehmer\*innen mit und ohne vollständige Daten entgegen. Die Randomisierung minimierte einen potentiellen Selektions-Bias und bewirkte Strukturgleichheit (s. Kap. 4.1.1). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei einer Randomisierung in Sechserblöcken aufgrund der damit einhergehenden Vorhersehbarkeit ein Selektions-Bias nicht gänzlich auszuschließen ist. Das Risiko weiterer Verzerrungen wie z.B. einem Observer-Bias, einem Detection-Bias oder einem Attritions-Bias wurde durch verschiedene Maßnahmen (z.B. Standardisierung, Verblindung, ITT-Analyse) minimiert. In diesen Strategien bzw. im methodischen Vorgehen liegen Stärken der ADiP-Studie.

Da die Berechnung der Endpunkte das Vorliegen von T<sub>1</sub>-Daten erforderte, ist die oben bereits aufgeführte Limitation, die hohe Abbruchquote, als folgenreichste Schwäche der Studie einzuschätzen, weil sich diese – wie bei Rixe et al. (2023b) beschrieben – limitierend auf den Erhalt statistisch signifikanter Ergebnisse auswirkte. Zusätzlich wurde der Erhalt bedeutsamer Ergebnisse beim primären und sekundären Endpunkt dadurch erschwert, dass es sich bei den Endpunktereignissen um seltene Phänomene handelte.

Lediglich 16 Studienteilnehmer\*innen waren im Follow-Up-Zeitraum per Unterbringungsbeschluss in stationärer Behandlung, lediglich 6 Personen waren von Zwangsmaßnahmen betroffen. Da weder bisherige Unterbringungsbeschlüsse noch das Erleben von Zwangsmaßnahmen als Einschlusskriterien formuliert und somit nicht für die Studienteilnahme vorausgesetzt waren, handelte es sich bereits im 18-Monats-Zeitraum vor dem Indexaufenthalt um eher seltene Phänomene. Auch die Dauer des Nachbeobachtungszeitraums von 18 Monaten, der im Vergleich zur zeitlichen Dimension von Krankheitsverlaufskurven kurz angelegt war, wirkte sich auf die Anzahl der Endpunktereignisse aus. Aufgrund der geringen Anzahl an Endpunktereignissen kann bei den Studienergebnissen ein Fehler 2. Art nicht ausgeschlossen werden. Dies würde bedeuten, dass eine Überlegenheit der BV in der Studie nicht erkannt wurde, obwohl sie vorhanden war. Aber auch eine Unterlegenheit kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden.

Eine weitere Limitation liegt in der eingeschränkten Vergleichbarkeit mit anderen Studien. Wie bereits oben (s. Kap. 1.3.4 und 5.1.2) ausgeführt, basiert die Darstellung des Forschungsstandes in Hinblick auf BVen bzw. JCPs z.B. in der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018) auf Studien, in denen sich die untersuchten Interventionen deutlich – insbesondere in Bezug auf die Bilateralität bzw. den gemeinsamen Aushandlungsprozess – voneinander unterscheiden. Da dieser Aushandlungsprozess nur den Interventionen in zwei Studien zugrunde lag (Henderson et al., 2004; Thornicroft et al., 2013), ist ein Vergleich mit anderen Studien in der Ergebnisdiskussion nicht sinnvoll.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass auch die bei Henderson et al. (2004) eingesetzten JCPs formal und inhaltlich Abweichungen zu BVen aufweisen. Im Zusatzmaterial der Studie (ebd.) werden sie wie folgt beschrieben (Sutherby, Henderson & Flood, 2004):

[...] a Joint Crisis Plan is developed jointly between the user and their mental health team. Rather than negotiating with the mental health team at the point of crisis (as the crisis card does), the aim is to negotiate in advance when the user is most able to discuss their needs and concerns. The mental health team can help the user consider and make informed choices about what they include on their card, and would be most likely to help them cope, remain well and influence their care in a crisis. The Joint Crisis Plan is developed collaboratively, but it is important that the final choice of what is included on the card is determined by the user. It is only likely to be of value if users want to carry it with them because they feel it is their card, and primarily has a useful function for them rather than for the services. [...]

A joint crisis plan is an informal agreement based on trust. We feel this is necessary in order to encourage a creative and flexible approach to planning, in which both the user and health care provider participate collaboratively and not defensively. The joint crisis plan will include a statement stating that "any crisis plan is not legally binding and treatment may change if necessary". A joint crisis plan is therefore not an advance directive but the team should endeavour to carry out the agreed plan wherever possible. [...]

Der JCP stellt demnach lediglich eine informelle Vereinbarung, keine rechtlich bindende Vorausverfügung wie eine BV dar. Die Behandlungsteams sind nicht verpflichtet, sich an die vereinbarten Absprachen zu halten, sondern sollen sich lediglich – wenn möglich – bemühen, den Plan zu verwirklichen. Hierin liegt ein deutlicher Unterschied zur BV. Inwiefern dieser Unterscheid nicht nur deutlich, sondern auch bedeutsam ist, kann hier nicht abschließend geklärt werden. Davon, dass der Vergleich zwischen den Ergebnissen von Henderson et al. (ebd.) und der ADiP-Studie dadurch Limitationen unterliegt, muss jedoch ausgegangen werden. Darüber hinaus muss beim Vergleich berücksichtigt werden, dass die Kontrollgruppe bei Henderson et al. (ebd.) keinen KP erhielt, sondern mit Informationsmaterial (z.B. zur Erkrankung, zu Hilfeangeboten) ausgestattet wurde. Ebenfalls der Vergleich mit der CRIMSON-Studie (Thornicroft et al., 2013) unterliegt unterschiedlichen Limitationen. So ist zu beachten, dass in der CRIMSON-Studie der KP bzw. die Krisenkarte als TAU definiert wurde und in der zweiarmigen Studie die TAU mit der Intervention, dem JCP, als Ergänzung zur TAU verglichen wurde. Beide Gruppen verfügten folglich über einen KP, die Interventionsgruppe zusätzlich noch über einen JCP. Dies könnte bei Thornicroft et al. (ebd.) einen Einfluss auf die Effekte genommen und diese abgeschwächt bzw. verzerrt haben. In der ADiP-Studie erfolgte hingegen ein Vergleich zwischen der BV und dem KP und somit ein Vergleich zwischen zwei unterschiedlichen Interventionen. Dies limitiert einen Vergleich mit der CRIMSON-Studie. Darüber hinaus ist bei dem Vergleich mit der CRIMSON-Studie zu berücksichtigen, dass sich Thornicroft et al. (ebd.) bei der Beschreibung der Interventionen auf die Pilotstudie berufen, die der RCT von Henderson et al. (2004) zugrunde lag (Sutherby et al., 1999; Sutherby & Szmukler, 1998). Folglich handelte es sich auch bei dem von Thornicroft et al. (ebd.) eingesetzten JCP nicht um eine rechtlich bindende Vorausverfügung, sondern lediglich um eine Vereinbarung, der ein Aushandlungsprozess zugrunde liegt. Somit unterliegt auch ein Vergleich mit der CRIMSON-Studie gravierenden Limitationen.

Wie aus der Diskussion bzw. dem Vergleich mit anderen Studien hervorgeht, handelt es sich bei der ADiP-Studie um eine der wenigen Studien – vielleicht sogar um die erste bisherige RCT – , in der BVen, wie erstmalig 1994 in Bielefeld eingesetzt und bei Dietz, Pörksen und Voelzke (1998) beschrieben, untersucht wurden. Damals als vertrauensbildende Maßnahme entwickelt, konnte eine Überlegenheit der BV gegenüber dem KP durch die Studie insbesondere bei der Vertrauensbildung und der aktiven Mitgestaltung der Behandlung gezeigt und die BV als vertrauensbildende Maßnahme bestätigt werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die ADiP-Studie sowohl Stärken als auch Limitationen aufweist. Es konnte zur Schließung der bestehenden Forschungslücke beigetragen werden, zur Schließung der Lücke ist jedoch weitere Forschung erforderlich.

## **5.2 Diskussion der Sekundärdatenanalyse**

Die in den BVen vereinbarten Interventionen bei Krisenzuspitzungen wurden identifiziert und quantifiziert und somit die Zielstellung für die Sekundärdatenanalyse erreicht. Dies lieferte einen Beitrag zu der übergeordneten Fragestellung dieser Arbeit, inwiefern BVen zur Förderung von Selbstbestimmung und zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie beitragen, da das im Rahmen dieser Arbeit ausgewertete Item Interventionen zur Deeskalation in sich zuspitzenden Krisensituationen und somit Interventionen zur Verhinderung von Zwangsmaßnahmen abfragte. Die hier dargestellte Diskussion der der Sekundärdatenanalyse ist in Teilen auch bei Rixe et al. (2024) nachzulesen.

### **5.2.1 Vereinbarte Interventionen in sich zuspitzenden Krisensituationen**

Wie die Analyse des Items zeigt, haben die Patient\*innen konkrete Vorstellungen davon, was bei ihnen in Krisenzuspitzungen während der stationären akutpsychiatrischen Behandlung deeskalierend wirken könnte (ebd.). Dies zeigt sich auch darin, dass bei der Auswahl von neun vorgegebenen Kategorien, die eine gewisse Breite von möglichen Interventionen abbilden, immerhin von knapp 40 % der Patient\*innen zusätzlich noch individuell formulierte Vereinbarungen getroffen wurden. Auch aus der inhaltsanalytischen Auswertung von JCPs in der Schweiz (Lequin et al., 2021) ging hervor, dass die Patient\*innen über ein gutes Wissen über sich und ihre Erkrankung verfügen.

Aufgrund der häufigen Nennung sollten insbesondere der Rückzug in eine reizarme Umgebung, Gespräche und Spaziergänge in Betracht gezogen werden. Hinsichtlich der am häufigsten vereinbarten Intervention, dem Rückzug in eine reizarme Umgebung, liegen konträre Ergebnisse aus der in Kap. 5.1.3 zitierten Studie von Krieger et al. (2018) vor. Obgleich dort (ebd.) als vom Personal häufig empfohlene Maßnahme beschrieben, wurde der Rückzug in eine reizarme Umgebung von Patient\*innen, die Zwangsmaßnahmen erlebt hatten, als am wenigsten hilfreich zur Verhinderung von Zwang eingeschätzt. Bei Krieger et al. (ebd.) wurden Musik, Bewegung und Entspannung ähnlich wie bei Heumann, Bock und Lincoln (2017) als die drei hilfreichsten Interventionen angegeben. Diese wurden in den BVen von weniger als der Hälfte der Patient\*innen (Musik von 41,8 %, Bewegung von 25,5 %) oder gar nicht explizit (Entspannung) vereinbart. Unklar bleibt, inwiefern sich dieser Unterschied durch die ungleichen Studienpopulationen erklären lässt, und inwiefern die Interventionen bei Krieger et al. für den Krisenfall evtl. aussagekräftiger sind, weil diese von Patient\*innen angegeben wurden, die bereits Zwangsmaßnahmen erlebt hatten. Leider lassen die inhaltlichen Abweichungen zwischen den bei Krieger et al. (2018) und den bei Heumann et al. (2017) aufgeführten Maßnahmen und den in den BVen vereinbarten Interventionen einen detaillierteren Vergleich nicht zu.

Lediglich 9,2 % der Patient\*innen vereinbarten über die vorgegebenen Kategorien eine Einzelbetreuung. Dies widerspricht den Ergebnissen aus einer früheren Patient\*innenbefragung (Frajo-Apor et al., 2011), in der eine 1:1-Begleitung explizit gewünscht wurde. Bei den Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse fällt aber auch auf, dass zwei Personen per Freitext eine enge pflegerische Betreuung bzw. Einzelbetreuung (ohne den Zusatz „durch Sitzwachen“) vereinbarten. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine Umformulierung der Kategorie erfolgen sollte, um sie formal und inhaltlich an die Bedürfnisse der Patient\*innen, die fachlichen Standards (z.B. Hemkendreis, Löhr, Schulz & Nienaber, 2013) und die neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse in Bezug auf die Intensivbetreuung im psychiatrischen Kontext (Alsbach, 2024; Alsbach, 2023) anzupassen.

### **5.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den vereinbarten Interventionen**

Hinsichtlich des Geschlechts zeigten sich nur bei der Bedarfsmedikation ein signifikanter Unterschied, sonst lediglich Tendenzen: Während in der krisenhaften Zuspitzung vor allem Patientinnen von Spaziergängen und Bädern profitieren könnten, kann das Angebot einer Bedarfsmedikation vor allem für männliche Patienten in der Krise sinnvoll sein.

Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Studie von Schön (2010), in der sich Frauen eher ablehnend gegenüber Medikamenten äußerten, während Männer Medikamente als wichtig für ihre Genesung im Allgemeinen oder zumindest als hilfreich beschrieben, um in besonderen Situationen zur Ruhe zu kommen (Rixe et al., 2024).

### **5.2.3 Stärken und Limitationen der Sekundärdatenanalyse**

Wie auch bei Rixe et al. (ebd.) dargestellt, konnten in den BVen konkrete Ansatzpunkte zur Vermeidung von Zwang identifiziert werden, die aufgrund des zugrundeliegenden Aushandlungsprozesses nicht nur als von den Patient\*innen gewünscht, sondern auch vom Behandlungsteam als realisierbar eingeschätzt werden können. Dem Wunsch nach Ruhe, der sich sowohl in der Kategorie „Rückzug in reizarme Umgebung“ als auch im Freitext widerspiegelt, ist in Krisensituationen eine große Bedeutung beizumessen.

Somit konnte als Stärke dieser Sekundärdatenanalyse ein Beitrag zur Schließung der in Kap. 1.3.4 dargestellten Forschungslücke geleistet werden. Als Limitation der Analyse ist zu beachten, dass die Ergebnisse zwar Ansatzpunkte zur Deeskalation liefern, aber keine Rückschlüsse darauf zulassen, ob und inwiefern die vereinbarten Interventionen in der Praxis tatsächlich zur Vermeidung von Zwang beitragen. Auch hierbei muss berücksichtigt werden, dass das Erleben von Zwangsmaßnahmen nicht als Einschlusskriterium für die Studienteilnahme gefordert war. Durch die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie bzw. die Stichprobencharakteristik kann ein Selektions-Bias und aufgrund der geringen Stichprobengröße können Zufälle nicht ausgeschlossen werden (ebd.).

### **5.3 Implikationen für die Forschung und Forschungsdesiderate**

Durch die ADiP-Studie konnte der bisherige Wissenschaftskorpurs, der body of science, um praxisrelevante Erkenntnisse zu BVen ergänzt werden. Es wurden aber auch Forschungslücken identifiziert, aus denen sich diese Forschungsdesiderate ableiten lassen:

1. Kritische Überprüfung des bisherigen Forschungsstandes,
2. Durchführung weiterer RCTs zur Schließung von Forschungslücken,
3. Durchführung von Inhaltsanalysen zur Schließung von Forschungslücken,
4. Durchführung qualitativer Studien zur Schließung von Forschungslücken,
5. Überwindung von Hindernissen beim Vergleich von Forschungsergebnissen.

#### **5.3.1 Kritische Überprüfung des bisherigen Forschungsstandes**

Wie Kap. 1.3.4, 5.1.2 und Kap. 5.1.4 zeigen, basiert die Darstellung des Forschungsstandes zu BVen – z.B. in der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018) – auf Studien, in denen Interventionen untersucht wurden, die sich formal, inhaltlich, prozedural und/oder juristisch von den in Deutschland eingesetzten BVen unterscheiden. Die Identifikation dieser Unterschiede erforderte bei den einbezogenen Studien eine vertiefte Auseinandersetzung mit Online-Zusatzmaterial (z.B. Sutherby et al., 2004) bzw. mit den Studien vorgeschalteten Publikationen/Pilotstudien (z.B. Khazaal et al., 2008). Inwiefern sich die in Kap. 1.2.4 aufgeführten Studien für eine Bewertung von BVen und deren Effekte bzw. die Darstellung einer inkonsistenten Studienlage heranziehen lassen, sollte zukünftig kritisch geprüft und mindestens als Limitation diskutiert werden, wenn die Studien für die Darstellung des Forschungsstandes zu BVen herangezogen werden.

#### **5.3.2 Durchführung weiterer RCTs zur Schließung von Forschungslücken**

Um die in der S3-Leitlinie aufgezeigte Forschungslücke zu BVen in Deutschland schließen zu können, sind weitere RCTs erforderlich. Eine erste Studie, die andere Endpunkte als die ADiP-Studie (z.B. Krankheitskonzept) in den Fokus nimmt, läuft bereits in Hamburg (DRKS, 2024b). Das Ausmaß objektiver und subjektiver Zwangsereignisse wird laut Studienregister darin ebenfalls überprüft. Noch wurden keine Ergebnisse der Studie publiziert. Ggf. sind zur Schließung der Forschungslücke noch weitere RCTs erforderlich. Für den Erhalt signifikanter Ergebnisse sollte bei der Konzeption zukünftiger Studien abgewogen werden, erlebte Zwangsmaßnahmen als Einschlusskriterium zu formulieren und den Follow-Up-Zeitraum auszudehnen. Darüber hinaus könnte es sinnvoll sein, die BV (Intervention) anstelle des KPes mit der (genau zu definierenden) Standardbehandlung als Kontrollbedingung zu vergleichen oder die TAU zumindest als dritten Arm zu ergänzen, um Effekte besser erkennen und auf die Intervention zurückführen zu können.

### **5.3.3 Durchführung von Inhaltsanalysen zur Schließung von Forschungslücken**

Aus der hier beschriebenen Sekundärdatenanalyse sind Anregungen für Krisensituationen hervorgegangen, die für die Praxis wertvoll sein können, weil diese Interventionen zwischen Patient\*innen und Behandlungsteams abgestimmt und somit auch als realisierbar eingeschätzt wurden. Die im Rahmen dieser Arbeit erfolgte Auswertung bezieht sich ausschließlich auf ein einzelnes Item und trägt dadurch lediglich marginal zur Schließung der Forschungslücke bei. BVen bieten darüber hinaus aber noch sehr viel mehr Potential, um aus ihnen hilfreiche Interventionen für die stationäre psychiatrische Behandlung abzuleiten. Hierfür sind weiterführende Inhaltsanalysen von BVen erforderlich. So könnte insbesondere die Auswertung des ersten BV-Teils, den Vereinbarungen für Aufnahmesituationen, wertvolle Erkenntnisse für die Praxis liefern, um Aufnahmen für die Patient\*innen hilfreicher zu gestalten und auch Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Wie aus diversen Studien hervorgeht (z.B. Cole et al., 2023; Müller et al., 2023), erfolgt ein Großteil der Zwangsmaßnahmen innerhalb der ersten 24(-72) Stunden nach Aufnahme. Die Aufnahmesituation stellt somit einen besonders bedeutsamen Zeitpunkt dar, den Patient\*innen sehr unterschiedlich erleben und bewerten (Driessen et al., 2013). Da der erste Teil von BVen sehr ausführlich die Aufnahmesituation behandelt und auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Patient\*innen eingeht, könnten weiterführende inhaltsanalytische Auswertungen der dort verorteten Items praxisrelevante Anregungen liefern.

Auch bei weiterführenden Analysen kann die Überprüfung geschlechtsspezifischer Unterschiede sinnvoll sein, da das Geschlecht als Prädiktor für Zwangsmaßnahmen diskutiert wird (z.B. bei Cole et al., 2023, Iozzino et al., 2015) und geschlechtsspezifische Unterschiede auch bei der Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen berichtet werden (z.B. Ketelsen, Fernando & Driessen, 2022). Zudem sollte überprüft werden, inwiefern weitere Merkmale – z.B. das Alter – wertvolle Anregungen für die Praxis liefern könnten.

### **5.3.4 Durchführung qualitativer Studien zur Schließung von Forschungslücken**

In der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang wird beim Expertenkonsens zu BVen explizit auf „die starke Präferenz der Patientinnen und Patienten“ (DGPPN, 2018, S. 79) hingewiesen. Worin sich diese Präferenz begründet, ist bisher nicht ausreichend untersucht. Hierzu liefern zwar z.B. die Studie von Lequin et al. (2021) und der qualitative Teil der CRIMSON-Studie Erkenntnisse, da sich die dort untersuchten Interventionen von BVen unterscheiden (s. Kap. 5.1.3 & 5.1.4), stehen für BVen Forschungsergebnisse noch aus. Um die für die Patient\*innen bedeutsamen Effekte zu untersuchen, sind zunächst qualitative Studien zur Exploration notwendig, um darauf aufbauend Hypothesen zu bilden und geeignete Messinstrumente zur Überprüfung zu identifizieren bzw. zu entwickeln.

Qualitative Studien könnten auch dazu beitragen, Inhalte und Zielsetzungen der BVen – wie von Weide et al. (2023) gefordert – zu ermitteln. Studienteilnehmer\*innen der ADiP-Studie meldeten vereinzelt zurück, dass sie den Reflexionsprozess, der mit der Erstellung einer BV einhergeht, für sich als besonders wertvoll empfunden haben. Dies ist inhaltlich im Einklang mit Barker und Buchanan-Barker und ihrer Aussage (ebd., S. 42): „Reflexion – das Nachdenken über unser Leben – ist ein wundervolles Werkzeug. [...] Wir müssen Menschen Zeit geben, zu reflektieren, so dass sie aus ihrer Erfahrung lernen können.“ Inwieweit Patient\*innen durch den in BVen enthaltenen Reflexionsprozess aus der stationären Behandlung lernen und für nachfolgende Behandlungen profitieren können, sollte zukünftig im Rahmen von qualitativen Studien untersucht werden.

### **5.3.5 Überwindung von Hindernissen beim Vergleich von Forschungsergebnissen**

Da Zwangsmaßnahmen Menschenrechte einschränken, muss dem Thema im psychiatrischen Feld – sowohl in der Praxis als auch in der Forschung – große Bedeutung beigemessen werden. Ob sich Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie überhaupt mit Menschenrechten vereinbaren lassen und wie eine Psychiatrie ohne Zwang gelingen kann, ist seit geraumer Zeit Gegenstand von Fachdebatten. Auch aktuell wird kontrovers darüber diskutiert, ob Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie verortet werden sollten (Heinz & Müller, 2024; Richter, 2024; Voigtländer et al., 2024). Einigkeit herrscht in der Fachwelt darüber, dass Zwangsmaßnahmen als Ultima Ratio so selten wie möglich eingesetzt werden sollten und dass Zwang durch gezielte Maßnahmen reduziert werden kann.

Um die Effektivität von Maßnahmen beforschen und bewerten zu können, sind allerdings Vergleichswerte erforderlich. Aufgrund unterschiedlicher Definitionen, Praktiken, Vorgaben und unvollständiger Angaben gestalten sich jedoch Vergleiche in Bezug auf aggressive Ereignisse und Zwangsmaßnahmen sowohl im intra- als auch im internationalen Raum schwierig (s. Kap. 1.2 & 1.2.1). Einige dieser Hindernisse sind nicht beeinflussbar, aber unvollständige Angaben liefern einen Ansatzpunkt, Hindernisse zu überwinden.

So wird in Studien bei Unterbringungsbeschlüssen nicht einheitlich die Begründung, die Art, der Zeitpunkt und die Dauer angegeben, obgleich nicht auszuschließen ist, dass es für die Patient\*innen und die Behandlung einen relevanten Unterschied macht, ob die Personen z.B. aufgrund von Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung behandelt werden müssen, ob sie zwangseingewiesen oder im Laufe der Behandlung untergebracht werden und ob sie wenige Tage oder über Wochen gegen ihren Willen behandelt werden. Gleiches gilt bei Zwangsmaßnahmen. Bei diesen wird ebenfalls nicht standardisiert die Begründung bzw. der Auslöser und die Dauer der Maßnahmen berichtet. Des Weiteren könnte eine Angabe, durch welche Interventionen die Zwangsmaßnahme beendet werden konnte, hilfreich sein, um Zwangsmaßnahmen so kurz wie möglich anzuwenden.

## **5.4 Implikationen für die psychiatrische Praxis und Praxisbedarfe**

Aus der ADiP-Studie und der vertieften Auseinandersetzung mit BVen gehen nicht nur Forschungsdesiderate hervor, sondern auch Praxisbedarfe:

1. Überprüfung des Zeitpunkts zur Erstellung von BVen,
2. Festlegung von Zuständigkeiten bei BVen,
3. Klärung von Indikationen für BVen,
4. Verhinderung von Zwangsmaßnahmen und Förderung von Partizipation.

### **5.4.1 Überprüfung des Zeitpunkts zur Erstellung von Behandlungsvereinbarungen**

Für die Erstellung von BVen wird ein Zeitpunkt einige Wochen nach der stationären Entlassung empfohlen, um außerhalb eines vermeintlichen Abhängigkeitsverhältnisses Autonomie zu fördern. In der ADiP-Studie war dieser Zeitpunkt für den Entlassungstag oder innerhalb von vier Wochen nach der Entlassung der Studienteilnehmer\*innen anberaumt (s. Kap. 3.1.2). In der Praxis stellte dies bei der Durchführung der ADiP-Studie – wie aus persönlichen Rückmeldungen an die Projektkoordinatorin hervorging – eine Herausforderung dar. Dies könnte ggf. auch die vergleichsweise hohe Abbruchquote zwischen T<sub>0</sub> und dem Erhalt der BV als Intervention erklären (s. Kap. 4.1.1). Während die Erstellung eines KPes in den Stationsablauf z.B. in das reguläre Entlassungsgespräch oder in andere geplante Gespräche (z.B. Einzelgespräch mit der Primary Nurse) integriert werden konnte, war für die Erstellung der BV ein gesonderter Termin mit weiteren Akteur\*innen erforderlich. Aufgrund des Zeitpunkts bei bzw. nach Entlassung war dies für die Patient\*innen mit zusätzlichem organisatorischem Aufwand und ggf. auch finanziellem Aufwand für die An- und Abreise verbunden. Darüber hinaus erforderte dieses Vorgehen von den Patient\*innen in einem gesünderen Zustand – ggf. nach der Entlassung in ihrem Alltag – eine intensive Auseinandersetzung mit einer akuterer Krankheitsphase, die evtl. auch unangenehme Gefühle und Vermeidungsverhalten hervorgerufen haben könnte.

Die Abstimmung eines gesonderten Termins unter Einbezug aller relevanten Akteur\*innen ist auch für das Personal mit beträchtlichem logistischem Aufwand verbunden. In der Praxis stellt dieser Aufwand eine erhebliche Barriere für die Erstellung von BVen dar. Zukünftig sollte in Studien überprüft werden, inwiefern sich der Zeitpunkt der Erstellung überhaupt auf die Effekte von BVen auswirkt. Falls der Zeitpunkt keinen Einfluss hat und eine Terminierung nach der Entlassung keinen Vorteil mit sich bringt, sollte in Erwägung gezogen werden, die BV am Entlassungstag bzw. am Ende der stationären Behandlung zu erstellen, um den logistischen Aufwand zu reduzieren. Für gesonderte Termine nach der Entlassung könnte es für die Praxis hilfreich sein, diese regulär und dem damit einhergehenden Aufwand angemessen finanziert zu bekommen.

#### 5.4.2 Festlegung von Zuständigkeiten bei Behandlungsvereinbarungen

Bei der Durchführung der ADiP-Studie ließen sich bei der Umsetzung von BVen Verbesserungspotentiale identifizieren. Wie Abb. 3 in Kap. 4.1 zeigt, kamen 3151 der 3823 Patient\*innen, die auf die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie gescreent wurden, nicht für eine Teilnahme in Frage. 783 von diesen erfüllten zwar die Einschlusskriterien in Bezug auf das Alter, die stationären Vorbehandlungen und den Wohnsitz, waren aber aus anderen Gründen – u.a. aufgrund einer bereits vorhandenen BV – für die Teilnahme nicht geeignet. Vereinzelt ging erst nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch aus den Akten hervor, dass die potentiellen Studienteilnehmer\*innen bereits vor einigen Jahren bis Jahrzehnten eine BV abgeschlossen hatten, an die sie keine Erinnerung hatten. Aktualisierungen hat es seit der Erstellung über viele Jahre hinweg nicht gegeben.

Zur Einschätzung des Implementierungsgrades der zwölf Empfehlungen aus der S3-LL (s. Kap. 1.2.4) wurde im Rahmen der PreVCo-Studie ein Rating entwickelt. Dieses wurde in der Studie eingesetzt, kann aber auch in der Praxis genutzt werden. Um die Anwendung zu vereinfachen, sind in der Arbeitshilfe für Stationsteams (PreVCo-Arbeitsgruppe, 2021) je vier Ankerbeispiele angegeben. Für die Umsetzung von BVen kann die höchste Punktzahl dann vergeben werden, wenn diese Kriterien erfüllt sind (ebd., S. 14):

Ein standardisiertes Formular für Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen ist vorhanden, jeder/jedem Patientin/-en wird dies nach Beendigung einer Zwangsmaßnahme im Rahmen der Nachbesprechung angeboten, der/die Patientin erhält eine Ausfertigung der Vereinbarung. Es ist gewährleistet, dass die Vereinbarung allen Mitarbeitenden bekannt ist und sie ist in der Patient:innenakte auffindbar. Ein Vorgehen für die Aktualisierung ist etabliert (bspw. bei Wiederaufnahmen nach jeder erneuten Zwangsmaßnahme oder wenn die Vereinbarung älter als 5 Jahre ist). Es werden > ca 10 Vereinbarungen jährlich abgeschlossen.

Dies zeigt, dass BVen nicht nur erstellt, sondern auch auf dem aktuellen Stand gehalten werden müssen, um sicherzustellen, dass die darin hinterlegten Absprachen und Präferenzen noch stimmig sind und den aktuellen Wünschen der Patient\*innen entsprechen. Zudem muss sichergestellt werden, dass alle Mitarbeiter\*innen mit der Intervention im Allgemeinen und den Inhalten der BVen im Speziellen bzw. Individuellen so vertraut sind, dass sie die darin enthaltenden Absprachen – ggf. auch im Notfall – einhalten können.

Dies erfordert die Übernahme von Verantwortung nicht nur für die Terminabstimmung, sondern auch für die Aufklärung über das Angebot und seine Vor- und Nachteile, für die Unterstützung der Patient\*innen bei der Vorbereitung auf die BV, für die Vorbereitung auf die BV seitens des Stationsteams, für die regelmäßige Aktualisierung bestehender BVen und für die barrierefreie Informationsweitergabe an alle beteiligten Personen (Rixe et al., 2023a). BVen sind folglich mit vielfältigen Aufgaben verbunden. Damit diese in der Praxis auch erledigt werden, ist in den Stationsteams die Zuständigkeit dafür zu klären („Wer übernimmt diese Aufgabe tatsächlich?“, PreVCo-Arbeitsgruppe, 2021, S. 14).

### 5.4.3 Klärung von Indikationen für Behandlungsvereinbarungen

BVen können nur abgeschlossen werden, wenn die Patient\*innen über die Intervention informiert sind. Laut Weide et al. (2023) sind BVen in den LVR-Kliniken gut etabliert. Aus früheren Studien (Kap. 1.3.3) geht hervor, dass BVen nicht flächendeckend in der Praxis eingesetzt werden. Darüber, inwieweit sich die BV seit den Befragungen von z.B. Borbé et al. (2012) in Deutschland zum Routineangebot entwickelt hat, liegen keine aktuellen Zahlen vor. Berichte aus der Praxis deuten jedoch darauf hin, dass sie noch immer nicht in allen Kliniken bekannt und etabliert sind. Dies wird durch Berichte aus der PReVCo-Studie (Junghanns, Sauter, Bühling-Schindowski & Mahler, 2024, S. 142f.) und auch aus der ADiP-Studie, in der in einem Zentrum BVen erstmalig installiert wurden, bestätigt.

Für die Praxis ist zu überprüfen, ob es sich bei der BV überhaupt um ein Routineangebot handeln sollte. Steinert und Hirsch (2019) empfehlen psychiatrischen Kliniken zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen, „mindestens 10 BVen (oder Krisenpässe) pro 1000 Entlassungen im Jahr“ (ebd., S. 296) abzuschließen. In der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang wird empfohlen, dass BVen allen Patient\*innen, die über Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte verfügen, aktiv angeboten werden sollen (DGPPN, 2018, S. 79). Die S3-Leitlinie wird derzeit aktualisiert. Inwiefern die Empfehlung unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus der ADiP-Studie noch Bestand haben wird, bleibt abzuwarten.

Der Einsatz von BVen ist in der Praxis aber nicht nur im Kontext von Zwangsmaßnahmen angezeigt. Junghanns et al. (2024, S. 147) zufolge ist eine BV ein vertrauensbildendes Instrument, das hohes Potential aufweist, in Krisensituationen eine personenorientierte Hilfe zu gewährleisten und dem Fachpersonal Handlungsoptionen zu ermöglichen. Zudem werden Interventionen zur Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die UN-BRK (2006) menschenrechtlich gefordert und sind somit aus ethischer und auch aus fachlicher Perspektive für alle Menschen mit einer psychischen Erkrankung indiziert. In diversen Konzepten der modernen Psychiatrie stellen Selbstbestimmung und Partizipation zentrale Elemente dar – so z.B. im Shared Decision Making (SDM), im Gezeiten-Modell und auch bei Recovery (z.B. bei Barker & Buchanan-Barker, 2020; Hempeler, Gather, Haberstroh & Trachsel, 2022; Knuf, 2020; Zinkler, Mahlke & Marschner, 2019; Zuaboni, Burr, Winter & Schulz, 2019).

Vor diesem Hintergrund und aufgrund der ADiP-Ergebnisse, insbesondere in Bezug auf die Vertrauensbildung ins Behandlungsteam und die aktive Mitgestaltung der Behandlung, muss kritisch hinterfragt werden, inwieweit es in der Praxis zu rechtfertigen ist, dass BVen nicht überall als Routineangebot etabliert sind. In der Praxis und ggf. auch in der Forschung ist zu überprüfen, inwiefern die unilaterale – und somit weniger aufwändige – Patientenverfügung der DGPPN (Müller et al., 2024) eine Alternative zur BV darstellt.

#### 5.4.4 Vermeidung von Zwang und Förderung von Partizipation

Aufgrund der in dieser Arbeit aufgeführten Wirkungen ergeben BVen in vielerlei Hinsicht in der Praxis einen Sinn. Zum einen ist die BV laut ADiP-Studie ein hilfreiches Instrument zur Förderung von Partizipation und für den Zugewinn an Vertrauen ins Behandlungsteam, zum anderen geht aus der Studie von Krieger et al. (2017) hervor, dass sich mehr als die Hälfte der Patient\*innen wünschten, zukünftige stationäre Behandlungen vorzubesprechen. Ebenfalls Patient\*innen mit aggressiven Ereignissen und Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte könnten von einer BV profitieren, weil die History of Violence (Dack et al., 2013; Iozzino et al., 2015, Weltens et al., 2021) einen Prädiktor für aggressives Verhalten und dieses wiederum einen Prädiktor für Zwangsmaßnahmen darstellt – auch wenn die ADiP-Studie keine Reduktion von Zwangsmaßnahmen belegen konnte.

Für die Praxis lässt sich aus den bisherigen Ausführungen aber auch ableiten, dass Transparenz, das Einbeziehen der Patient\*innen in Entscheidungen und ein respektvoller, stärkender Umgang mit ihnen in der psychiatrischen Behandlung von zentraler Bedeutung sind. Dies spiegelt sich in einer Vielzahl von den in dieser Arbeit zitierten Studien (z.B. Krieger et al., 2018; Tingleff et al., 2017; Valenti et al., 2014). Auch aus einem systematischen Review von Gudde, Olsø, Whittington und Vatne (2015) geht hervor, dass Patient\*innen neben ihrer eigenen Verfassung auch negative Aspekte im Behandlungssetting als Auslöser für aggressive Ereignisse ansehen und sich diese besonders dann ereignen, wenn sich das Personal eher bevormundend als fürsorglich verhält und sich die Patient\*innen ignoriert fühlen. Dies unterstreicht die in Kap. 5.1.3 zitierte „generalpräventive Wirkung“ (DGPPN, 2018, S. 68) von Vertrauen und Zusammenarbeit.

Mitarbeiter\*innen in der Psychiatrie müssen folglich über Hintergrundwissen, Kommunikationskompetenz und eine fürsorgliche Haltung verfügen (z.B. Björkdahl et al., 2010; Gudde et al., 2015). Dies gestaltet sich in der Praxis aber derzeit als ausgesprochen herausfordernd, weil sich der soziodemographische Wandel in Deutschland nicht nur auf Patient\*innenseite abzeichnet, sondern auch auf Mitarbeiter\*innenseite, und dies einen berufsgruppenübergreifenden Generationswechsel im Gesundheitssystem hervorruft – auch in psychiatrischen Kliniken. Der Generationswechsel erfordert auf diese Praxisbedarfe abgestimmte Einarbeitungskonzepte und die kritische Auseinandersetzung mit Handlungsfragen, z.B. eine differenzierte Reflexion und Diskussion des z.B. von Eisele, Flammer und Steinert (2021) beobachteten Handlungswechsels von Mitarbeiter\*innen gegenüber aggressiven Ereignissen von „part of the job“ zu „zero tolerance“ (ebd., S. 8).

Insgesamt sollte die Haltung an sich – wie von Efke, Scholten, Bottlender, Juckel und Gather (2021) formuliert – bei Strategien zur Verhinderung von Zwang in den Fokus genommen und Handlungen der Mitarbeiter\*innen kritisch reflektiert werden.

## **5.5 Der Beitrag psychiatrisch Pflegender bei den Implikationen**

Die Berufsgruppe der Pflegenden ist nicht nur die größte, die in der stationären Versorgung arbeitet und somit einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung der (Pflege-)Praxis nimmt, sondern auch eine Berufsgruppe, die durch den – im Vergleich mit anderen Ländern in Deutschland zugegebenermaßen verzögerten – Akademisierungsprozess in den letzten Jahrzehnten in der Forschung an Bedeutung zugewonnen hat. „Dass eine qualitativ hochwertige Pflege wissenschaftliche Grundlagen benötigt, steht mittlerweile außer Zweifel“ konstatierte S. Moses (2015, S. 162) bereits vor einigen Jahren. Ausgehend vom heuristischen Rahmenmodell der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie (Scheydt & Holzke, 2018) können sich Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Qualifikationen in unterschiedlichen Rollen z.B. als Pflegefachspezialist\*in Psychiatrie oder Pflegeexpert\*in an Forschungs- und Implementierungsprozessen in der Praxis beteiligen – so auch bei den oben formulierten Forschungsdesideraten und Praxisbedarfen.

### **5.5.1 Beiträge in der Forschung in Bezug auf Behandlungsvereinbarungen**

Je nach Qualifikation und Rolle können psychiatrisch Pflegende zu allen beschriebenen Forschungsdesideraten einen Beitrag leisten. Dieses Spektrum ist breit und umfasst Aufgaben von der Vermittlung von Informationen über laufende Studien bis hin zur (aktiven Beteiligung an der) Planung von Forschungsprojekten und Beantragung von Drittmitteln. So könnten Pflegefachpersonen ohne zusätzliche wissenschaftliche Qualifikation in der direkten Versorgung aufgrund ihrer besonderen Nähe zu Patient\*innen diese auf Studien aufmerksam machen und zur Teilnahme ermutigen. Dadurch können sie in der Rekrutierungsphase wesentlich zum Gelingen der Studien beitragen. Einen wertvollen Beitrag zur Forschung leisten Pflegefachpersonen auch durch eine gewissenhafte Dokumentation von aggressiven Ereignissen und Zwangsmaßnahmen – häufig ohne dies zu wissen. Auch Rückmeldungen aus der Praxis zur Praktikabilität der Studien sind hilfreich. Noch aktiver können sich psychiatrisch Pflegende in Forschungsprojekten einbringen, wenn sie über einen akademischen Abschluss verfügen. Pflegefachspezialist\*innen mit Bachelorabschluss könnten – je nach eigener fachlicher Einschätzung – Patient\*innen mit komplexen Pflegebedarfen auf Studien hinweisen. Außerdem sind sie dafür verantwortlich, Forschungsergebnisse (z.B. über BVen) in die Praxis zu transferieren (ebd.). Während Pflegeexpert\*innen auf Masterniveau über die Kompetenzen verfügen, einfachere Forschungsprojekte wie z.B. eine inhaltsanalytische Auswertung von BVen durchzuführen und an komplexeren Forschungsprojekten zu BVen mitzuarbeiten, könnten promovierte Pflegeexpert\*innen bzw. Pflegewissenschaftler\*innen eigene Forschungsprojekte zu BVen – z.B. qualitative Studien (s. Kap. 5.3.4) – planen und verantworten.

### 5.5.2 Beiträge in der Praxis in Bezug auf Behandlungsvereinbarungen

Bereits 1999 wurden BVen in einem Fachbuch über professionelle Pflege in unterschiedlichen Handlungsfeldern (Sauter & Richter, 1999) als Intervention bei der Entlassvorbereitung vorgestellt – insbesondere um mit den Patient\*innen zu klären, „wie der/die Betroffene in der akuten Krise behandelt werden möchte“ (Wessels, 1999, S. 148). Auch heute noch wird – z.B. im neuesten Lehrbuch Psychiatriische Pflege – die BV als praxisrelevantes Instrument mehrfach – u.a. im Kontext mit Zwangsmaßnahmen (Sauter & Needham, 2023, S. 653) und als Instrument zur Gewährleistung von Kontinuität und Vernetzung im Rahmen von Primary Nursing (Rixe & Steffen, 2023, S. 668) – aufgeführt. Im psychiatrischen Pflegekontext gilt Primary Nursing (Wessel & Manthey, 2024) bzw. Bezugspflege – hierbei bestehen Unterschiede, auf die in dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann – schon lange inoffiziell als State of the Art. Seit 2021 wird die flächendeckende Implementierung dieses Pflegesystems auch offiziell durch die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP) empfohlen, um eine personenorientierte Pflege umsetzen zu können (Sahm, Von dem Berge, Mayer, Sauter & Rixe, 2021).

Primary Nursing könnte aber auch vor dem Hintergrund der Vorbehaltsaufgaben, die seit 2020 im § 4 des Pflegeberufgesetzes (PflBG) verankert sind, einen hilfreichen Rahmen bieten. Im Zusammenhang mit BVen lassen sich unterschiedliche Maßnahmen ableiten (Rixe et al., 2023a), die nicht nur zur Beantwortung der in Kap. 5.2.3 zitierten Frage „Wer übernimmt diese Aufgabe tatsächlich?“ (PreVCo-Arbeitsgruppe, 2021, S. 14) beiträgt, sondern auch im Rahmen des Pflegeprozesses hochrelevant sein können:

- Aufklärung der Patient\*innen über die BV und ihre Vor- und Nachteile,
- Vorstellen weiterer Instrumente zur Krisenvorsorge (KPen, Vorausverfügungen),
- Begleitung der Patient\*innen bei der Entscheidungsfindung über eine BV,
- Motivation und ggf. Begleitung der Patient\*innen zur Reflexion der Behandlung,
- Motivation und ggf. Begleitung der Patient\*innen zur inhaltlichen Vorbereitung,
- Klärung von den bei der BV einzubeziehenden Personen mit den Patient\*innen,
- Terminabstimmung und organisatorische Vorbereitung für die BV-Erstellung,
- Sicherstellung des Informationsflusses in Bezug auf die Inhalte der BV,
- Überprüfung der Aktualität der BV und ggf. Klärung von Veränderungswünschen.

Von der individuellen Problemlage der Patient\*innen ist abhängig, wann genau welche Maßnahmen genau wie genau für die jeweilige zu pflegende Person sinnvoll sind, und auch, in welcher Pflegediagnose die Maßnahmen eingebettet werden, sofern ein pflegediagnostisches Klassifikationssystem (z.B. NANDA-I, POP) für die Pflegeplanung herangezogen wird. Da dies nicht nur vom Klassifikationssystem abhängt, sondern v.a. vom individuellen Fall, kann hier keine konkretere Nennung von Pflegediagnosen erfolgen.

Die Einschätzung des Pflegebedarfs und die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses muss – wie im PflBG geregelt – durch eine Pflegefachperson erfolgen, während die oben aufgeführten Maßnahmen ggf. an andere Berufsgruppen delegiert werden dürften. Dies könnte sich besonders bei der Terminabstimmung und organisatorischen Vorbereitung der BV-Erstellung anbieten, während die anderen oben aufgeführten Maßnahmen einen wertvollen Beitrag zur professionellen Beziehungsgestaltung zwischen Primary Nurse bzw. Bezugspflegerperson und Patient\*in leisten könnten und Gegenstände der inhaltlichen Ausgestaltung von Primary Nursing / Bezugspflege darstellen können.

### **5.5.3 Beiträge zur Vermeidung von Zwang und zur Förderung von Partizipation**

Wie bereits in Kap. 1.2.3 dargestellt, gehen Übergriffe auf psychiatrischen Stationen häufig nicht nur mit Konsequenzen für diejenigen einher, die sich aggressiv und gewalttätig verhalten, sondern auch mit Folgen für Mitpatient\*innen und Mitarbeiter\*innen. Neben Mitpatient\*innen stellt am häufigsten die größte Berufsgruppe – die der psychiatrisch Pflegenden – das Ziel für Aggressionsereignisse dar (Dinkel, 2019, S. 285). Dies kann mit körperlichen und psychischen Schädigungen oder anderen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz einhergehen (s. Kap. 1.2.3). Auch Vermeidungsverhalten – ggf. als Symptom einer PTBS – kann bei betroffenen Personen hervorgerufen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass dieses zu Krankheitsausfällen führt oder auch dazu, dass Patient\*innenkontakte gemieden werden und die Patient\*innen durch die Mitarbeiter\*innen nicht die Zuwendung erhalten, die sie benötigen würden (Winstanley & Whittington, 2002). Ein wenig fürsorglicher, paternalistischer Umgang ruft – wie von Björkdahl et al. (2010) gezeigt – bei den Patient\*innen Misstrauen und ein Gefühl des Scheiterns hervor. Die Praxis zeigt, dass bei der Verhinderung von Zwang und Förderung von Partizipation die Haltung eine entscheidende Rolle spielt. Im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen war die Haltung des Personals Gegenstand aktueller Studien (z.B. Doedens, Vermeulen, Boyette, Latour & de Haan, 2020; Efkeemann, Scholten, Bottlender, Juckel & Gather, 2022; Vandamme et al., 2021; Wullschleger, Chatton, Kuenzi, Baeriswyl, Kaiser & Bartolomei, 2024). Es ist zu überprüfen, inwiefern der Einsatz der Staff Attitude to Coercion Scale (Efkeemann et al., 2021) oder auch der Trust in Nurses Scale (Weingartz, 2020, S. 265ff.) in der psychiatrischen Pflege Ansatzpunkte liefern können, um ggf. insbesondere mit den Mitarbeiter\*innen, die von Björkdahl et al. (2010) als „Bulldozer“ (ebd., S. 510) beschrieben werden, an einer förderlichen Haltung zu arbeiten.

Neben einer förderlichen Haltung und der Mitarbeit an der Umsetzung von BVen (s. Kap. 5.5.2) können psychiatrisch Pflegenden aber auch weitere Beiträge zur Verhinderung von Zwang in der Praxis leisten, z.B. indem sie bei der Umsetzung der anderen elf Empfehlungen aus der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang mitwirken (s. Kap. 1.2.4).

So sind Pflegefachpersonen z.B. bei der Erfassung von Zwangsmaßnahmen und insbesondere auch bei der Dokumentation aggressiver Übergriffe von zentraler Bedeutung, weil die Berufsgruppe der Pflegenden – wie oben beschrieben – häufig Ziel der aggressiven Ereignisse ist. Zwangsmaßnahmen werden den Vorgaben der Länder entsprechend erfasst, aber bisher ist laut Sauter, Hirsch, Bühling-Schindowski und Junghanns (2024, S. 52) die Dokumentationspflicht bezüglich Aggressionsereignissen nicht formal geregelt: Während einige Kliniken aggressive Ereignisse standardisiert erfassen, werden diese in anderen Kliniken lediglich bei Arbeitsunfällen und besonderen Vorkommnissen dokumentiert. Die konsequente Erfassung und statistische Auswertung aller aggressiven Ereignisse – auch verbaler Aggression – ermöglicht jedoch ein Identifizieren von Risikosituationen und auch ein Demonstrieren von (Arbeits-)Belastung (ebd.). Die Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R), in der sowohl fremd- als auch autoaggressives Verhalten abgebildet werden kann, scheint sich als geeignetes Instrument zur Erfassung von Aggression und Gewalt europaweit durchzusetzen (Ketelsen & Walter, 2019, S. 131). Laut Sauter et al. (2024, S. 54) können aber auch andere, lizenzfreie Instrumente eingesetzt werden, wichtig bei der Umsetzung sei vor allem, dass der Nutzen der Dokumentation für die Mitarbeiter\*innen spürbar wird. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die dritte S3-LL-Empfehlung, die monatlichen Teambesprechungen, in denen die Daten analysiert und die Ereignisse reflektiert werden, umgesetzt wird (ebd., S. 57). Pflegefachpersonen sind häufig Ziel der Aggression, tragen durch ihr Doppelmandat und ihr Verhalten aber auch dazu bei. Vor dem Hintergrund der Studie von Björkdahl et al. (2010) könnte es auch bei der Auswertung und Reflexion aggressiver Ereignisse interessant sein zu überprüfen, ob einzelne Mitarbeiter\*innen häufiger in aggressive Ereignisse involviert sind als andere. Dies könnte einen Ansatzpunkt dafür liefern, über das allgemeine Deeskalations- und Aggressionsmanagement hinaus gezielt und individuell an der Haltung der betroffenen Person und deren Deeskalationskompetenz zu arbeiten. Pflegefachpersonen spielen aber auch bei der Umsetzung der anderen S3-LL-Empfehlungen eine zentrale Rolle. Lediglich beim Einsatz von Genesungsbegleiter\*innen (Empfehlung 7) und einer leitliniengerechten Pharmakotherapie (Empfehlung 11) erfolgt ihr Beitrag eher indirekt. Pflegefachpersonen können aber nicht nur zur Umsetzung der Empfehlungen beitragen, sondern auch einen wertvollen Beitrag bei deren Implementierung leisten. Zusätzlich sollten auch neuere Erkenntnisse aus der Forschung in der Praxis berücksichtigt werden – wie z.B. die Ergebnisse eines Umbrella-Reviews über Interventionen zur Verhinderung von Zwang von Barbui et al. (2021) und des systematischen Reviews von Weltens et al. (2021), die beide die Bedeutung von SDM-Interventionen und somit der Förderung von Partizipation zur Verhinderung von Zwang hervorheben.

## 5.6 Die Bedeutung der Implikationen für die psychiatrische Pflege

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, stellen das Fördern von Partizipation und der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen bzw. einer therapeutischen Beziehung zu den Patient\*innen zentrale Elemente mit präventiver Wirkung zur Verhinderung von Zwang dar. Dies untermauert die Bedeutung der psychiatrischen Pflege, denn spätestens auf Hildegard Peplau (1997) ist zurückzuführen, dass die therapeutische Beziehung ein zentrales Element in der psychiatrischen Pflege darstellt.

Aber auch der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen (ICN, 2021) macht die Verhinderung von Zwang und das Fördern von Partizipation zum Gegenstand der Pflege, indem er z.B. die Achtung der Menschenrechte, die Wahlfreiheit und eine respektvolle Behandlung als der Pflege „inhärent“ (ebd., S. 4) – also untrennbar miteinander verbunden – bezeichnet. Auch die Übernahme von Verantwortung in Bezug auf BVen (s. Kap. 5.5.2) ist durch mehrere im Ethikkodex verankerte Verpflichtungen – wie z.B. eine evidence-informed und personenzentrierte Pflege, Aufklärung, Fördern der Gesundheit und der Sicherheit der Patient\*innen, Handeln als Fürsprecher\*in der Patient\*innen – obligat. Während der Ethikkodex alle Pflegefachpersonen weltweit adressiert, ist die psychiatrische Pflege im internationalen Kontext mittlerweile durch die „Guidelines on mental health nursing“ (ICN, 2024) gerahmt. Unter anderem aus dem dort beschriebenen Aufgabengebiet (Scope of practice, ebd., S. 31ff.) sollen alle pflegerischen Interventionen recovery-orientiert und personenzentriert auf die Bedürfnisse der Patient\*innen in unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsphasen abgestimmt sein. Somit ist auch vor diesem Hintergrund die Übernahme von Verantwortung in Bezug auf BVen indiziert. Aus dem in den Guidelines dargestellten Aufgabengebiet lassen sich aber auch weitere Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang und zum Fördern von Partizipation ableiten, sofern diese auf die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten abgestimmt sind.

Aber nicht nur im (psychiatrisch) pflegerischen Berufsethos, sondern auch im Ethos der wissenschaftlich fundierten Pflegepraxis – im Evidence-based Nursing (EBN) – sind die Präferenzen der Patient\*innen und die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patient\*in von Bedeutung. Dies begründet sich darin, dass EBN eine Pflegepraxis ist, in der überprüft wird, ob und wie wissenschaftliche Belege und Präferenzen der Patient\*innen in das Arbeitsbündnis zwischen Patient\*in und Pflegefachperson integriert werden können (Behrens & Langer, 2022, S. 27). Somit ist im EBN der Ansatz des SDMs (ebd., S. 105ff.) impliziert und dadurch auch die Förderung von Partizipation der Patient\*innen.

Diese berufsethisch verankerten Prinzipien verdeutlichen die Notwendigkeit und Dringlichkeit, durch pflegerisches Handeln aktiv zur Verhinderung von Zwang und zur Förderung von Partizipation – und somit zur Wahrung von Menschenrechten – beizutragen.

## 5.7 Schlussfolgerung und Ausblick

Wie bereits eingangs beschrieben, „gehört es zu den größten ethischen und praktischen Dilemmata der Psychiatrie, dass sie Zwangsmaßnahmen durchführen darf und muss“ (Weinmann, 2019, S. 181). Dieses Dilemma konnte durch die vorliegende Dissertation nicht aufgelöst werden, aber es wurden unterschiedliche Empfehlungen und Interventionen zur Verhinderung von Zwang und zur Förderung von Partizipation vorgestellt und diskutiert. Insbesondere wurde in dieser Dissertation die BV als zentraler Gegenstand des hier dargestellten Promotionsprojekts betrachtet und auf ihre Effekte untersucht.

Aus der in dieser Arbeit beschriebenen ADiP-Studie ging bei BVen im Vergleich mit KPen für den stationären Behandlungskontext eine Überlegenheit vor allem in Bezug auf den Zugewinn von Vertrauen ins Behandlungsteam und die aktive Mitgestaltung der Behandlung hervor. In Bezug auf die Reduktion von Behandlungstagen per Unterbringungsbeschluss und die Reduktion von Zwangsmaßnahmen zeigten sich keine signifikanten bzw. bedeutsamen Effekte. Zwangsmaßnahmen gingen aus der Studie jedoch als seltene Phänomene hervor. Dies erschwerte den Erhalt von verallgemeinerbaren Ergebnissen. Es ist nicht auszuschließen, dass die BV eine Überlegenheit gezeigt hätte, wenn erlebte Zwangsmaßnahmen als Einschlusskriterium für die Studienteilnahme formuliert worden wären und ausschließlich Patient\*innen, die in ihrer Behandlungsvorgeschichte bereits Zwangsmaßnahmen erlebt haben, an der Studie teilgenommen hätten.

Als Sekundärdatenanalyse der ADiP-Studie lieferte die inhaltsanalytische Auswertung der individuell vereinbarten BVen praxisrelevante Ansatzpunkte zur Deeskalation. Insbesondere Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten, Gespräche und Spaziergänge scheinen für die Patient\*innen in sich zuspitzenden Krisensituationen von besonderer Bedeutung zu sein. Bei männlichen Patienten könnte das Anbieten von (Bedarfs-)Medikation eine hilfreiche Intervention darstellen. Somit liefern BVen Ansatzpunkte für mögliche Interventionen zur Deeskalation, die durch den gemeinsamen Aushandlungsprozess nicht nur von den Patient\*innen gewünscht, sondern als vom Behandlungsteam realisierbar eingeschätzt werden und dadurch besonders praxistauglich sein könnten.

Vor dem Hintergrund von Ottawa-Charta und UN-BRK stellen BVen – unabhängig davon, ob sie Zwangsmaßnahmen reduzieren oder nicht – ein sinnvolles Instrument zur Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation in der Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung dar. Aus den vorgestellten Ergebnissen der ADiP-Studie und der inhaltsanalytischen Auswertung von BVen wurden unterschiedliche Forschungsdesiderate und Praxisbedarfe abgeleitet, zu deren Umsetzung psychiatrisch Pflegende wertvolle Beiträge leisten können bzw. zu deren Umsetzung sie vor dem Hintergrund ihres Berufsethos sogar verpflichtet sind.

Für das Umsetzen der Empfehlungen braucht es allerdings Hintergrundwissen und implizite und explizite Kompetenzen. Für eine patient\*innenorientierte, menschenrechtsbasierte und qualitativ hochwertige Pflegepraxis ist zu gewährleisten, dass alle pflegerischen Mitarbeiter\*innen diese Kompetenzen erwerben bzw. diese nach der generalistischen Ausbildung vertiefen und sich auf den psychiatrischen Fachbereich spezialisieren. Hierfür sind vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung und aufgrund des derzeit zu beobachtenden Generationswechsels in der Pflege umfangreiche und zielgerichtete Bildungsstrategien erforderlich. Zukünftig sollte überprüft werden, inwiefern Instrumente wie die Staff Attitude to Coercion Scale oder die Trust in Nurses Scale für die gezielte Bearbeitung von Handlungsfragen eingesetzt werden können.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings auch, dass es sich bei der Verhinderung von Zwang und der Förderung von Partizipation nicht nur für die pflegerische Berufsgruppe, sondern berufsgruppenübergreifend um wichtige Themen handelt. Alle an der (stationären) Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung beteiligten Berufsgruppen müssen gut geschult sein, ihre Kompetenzen anwenden und zusammenarbeiten, um im Interesse der Patient\*innen Zwang zu vermeiden und Partizipation zu fördern. Um die Effektivität der eingesetzten Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang einschätzen zu können, benötigt es eine gewissenhafte Dokumentation und Überprüfung. Nicht nur für die Forschung, sondern auch für die Praxis wäre es sinnvoll, die Daten mit denen anderer Kliniken vergleichen zu können. Obgleich Zwangsmaßnahmen per PsychK(H)K mittlerweile dem jeweiligen Bundesland gemeldet werden müssen, existiert derzeit nur ein vom Land gefordertes Zwangsmaßnahmenregister in Baden-Württemberg, das auch Maßnahmen auf Grundlage des BGBs umfasst und Vergleiche zulässt (Steinert, Hirsch & Flammer, 2022). Ein bundesweites Zwangsmaßnahmenregister wäre zukünftig ein wichtiger Schritt, um noch gezielter zur Verhinderung von Zwang beitragen zu können.

## 6. Literaturverzeichnis

- Alsbach, L. (2023). *Chancen und Risiken psychiatrischer Intensivbetreuung aus der Sicht von Betroffenen und Pflegefachpersonen* (Dissertation, Vinzenz-Pallotti University). [https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/4414/file/Alsbach\\_Lars\\_Dissertation.pdf](https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/4414/file/Alsbach_Lars_Dissertation.pdf) [Stand 31.08.2024]
- Alsbach, L. (2024). Nach den Bedürfnissen der Betroffenen. *Psychiatrische Pflege*, 9(3), 7–8. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000567>
- Arnold, B., D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E. & Huber, C. G. (2019). Compulsory admission to psychiatric wards – who is admitted, and who appeals against admission?. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 544. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00544>
- Baggio, S., Kaiser, S. & Wullschleger, A. (2024). Effect of seclusion on mental health status in hospitalized psychiatric populations: a trial emulation using observational data. *Evaluation & The Health Professions*, 47(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/016327872311644>
- Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Caldas-De-Almeida, J. M., Eaton, J., Gureje, O., Hanlon, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Saraceno, B., Saxena, S., Tedeschi, F. & 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. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.144>
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2020). *Das Gezeiten-Modell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Übers. von Michael Hermann. 2., überarb. und erw. Auflage. Bern: Hogrefe. [Orig.: The Tidal Model. 2007]
- Behrens, J. & Langer, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring – Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe: Free Press.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>

- Bock, T. & Kluge, U. (2019). Kapitel 1: Der sich und Anderen helfende Mensch. In Dörner, K., Plog, U., Bock, T., Brieger, P., Heinz, A. & Wendt, F. (Hrsg.). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 31–90). 25. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Borbé, R., Jaeger, S. & Steinert, T. (2009). Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 36(01), 7–15. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067498>
- Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S. & Steinert, T. (2012). Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 83(5), 638–643. <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3311-x>
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2017). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 2., akt. und erw. Aufl. München: Pearson.
- BVerfG. Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15 –, Rn. 1–131. 502/16. [https://www.bverfg.de/e/rs20180724\\_2bvr030915.html](https://www.bverfg.de/e/rs20180724_2bvr030915.html) [Stand: 31.08.2024]
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Cole, C., Klotz, E., Junghans, J., Oster, A., Vandamme, A., Bempohl, F. & Mahler, L. (2023). Coercive measures in psychiatry – When do they occur and who is at risk? *Journal of Psychiatric Research*, 164, 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.026>
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255–268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- D’Ettorre, G. & Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Deutscher Ethikrat (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf> [Stand: 31.08.2024]
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (Hrsg.) (2018). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Berlin: Springer.

- Dietz, A. & Pörksen, N. (1998). Einführung. Verhandeln als Leitlinie psychiatrischen Handelns. In Dietz, A., Pörksen, N. & Voelzke, W. (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (S. 9–15). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dietz, A., Pörksen, N. & Voelzke, W. (1998). *Behandlungsvereinbarungen: Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. 9., aktual. Aufl. entsprechend ICD-10-GM. Bern: Hogrefe.
- Dinkel, J. (2019). Aggression in klinischen Psychiatrien. In Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (Hrsg.), *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 284–298). 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: 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. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016) Datenaufbereitung. In Döring., N. & Bortz, J. (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 579–595). 5., vollst. überarb., akt. und erw. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Driessen, M., Wertz, J., Steinert, T., Borbé, R., Vieten, B., Diefenbacher, A., Urban, S., Kronmüller, K. T., Löhr, M., Richter, D. & Hohagen, F. (2013). Das Erleben der Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Teil II: Vergleichende Analysen von Patienten- und Klinikmerkmalen. *Der Nervenarzt*, 84(1), 45–54. <https://doi.org/10.1007/s00115-012-3485-x>
- DRKS (Deutsches Register Klinischer Studien) (2024a). *Einsatz von Behandlungsvereinbarungen bei psychiatrischen Patienten mit psychotischen Erkrankungen im Rahmen der integrierten Behandlungsplanung und zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen*. Akronym: ADiP (Advance Directives in Psychiatry). Studien-ID DRKS00013985. <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00013985> [Stand: 31.08.2024]

- DRKS (Deutsches Register Klinischer Studien) (2024b). *Randomisierte, kontrollierte Studie zum Einfluss des Verhandeln von Behandlungsvereinbarungen auf Krankheitskonzept und Vertrauen in Klinikärzte bei stationären Patienten mit schweren psychischen Störungen und Beobachtung von Patientenzufriedenheit, Aufnahmeerleben und Zwanganwendung bei einem Folgeaufenthalt*. Akronym: JCPUKE. Studien-ID DRKS00010168. <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00010168> [Stand: 31.08.2024]
- Efkemann, S. A., Haußleiter, I. S., Steinert, T., Hoffmann, K. & Juckel, G. (2022). Dokumentation, Anwendung und Ansätze zur Reduktion von unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung akutpsychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 49(07), 345–351. <https://doi.org/10.1055/a-1757-4697>
- Efkemann, S. A., Scholten, M., Bottlender, R., Juckel, G. & Gather, J. (2021). A German version of the staff attitude to coercion scale; development and empirical validation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 573240. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.573240>
- Efkemann, S. A., Scholten, M., Bottlender, R., Juckel, G. & Gather, J. (2022). Influence of mental health professionals' attitudes and personality traits on decision-making around coercion: Results from an experimental quantitative survey using case vignettes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/acps.13429>
- Eisele, F., Flammer, E. & Steinert, T. (2021). Incidents of aggression in German psychiatric hospitals: Is there an increase?. *PLoS One*, 16(1), e0245090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245090>
- Ev. Klinikum Bethel (o.D.). *Studie zur Krisenvorsorge*. <https://evkb.de/kliniken-zentren/psyche-nerven/psychiatrie-und-psychotherapie/forschung/aktuelle-forschungsprojekte/studie-zur-krisenvorsorge/> [Stand 31.08.2024]
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3. Aufl. India: Replika Press Pvt. Ltd., Sage Publications Ltd.
- Flammer, E., Hirsch, S. & Steinert, T. (2021). Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study. *The Lancet Regional Health - Europe*, 11, 100233. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100233>
- Frajo-Apor, B., Stippler, M. & Meise, U. (2011). Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren. *Psychiatrische Praxis*, 38(06), 293–299. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266138>

- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., Yim, E., Robins, C. S., Monnier, J. & Hiers, T. G. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, *56*(9), 1123–1133.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1123>
- Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S. & Frey, R. (2016). Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *133*(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/acps.12501>
- Gaillard, A. S., Braun, E., Vollmann, J., Gather, J. & Scholten, M. (2023). The content of psychiatric advance directives: a systematic review. *Psychiatric Services*, *74*(1), 44–55. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200002>
- Gather, J. & Scholten, M. (2022). Ethisches Spannungsfeld – Patientenselbstbestimmung und professionelle Fürsorge. In Riedel., A. & Lehmeier, S. (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–10). Berlin, Heidelberg: Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3\\_48-2](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_48-2)
- Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *8*, 449–462. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S89486>
- Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2018). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28*(2), 448–456.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Heinz, A. & Müller, S. (2024). Zwang reduzieren und psychisch erkrankte Personen nicht in Gefängnisse verschieben oder der Obdachlosigkeit überlassen. *Der Nervenarzt*, *95*(5), 480–481. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01651-3>
- Hemkendreis, B., Löhr, M., Schulz, M. & Nienaber, A. (2013). Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. Ein erster Schritt in die richtige Richtung. *Psychiatrische Pflege Heute*, *19*(2), 90–92. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1338157>
- Hempeler, C., Gather, J., Haberstroh, J. & Trachsel, M. (2022). Shared Decision-Making for Patients with Mental Disorders or Cognitive Impairments. Therapeutische Umschau. *Therapeutische Umschau*, *79*(8), 393–400.  
<https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001380>

- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2004): Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, 329(7458), 136.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>
- 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(02), 85–92.  
<https://doi.org/10.1055/s-0041-109033>
- Hildebrandt, B. & Dietz, A. (1998). Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In Dietz, A., Pörksen, N. & Voelzke, W. (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (S. 29–49). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- ICN (International Council of Nurses) (2021). *The ICN code of ethics for nurses. Revised 2021*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses> [31.08.2024]
- ICN (International Council of Nurses) (2024). *Guidelines on mental health nursing*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-mental-health-nursing> [Stand: 31.08.2024]
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, e0128536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Juckel, G., Schaub, D., Fuchs, N., Naumann, U., Uhl, I., Witthaus, H., Hargarter, L., Bierhoff, H.-W. & Brüne, M. (2008). Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 104(1–3), 287–293.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.04.037>
- Junghanss, J., Sauter, D., Bühling-Schindowski, F. & Mahler, L. (2024). Empfehlung 10: Erstellung von Behandlungsvereinbarungen. In Sauter, D. Junghanss, J. & Bühling-Schindowski, F. (Hrsg.), *Gewalt und Zwang vermeiden. Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen* (S. 139–147). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

- Kay, S. R., Opler, L. A. & Lindenmayer, J. P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23(1), 99–110. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Keller, D. (2018). Phase 3: Analysieren. In Budrich, B., Keller, D. & Schmidt, L. (Hrsg.), *Wie schreibe ich eine Doktorarbeit? Leitfaden für Medizin und Zahnmedizin* (S. 31–71). 2. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Kersting, X. A., Hirsch, S. & Steinert, T. (2019). Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 400. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400>
- Ketelsen, R. & Walter, G. (2019). Risikoeinschätzung und Erfassung von Aggression und Gewalt. In Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (Hrsg.). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 117–134). 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Ketelsen, R. (1998). Einführung des Krisenpasses in Bielefeld. In Dietz, A., Pörksen, N. & Voelzke, W. (Hrsg.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (S. 168–170). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ketelsen, R., Fernando, S. & Driessen, M. (2022). Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen. *Psychiatrische Praxis*, 49(03), 121–127. <https://doi.org/10.1055/a-1543-0323>
- Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. & Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 92–99. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01049.x>
- Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D. & Preisig, M. (2009). Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.006>
- Khazaal, Y., Richard, C., Matthieu-Darekar, S., Quement, B., Kramer, U. & Preisig, M. (2008). Advance directives in bipolar disorder, a cognitive behavioural conceptualization. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.11.001>
- Knuf, A. (2020). *Empowerment und Recovery*. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Lequin, P., Ferrari, P., Suter, C., Milovan, M., Besse, C., Silva, B., Golay, P., Bonsack, C. & Favrod, J. (2021). The joint crisis plan: a powerful tool to promote mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 621436. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.621436>
- Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H. & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846>
- Liddon, L., Kinglerlee, R. & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42–58. <https://doi.org/10.1111/bjc.12147>
- Maina, G., Rosso, G., Carezana, C., Mehanović, E., Risso, F., Villari, V., Gariglio, L. & Cardano, M. (2021). Factors associated with involuntary admissions: a register-based cross-sectional multicenter study. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00323-1>
- Mayer, M. & Witzmann, M. (2020). Zwang gegenüber Patienten – Über den Umgang mit ethischen Herausforderungen in der psychiatrischen Pflege. *Pflege & Gesellschaft* 25(4), 306–319. DOI: 10.3262/P&G2004306
- Mayering, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz.
- Moell, A., Lyle, M. S., Rozental, A. & Långström, N. (2024). Rates and risk factors of coercive measure use in inpatient child and adolescent mental health services: a systematic review and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, online first. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00204-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00204-9)
- Moses, S. (2015). *Die Akademisierung der Pflege in Deutschland*. Bern: Huber.
- Müller, M., Brackmann, N., Jäger, M., Theodoridou, A., Vetter, S., Seifritz, E. & Hotzy, F. (2023). Predicting coercion during the course of psychiatric hospitalizations. *European Psychiatry*, 66(1), e22. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.3>

- Müller, S., Gather, J., Gouzoulis-Mayfrank, E., Henking, T., Koller, M., Saß, H., Steinert, T. & Pollmächer, T. (2024). Patientenverfügungen und psychische Erkrankung – eine Praxisempfehlung der Kommission Ethik und Recht der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 95, 861–867. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01662-0>
- Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (2019). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Neumann, E., Rixe, J., Driessen, M. & Juckel, G. (2023). Psychosocial functioning as a mediator between childhood trauma and symptom severity in patients with schizophrenia. *Child Abuse & Neglect*, 144, 106372. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106372>
- Neumann, E., Rixe, J., Haussleiter, I. S., Macdonald, L., Rabeneck, E., Bender, S., Möller, J., Schormann, M., Wrona, E., Köhne, M., Driessen, M. & Juckel, G. (2022). Psychosocial functioning as a personal resource promoting a milder course of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.062>
- Oud, N., Nau, J. & Walter, G. (2019). Aggression und Gewalt – ein Problem. In Nau, J., Walter, G. & Oud, N. (Hrsg). *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 35–57). 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O. & Dawson, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 513–519. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.513>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing science quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Pereira-Sanchez, V., Gürcan, A., Gnanavel, S., Vieira, J., Asztalos, M., Rai, Y., Erzin, G., Fontaine, A., Pinto da Costa, M. & Szczegieliński, A. (2022). Violence against psychiatric trainees: findings of a European survey. *Academic Psychiatry*, 233–237. [doi.org/10.1007/s40596-021-01539-3](https://doi.org/10.1007/s40596-021-01539-3)
- Peters, S. J., Schmitz-Buhl, M., Karasch, O., Zielasek, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2022). Determinants of compulsory hospitalisation at admission and in the course of inpatient treatment in people with mental disorders—a retrospective analysis of health records of the four psychiatric hospitals of the city of Cologne. *BMC Psychiatry*, 22(1), 471. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04107-7>

- PfIBG. Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG) vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359).
- Porst, R. (2014). *Fragebogen – ein Arbeitsbuch*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- PreVCo-Arbeitsgruppe (2021). *Die Umsetzung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. 12 Implementierungsempfehlungen für psychiatrische Akutstationen und deren Einschätzung durch das „PreVCo-Rating“. Arbeitshilfe für Stationsteams*. <https://www.prevco.de/Arbeitshilfe/Arbeitshilfe.pdf> [Stand: 31.08.2024]
- Psychiatrie Verlag (2023). *Vermeidung von Zwang: Was ist noch notwendig? Ein offener Diskurs*. Ringvorlesung der Hamburger Universität, Sommersemester 2023 [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=xZwezduv4eY> [Stand: 31.08.2024]
- PsychKG NRW (Psychisch-Kranken-Gesetz Nordrhein-Westfalen) vom 17. Dezember 1999 (GV. NRW. S. 622), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 13. April 2022 (GV. NRW. S. 499)
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen – Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. 4., akt. und überarb. Aufl. Wien: Facultas.
- Richter, D. & Berger, K. (2006). Posttraumatic stress disorder following patients assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *Bio Med Central Psychiatry*, 6, 1–4. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-15>
- Richter, D. & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt*, 80(1), 68–73. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2564-5>
- Richter, D. (2007). *Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D. (2024). *Menschenrechte in der Psychiatrie. Prinzipien und Perspektiven einer Unterstützung ohne Zwang*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Rixe, J. & Steffen, H.-T. (2023). Kapitel 30: Personen-/fallorientiertes Vorgehen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 660–679). 4., vollst. überarb. & erw. Aufl. Bern: Hogrefe AG.
- Rixe, J., Driessen, M. & Schulz, M. (2023a). Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie: Selbstbestimmung fördern – Vertrauensbildung stärken. *DNP – Die Neurologie & Psychiatrie*, 24(5), 46–49. <https://doi.org/10.1007/s15202-023-5777-3>

- Rixe, J., Neumann, E., Bosch, M. M., Schulz, M., Juckel, G. & Driessen, M. (2024). Interventionen bei sich zuspitzenden Krisensituationen in der stationären akutpsychiatrischen Behandlung – Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung von Behandlungsvereinbarungen. *Psychiatrische Praxis, eFirst* 07.10.2024. <https://doi.org/10.1055/a-2388-8955>
- Rixe, J., Neumann, E., Möller, J., Macdonald, L., Wrona, E., Bender, S., Schorrmann, M., Juckel, G. & Driessen, M. (2023b). Joint Crisis Plans and Crisis Cards in Inpatient Psychiatric Treatment: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(8), 125–132. <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.m2022.0384>
- Röhrig, B., du Prel, J. B., Wachtlin, D. & Blettner, M. (2009). Studientypen in der medizinischen Forschung – Teil 3 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(15), 262–268.
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., Van Der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J. & Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PloS one*, 9(3), e91882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>
- Sahm, D., von dem Berge, U., Mayer, M., Sauter, D. & Rixe, J. (2021). *Primary Nursing /Bezugspflege. Positionspapier der DFPP*. <https://dfpp.de/presse-empfehlungen/praxisempfehlungen/> [Stand: 31.08.2024]
- SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) (2018). *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie*. 5. Aufl. Basel: Gremper AG.
- Sauter, D. & Needham, I. (2023). Kapitel 29: Zwangsmaßnahmen. In: Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 644–659). 4., vollst. überarb. & erw. Aufl. Bern: Hogrefe AG.
- Sauter, D. & Richter, D. (1999). *Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sauter, D., Hirsch, S., Bühling-Schindowski, F. & Junghanss, J. (2024). Empfehlung 1: Datenerfassung. In: Sauter, D., Junghanss, J. & Bühling-Schindowski, F. (Hrsg.). *Gewalt und Zwang vermeiden. Leitliniengerechtes Arbeiten auf psychiatrischen Stationen* (S. 51–58). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sauter, D., Junghanss, J. & Bühling-Schindowski, F. (2024). *Gewalt und Zwang vermeiden. Leitliniengerechtes Arbeiten auf psychiatrischen Stationen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Savage, M. K., Lepping, P., Newton-Howes, G., Arnold, R., Staggs, V. S., Kisely, S., Hasegawa, T., Reid, K. S. & Noorthoorn, E. O. (2024). Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych open*, *10*(1), e26.  
<https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613>
- Scheydt, S. & Holzke, M. (2018). Erweiterte psychiatrische Pflegepraxis. Entwicklung und Diskussion eines heuristischen Rahmenmodells der pflegerischen Expertise in der Psychiatrie. *Pflegewissenschaft*, *20*(3/4), 146–154.  
<https://doi.org/10.3936/1536>
- Schön, U. K. (2010). Recovery from severe mental illness, a gender perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *24*(3), 557–564.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00748.x>
- Schwarz, K. (2020). *Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie. Eine methodenplurale Studie zur Einstellung klinisch tätiger Psychiater*. München, Ludwig-Maximilians-Universität, Med. Fak., Dissertation.
- Silva, B., Bachelard, M., Bonsack, C., Golay, P. & Morandi, S. (2023). Exploring Patients' Feeling of Being Coerced During Psychiatric Hospital Admission: A Qualitative Study. *Psychiatric Quarterly*, *94*(3), 411–434.  
<https://doi.org/10.1007/s11126-023-10039-6>
- Steinert, T. & Hirsch, S. (2019): Implementierung der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang. *Psychiatrische Praxis*, *46*(5), 294–296.  
<https://doi.org/10.1055/a-0897-7517>
- Steinert, T. & Hirsch, S. (2020). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, *91*, 611–616.  
<https://doi.org/10.1007/s00115-019-00801-2>
- Steinert, T., Baumgardt, J., Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Cole, C., Flammer, E., Jaeger, S., Junghanss, J., Kampmann, M., Mahler, L., Mucche, R., Sauter, D., Vandamme, A. & Hirsch, S. (2023). Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet Regional Health - Europe*, *35*, 100770.  
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100770>
- 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. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>

- Steinert, T., Hirsch, S. & Flammer, E. (2022) Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 93(11) 1105–1111. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01349-4>
- Steinert, T., Hirsch, S., Goebel, R., Snellgrove, B. & Flammer, E. (2020). Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004–2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. *European Psychiatry*, 63(1), e102. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.104>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Steinert, T., Martin, V., Baur, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., Kronstorfer, R., Kuster, W., Martinez-Funk, B., Roser, M., Schwink, A. & Voigtländer, W. (2007). Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 140–145. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0137-0>
- Sutherby, K. & Szmukler, G. (1998). Crisis cards and self-help crisis initiatives. *Psychiatric Bulletin*, 22(1), 4–7. <https://doi.org/10.1192/pb.22.1.4>
- Sutherby, K., Henderson, C. & Flood, C. (2004). *A Randomised Controlled Trial on Joint Crisis Plans for people with psychotic illnesses. Training Pack for the development of a Joint Crisis Plan*. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC478218/bin/bmj\\_38155.585046.63\\_index.html](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC478218/bin/bmj_38155.585046.63_index.html) [Stand: 31.08.2024]
- Sutherby, K., Szmukler, G. L., Halpern, A., Alexander, M., Thornicroft, G., Johnson, C. & Wright, S. (1999). A study of 'crisis cards' in a community psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), 56–61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10914.x>
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., McCauley, B. J. & Kim, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943–1951. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1943>

- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Wagner, H. R., Moser, L. A., Wilder, C. & Gilbert, A. R. (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health, 17*(3), 255–267. <https://doi.org/10.1080/09638230802052195>
- Tarone, R.E. & Ware, J. (1977). On distribution-free tests for equality of survival distributions. *Biometrika, 64*(1), 156–160. <https://doi.org/10.1093/biomet/64.1.156>
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Henderson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Dunn, G., Leese, M. & Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet, 381*(9878), 1634–1641. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60105-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60105-1)
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). “Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(9–10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> [Stand: 31.08.2024]
- Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics, 40*(12), 832–836. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100370>
- Vandamme, A., Wullschleger, A., Garbe, A., Cole, C., Heinz, A., Bempohl, F., Mielau, J., Mahler, L. & Montag, C. (2021). The role of implicit and explicit staff attitudes in the use of coercive measures in psychiatry. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 699446. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.699446>
- Voigtländer, W., Eichenbrenner, I., Gagel, D., Lehmkuhl, D., Rosemann, M. & Rossmannith, P. (2024). Psychiatrie ohne Zwang – den Zwang ausschließen oder Patient: innen?. *Der Nervenarzt, 95*(5), 474–479. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01635-3>
- Wasserman, D., Apter, G., Baeken, C., Bailey, S., Balazs, J., Bec, C., ... & Vahip, S. (2020). Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *European Psychiatry, 63*(1), e82. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.79>

- Weide, A., Vrinssen, J., Karasch, O., Blumenröder, T., Staninska, A., Engemann, S., Banger, M., Grümmer, M., Marggraf, R., Muysers, J., Rinckens, S., Schwerbaum, N., Supprian, T., Tönnesen-Schlack, A., Mennicken, R., Zielasek, J. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2023). Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken. *Der Nervenarzt*, 94(1), 18–26. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01419-7>
- Weingartz, A. (2020). Vertrauenswürdige Beziehungsgestaltung in der Pflege. In Hax-Schoppenhorst, T. & Hermann, M. (Hrsg.), *Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 261–272). Bern: Hogrefe Verlag.
- Weinmann, S. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie. Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachbereichs*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T. & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PloS one*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- Wessel, S. & Manthey, M. (2024). *Primary Nursing – Primäre Pflege. Ein personenbezogenes Pflegesystem gestalten und umsetzen*. Übers. von Gerhard Kelling. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Hogrefe. [Orig.: Primary Nursing – Person Centered Delivery System Design]
- Wessels, S. (1999). Entlassungsvorbereitung psychiatrischer PatientInnen. In Sauter, D. & Richter, D. (Hrsg.), *Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern* (S. 142–149). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- WHO (World Health Organization) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Regionalbüro für Europa*. <https://iris.who.int/handle/10665/349654> [Stand: 31.08.2024]
- Winstanley, S. & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work & Stress*, 16(4), 302–315. <https://doi.org/10.1080/0267837021000058650>
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- WMA (World Medical Association) (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Stand: 31.08.2024]

- Wullschleger, A., Chatton, A., Kuenzi, N., Baeriswyl, R., Kaiser, S. & Bartolomei, J. (2024). Experience of violence and attitudes of staff members towards coercion in psychiatric settings: observational study. *BJPsych open*, 10(3), e80. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.29>
- Zinkler, M., Laupicher, K. & Osterfeld, M. (Hrsg.) (2016). *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Zinkler, M., Mahlke, C. & Marschner, R. (Hrsg.) (2019). *Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Zuaboni, G., Burr, C., Winter, A. & Schulz, M. (Hrsg.) (2019). *Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Zuaboni, G., Rixe, J. & Schulz, M. (2024). Traumainformierte Psychiatrie: Grundlagen und Prinzipien. *Psychiatrische Pflege*, 9(3), 13–16. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000569>

## 7. Thesen

1. Angesichts international geforderter Menschenrechte und national gültiger Grundrechte ist es in der stationären psychiatrischen Behandlung indiziert, Zwang zu vermeiden und die Selbstbestimmung und Partizipation der Patient\*innen zu fördern.
2. Behandlungsvereinbarungen tragen dazu bei, die Selbstbestimmung und Partizipation von Patient\*innen im stationären Behandlungskontext zu fördern und sollten daher Patient\*innen für zukünftige Behandlungen in der Psychiatrie angeboten werden.
3. Aufgrund ihres Berufsprofils und ihres Berufsethos können psychiatrisch Pflegende auf unterschiedlichen Kompetenzstufen in der Praxis hilfreiche Beiträge bei der Erstellung, Umsetzung und Aktualisierung von Behandlungsvereinbarungen leisten.
4. Dass Behandlungsvereinbarungen eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen bewirken, kann anhand der Ergebnisse der in dieser Dissertation beschriebenen ADiP-Studie nicht belegt, aber auch nicht ausgeschlossen werden.
5. Bei zukünftigen Studien, die die Effekte von Behandlungsvereinbarungen auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen untersuchen, sollten die Einschlusskriterien und die Kontrollintervention(en) so gewählt werden, dass sich die Effekte deutlicher zeigen und eindeutig der Intervention zugeordnet werden können.
6. Beim Vergleich von Studienergebnissen im Zusammenhang mit Behandlungsvereinbarungen sollte die untersuchte Intervention der jeweiligen Studien genau betrachtet und inhaltliche Abweichungen diskutiert und als Limitation aufgezeigt werden.
7. Bisherige Studien zu Joint Crisis Plans bzw. Behandlungsvereinbarungen haben vor allem auf Behandlungsdaten und Zwangsmaßnahmen abgezielt, weniger auf Inhalte der Behandlungsvereinbarungen, die Bedeutung für die Patient\*innen und die Auswirkung der reflektierenden Auseinandersetzung mit der Erkrankung und den eigenen Bedürfnissen. Es bestehen Forschungslücken, die qualitative Ansätze erfordern – ein potentiell Forschungsfeld für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen.
8. Trotz gesetzlicher Vorgaben und Behandlungsempfehlungen werden Behandlungsvereinbarungen nicht flächendeckend und den Vorgaben entsprechend angeboten. Es wäre sinnvoll, Implementierungsbarrieren zu identifizieren, Strategien für eine nachhaltige Implementierung zu entwickeln und alternative Interventionen zu prüfen.
9. Da die Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie für Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen von essentieller Bedeutung ist, muss das Thema berufsübergreifend weiterhin verstärkt in der Praxis, der Forschung und der Politik adressiert und verfolgt werden – z.B. in Form eines bundesweiten Zwangsmaßnahmenregisters.

## Danksagung

Ich möchte diese Gelegenheit nutzen, den Personen zu danken, die mich während des dieser Arbeit zugrundeliegenden Projekts und der Promotion unterstützt haben.

Zuerst möchte ich mich bei meinem Betreuer PD Dr. Michael Schulz bedanken, der mich bei meinem Promotionsvorhaben unterstützt und zur wissenschaftlichen Selbständigkeit ermutigt und befähigt hat. Ein besonderer Dank gilt ihm dafür, dass er mich in die Scientific Community eingeführt und mich darin bestärkt und es mir ermöglicht hat, in dieser eine aktive Rolle einzunehmen. Seine Beratung, sein Zuspruch und sein Vertrauen in mich und meine Fähigkeiten trugen maßgeblich zu meiner beruflichen Entwicklung und zu dieser Arbeit bei. Seine Unterstützung ist für mich von unschätzbarem Wert.

Von der Martin-Luther-Universität danke ich Prof.´in Dr. Gabriele Meyer für ihre wertvolle Begleitung und ihre Klarheit, Prof. Dr. Andreas Wienke für seine statistische Beratung.

Herzlich danken möchte ich dem Ärztlichen Direktor des Fachbereichs Psychosoziale Medizin im Ev. Klinikum Bethel, Prof. Dr. Martin Driessen, der mir in diesem Projekt als Projektleiter die Promotion ermöglichte und mich bei dem Vorhaben sehr unterstützt hat. Seine Offenheit für Argumente und seine Diskussionsbereitschaft waren für mich ausgesprochen wertvoll, seine Ratschläge und sein Rückhalt haben mich sehr gestützt.

Auch Prof. Dr. Georg Juckel als zweiten Projektleiter und meinen Projektkolleginnen, insbesondere Lina McDonald und Dr. Eva Neumann, möchte ich meinen Dank aussprechen. Lina McDonald trug vor Ort, Dr. Eva Neumann als zweite Projektkoordinatorin zentrumsübergreifend maßgeblich zum Gelingen der Studie bei. Von Fr. Dr. Neumanns wissenschaftlicher Expertise konnte ich im Projekt und auch bei gemeinsamen Publikationen enorm profitieren. Auch Marnie Bosch möchte ich explizit für ihren Beitrag bei der Auswertung der Behandlungsvereinbarungen und ihre gewissenhaften Korrekturen danken. Ein besonderer Dank gilt auch Fr. K. R., die das Projekt durch ihre Perspektive als Betroffene deutlich bereichert hat, die in der Zwischenzeit aber leider verstorben ist.

Mein Dank gilt auch dem Ev. Klinikum Bethel, insbesondere dem Fachbereichsleiter Lars Kozian und meiner Kollegin Birgit Hahn, die mir den Rücken für diese Arbeit freigehalten haben, und Saskia Flegel für ihre Korrekturarbeiten. Ein besonderer Dank gilt auch Dr. Regina Ketelsen, durch deren Expertise und außerordentliches Engagement zur Verhinderung von Zwang in der Psychiatrie mein Interesse am Thema dieser Arbeit geweckt wurde. Ihre personenorientierte Haltung hat mich schon früh beeindruckt und geprägt.

Zuletzt gilt mein aufrichtiger Dank meinem Lebensgefährten, meiner Familie und meinen Freund\*innen und Kolleg\*innen, die mich in den letzten Jahren in allen Höhen und auch allen Tiefen meiner Promotion begleitet und immer an mich geglaubt haben. **DANKE!**

## **Anhang**

**Anhang A: Behandlungsvereinbarung** (8 DIN A4-Seiten)

**Anhang B: Krisenpass** (üblicherweise im aufklappbarem DIN A6-Format)

**BEHANDLUNGSVEREINBARUNG**

zwischen

Frau/Herr (Vorname Name) .....

geb. am .....

Telefon ..... oder .....

und dem

---

---

**Präambel**

Diese Behandlungsvereinbarung (BV) dient der **gegenseitigen Vertrauensbildung** zwischen Betroffenen und Behandlungsteam. Die gemeinsam getroffene Behandlungsvereinbarung bietet für die Betroffenen **die Chance**, durch die Behandler/Behandlerinnen **über die Behandlungsmöglichkeiten, deren Chancen und Risiken informiert zu werden** und Vorsorge für eine ihren Bedürfnissen gerechte Behandlung zu tragen. Mit Abschluss der gemeinsamen Behandlungsvereinbarung wird gleichzeitig die **Einwilligungsfähigkeit des/der Betroffenen zum Zeitpunkt der Vereinbarung bestätigt**.

Die Behandler/Behandlerinnen der Klinik möchten mit dieser Vereinbarung die Erfahrung und die Selbstverantwortung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquat und individuell passgenau zu helfen.

Einige der hier gemeinsam getroffenen Vereinbarungen **entsprechen Patientenverfügungen und sind damit rechtlich verbindlich**.

**Die Klinik ist demnach bezogen auf Teil A. Patientenverfügung verpflichtet,**

- ⇒ für die Durchführung der Vereinbarungen konkret Sorge zu tragen. Die BV gilt auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- ⇒ auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen - insbesondere für den Fall, dass die Behandlungssituation nicht auf die voraus verfügte Situation zutrifft und sich daher ggf. andere Behandlungsnotwendigkeiten ergeben. Für alle Patientenverfügungen hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Behandler/Behandlerinnen überprüfen müssen, ob die Patientenverfügung auf die aktuelle Situation passt. Nur dann ist die Behandlungsvereinbarung rechtlich bindend.
- ⇒ möglichst zeitnah wird den/die gesetzliche Vertreter/in hinzuzuziehen.
- ⇒ Sollte die Behandlungssituation anders als in der BV beschrieben sein, muss der mutmaßliche Wille des/der Patient/in in der konkreten Situation ermittelt werden. Das geschieht idealerweise durch sofortige Hinzuziehung eines Facharztes und der gesetzlichen Vertretung.

**Die Klinik verpflichtet sich selbst zu den in Teil B. gemachten Vereinbarungen.**

Am Vereinbarungsgespräch vom

nahmen folgende Personen teil:

## Vereinbarungen

**Die Präambel ist Bestandteil dieser Vereinbarungen.**

### Teil A: Patientenverfügung

#### 1. Behandlung

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente (Name und Dosis):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich in folgenden näher bezeichneten Situationen (z.B. Unruhe, Schlafstörung, Aggressivität, manische Angetriebenheit, depressive Phasen, Suizidalität):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Nicht geholfen hat:

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab (ggf. Angabe von Gründen, warum eine Einnahme abgelehnt wird, z.B. Nebenwirkungen wie unruhige Beine, Muskelsteifigkeit):

- 1.
- 2.
- 3.

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgende Darreichung:

- Tabletten/Dragees
- Tropfen
- Spritzen
- Depot-Spritze

Gründe:

Folgende nicht-medikamentöse Therapieverfahren waren in der Vergangenheit hilfreich:

- Einzelgespräche
- Gruppengespräche
- Angehörigengespräche
- Bewegungs-/Physiotherapie
- Entspannung
- Akupunktur
- Lichttherapie
- Wachtherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Körpertherapie
- Ergotherapie
- Peergespräche/Genesungsbegleitung
- Weitere Verfahren:

Folgende nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren lehne ich ab:

- 1.
- 2.

Besondere Vereinbarungen für die Behandlung (z.B. Umgang mit Diabetes, körperlichen Untersuchungen, therapeutische Vereinbarungen):

- 1.
- 2.

Weitere Hinweise für die Behandlung (z.B. Umgang mit Suizidalität, Umgang mit Gereiztheit, Umgang mit Entlassungswünschen, Umgang mit Sprachlosigkeit, Absprachefähigkeit):

- 1.
- 2.

Die Anwendung einer EKT schließe ich für mich in jedem Fall aus:

- ja
- nein

## 2. Vereinbarungen für Krisenzuspitzungen

Krisenhafte Zuspitzungen beginnen bei mir in der Regel mit

und äußern sich im Verlauf durch

In sich zuspitzenden Krisensituationen soll unbedingt Folgendes versucht werden:

- Vertrauensperson hinzuziehen
- Spaziergang mit
- Bad
- Gespräch
- Musik hören/Musik machen
- Rückzug in reizarme Umgebung
- Einzelbetreuung durch Sitzwachen
- Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack)
- Essen anbieten
- 
- 
- 

Falls Zwangsmaßnahmen nach Psych KG oder Betreuungsgesetz aus der Sicht der Behandler/ Behandlerinnen unumgänglich sind, soll Folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden (z.B. Erklärungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Ausgangsbeschränkung und Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, ggf. Festlegung der Reihenfolge):

- 1.
- 2.
- 3.

Folgende Personen bitte ich im gegebenen Fall um Beteiligung an der Sitzwache:

Folgende Personen sollen auch im Falle einer Fixierung Zugang zu mir haben:

Bei Zwangsmaßnahmen soll/en benachrichtigt werden:

Sollten Zwangsmaßnahmen erfolgt sein, werden diese zeitnah mit mir nachbesprochen.

**Teil B) weitere Informationen / gemeinsam getroffene Vereinbarungen****3.) Aufnahme:**

Die/der letzte(n) stationäre(n) Aufenthalt(e) erfolgte unter folgender/n Diagnose/n:

Im Falle einer Aufnahmesituation befinde ich mich erfahrungsgemäß in folgender Verfassung:

In der Aufnahmesituation ist für mich Folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

Bei Aufnahmen sollen unverzüglich benachrichtigt werden:

Zurzeit behandelnde/r Psychiater/in und ambulante Dienste sind:

- 1.
- 2.
- 3.

Mein gesetzlicher Vertreter ist:

Die Klinik verpflichtet sich, spätestens im Anwendungsfall dem rechtlichen Vertreter bzw. Bevollmächtigten eine Kopie der Behandlungsvereinbarung zur Verfügung zu stellen, da dieser nach dem Gesetz für die Umsetzung der darin enthaltenen Patientenverfügung verantwortlich ist.

Für die Aufnahme und Behandlung ist die Station \_\_\_\_\_ soweit wie möglich vorgesehen.

Falls eine sofortige Aufnahme auf der hier benannten Station nicht möglich ist, akzeptiere ich die vorübergehende Aufnahme auf einer anderen Station. Die Absprachen der Behandlungsvereinbarung gelten grundsätzlich für alle Stationen.

Als **Bezugspersonen** aus dem Stationsteam sind Herr/Frau \_\_\_\_\_ gewünscht.

#### **4. Kontakte**

In den ersten Tagen sollen folgende Personen möglichst viel Zeit mit mir verbringen:

Weitere Kontaktabsprachen (z.B. Besuch durch Selbsthilfegruppen, Genesungsbegleiter, andere Vertrauenspersonen oder Besuch eines Seelsorgers):

Mit folgenden Personen möchte ich keinen Kontakt haben, auch wenn diese von sich aus in die Klinik kommen:

#### **5. Soziale Situation**

Allgemein ist folgendes zu meiner sozialen Situation wichtig zu wissen:

Die Klinik überprüft im Rahmen der Möglichkeiten der klinischen Sozialarbeit, ob es in den nachfolgenden sozialen Angelegenheiten dringenden Handlungsbedarf gibt, und wird ggf. tätig (ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/dem/der Betreuer/in).

#### **Bei mir ist folgendes zu klären:**

##### **- Kinder und Familienangehörige -**

Ich habe (Zahl) minderjährige Kinder im Alter von bis Jahren, sie heißen

Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

Ich habe für folgende Personen Verpflichtungen übernommen:

Wichtige Termine und Ereignisse, die beachtet werden müssen (z.B. Prüfungen für Ausbildung und Studium):

##### **- Wohnung -**

Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung/Nachbarn/Hausfrieden

Falls die Wohnung abgeschlossen: aufbrechen?

Hausdienste

Licht  Gas  Wasser  Strom  Inventar  Pflanzen

Tiere

Ein Wohnungsschlüssel ist bei (Name, Tel.) aufbewahrt.

Die Klinik behält sich vor, im Notfall (z.B. bei Nichtöffnen der Wohnung, Suizidgefahr) die Polizei oder das Gesundheitsamt einzuschalten.

**- Finanzen -**

- Anstehende Ratenzahlungen
- Rückgängigmachen von Kaufverträgen
- Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank
- 

**- Fahrzeuge -**

Absichern, und zwar  PKW  Motorrad  Mofa ,  
nähere Beschreibung und Kennzeichen

**- Arbeitgeber/Schule -**

- Krankmeldung ohne Kennzeichnung „Psychiatrische Klinik“
- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

**6. Sonstige Absprachen**

Diese Behandlungsvereinbarung soll alle drei Jahre auf ihre Aktualität hin überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen. Die BV kann bezogen auf Teil B) jederzeit einseitig gekündigt werden, wenn es keinen Konsens zwischen Patient und Klinik mehr gibt. Alternativ steht dann eine einseitig formulierte Patientenverfügung als Möglichkeit zur Verfügung.

Es wird durch Unterschrift bestätigt, dass der unterzeichnende Patient/die unterzeichnende Patientin zum Zeitpunkt der Vereinbarung einwilligungsfähig ist.

---

(Ort, Datum)

---

Patient/in / Psychiatrie-Erfahrene/r      Vertrauensperson      Gesetzliche/r Betreuer/in

---

Facharzt/Fachärztin      Pflegedienst      Bezugstherapeut/in /  
Therapeutischer Dienst

**Weitere Hinweise und Erläuterungen können geben:**

Von Seiten der Klinik

.....  , Mail:

.....  , Mail

Weitere Informationen können geben:

.....



## **Erklärung über frühere Promotionsversuche und Selbständigkeitserklärung**

### **Hiermit erkläre ich:**

- (1) , dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.
- (2) , dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht habe.
- (3) an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden von mir eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Bielefeld, 15.10.2024

---

(Jacqueline Rixe)