

Aus dem Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universität zu Köln

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. F. Jessen

Institutionelle und patient*innenbezogene Einflussfaktoren auf die Häufigkeit
von Fixiermaßnahmen auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation am Bei-
spiel einer universitären Abteilungspsychiatrie -
eine retrospektive Erhebung aus dem Jahr 2015

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde*)

der Medizinischen Fakultät

der Universität zu Köln

vorgelegt von

Miriam Paetzold

aus Köln

promoviert am 03. November 2022

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachterin oder Gutachter: Privatdozent Dr. med. F. Lehnhardt

2. Gutachterin oder Gutachter: Professorin Dr. med. E. Gouzoulis-Mayfrank

(3. Gutachterin oder Gutachter:)

ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.¹

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

PD Dr. med. Fritz-Georg Lehnhardt – Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Uniklinik Köln

Dr. rer. medic. Dipl.-Stat. Kathrin Kuhr – Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik Uni-
versität zu Köln

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die Konzeption dieser Arbeit erfolgte in Zusammenarbeit mit PD Dr. Lehnhardt. Der dieser Arbeit zugrunde liegende Datensatz wurde von mir selbst erhoben und unter der Mitarbeit von Frau Dr. Kuhr mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23 und Microsoft Office Excel statistisch ausgewertet und analysiert.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 01.01.2022

Unterschrift:

Seite 2

Gendersensible Sprache ist heute schon in vielen gesellschaftlichen Bereichen selbstverständlich. Doch die konsequente Umsetzung einer geschlechtergerechten Sprache ist schwerer als oft angenommen. Dies gilt für Verwaltungstexte, Gesetze und Behördenformulare. Aber auch in der alltäglichen Kommunikation erscheint „dem Bürger“ die sprachliche Gleichbehandlung oft umständlich und kompliziert (Levecke et al. (2006)). So gehören Verweise auf „bessere Lesbarkeit“, „Einfachheit“ und „mitmeinen“ zu den gängigen Begründungen, warum auf die gendersensible Formulierung vermeintlich verzichtet werden kann. Allerdings ist inzwischen nachgewiesen, dass Frauen beim „mitmeinen“ weder sprachlich noch gedanklich einbezogen werden (Irmen et al. (2005)). Auch die Wirksamkeit nicht gendersensibler Texte lässt stark zu wünschen übrig: Leserinnen und Hörerinnen halten im Maskulinum formulierte Texte für weniger relevant und erinnern sich schlechter an sie (Braun et al. (2000)). Auf dem Weg zur faktischen Gleichstellung der Geschlechter können veränderte Sprachroutinen ein erster und wichtiger Schritt sein (Gesellschaft für Informatik e.V. (1999)). Daher habe ich mich entschieden, in der vorliegenden Dissertationsschrift die Form des Gender-Sternes zu wählen, um allen Menschen gerecht zu werden, auch denen, die sich nicht in die Geschlechterkategorien weiblich und männlich einordnen können oder wollen.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Mitarbeiter*innen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln, sowie des Instituts für Medizinische Statistik und Bioinformatik Universität zu Köln herzlich bedanken, die mich bei dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt PD Dr. Fritz-Georg Lehnhardt für die großartige Betreuung dieses Projektes. Als zuverlässiger Wegbegleiter stand er mir immer mit Rat und Tat zur Seite.

Außerdem gilt mein Dank meinen Eltern für den Zuspruch und die private finanzielle Unterstützung während meines Studiums und meiner Promotion, sowie meiner restlichen Familie, meinem Freund, meinen Freund*innen und Kolleg*innen für die Unterstützung während dieser spannenden und herausfordernden Zeit.

INHALTSVERZEICHNIS

Erklärung.....	2
Danksagung.....	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	8
Tabellenverzeichnis.....	9
Abkürzungsverzeichnis und Begriffserklärungen.....	10
1. Einleitung.....	11
1.1 Fixiermaßnahmen in der Psychiatrie.....	11
1.1.1 Definition.....	11
1.1.2 Rechtsgrundlage zur Durchführung von Fixiermaßnahmen.....	13
1.1.3 Ethische Grundsätze in Bezug auf Fixierungsmaßnahmen.....	16
1.1.4 Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in Deutschland.....	18
1.1.5 Landesweites Melderegister Baden-Württemberg.....	20
1.1.6 Literaturrecherche.....	21
1.2. Reduktion von Zwangsmaßnahmen.....	26
1.2.1 Umgang mit psychomotorischer Agitation.....	27
1.2.2 Deeskalationsstrategien.....	27
1.2.3 Verhinderung von Zwang.....	31
1.3. Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen.....	32
1.3.1 Literaturübersicht.....	32
1.3.2 Institutionelle Einflussfaktoren.....	39
1.3.3 Patient*innen bezogene Einflussfaktoren.....	47
1.3.4 Kurze Zusammenfassung.....	54
1.4. Ziel der vorliegenden Untersuchung (Fragestellung).....	56
1.4.1 Konzeption.....	56

1.4.2. Ort der Untersuchung.....	56
2. Material und Methoden	58
2.1 Gebildete Hypothesen.....	58
2.2 Stichprobe	59
2.3. Datengrundlage.....	61
2.4 Aufeinanderfolgende Fixiermaßnahmen	62
2.5 Fixiermaßnahmen mit Einwilligung.....	63
2.6. Software	63
2.7. Auswertung der patient*innenbezogenen Faktoren	63
2.8 Auswertung der institutionellen Faktoren	65
3. Ergebnisse	68
3.1 Anzahl und Anteil Behandlungsfälle und Fixierungen	68
3.1 Geschlechterverteilung	69
3.2 Zeitpunkt und Dauer der Fixiermaßnahmen.....	70
3.3 Grund der Fixiermaßnahmen	74
3.4 Diagnosespektrum der fixierten Patient*innen	75
3.5 Statistisch signifikante Ergebnisse der institutionellen Faktoren	78
3.6 Statistisch nicht-signifikante Ergebnisse institutioneller Faktoren	80
3.7 Statistisch signifikante Ergebnisse der patient*innenbezogenen Faktoren	82
3.8 Statistisch nicht-signifikante Ergebnisse der patient*innenbezogener Faktoren	82
3.9 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	84
4. Diskussion	86
4.1 Motivation der Studie	86
4.2 Kurzer Überblick über bisherige Forschung	87
4.3 Zeitpunkt der Fixierung	88
4.4 Fixierungsgrund	91

4.5 Patient*innenbezogene Einflussfaktoren.....	91
4.6 Institutionelle Einflussfaktoren.....	97
4.7 Fixiermaßnahmen aus Patient*innen-Sicht.....	105
4.8 Limitationen der Untersuchung.....	107
4.9 Schlussfolgerung und Ausblick.....	111
5. Zusammenfassung.....	115
5.1 Ziel der Studie.....	115
5.2 Methodik.....	115
5.3. Ergebnisse.....	116
5.4. Schlussfolgerung.....	117
Literaturverzeichnis.....	118

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Klinikinterne Fixierungsdatenbank (Auszug).....	61
Abbildung 2: Beispiel Stationsbesetzungsplan der Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln.....	62
Abbildung 3: Geschlechterverteilung an der Anzahl aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben [%]	69
Abbildung 4: Altersverteilung der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben	70
Abbildung 5: Anzahl der Fixiermaßnahmen je Aufenthalt.....	70
Abbildung 6: Fixierdauer in Stunden, (einzelne Ausreisserpunkte außerhalb des abgebildeten Bereiches)	71
Abbildung 7: Zeitpunkt der Fixierung nach Aufnahme in Tagen von allen Fixiermaßnahmen 2015	72
Abbildung 8: Zeitpunkt aller Fixiermaßnahmen bezogen auf den Wochentag	73
Abbildung 9: Fixiermaßnahmen nach Wochentagen, anteilig an allen Fixiermaßnahmen 2015	74
Abbildung 10: Zeitpunkt der Fixiermaßnahme bezogen auf den ärztlichen Dienst	74
Abbildung 11: Fixierungsgrund.....	75
Abbildung 12: Diagnosespektrum aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben nach ICD-10.....	77
Abbildung 13: Fixierungszeitpunkt nach Diensterteilung der Pflege, anteilig an allen Fixiermaßnahmen 2015	78
Abbildung 14: Zugangsmodus der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben, im Vergleich zu Patient*innen, die nicht fixiert wurden	82
Abbildung 15: Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte von allen Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren	83

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Literatúrauswahl zu den statistischen Merkmalen von Fixiermaßnahmen	25
Tabelle 2: Vorstellung der aussagekräftigsten Studien als Ergebnis der selektiven Literaturrecherche in der Datenbank PubMed nach Übersichts- und Originalarbeiten 1991-2019 zu den Stichworten „psychiatry“ AND „restraint“ AND „risk factors“ (Treffer: 392, 23.02.2018).....	38
Tabelle 3: Ergebnis der selektiven Literaturrecherche bezüglich der institutionellen Einflussfaktoren	41
Tabelle 4: Ergebnis der selektiven Literaturrecherche bezüglich der patient*innen bezogenen Einflussfaktoren	49
Tabelle 5: Übersicht zu den untersuchten Einflussfaktoren	58
Tabelle 6: Aufnahmestatistik Uniklinik Köln, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 2010-2015.....	60
Tabelle 7: Statistik freiheitsentziehende Maßnahmen	60
Tabelle 8: Diagnosespektrum aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben	76
Tabelle 9: Statistisch signifikante Ergebnisse der institutionellen Faktoren.....	80
Tabelle 10: Anregungen für eine Nachfolgestudie	113

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS UND BEGRIFFSERKLÄRUNGEN

Abb.	Abbildung
APA	American Psychiatric Association
BGB	Betreuungsgesetzbuch
CINAHL	elektronische Form des Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature. Diese EBSCO-Datenbank wertet fast alle englischsprachigen Pflegezeitschriften aus, ebenso wie die Veröffentlichungen der American Nurses' Association und der National League for Nursing.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Medline	weltweit größte und wichtigste medizinische Literaturdatenbank und das elektronische Pendant zu Index Medicus, Index to Dental Literature und International Nursing Index
NRW	Nordrhein-Westfalen
PP	Pflegepersonal
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PubMed	Pub Med Central (PMC) ist eine frei zugängliche Datenbank, die wissenschaftliche Literatur aus der Medizin, Biologie und angrenzenden Gebieten im Volltext enthält.
S3-Leitlinie	<p>Nach dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen von S1 bis S3 entwickelt und klassifiziert, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik ist.</p> <p>S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)</p>
SD	Standardabweichung
Tab.	Tabelle
TK	Tagesklinik
Uvm	Und viele(s) mehr

1. EINLEITUNG

1.1 FIXIERMAßNAHMEN IN DER PSYCHIATRIE

1.1.1 DEFINITION

Zur besseren Vergleichbarkeit von statistischen Erhebungen und weiteren Untersuchungen zum Thema Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie haben sich 48 internationale Expert*innen aus 14 Ländern 2016 mittels der modifizierten Delphi-Technik auf eine Definition für Zwangsmaßnahmen geeinigt (Bleijlevens et al. (2016)):

“Physical restraint is defined as any action or procedure that prevents a person's free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person's body that he/she cannot control or remove easily.“

Dabei gibt es verschiedene Formen der Zwangsmaßnahmen (Martin et al. (2006)):

- Isolierungen: Die Patient*innen werden in einen abgesonderten Raum verbracht (gleich welcher Ausstattung) und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert (dazu zählt auch eine vor dem Raum postierte Person).
- Fixierungen: Am Körper angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett und Schutzdecken.
- Medikation unter körperlichem Zwang: Verabreichen von Medikation (parenteral oder oral) mit Einsatz körperlicher Mittel, d.h. Festhalten etc..

In der aktuellen „S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (2018) der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) wurde die Definition der Fixierung von Bleijlevens et al. (2016) übernommen:

„Festbinden eines psychisch erkrankten Menschen mit breiten Leder- oder Stoffgurten. Fixierung erfolgt am häufigsten im Bett liegend (Bettfixierung), ist grundsätzlich jedoch auch sitzend im Stuhl möglich (Maßnahme in der Gerontopsychiatrie bei Sturzgefährdung). Eine Fixierung kann an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen, von der Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauchgurt) bis zur 11-Punkt-Fixierung (teilweise sogar einschließlich Kopf). Auch das Festhalten eines psychisch erkrankten Menschen ist eine Form der Fixierung (im Englischen „physical restraint“ im Gegensatz zum „mechanical restraint“ mit Gurten). Häufig werden in Studien auch nur Maßnahmen, die es dem Menschen nicht erlauben, eine von ihm gewünschte Körperhaltung einzunehmen (insbesondere Gurte, Stuhltische) als Fixierung bezeichnet.“

Innerhalb einer Fixiermaßnahme gilt: So viel Bewegungsfreiheit wie möglich, so wenig Fixierung wie nötig. Allerdings sollte auch immer das erhöhte Verletzungsrisiko der Patient*innen während der Fixiermaßnahme berücksichtigt werden, welches insbesondere beim Einsatz eines Bettgitters entstehen kann (Strangulationsgefahr, wenn der Patient über das Bettgitter klettert und aus dem Bett fällt sowie Einklemmungsgefahr). Zu sicheren Fixierung müssen außer der Taille des*r Betroffenen mindestens auch eine Hand und der gegenüberliegende Fuß an Gurten befestigt werden (diagonale 3-Punkt-Fixierung), zusätzlich zu hochgestellten Bettgittern. Nur diese und höhergradige Fixierungen bieten eine sichere Ruhigstellung (Henke (2006)). Allerdings gibt es auch zu diesem klinisch weitverbreiteten Grundsatz gegensätzliche Meinungen. Unter anderem wird darauf verwiesen, dass bei kontinuierlicher Überwachung der Patient*innen auch bei niedriger-gradigen Fixiermaßnahmen keine Verletzungsgefahr bestünde und die zuvor genannte Empfehlung nur ein „Notbehelf bei Personalmangel“ sei (Fogel et al. (2012)).

1.1.2 RECHTSGRUNDLAGE ZUR DURCHFÜHRUNG VON FIXIERMAßNAHMEN

„Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“, heißt es in Artikel 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland und gehört damit in den ersten Abschnitt der „Grundrechte“ (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 GG). Die Fixierung von Patient*innen stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit der Person dar (2 BvR 309/15). Die genaue Kenntnis über den vom Gesetzgeber vorgegeben rechtlichen Rahmen stellt eine essenzielle Voraussetzung für die patient*innengerechte Anwendung von Fixiermaßnahmen im Kontext einer medizinischen Behandlung dar.

Rechtliche Voraussetzungen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen einer medizinischen Behandlung sind in Deutschland in verschiedenen Gesetzgebungen verankert.

Die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) sind in den jeweiligen Landesgesetzen verankert. In allen Bundesländern sind Zwangsmaßnahmen nach dem PsychKG nur zulässig, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, die nicht anders abgewendet werden kann. In §11 des PsychKG NRW heißt es: „Von einer gegenwärtigen Gefahr [...] ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist“ (Landtag NRW (2016)).

In Nordrhein-Westfalen gilt das „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“, kurz PsychKG NRW, in seiner aktuellen Fassung nach der letzten Novellierung im Jahr 2017. Der §20 PsychKG NRW befasst sich mit den sogenannten „besonderen Sicherungsmaßnahmen“, d.h. mit unterschiedlichen, die Bewegungsfreiheit wesentlich einschränkenden Maßnahmen. Dies sind ausschließlich die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien, die Unterbringung in einem besonderen Raum, das Festhalten statt Fixierung oder die Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel. Darin heißt es weiter, Zwangsmaßnahmen „dürfen nur dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere

Maßnahmen abgewendet werden kann“. Außerdem bedürfen sie der „ärztlichen Anordnung und Überwachung“ und es ist eine „ständige persönliche Bezugsbegleitung sowie die Beobachtung mit kontinuierlicher Kontrolle der Vitalfunktionen sicherzustellen“ (1:1-Betreuung).

Als zweite Rechtsgrundlage für Fixiermaßnahmen existiert seit 1992 mit dem Betreuungsgesetz (BtG) durch den §1906 BGB eine bundeseinheitliche Regelung für Personen, die unter gesetzlicher Betreuung stehen und zur Abwendung einer Selbstgefährdung in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht werden sollen. Darin heißt es, dass eine Unterbringung der Betreuten durch die Betreuer*innen, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, nur zulässig ist, solange sie zum Wohl der Betreuten erforderlich ist. Dies liegt erstens vor, wenn auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung der Betreuten die Gefahr besteht, dass sie sich selbst töten oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen. Oder zweitens, wenn zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme aber ohne die Unterbringung der Betreuten nicht durchgeführt werden kann und die Betreuten auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können (Betreuungsgesetz §1906 BGB (1)). Dies gilt nach Absatz 4 „entsprechend, wenn die Betreuten, die sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhalten, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.“

Mit dem rechtfertigenden Notstand existiert in §34 Strafgesetzbuch eine dritte Rechtsgrundlage für Fixiermaßnahmen. Dieser Paragraph besagt, dass „wer in einer gegenwärtigen, nichts anders abwendbaren Gefahr [...] eine Tat [d.h., eine Fixiermaßnahme] begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt.“ (Strafgesetzbuch, §34). Im Alltag einer

psychiatrischen Abteilung findet allerdings in den meisten Fällen das PsychKG und das Betreuungsgesetz als Rechtsgrundlage für Fixiermaßnahmen Anwendung. Der rechtfertigende Notstand ist in der Regel Situationen außerhalb psychiatrischer Kliniken vorbehalten, unter anderem auf einer Intensivstation, wenn die körperliche Situation der Patient*innen eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nicht zulässt, zum Beispiel wenn ein*e Patient*in sich nach einer Operation vorübergehend in einem Durchgangssyndrom befindet (Heinz (2017)). In solchen Situationen wird der*die Handelnde (also die anordnenden Ärzt*innen oder das durchführende Personal) straffrei gestellt, wenn sie unter dem Aspekt des rechtfertigenden Notstandes eine Fixiermaßnahme durchführt. Dabei muss das geschützte Interesse (Gesundheit der Patient*innen) das beeinträchtigte Interesse (Freiheit und Selbstbestimmungsrecht) wesentlich überwiegen (Heinz (2017)). Tatsächlich besteht sogar eine Verpflichtung, in solch einer Situation eine Fixiermaßnahme anzuordnen bzw. durchzuführen, denn sonst können Ärzt*innen und Pfleger*innen wegen pflichtwidrigen Unterlassens zur Verantwortung gezogen werden (Heinz (2017)). Daher bewegen sich ärztliches und pflegerisches Personal in diesen Situationen in einem starken rechtlichen Spannungsfeld. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass die beteiligten Professionen und Personengruppen genaue Kenntnis über die rechtlichen Rahmenbedingungen für Fixiermaßnahmen haben. Außerdem ist es hilfreich, dass im klinischen Alltag die Entscheidung zur Durchführung einer Fixiermaßnahme meist im Konsens zwischen Ärzt*innen und Pflege erfolgt.

Die Auslegung der vorgestellten Rechtsgrundlagen befindet sich in ständiger Diskussion. Im Juli 2018 erschien ein weiteres Urteil des Bundesverfassungsgerichtes. Hieraus ergab sich die Neuerung, dass Fixiermaßnahmen nun schon ab einer absehbaren Dauer von einer halben Stunde einer richterlichen Genehmigung bedürfen, also dem sogenannten 2. Richtervorbehalt, der vorher erst bei Fixierungen über 24 Stunden oder regelmäßig sich wiederholenden Fixierungen notwendig war (BVerfG Juli 2018, 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16). Außerdem wurde hierdurch die Notwendigkeit eines täglichen richterlichen Bereitschaftsdienstes, der den

Zeitraum von zunächst 06:00 Uhr bis 21:00 Uhr abdeckt, hochrichterlich festgestellt.

1.1.3 ETHISCHE GRUNDSÄTZE IN BEZUG AUF FIXIERUNGSMÄßNAHMEN

Wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, stellt die Fixierung eines*r Patienten*in einen Eingriff in dessen*deren Grundrecht auf Freiheit der Person dar (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 i.V.m. Art. 104 Grundgesetz) und ist damit ein ethisch äußerst sensibles Thema, welches immer wieder kontrovers sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung, als auch in fachbezogenen Kreisen diskutiert wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)“ gab 2014 „eine ethische Stellungnahme“ (DGPPN (2014)) heraus, die sich mit dem Spannungsfeld zwischen der „Achtung der Selbstbestimmung“ der Patient*innen und der „Anwendung von Zwang“ beschäftigt. Die Selbstbestimmung der Patient*innen wird als „grundlegendes ethisches Prinzip in der Psychiatrie und Psychotherapie“ benannt. Gleichzeitig wird beschrieben, dass bei psychisch schwer erkrankten Patient*innen die Situation auftreten kann, in der selbstbestimmungsunfähige Patient*innen sich oder Dritte in einem Ausmaß gefährden, dass zu ihrem gesundheitlichen Wohl Zwangsmaßnahmen erforderlich sind.

Die Selbstbestimmung der Patient*innen ist eine zentrale Aufgabe der Medizin des 21. Jahrhunderts. „Eine Person ist bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme selbstbestimmungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt sind: Informationsverständnis, Urteilsvermögen, Einsichtsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung“. Dies gilt es auch im Einzelfall zu prüfen. „Akute oder chronische psychische Erkrankungen sowie angeborene oder erworbene kognitive Beeinträchtigungen“ können „die Fähigkeit eines Menschen zur Selbstbestimmung einschränken oder aufheben“, beispielsweise können Krankheitsbilder wie psychotische Störungen, demenzielle Erkrankungen und Intoxikationen dies bewirken.

In der ethischen Stellungnahme heißt es weiter: „Zwangmaßnahmen [...] sind nur dann ethisch vertretbar, wenn selbstbestimmungsunfähige Personen ihre eigene Gesundheit und ihr Leben (Selbstgefährdung) oder die Gesundheit und das Leben anderer Personen (Fremdgefährdung) konkret und erheblich gefährden und dies durch keine anderen Maßnahmen [...] abgewendet werden kann.“

Zum „Erreichen eines ethischen Optimums“ in solchen „Dilemma-Situationen“ werden von der DGPPN in ihrer ethischen Stellungnahme auch „Verbesserungen in der Erforschung von Zwangsmaßnahmen, insbesondere aus der Betroffenenperspektive“ gefordert. Insgesamt soll eine „Reduzierung von Zwangsbehandlungen“ angestrebt werden.

Das European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment (CPT), das „White Paper“ der Arbeitsgruppe des Europarats für Bioethik (CEBP), die WHO und zahlreiche weitere Autor*innen beschreiben einige Grundsätze im Umgang mit Zwangsmaßnahmen, die zwar nicht empirisch bewiesen wurden, über die allerdings eine hohe Übereinstimmung herrscht (DGPPN, S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang (2018), S. 209):

- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden als die Möglichkeit der letzten Wahl („last resort“) gesehen, die nur dann angewendet werden dürfen, wenn alle Deeskalationsversuche fehlgeschlagen sind (WHO (2005); CEBP (2000); CPT (2004); Niveau et al. (2004); Curie et al. (2005); Huckshorn et al. (2006); Marder et al. (2006); Nelstrop et al. (2006)).
- Die Verhältnismäßigkeit der freiheitsbeschränkenden Intervention zum Anlass ist stets besonders sorgfältig abzuwägen (Dyer et al. (2003); Allen et al. (2003), Niveau et al. (2004)).
- Die Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden oder im Falle eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar von einer Ärztin oder einem Arzt überprüft werden (CEBP (2000); CPT (2003)).
- Die Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen muss so kurz wie möglich gehalten und in von den Einrichtungen zu

definierenden Abständen ärztlich überprüft werden (CPT (2003); APA (2004)).

- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nur von speziell geschulten Mitarbeiter*innen durchgeführt werden (Curie et al. (2005); CPT (2003), APA (2004)).
- Eine mögliche Beendigung der Maßnahme muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden (CPT (2003)).
- Bei Isolierung ist ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen (CPT (2003)).
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nicht als Strafe oder Disziplinarmaßnahme angewendet werden (CEBP (2000); CPT (2003), APA (2004), Curie et al. (2005)).

Valide Kenntnisse über eine Risikostratifizierung sind die Voraussetzung für wirksame präventive Ansätze und fördern die Herstellung einer vertrauensvollen Ärzt*innen-/Patient*innenbeziehung.

Daher wird auch in der Novellierung des PsychKG NRW 2017 die Durchführung weiterer, qualitätssichernder Studien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie gefordert (Landtag Nordrhein-Westfalen (2016)).

Auf die nationale und internationale Studienlage zu dem Thema Einflussfaktoren auf die Fixiermaßnahmen wird in dem Abschnitt „1.3. Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen“ genauer eingegangen.

1.1.4 HÄUFIGKEIT VON ZWANGSMAßNAHMEN IN DEUTSCHLAND

In Deutschland lag der Anteil unfreiwilliger Aufenthalte in der Psychiatrie zwischen 1994-2009 gemessen an der Gesamtzahl stationärer Klinikaufenthalte bei circa 10-12% (Flammer et al. (2015); Valdes-Stauber et al. (2012)). In 3-8% der Behandlungsfälle wurden dabei mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt (Flammer et al. (2015); Ketelsen et al. (2011); Martin et al. (2007)). Damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich im mittleren Bereich (Steinert et al. (2010)). In

Österreich lag der prozentuale Anteil an Aufnahmen, die eine Zwangsmaßnahme erlebt haben, bei 35,6%, in Spanien bei 13,5%, in England bei 7,3%, in Finnland bei 5%, in der Schweiz bei 3,1%, in Norwegen bei 2,6% und in den Niederlanden bei 1,2% (Steinert et al. (2010)). Einerseits wurde daraus geschlossen, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auch durch Kulturen, Traditionen und Politik beeinflusst wird. Andererseits könnten Unterschiede in der Personalausstattung und finanziellen Situation der Kliniken Einfluss auf die Fixierhäufigkeit haben.

In einer Längsschnittstudie von 2004-2012 zeigte sich in fünf untersuchten psychiatrischen Kliniken in Deutschland hierbei eine Abnahme des Anteils von Zwangsmaßnahmen an Behandlungsfällen innerhalb von acht Jahren von 8,2% in 2004 auf 6,2% in 2012 (Steinert et al. (2015)). „Allerdings [...] betraf diese Reduktion im Wesentlichen die Diagnosegruppe F0, die ganz überwiegend Patienten mit Delir bzw. Demenz und in diesem Zusammenhang Schutzfixierungen wegen Sturzgefahr umfasst. Maßnahmen, die geeignet sind, bei diesen Patient*innen Fixierungen zu vermindern, waren um diese Zeit intensiv diskutiert und publiziert worden.“ (Steinert et al. (2006); Steinert et al. (2009)).

Bemerkenswert ist außerdem, dass innerhalb dieser Studie der Anteil von Fixierungen an allen Zwangsmaßnahmen von 76% im Jahr 2004 auf 47% im Jahr 2012 sank. Isolierungen stiegen entsprechend an. Als mögliche Gründe nennen Steinert et al. (2013) zunächst die immer weiter verbreitete Erkenntnis, dass „Isolierungen von Patienten überwiegend als weniger belastend und traumatisierend eingeschätzt werden als Fixierungen, bei vergleichbarer Sicherheit“ (Whittington et al. (2009); Veitkamp et al. (2008); Huf et al., (2012); Steinert et al. (2013)). Allerdings könnte man auch vermuten, dass die bereits seit 2010 in der DGPPN-Leitlinie geforderte und in verschiedenen Ländergesetzen zu den Unterbringungen umgesetzte „Pflicht zu einer kontinuierlichen 1:1-Überwachung bei Fixierungen einen Wechsel zu weniger personalintensiven Maßnahmen in manchen Fällen gefördert haben könnte.“ (Gaebel et al. (2010)).

Eine bundesweite, einheitliche Registrierung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie existiert überraschenderweise trotz detaillierter

gesetzlicher Regelungen in den Gesetzen zum PsychKG und BtG bisher nicht. Auch in den meisten Bundesländern, so auch in Nordrhein-Westfalen, vermisst man weiterhin ein entsprechendes Fallregister. Im Folgenden soll daher auf eine entsprechende Erhebung am Beispiel von Baden-Württemberg eingegangen werden.

1.1.5 LANDESWEITES MELDEREGISTER BADEN-WÜRTTEMBERG

In Baden-Württemberg wurde 2015 ein landesweites Melderegister für Zwangsmaßnahmen eingerichtet. Die Daten für das Berichtsjahr 2016 wurden von Erich Flammer und Tilman Steinert ausgewertet (Flammer et al. (2019)). Dabei gingen die Daten aus der Allgemeinpsychiatrie, der Psychosomatik/Psychotherapie, der Neurologie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 32 Einrichtungen ein. Datengrundlage waren insgesamt 108.863 Entlassungen mit insgesamt 3.107.302 Berechnungstagen. Insgesamt muss bei diesen Zahlen berücksichtigt werden, dass die untersuchte Kohorte auch Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für die Neurologie und Psychosomatik eingeschlossen hat.

Im Berichtsjahr 2016 erfolgten 6692 Unterbringungen (6,1% aller Behandlungsfälle), davon 3074 (2,8%) nach BtGB und 3618 (3,3%) nach PsychKG. 7424 Behandlungsfälle (6,8%) waren von Zwangsmaßnahmen betroffen, in 7321 Behandlungsfällen (6,7%) von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen. Von mindestens einer Fixierung waren 5293 Fälle (5,3%) und von mindestens einer Isolierung 3212 Fälle (4,5%) betroffen.

Der Anteil von Behandlungsfällen, bei denen es zu freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen kam, variierte in den beteiligten Einrichtungen zwischen 0,3% und 17,5% (Median 6,2%). Als mögliche Ursache für diese großen Unterschiede werden Patient*innenmerkmale, Klinikmerkmale, Strukturmerkmale der jeweiligen Versorgungsgebiete, aber auch Werthaltungen, Einstellungen und Tradition des Klinikpersonals vermutet.

Das Spektrum an psychiatrischen Hauptdiagnosen bei mechanischen Zwangsmaßnahmen lag zwischen F7 - Intelligenzstörung (20,6%), F0/G30 – Organische Störungen (16,4%), F2 - Schizophrenie (14,3%), F8 - Entwicklungsstörungen (9,6%), F6 – Persönlichkeits- und

Verhaltensstörungen (8,0%), F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (4,9%) und F1 – Störungen durch psychotrope Substanzen (4,8%). Die Diagnosen F3 - Affektive Störungen, F4 - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen jeweils mit 2-3% vertreten. Die durchschnittliche Dauer pro Maßnahme betrug für freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen 11,5 Stunden. Die kumulative Dauer der Zwangsmaßnahme pro betroffenen Fall, d.h. bei mehrfach durchgeführten Maßnahmen, lag für freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen bei 46 Stunden. Der Anteil der Zwangsmaßnahmendauer an der Aufenthaltsdauer betrug 0,5 %.

Natürlich ist durch die Unterschiedlichkeit der untersuchten Kohorte ein genauer Vergleich der Zahlen zu anderen Studien, die sich z.B. nur auf allgemeinspsychiatrische Kliniken beziehen, nicht einfach möglich. Trotzdem lässt sich gerade aus dem Diagnosespektrum unter die Zwangsmaßnahmen eine Häufung der Fixiermaßnahmen bei den Diagnosen Organische Störungen, Schizophrenie und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen ableiten, die auch Bereich der Erwachsenenpsychiatrie relevant sind.

Auch in dieser Studie fordern die Autor*innen genauere Untersuchungen zum Anteil struktureller Einflussfaktoren (z.B. Patient*innenmerkmale, Klinikmerkmalen, Strukturmerkmalen der jeweiligen Versorgungsgebiete) an der Varianz zwischen den Kliniken, da in dieser Studie nur Daten zu den Behandlungsfällen in anonymisierter Form abgegeben werden, ohne dass eine Zurückverfolgung zu der einzelnen Klinik möglich ist.

1.1.6 LITERATURRECHERCHE

Zur genaueren Untersuchung von relevanten Einflussfaktoren auf Fixiermaßnahmen und zur Darstellung statistisch erfassbarer Häufigkeiten in Bezug auf Fixiermaßnahmen erfolgte eine selektive Literaturrecherche in der Datenbank PubMed nach Übersichts- und Originalarbeiten. Die Suchstrategie umfasst die Begriffe: „psychiatry“ AND „restraint“ AND „risk factors“ (Treffer: 392, 23.02.2018). Dabei wurden sowohl deutsche, also auch

internationale Studien miteinbezogen. 41 Untersuchungen waren doppelt gelistet und wurden daher direkt zu Beginn ausgeschlossen.

Das Kriterium zur Auswahl der Untersuchungen war die passende Thematik bzw. der passende Schwerpunkt der Untersuchungen bezüglich Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen und statistischer Auswertung von Fixierungsmaßnahmen. Somit wurden 81 Untersuchungen ausgewertet. Die Studien mit der größten Aussagekraft, das heißt die Studien mit den größten Stichproben und die Studien mit der passendsten Thematik werden in den folgenden Kapiteln jeweils vorgestellt.

Die identifizierten Studien wurden bezüglich statistisch zu erhebender Daten zu Fixiermaßnahmen gesichtet, wobei die durchschnittliche Dauer der Fixiermaßnahmen, der Fixierungsgrund, die Anzahl der Einzelfixiermaßnahmen pro Fall, der Anteil der Fixierungen bezogen auf alle Behandlungsfälle und der Zeitpunkt der Fixiermaßnahme bezogen auf den Wochentag besonders häufig untersucht wurde.

In Tabelle 1 sind die unterschiedlichen Ergebnisse zu diesen Faktoren abgebildet. Genauere Informationen zu den einzelnen Untersuchungen können der Tabelle 2 entnommen werden. In den folgenden Absätzen werden nur die auffälligsten Ergebnisse zusammengefasst.

Interessant ist die Variation der durchschnittlichen Dauer der Fixiermaßnahmen in der Literatur. Mit einer durchschnittlichen Dauer pro Maßnahme von 11,5 Stunden wird der höchste erwähnte Mittelwert (Flammer et al. (2019)) beschrieben. Der kürzeste beschriebene Median der Fixierdauer lag bei 1,25h (Klimitz et al. (1998)). Dabei ist darauf zu achten, dass der Mittelwert zwar eine hohe Effizienz, aber eine geringe Robustheit und der Median eine geringe Effizienz bei hoher Robustheit hat (Wolf et al. (2011)), d.h. einzelne Ausreißer in einer Datenmenge verfälschen in einer statistischen Auswertung den Mittelwert stärker als den Median. Natürlich ist außerdem zu erwähnen, dass die Heterogenität der Daten wahrscheinlich zu einem großen Anteil mit dem individuellen Krankheitszustand der Patient*innen erklärbar ist.

Bezüglich des Fixierungsgrundes überwiegt in der Literatur eindeutig die Fremdaggressivität (Hadi et al. (2015); Beghi et al. (2010); Raboch et al. (2010); Fritz et al. (1991)). 70% der erfassten Fixiermaßnahmen erfolgten aufgrund fremdaggressiven Verhaltens (Klinitz et al. (1998)).

Bemerkenswert sind außerdem die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich der Untersuchung des Zeitpunktes der Fixiermaßnahme bezogen auf den Wochentag. Während einerseits eine Häufung der Fixiermaßnahmen an Montagen gezeigt werden konnte (Fritz et al. (1991)), ergaben sich in anderen Studien keine Häufung von Fixierungen an einzelnen Wochentagen, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen mitunter weniger Pflegepersonal auf den Stationen eingesetzt wird (Klinitz et al. (1998)).

Einheitlicher sind dagegen die Aussagen bezüglich der Anzahl der Einzel- fixiermaßnahmen pro Fall. Mehrfach wurde eine überwiegend (69%) einmalige Fixierung von Patient*innen beschrieben (Hadi et al. (2015); Bastiaan et al. (1998))

Untersuchtes Kriterium	Ergebnis bzw. schlussfolgernde Aussage der Studie	Autor*innen	Jahr
Durchschnittliche Dauer pro Fixierungsmaßnahme	Die durchschnittliche Dauer pro Einzelmaßnahme lag bei 11,5 Stunden, die kumulative Dauer pro betroffenem Fall 46 Stunden.	Flammer et al.	2019
	Zwischen 2011 und 2012 konnte ohne Intervention eine Verkürzung der durchschnittlichen Dauer einer Fixiermaßnahme von 10,2 auf 7,8 Stunden, d. h. um 23,5%, beobachtet werden.	Steinert et al.	2015
	Die durchschnittliche Dauer pro Einzelmaßnahme lag bei 6 Stunden (Standardabweichung [SD] - 4.09).	Di Lorenzo et al.	2011
	Die Dauer der Einzelmaßnahme reichte von 0,08 Stunden bis zu knapp 15 Stunden, Mittelwert von 11,6 Stunden und Median von 1,25 Stunden. 93,2% der Fixierungen waren kürzer als 4 Stunden.	Klimitz et al.	1998
	Der Anteil der Einzelmaßnahmen mit einer Dauer unter 6 Stunden lag bei 45% der Fälle.	Bastiaan et al.	1998
	Die Dauer der Einzelmaßnahme lag bei 36% zwischen 4 und 16 Stunden.	Fritz et al.	1991
Anzahl der Einzelfixierungsmaßnahmen pro Fall	Die meisten fixierten Patient*innen wurden nur einmalig fixiert, aber die mittlere Anzahl an Fixierungen pro Patient*in lag bei 2,23.	Hadi et al.	2015
	Einzelne Fixiermaßnahmen kamen häufiger in Deutschland, Bulgarien, Tschechien, Griechenland, Italien, Litauen und Schweden vor; zwei oder mehr Fixiermaßnahmen wurden häufiger in Polen, UK und Spanien erfasst.	Raboch et al.	2010
	Bei 69% der Patient*innen wurde nur eine einmalige Fixierungsmaßnahme durchgeführt.	Bastiaan et al.	1998
Anteil Fixierungen bezogen auf alle Behandlungsfälle	Der Anteil von Fixierungen an allen Aufnahmen sank von 8,2% im Jahr 2004 auf 6,2% im Jahr 2012.	Steinert et al.	2015
	Der Anteil von Patient*innen, die fixiert wurden, bezogen auf alle unfreiwilligen Aufnahmen ist unterschiedlich: zwischen 21% in Spanien bis zu 59% in Polen.	Raboch et al.	2010
	Kliniken, in denen der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ein besonderes Gewicht im klinischen Alltag zukam, wiesen in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie) einen signifikant geringeren Anteil von Zwangsmaßnahmen an betroffenen Fällen auf.	Martin et al.	2006
	Kliniken, in denen Fixierungen immer oder meistens kontinuierlich überwacht wurden, zeigten einen geringeren Anteil an von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fällen in der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie).	Martin et al.	2006
Fixierungsgrund	Gewalt der Patient*innen war die häufigste Ursache für eine Fixiermaßnahme.	Hadi et al.	2015
	In der Mehrheit der Fälle war der Grund für eine Fixiermaßnahme Aggressivität gegen Andere oder ein Entweichungsversuch.	Beghi et al.	2013

	Der häufigste Grund für Fixiermaßnahmen während der untersuchten 4 Jahre war die Kontrolle von gewalttätigem Verhalten.	Di Lorenzo et al.	2011
	Der häufigste Grund für Fixierungsmaßnahmen war Aggression gegen Andere.	Raboch et al.	2010
	Wegen manifestem und/oder drohendem fremdaggressiven Verhalten erfolgten knapp 70% der erfassten Fixiermaßnahmen.	Klimitz et al.	1998
	Die häufigsten Anlässe für Fixierungen sind psychomotorische Erregungszustände besonders bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen.	Bastiaan et al.	1998
	In 40% der Fälle erfolgten die Fixierungen aufgrund fremdgefährdender, aggressiver und gewalttätiger Verhaltensweisen von Patienten.	Fritz et al.	1991
Wochentag der Fixiermaßnahme	Es fand sich keine Häufung von Fixierungen an einzelnen Wochentagen.	Klimitz et al.	1998
	Die Häufigkeit der Fixierungen an einzelnen Wochentagen ergab eine überdurchschnittliche Fixierungsrate von knapp 21% an Montagen.	Fritz et al.	1991

Tabelle 1: Literatúrauswahl zu den statistischen Merkmalen von Fixiermaßnahmen

1.2. REDUKTION VON ZWANGSMAßNAHMEN

In der Präambel der neuen S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang heißt es „Eingedenk der Gewalt und des Unrechts, die psychisch Erkrankten Menschen im Namen der Psychiatrie und durch in der Psychiatrie Tätige in der Vergangenheit angetan worden sind, muss dem professionellen Umgang mit aggressivem Verhalten heute unsere besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt gelten, um Zwangsmaßnahmen entbehrlich zu machen“ (DGPPN (2018)).

Aggressives Verhalten tritt im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gehäuft auf (Fazel et al. (2009); Witt et al. (2013)). Dabei ist sowohl die Aggression gegen sich selbst im Sinne einer Selbstgefährdung als auch die Aggression gegen Andere im Sinne einer Fremdgefährdung gemeint. Dadurch entsteht ein starkes Spannungsfeld zwischen einerseits der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zur Erhaltung der Sicherheit sowohl der Patienten*innen selbst als auch der Mitpatient*innen und Arbeitskräfte und andererseits der Achtung der Selbstbestimmung der Patient*innen und der Bewahrung der Menschenwürde.

Zwangsmaßnahmen und der damit verbundene Verlust an Autonomie und Selbstbestimmung stellen für die Betroffenen eine große Belastung, sowohl emotional als auch körperlich dar. Auch für die Arbeitskräfte, sowohl pflegerischer- als auch ärztlicherseits, stellen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen Extremsituationen dar.

Daher gilt es, Zwangsmaßnahmen grundsätzlich nur als absolute Ultima Ratio, das heißt nach Ausschöpfung milderer Maßnahmen und Deeskalationsstrategien, einzusetzen.

Eine Reduktion von Zwang ist nur durch ein komplexes, miteinander verbundenes Maßnahmenpaket zu erreichen und ist aktuell Gegenstand der öffentlichen Diskussion. Die wichtigsten Aspekte werden in den folgenden Abschnitten ausgeführt.

1.2.1 UMGANG MIT PSYCHOMOTORISCHER AGITATION

In einem „Experten Consensus“ (Garriga et al. (2016)) zum Thema Bewertung und Management von Agitation in der Psychiatrie konnte sich auf 22 Empfehlungen im Umgang mit psychomotorischer Agitation geeinigt werden. Dazu wurde zunächst eine „task force“ aus internationalen Expert*innen gebildet und eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, wobei schließlich 124 von 2175 Studien in die Untersuchung eingeschlossen wurden. Jeder Studie wurde ein Evidenzlevel zugeordnet und anhand dieses Levels und der Erfahrung der Mitglieder der „Task Force“ wurden die 22 Empfehlungen beschlossen.

Die Thesen vier bis elf befassen sich mit der nicht-pharmakologischen Intervention bei psychomotorischer Agitation. Darin heißt es, dass die erste Herangehensweise an sehr unruhige Patient*innen immer die verbale Deeskalation, Veränderungen der Umgebung und anderen Strategien mit dem Fokus auf die Bindungen zu den Patient*innen umfassen sollte, um eine Fixiermaßnahme zu verhindern. Weiter heißt es, Fixiermaßnahmen sollten die letzte Maßnahme sein, wenn es keine andere Möglichkeit gibt, unmittelbare Gefahr abzuwenden und sollten beendet werden, sobald keine unmittelbare Gefahr mehr vorliegt.

Allerdings wurde auch zum Umgang und zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen konstatiert, dass „es aktuell nicht möglich sei, sehr spezifische klinische Empfehlungen zu geben, die evidenzbasiert sind“, da die Studienlage hierzu nicht ausreichend sei.

1.2.2 DEESKALATIONSSTRATEGIEN

Zur Verhinderung der Eskalation von kritischen Situationen haben verschiedene Sozialwissenschaftler*innen und Psycholog*innen strukturierte Programme entwickelt, die den Mitarbeiter*innen helfen sollen, in diesen Situationen deeskalierend auf die Patient*innen einzuwirken. Beispielhaft sollen in diesem Absatz drei dieser Programme vorgestellt werden.

Eines dieser Programme ist „Kuga – Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression in sozialen Einrichtungen“. 1993 entwickelte der

Sozialwissenschaftler Jürgen M. Fuchs mit seinen Kolleg*innen das KUGA-Konzept, welches zwischen Deeskalation und Selbstverteidigung anzusiedeln ist. „Alle KUGA-Maßnahmen orientieren sich an der Achtung und Würde des Gegenübers. Deswegen sieht KUGA selbst bei stärkeren körperlichen Übergriffen eine Deeskalation ohne die Anwendung von Schmerzreizen vor.“ (KUGA (2019)). Das Konzept beinhaltet fünf Stufen der Vorgehensweise bei Aggression: 1. KUGA Prävention, 2. KUGA verbale Deeskalation, 3. KUGA körperliche Intervention, 4. Notwehr, 5. Nachsorge. In den Seminaren zur Erlernung dieses Konzeptes werden sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktischen Fähigkeiten vermittelt.

Ein weiteres Programm heißt ProDeMa – Professionelles Deeskalationsmanagement. Es wurde 2002 von Diplom Psychologe Ralf Wesuls entwickelt mit dem Ziel „Mitarbeiter*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen professionelles Handeln im Umgang mit Aggression und Gewalt zu vermitteln“ (ProDeMa (2019)). Auch dieses Konzept enthält ein Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression:

- Primärprävention
 - Deeskalationsstufe 1: Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
 - Deeskalationsstufe 2: Veränderung der Bewertungsprozesse aggressiver Verhaltensweisen
 - Deeskalationsstufe 3: Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
- Sekundärprävention
 - Deeskalationsstufe 4: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patient*innen/Betreuten
 - Deeskalationsstufe 5: Patient*innenschonende Abwehr- und Fluchttechniken
 - Deeskalationsstufe 6: Patient*innenschonende Begleit-, Halte-, Immobilisations- und Fixierungstechniken
- Tertiärprävention

- Deeskalationsstufe 7: Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen

„Dabei greifen sämtliche Deeskalationsstufen in ihrer Wirkung ineinander und müssen deshalb alle bei der Implementierung und Schulung der Institutionen berücksichtigt werden“ (ProDeMa (2019)).

Zuletzt würde ich gerne noch das Safewards-Programm vorstellen. Es wurde 2013 in England entwickelt und verbindet empirische belegtes Wissen zum Thema aggressives Verhalten in der Psychiatrie und darauf reagierende Eindämmungsmaßnahmen mit neuen Ideen und Methoden, um Gefahrensituationen zu verhindern (Bowers et al. (2013)). Innerhalb des Modells werden sechs Haupteinflussfaktoren auf die Entstehung von Konflikten benannt: das Stationsteam, die räumliche Umgebung, krankenhausexterne Faktoren (z.B. familiäre Situation), die Patient*innengruppe, Patient*inneneigenschaften und regulatorische Rahmenbedingungen. Auf dieser Basis umfasst das Safewards-Modell zehn Interventionen, die zu einer Reduktion von Krisensituationen führen sollen. In kurzen Stichworten zusammengefasst, umfassen diese Interventionen die Themenbereiche: Gegenseitige Erwartungen klären, verständnisvolle Kommunikation, deeskalierende Gesprächsführung, positive Kommunikation, Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten, gegenseitiges Kennenlernen, Methoden zur Beruhigung, gemeinsame Unterstützungskonferenz, Sicherheit geben und die Entlassnachricht (Löhr (2015)). Diese Interventionen werden von allen Berufsgruppen auf der Station ausgeführt. Durch frühzeitiges Erkennen einer möglichen Konfliktsituation und zeitnahe Reagieren hierauf, soll die Rate an Krisensituationen verringert werden. Gleichzeitig soll hierdurch ein Klima der Partizipation, Wertschätzung und Hoffnung aufgebaut werden.

Alle drei vorgestellten Programme versuchen den Mitarbeiter*innen Techniken und Strategien zur Deeskalation auf den verschiedenen Ebenen der Aggression zu vermitteln, um Fixiermaßnahmen bereits im Vorhinein abzuwenden oder, wenn nicht anders möglich, den Weg in die

Fixiermaßnahme so schonend wie möglich, sowohl für die Patient*innen als auch für die Mitarbeiter*innen zu gestalten.

Hilfreich dabei sind auch die in der Literatur beschriebenen über 120 verschiedenen Messinstrumente zur Vorhersage und Risikoabschätzung aggressiven Verhaltens in verschiedenen psychiatrischen Settings (Singh et al. (2010)). Dabei lassen sich rein statistische Verfahren von solchen, bei denen die strukturierte Risikoeinschätzung durch erfahrene Kliniker*innen im Vordergrund stehen, unterscheiden.

Ein Beispiel hierfür ist die im klinischen Alltag gut etablierte Brøset-Skala, ein Messinstrument zur strukturierten Einschätzung des Gewaltrisikos (Gernot et al. (2012)). Sie wurde bereits 1995 von den Psychiatern Linaker und Busch-Iversen entwickelt. Diese prüften über fünf Jahre täglich die Pflegeberichte und klassifizierten insgesamt 56 verschiedene Verhaltensweisen in den 24-Stunden vor einem Gewaltausbruch. Die sechs häufigsten Verhaltensweisen vor einer Eskalation waren: Verwirrtheit, Reizbarkeit, Ungestüm, Verbales Drohen, körperliches Drohen und Angriffe auf Gegenstände (Linaker et al. (1995)). Zur Risikoeinschätzung anhand dieser Skala erfolgt eine Einschätzung des Verhaltens der Patient*innen in den ersten drei Tagen nach Aufnahme zweimal täglich. Die Verhaltensweisen werden mit einem Punkt bewertet, wenn die seit der letzten Einschätzung neu beobachtet wurden. Diese Punkte werden im Anschluss addiert. Bei einem Wert ab drei Punkten ist das Risiko für eine Eskalation sehr hoch und es sollten umgehend Maßnahmen ergriffen werden. Als Vorschläge für präventive Maßnahmen werden, u.a. ein begleiteter Spaziergang, körperliche Entspannung durch z.B. Sport, aber auch eine Erhöhung der Medikation oder eine Verlegung in einen Intensivbereich genannt. Anhand dieses Messinstrumentes sollten Erregungszustände der Patient*innen frühzeitig erkannt und Gewalteskalationen möglichst vermieden werden.

Im Unterschied zu der Brøset-Skala wurden in der vorliegenden Untersuchung patient*innen bezogene Faktoren untersucht, die unabhängig von der aktuellen Emotionslage der Patient*innen das Risiko für eine

Fixiermaßnahme erhöhen könnten. Dies wird im folgenden Abschnitt detaillierter erläutert.

1.2.3 VERHINDERUNG VON ZWANG

Auch die Herausgabe einer neuen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ (DGPPN (2018)) zeigt die Aktualität des Themas. Bei Leitlinien handelt es sich um den erzielten Konsens multidisziplinärer Expert*innen-Gruppen zu bestimmten Vorgehensweisen in der Medizin. Grundlage dieses Konsenses ist die systematische Recherche und Analyse der Literatur, daher beinhaltet die Leitlinie neben konkreten klinischen Empfehlungen, eine Übersicht über die aktuell verfügbare Evidenz zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen und zur Verhinderung von Zwang.

Für diese Leitlinie wurde unter anderem ein systematisches Review erstellt, das insgesamt 78 Studien einschloss, die den Einfluss verschiedener Veränderungen im klinischen Stationsalltag, in Hinblick auf eine Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen evaluierten (Hirsch et al. (2017)). Insgesamt konnten in 64 der 78 Studien freiheitsbeschränkende Maßnahmen durch die Interventionen reduziert werden. Dabei führten die Reduktion der Stationsgröße (O'Malley et al. (2007)) sowie eine bessere Personalausstattung (Donat et al. (2002)), die regelmäßige Schulung des Personals bzgl. Deeskalationstechniken und verhaltenstherapeutische Programme zum Umgang mit aggressivem Verhalten (Corrigin et al. (1995)) zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen.

Auch der Expert*innenkonsensus der S3-Leitlinie hält „eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung für unverzichtbar für die Vermeidung von Gewalt und Zwang“ (DGPPN (2018)). Außerdem würden „alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, eine generalpräventive Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens entfalten“ (DGPPN (2018)). „Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit [...] Zwangsmaßnahmen zu erleiden, können keine

sicheren geschlechtsspezifischen Risiken festgestellt werden“ (DGPPN (2018)).

1.3. EINFLUSSFAKTOREN AUF ZWANGSMAßNAHMEN

Eine entscheidende Voraussetzung zur wirksamen Verhinderung von Zwangsmaßnahmen ist die Kenntnis über mögliche Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen. Nur so können potenziell modifizierbare Prädiktoren erkannt werden, an denen frühzeitig wirksame, präventive Maßnahmen angreifen könnten.

Bisher wurden nur wenige Studien zu der Frage durchgeführt, welche Einflussfaktoren die Notwendigkeit für solche Notfallmaßnahmen wesentlich begünstigen bzw. hervorrufen.

1.3.1 LITERATURÜBERSICHT

Wie bereits in Abschnitt 1.1.6 beschrieben, erfolgte zur Identifizierung möglicher Einflussfaktoren eine selektive Literaturrecherche in der Datenbank PubMed nach Übersichts- und Originalarbeiten. Aus den 81 ausgewerteten Studien, wurden die 16 relevantesten Studien aus dem Zeitraum 1991 bis 2019 extrahiert, die sich mit konkreten Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen befassten.

Eine Gesamtübersicht über die Ergebnisse, also den Einfluss von möglichen Faktoren, findet sich in Tabelle 2, chronologisch sortiert nach dem Erscheinungsjahr der jeweiligen Publikation.

Originaltitel	Autor*innen	Jahr	Land	Studiendesign	Größe der Stichprobe	Ergebnisse und Schlussfolgerungen
Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen – Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Reduktion	Hirsch S, Steinert T	2019	Multinational	Systematische Literaturrecherche	Datenbanken Medline und Cinahl ergab 3289 Ergebnisse (84 Studien eingeschlossen)	Als wirksame präventive Ansätze erwiesen sich Mitarbeiterschulung, organisatorische Interventionen, Reduktion der Stationsgröße und das „Safewards“-Konzept.
						Kein Einfluss auf Zwangsmaßnahmen hatte die Patient*innen-Selbstentscheidung über die stationäre Aufnahme.
Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen	Flammer E, Steinert T	2019	Deutschland	Retrospektive Vollerhebung	108.863 Behandlungsfälle aus 32 Kliniken	Die drei häufigsten Diagnosen bei Patienten mit Fixiermaßnahmen waren: Organische psychische Störungen (F0): 16%, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2): 14%, Intelligenzstörung (F7): 21%.
Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen	Rohe T, Dresler T et al.	2017	Deutschland	Beobachtungsstudie	Monozentrische Studie an einer Klinik	Als wirksamer präventiver Ansatz erwiesen sich: bauliche Maßnahmen im Sinne einer Modernisierung. Dabei waren besondere Schwerpunkte helle Zimmer mit viel Tageslicht durch große Glasflächen und die Verwendung von warmen und hellen Farbtönen.
Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors	Andersen K, Nielsen B	2016	Dänemark	Retrospektive-Fall-Kontroll-Untersuchung	235 Patient*innen, monozentrische Studie	Als wirksamer präventiver Ansatz erwies sich ein bereits bestehender psychiatrischer Kontakt vor Aufnahme.
						Ohne Einfluss auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen blieben das Geschlecht, das Alter und ein forensischer Hintergrund.
						Eine höhere Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bei den Diagnosen Schizophrenie, akute Intoxikation, bei unfreiwilliger Aufnahme, bei fehlendem psychiatrischem Kontakt vor Aufnahme und in dem Zeitraum <24h nach Aufnahme.

Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken	Steinert T, Zinkler M et al.	2015	Deutschland	Längsschnittstudie, retrospektiv	138580 Behandlungsepisoden, multizentrisch (5 Kliniken)	Insgesamt reduzierte sich der Anteil der Betroffenen innerhalb von 8 Jahren von 8,2 % 2004 auf 6,2 % 2012.
						Der Anteil von Fixierungen an allen Zwangsmaßnahmen sank von 76 % im Jahr 2004 auf 47 % im Jahr 2012, die Gesamtzahl der Fixierungen sank von 3956 im Jahr 2004 auf 2907 im Jahr 2012. Isolierungen stiegen entsprechend an.
						Die Reduktion betraf in erster Linie die Diagnosegruppe organische, psychische Störungen.
						Zwischen 2011 und 2012 Verkürzung der durchschnittlichen Dauer einer Zwangsmaßnahme von 10 auf 8 Stunden, d. h. um 23,5 %.
Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting	Hadi F, Khosravi T et al.	2015	Iran	Retrospektive Fall-Kontroll-Untersuchung	607 Patienten, mono-zentrisch	Eine Reduktion der Fixierwahrscheinlichkeit ergab sich bei Diagnose „depressive Episode“.
						Kein Einfluss auf die Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bezüglich des Zeitpunktes nach Schichten der Pflege und bezüglich demographischer Charakteristika.
						Eine Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bei der Methamphetamin-induzierten Psychose und der Diagnose einer manischen Episode.
						Gewalttätigkeit war insgesamt der häufigste Grund für die Einweisung; in der Gruppe der fixierten Patient*innen war es etwas häufiger.
						Die durchschnittliche Anzahl an Fixierungen lag bei ca. 2,5, wobei die größte Anzahl an Patient*innen nur eine einmalige Fixierung erfuhr.
						Die Fremdaggressivität zeigte sich als häufigste Fixierursache.

Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review	Beghi M, Peroni F et al.	2013	International	Literatur-recherche	Datenbanken PubMed, Embase und PsychInfo	Eine Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit ergab sich für die Faktoren: männliches Geschlecht, Nicht-Einheimisch, junges Alter, Diagnose: Schizophrenie, unfreiwillige Aufnahme und männliche Pflegekräfte.
						Fremdaggressivität und Fluchtversuche waren die häufigsten Fixiergründe.
Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion	Van der Schaaf P S, Dusseldorp E et al.	2012	Niederlande	Beobachtungsstudie	199 psychiatrische und forensische Stationen	Wirksame präventive Ansätze waren Einzelzimmer für Patient*innen, ein insgesamt größerer Komfort-Level und eine bessere Einsehbarkeit der Station.
						Eine Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bei dem Vorhandensein von speziellen Sicherheitsvorkehrungen, einer großen Anzahl an stationär betreuten Patient*innen im Gebäude und bei dem Vorhandensein eines Außengeländes.
Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems	Di Lorenzo R, Baraldi S et al.	2011	Italien	Retrospektive Untersuchung	268 Patient*innen, monozentrisch	Kein Einfluss auf Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bezüglich der Anzahl der Patient*innen auf Station.
						Eine Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich jeweils bei den Diagnosen Schizophrenie und Alkohol und andere substanzinduzierte Intoxikationen, zum Zeitpunkt der Nachtschicht und im Zeitraum bis 3 Tage nach Aufnahme.
Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries	Raboch J, Kalisova L et al.	2010	Europa	Prospektive Kohortenstudie	2030 unfreiwillig aufgenommene Patient*innen	Der Anteil an Patient*innen, die fixiert wurden, bezogen auf alle unfreiwilligen Aufnahmen, variierte von 21% in Spanien bis zu 59% in Polen (Deutschland: 43%).
						Kein Einfluss auf die Fixierwahrscheinlichkeit zeigte sich bezüglich Alter, Geschlecht sowie Arbeitsplatz und Lebenssituation.
						Eine Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit ergab sich für die Diagnose Schizophrenie.

						<p>Singuläre Fixiermaßnahmen waren häufiger in Deutschland, Bulgarien, Tschechien, Griechenland, Italien, Litauen und Schweden; Zwei oder mehr Fixiermaßnahmen waren häufig in Polen, UK und Spanien.</p> <p>Der häufigster Fixiergrund war die Fremdaggressivität.</p>
Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung	Kallert T W, Jurjanz L et al.	2007	Europa	Expertenkonsensus	12 Projektzentren	<p>Im Falle einer unabwendbaren Notwendigkeit der Fixierung sollte dem Patienten angeboten werden, diese ohne Anwendung körperlicher Gewalt durch andere durchführen zu lassen.</p> <p>Als wirksame präventive Ansätze zeigten sich ein Training in Deeskalations- und Fixierungstechniken und qualifiziertes Pflegepersonal.</p>
Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse	Martin V, Kuster W et al.	2006	Deutschland	Prospektive Studie	10 Kliniken, 16005 behandelte Fälle	<p>Als wirksame präventive Ansätze zeigten sich die Aushängung von Informationen zur Rechtsgrundlage von Zwangsmaßnahmen an Patient*innen, Deeskalationsmöglichkeiten, konkrete Richtlinien zur Durchführung von Fixierungen und eine niedrigere Bettenzahl der Kliniken.</p> <p>Eine erhöhte Fixierwahrscheinlichkeit ergab sich für die Diagnosen organische Störungen und Schizophrenie.</p> <p>Kliniken, in denen der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ein besonderes Gewicht im klinischen Alltag zukam, wiesen in der Diagnosegruppe Schizophrenie einen signifikant geringeren Anteil an von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fällen auf.</p> <p>Kliniken, in denen Fixierungen immer oder meistens kontinuierlich überwacht wurden, wiesen einen geringeren Anteil an von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fällen in der Diagnosegruppe Schizophrenie auf.</p> <p>In zentral gelegenen Kliniken wurden Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall seltener wiederholt als in Kliniken, die in Stadtnähe oder auf dem Land lagen.</p>

The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data	Kallert T W, Glöckner M et al.	2004	Europa	Retrospektive Studie	13 Zentren in 12 europäischen Ländern, jeweils 250 unfreiwillig aufgenommene Patient*innen	Wirksame präventive Ansätze waren niedrigere Bettenzahl pro Zimmer und höhere Personalausstattung.
						Kein Einfluss auf Fixierwahrscheinlichkeit durch fakultativ geschlossene Türen.
Fixieren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierungen in einer allgemein-psychiatrischen Abteilung	Klimitz H, Uhlemann H et al.	1998	Deutschland	Prospektive Studie	148 Fixierungen, monozentrisch	Häufigster Fixierungsgrund: Fremdaggressivität
						Ohne Einfluss auf die Fixierhäufigkeit zeigten sich die Wochentage und eine Unterbesetzung der Pflege.
						Eine erhöhte Fixierhäufigkeit zeigte sich beim Zeitpunkt innerhalb der ersten 3 Behandlungstage, im Spätdienst der Pflege, außerhalb der regulären Dienstzeit der Ärzt*innen.
Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie	Bastiaan P, Debus S et al.	1998	Deutschland	Retrospektive Untersuchung	120 Fixierungen, 2 Zentren	69% der Patient*innen wurden nur an einem Tag fixiert.
						Fixierungen sind oft eine Reaktion auf Anlässe direkt nach der Aufnahme eines Patient*innen.
						Reduktion auf Fixierhäufigkeit bei der Diagnose Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten.
						Kein Einfluss auf Fixierhäufigkeit zeigten affektive Störungen.
						Erhöhung der Fixierhäufigkeit an Nachmittagen und der ersten Nachthälfte, unfreiwillige Aufnahme, Diagnose hirnorganische, überwiegend demente Störungen, schizophrene Psychose und Altersgruppe 36-45 Jahre
						Häufigster Fixiergrund: psychomotorische Erregungszustände
Gewalt in der Psychiatrie – Evaluation der	Fritz U, Mack B et al.	1991	Deutschland	Retrospektive Untersuchung	718 Fixierungen, monozentrisch	häufigster Fixiergrund: Fremdaggressivität

Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus						Reduktion der Fixierhäufigkeit bei regulärer Dienstzeit der Stationsärzt*innen
						Erhöhung der Fixierhäufigkeit am Wochentag Montag

Tabelle 2: Vorstellung der aussagekräftigsten Studien als Ergebnis der selektiven Literaturrecherche in der Datenbank PubMed nach Übersichts- und Originalarbeiten 1991-2019 zu den Stichworten „psychiatry“ AND „restraint“ AND „risk factors“ (Treffer: 392, 23.02.2018).

Zur weiteren Analyse unterteilten wir die in der Literatur identifizierten Einflussfaktoren in einerseits stationsbezogene, also institutionelle und andererseits in patient*innen bezogene Einflussfaktoren. Dies betrachten wir als unterschiedliche Kategorien, die in Bezug auf die Ausarbeitung möglicher präventiver Ansätze separat betrachtet werden müssen. Der Hintergrund hierzu wird in den nächsten Kapiteln 1.3.2. und 1.3.3 genauer dargestellt.

1.3.2 INSTITUTIONELLE EINFLUSSFAKTOREN

Als institutionelle Einflussfaktoren wurden alle Faktoren definiert, die sich auf die Station bezogen, z.B. die Stationsgröße, die pflegerische Stationsbesetzung oder regelmäßige Deeskalationsschulungen. Dies sind Faktoren, die durch organisatorische Maßnahmen der „Institution Klinik“ potenziell veränderlich sind. Daher stehen sie im besonderen Interesse in Bezug auf das Ziel einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Institutionelle Einflussfaktoren, die statistisch signifikant die Fixierhäufigkeit erhöhen bzw. reduzieren, stellen mögliche Ansatzpunkte dar, die durch Umorganisation zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen können.

In Tabelle 3 sind die positiven oder negativen Einflüsse auf die Fixierwahrscheinlichkeit der in der Literaturübersicht (Tabelle 2) identifizierten institutionellen Einflussfaktoren nochmals gesondert aufgelistet.

Institutionelle Einflussfaktoren	Wirkung auf Fixierhäufigkeit			Autor*innen
	Reduktion	Kein Einfluss	Erhöhung	
Bauliche Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Größerer Komfort-Level • Modernisierung • Einzelzimmer für Patient*innen • Bessere Einsehbarkeit der Station 			Rohe et al.(2017) Van der Schaaf et al. (2012) Kallert et al. (2004)
			<ul style="list-style-type: none"> • Spezielle Sicherheitsvorkehrungen • Außengelände 	Van der Schaaf et al. (2012)
		Türen der geschützten Station nicht immer verschlossen		Kallert et al. (2004)
Dienstzeiten der Ärzt*innen			außerhalb der regulären Dienstzeit	Klinitz et al. (1998)
			innerhalb der regulären Dienstzeit	Fritz et al. (1991)
Geschlecht der Pflege			Männliches Pflegepersonal	Beghi et al. (2013)
Lage der Klinik	Zentrale Lage der Kliniken			Martin et al. (2006)
Mitarbeiter*innenschulungen	Reduktion von Zwangsmaßnahmen			Hirsch et al. (2019) Kallert et al. (2007) Martin et al. (2006)
	Präventionsprogramm „Safewards“			Hirsch et al. (2019)
Patient*innenselbstentscheidung über Aufnahme		Kein Einfluss auf Zwangsmaßnahmen		Hirsch et al. (2004)
Personalausstattung	Höhere Personalausstattung			Kallert et al. (2007)
		Unterbesetzung der Pflege		Klinitz et al. (1998)
Schichten der Pflege		Kein Einfluss auf Fixierhäufigkeit		Hadi et al. (2015)

			Nachtschicht der Pflege	Di Lorenzo et al. (2011)
			Spätschicht der Pflege	Klimitz et al. (1998)
			Nachmittage und erste Nachthälfte	Bastiaan et al. (1998)
Stationsgröße	kleinere Stationsgröße		Große Anzahl Patient*innen im Gebäude	Hirsch et al. (2004) Martin et al. (2006) Van der Schaaf et al (2012)
		Anzahl Patient*innen auf Station		Di Lorenzo et al. (2011)

Tabelle 3: Ergebnis der selektiven Literaturrecherche bezüglich der institutionellen Einflussfaktoren

Bauliche Maßnahmen

Auf der Seite der institutionellen Einflussfaktoren wurde am häufigsten der Einfluss von baulichen Maßnahmen auf die Fixierhäufigkeit erwähnt. Aus klinischer Erfahrung haben die Stationsatmosphäre und das therapeutische Milieu einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und das Ausmaß aggressiven Verhaltens (DGPPN (2018)). Dazu zählen natürlich auch bauliche Komponenten. Schon in der von Bruno Bettelheim in den 1940er-Jahren entwickelten Milieuthérapie (Deister et al. (2005); Weinmann S et al. (2008)) ist ein günstiger Einfluss auf alle therapeutischen Prozesse durch zwischenmenschliche Umgangsformen und eben auch baulichen Umgebungsbedingungen beschrieben.

Dabei zeigten sich ein größeres Komfortlevel insgesamt, Einzelzimmer für Patient*innen und eine bessere Einsehbarkeit der Station (Van der Schaaf et al. (2012)) als Faktoren, die zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen führten. Hingegen zeigte sich überraschenderweise in der Studie eine Korrelation zwischen einem Außengelände und spezielle Sicherungsvorkehrungen (Van der Schaaf et al. (2012)) mit höheren Anzahl von Fixiermaßnahmen. Mit speziellen Sicherungsvorkehrungen waren Einrichtungen wie Schließmechanismen mit Alarmfunktion und Videoüberwachung gemeint. Die höhere Anzahl an Fixiermaßnahmen bei Zugang zu einem Außengelände lässt sich kaum erklären und steht auch im Gegensatz zu der restlichen Literatur, in der der Zugang zu einer natürlichen Umgebung, wie z.B. ein Garten, einen positiven Effekt zeigte (Ulrich et al. (1991)). Es ist denkbar, dass Einrichtungen mit hoher Anzahl an Zwangsmaßnahmen als präventive Maßnahme eher einen Außenzugang vorhalten. Eine Möglichkeit zur Nutzung eines Außengeländes ist sogar eine Forderung des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und menschenunwürdiger Behandlung. Auch wird vermutet, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen beeinflusst wird, wenn die Türen der Akutstation nicht immer verschlossen sind (Kallert et al. (2007)).

Es konnte gezeigt werden, dass eine architektonische Neugestaltung einer psychiatrischen Klinik die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen um etwa die Hälfte reduzieren konnte (Rohe et al. (2016)). Dabei zeigte sich, dass

eine erlebnis- und anregungsarme Klinikatmosphäre die Negativsymptomatik schizophrener Patient*innen verstärkte, während Öffentlichkeit und Normalität in vielen Beschreibungen des klinischen Alltags als Leit motive einer Stationsgestaltung, die ein gewaltarmes Klima fördern, gelten. Dazu zählen u. a. Aktivierung und außerstationäre Aufenthalte, die Schaffung alltags- und lebensweltbezogener Bereiche und die Mitgestaltung der Institution durch die Menschen mit psychischen Erkrankungen (DGPPN (2018)).

Mitarbeiter*innenschulungen

Regelmäßige Mitarbeiter*innenschulungen zur Deeskalation (Hirsch et al. (2019); Kallert et al. (2007)) und konkreten Richtlinien zur Durchführung von Fixierungen (Martin et al. (2006)) wirkten sich positiv auf die Anzahl der Fixiermaßnahmen aus. In der Untersuchung von Hirsch et al. (2019) waren acht von zwölf der einfachen Interventionen zu Mitarbeiterschulungen und alle 29 komplexen Interventionen, die Mitarbeiterschulungen enthielten, mit einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen vergesellschaftet. Kallert et al. (2007) beschreibt die Abhängigkeit der erfolgreichen Durchführung und Vermeidung von Fixierungen von der ausreichenden Verfügbarkeit gut qualifizierten Pflegepersonals.

Beispielhaft für komplexe Behandlungsprogramme wurde bereits in 1.2.2: Deeskalationsstrategien das Programm Safewards vorgestellt und soll auch im Rahmen der Ergebnisse der Literaturrecherche kurz erwähnt werden. In einer kontrollierten Studie, die 44 psychiatrische Stationen in Australien einschloss, Isolierungen und Fixierungen reduzieren (Hirsch et al. (2019)). Zur Wirkung von komplexen Behandlungsprogrammen gibt es viele weitere Untersuchungen. Da dies allerdings nicht das Hauptthema dieser Untersuchung darstellt, werde ich darauf nicht weiter eingehen.

Stationsgröße

Insgesamt scheint, unabhängig von der Häufigkeit von Fixiermaßnahmen, eine Überbelegung psychiatrischer Stationen die Entstehung gewalttätiger Verhaltensweisen zu fördern (Teitelbaum et al. (2016)). Auf einer

Aufnahmestation kam es häufiger zu verbaler Gewalt, wenn die Station mit mehr Patient*innen belegt war (Ng et al. (2001)). Auch in einer Längsschnittstudie über psychiatrische Stationen in Finnland kam es auf überbelegten Stationen häufiger zu Übergriffen gegenüber Personal, kein Zusammenhang konnte zwischen Überbelegung und sachzerstörerischem Verhalten festgestellt werden (Virtanen et al. (2011)).

Bezüglich des Einflusses der Stationsgröße auf die Fixierhäufigkeit ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse. Einerseits zeigte sich eine Verknüpfung der Reduktion der Stationsgröße mit einer Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Hirsch et al. (2019); Martin et al. (2006)). Die Gesamtwerte der durchschnittlichen Dauer einer Zwangsmaßnahme korrelierten signifikant negativ ($p < 0,05$) mit den Bettenzahlen der Kliniken (Martin et al. (2006)). Wohingegen es in einer anderen Untersuchung nicht möglich war, eine statistische Signifikanz im Zusammenhang zwischen der Anzahl an Patient*innen auf der Station und der Häufigkeit von Fixiermaßnahmen zu finden (Di Lorenzo et al. (2011)).

Schichten der Pflege

Auch bezüglich des Einflusses der Schichten der Pflege ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse. Sofern ein Zusammenhang bezüglich der Schichten der Pflege und der Fixierhäufigkeit gezeigt werden konnte, zeigte sich eine Erhöhung der Fixierhäufigkeit an den Nachmittagen bzw. in der ersten Nachthälfte, also entweder im Spätdienst (Klinitz et al. (1998)) oder in der Nachtschicht (Di Lorenzo et al. (2011)). Die Fixierungen wurden mit knapp 50% überwiegend in der Spätschicht des Pflegepersonals angeordnet (Klinitz et al. (1998)).

Allerdings wurde in einer anderen Studie auch kein signifikanter Einfluss der Schichten der Pflege beschrieben (Hadi et al. (2015)).

Patient*innenselbstentscheidung über Aufnahme

Nicht wirksam in der Reduktion von Zwangsmaßnahmen waren Interventionen, bei welchen Patient*innen selbst über ihr stationäre Aufnahme entscheiden konnten (Hirsch et al. (2019)). Dabei wurde es in einem speziellen Programm Patient*innen ermöglicht, sich selbst stationär

aufnehmen zulassen, sobald sie es für notwendig hielten auch außerhalb einer akut gefährdenden Situation. Allerdings zeigte sich weder eine Reduktion der kumulativen stationären Aufenthaltstage (Sigrunarson et al. (2017)), noch eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Thomsen et al. (2018)).

Personalausstattung

Die auch klinisch plausible Vermutung, Fixierungen würden sich bei Unterbesetzung der Pflegeschicht häufen, ließ sich in der Literatur nicht durchgehend bestätigen (Klimitz et al. (1998)). Hingegen wurde auch beschrieben, dass „die klinische Praktik wahrscheinlich von den substanziellen Unterschieden in der Pflegeausstattung beeinflusst“ wird (Kallert et al. (2007)). In einer Beobachtungsstudie 2002 konnte über einen Zeitraum über zwei Jahren über eine Erhöhung des pflegerischen Betreuungsschlüssels eine signifikante Verringerung an Fixiermaßnahmen erreicht werden (Donat et al. (2002)). Auch in der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang (DGPPN (2018)) wird beschrieben, dass zwar allgemein angenommen wird, dass eine gute Personalausstattung einen positiven Einfluss auf aggressive Verhaltensweisen hat, aber bislang verlässliche empirische Daten fehlen und insbesondere die „Mengen-Wirkungs-Beziehung“ unklar sei. In einer britischen Studie konnte der zusätzliche Einsatz einer Pflegeperson mit der Aufgabe von Konfliktprävention und Schulung des Personals einen deutlichen Rückgang der Konflikte und eine Besserung der Stationsatmosphäre bewirken, nicht jedoch einen Rückgang von Zwangsmaßnahmen (Bowers et al. (2006)). Nebenbei sei erwähnt, dass interessanterweise in einer Studie auch auf internistischen und chirurgischen Stationen eine qualitativ und quantitativ inadäquate Personalausstattung mit vermehrten Übergriffen durch Patient*innen vergesellschaftet war (Roche et al. (2010)).

Die Berechnung der pflegerischen Personalausstattung wurde kürzlich reformiert. Ab 1990 legte die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf (Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV) in der stationären Psychiatrie die quantitativen und qualitativen Vorgaben des Personaleinsatzes fest. Dabei wurde einen Minutenwert je Patient*in

und Woche errechnet und die Personalstellen ermittelt, in dem diese Minutenwerte mit der durchschnittlichen Anzahl an Patient*innen multipliziert wurde (Psych-PV §6 (1) (1990)). Diese Verordnung wurde am 01. Januar 2020 durch das Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) abgelöst. Dieses Vergütungssystem arbeitet auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für die Krankenhausleistungen. Allerdings ist noch unklar, ob diese neue Berechnung letztendlich zu der, in der 2019 vom gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik geforderten Erhöhung der Personalausstattung führt.

Allerdings ist nicht nur die quantitative Besetzung der Pflege von Bedeutung. Es zeigte sich in mehreren Untersuchungen, dass eine mangelnde Erfahrung beim Personal mit einer höheren Anzahl gewalttätiger Übergriffe verbunden war (Kelly et al. (2015); James et al. (1990), Rasmussen et al. (1996)).

Geschlecht der Pflege, Lage der Klinik und Dienstzeit der Ärzt*innen

Nur in wenigen Studien wurde der Einfluss des Geschlechts der Pflege, der Lage der Klinik und der Dienstzeit der Ärzt*innen untersucht.

Es zeigte sich, dass „männliche Pflegekräfte eine größere Neigung haben, Fixiermaßnahmen zu nutzen, als weibliche Pflegekräfte“ (Beghi et al. (2010)).

In zentral gelegenen Kliniken wurden Zwangsmaßnahmen bei einem betroffenen Fall seltener wiederholt als in Kliniken, die in Stadtnähe oder auf dem Land lagen (Martin et al. (2006)).

Sowohl bezüglich des Einflusses der Personalausstattung als auch der Dienstzeit der Ärzt*innen ergaben sich widersprüchliche Aussagen. Der Zeitpunkt der Fixieranordnung lag bei etwas über 50% der Fixierungen außerhalb der regulären Dienstzeit der Ärzte“ (Klimitz et al. (1998). (Fritz et al. (1991)).

Auf die Erklärungen der jeweiligen Autor*innen werde ich in Kapitel 4 eingehen.

1.3.3 PATIENT*INNEN BEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN

Als patient*innen bezogene Einflussfaktoren wurden Faktoren definiert, die sich auf Angaben zu den Patient*innen selbst und die stationäre Aufnahme stützten, z.B. die Diagnose, die psychiatrische Vorgeschichte der Patient*innen und der Zeitpunkt der Aufnahme. Dies sind Einflussfaktoren auf die Fixierwahrscheinlichkeit, die natürlich zunächst nicht veränderlich sind. Allerdings lässt sich aus der besseren Kenntnis zu diesen Einflussfaktoren eine genauere Risikoevaluation und wirksame präventive Maßnahmen entwickeln.

In Tabelle 4 sind die in der Literaturübersicht (Tabelle 2) erwähnten patient*innenbezogenen Einflussfaktoren gesondert aufgelistet.

Patient*innen bezogene Faktoren	Wirkung auf Fixierhäufigkeit			Autor*innen
	Reduktion	Kein Einfluss	Erhöhung	
Alter		Kein Einfluss auf die Fixierhäufigkeit		Andersen et al. (2016) Bastiaan et al. (1998)
			Junges Alter	Beghi et al. (2013)
			Altersgruppe 36-45	Bastiaan et al. (1998)
Arbeitsplatz und Lebenssituation		Kein Einfluss auf die Fixierhäufigkeit		Raboch J, et al (2010)
Aufnahmemodus			Unfreiwillige Aufnahme	Beghi et al. (2013) Bastiaan et al. (1998)
Demographische Charakteristika		Kein Einfluss auf die Fixierhäufigkeit		Hadi et al. (2015)
			Nicht-Einheimische	Beghi et al. (2013)
Diagnosespektrum			Schizophrenie	Flammer et al. (2019) Hadi et al. (2015) Beghi et al. (2013) Di Lorenzo et al. (2011) Raboch et al. (2010) Martin et al. (2006) Bastiaan et al. (1998)
			Akute Intoxikation	Andersen et al. (2016) Di Lorenzo et al. (2011)
			Hirnorganische Schäden	Flammer et al. (2019) Martin et al. (2006) Bastiaan et al. (1998)

			Intelligenzstörung	Flammer et al. (2019)
			Manische Episode	Hadi et al. (2015)
		Affektive Störungen		Bastiaan et al. (1998)
	Schizophrenie			Andersen et al. (2016)
	Depressive Episode			Hadi et al. (2015)
	Alkoholabhängigkeit			Bastiaan et al. (1998)
Geschlecht Patient		Kein Einfluss auf die Fixierhäufigkeit		Andersen et al. (2016) Raboch et al. (2010)
			Männliches Geschlecht	Beghi et al. (2013)
Psychiatrischer Kontakt vor Aufnahme	Reduktion der Fixierhäufigkeit			Andersen et al. (2016)
Zeitpunkt nach Aufnahme			<24h nach Aufnahme	Andersen et al. (2016) Bastiaan et al. (1998)
			3 Tage nach Aufnahme	Di Lorenzo et al. (2011) Klimitz et al. (1998)

Tabelle 4: Ergebnis der selektiven Literaturrecherche bezüglich der patient*innen bezogenen Einflussfaktoren

Diagnosespektrum

Das Diagnosespektrum der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, wurde in vielen Studien mit ähnlichen Ergebnissen untersucht.

Patient*innen mit einer Diagnose aus dem Diagnosespektrum F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, zeigten in dem überwiegenden Teil der Untersuchungen eine erhöhte Fixierhäufigkeit (Beghi et al. (2010); Di Lorenzo et al. (2011); Raboch et al. (2010), Martin et al. (2006); Bastian et al. (1998)). Mit knapp 15% wurde die Diagnose einer psychotischen Störung als dritthäufigste Diagnose unter den fixierten Patient*innen beschrieben (Flammer et al. (2019)). In einer anderen Untersuchung zeigte sich, dass in der Gruppe der fixierten Patient*innen, der Anteil an Patient*innen mit der Diagnose der Schizophrenie höher war (68% versus 60%, $p=0,004$) (Raboch et al. (2010)). In einer weiteren Studie zeigte sich die Diagnose der schizophrenen Psychose mit knapp 45% unter die Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt hatten, überrepräsentiert (Bastiaan et al. (1998)). Allerdings wurde auch in einer Untersuchung beschrieben, dass das Risiko von Zwangsmaßnahmen signifikant geringer bei Patient*innen mit Schizophrenie war (Andersen et al. (2016)). Leider wurde dieses Ergebnis von den Autor*innen nicht näher diskutiert.

Interessanterweise wurde in einem Review über 110 Studien zu Risikofaktoren für Gewalt bei Psychosen beschrieben, dass sich die Prädiktoren zwischen Gewalttaten in der Gesellschaft und Gewalttaten im stationären Setting lediglich von ihrer Korrelationsstärke, nicht aber in Hinblick der Richtung der Korrelation unterschieden. Signifikante Prädiktoren waren auch im stationären Setting Substanzmissbrauch, Positivsymptomatik, Psychopathologie im Allgemeinen (nicht aber Negativsymptomatik) und kriminelles Verhalten im Vorfeld (Witt et al. (2013)). Es ergaben sich erhöhte Risiken für Gewalttaten bei Menschen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen, wenn zusätzlich Alkohol- oder Drogenmissbrauch vorlagen (Fazel et al. (2009), Witt et al. (2013)). Der Zusammenhang zwischen Suchtmittelgebrauch, Psychose und Schizophrenie wurde von anderen Autor*innen in unterschiedlichen Ländern

bestätigt (für Kroatien Kudumija et al. (2014) und für Israel Fleischman et al. (2014)).

Auch wurde mehrfach gezeigt, dass eine akute Intoxikation das Risiko für eine Fixiermaßnahme erhöht (Andersen et al. (2016); Di Lorenzo et al. (2011)). Allerdings zeigte sich auch eine Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten als Diagnose unter den Patient*innen, die ein Fixiermaßnahme erlebt hatten mit 17,3% unterrepräsentiert (Andersen et al. (2016)).

Als Drittes wurden hirnorganische Schäden gehäuft in Zusammenhang mit Fixiermaßnahmen gebracht (Flammer et al. (2019); Martin et al. (2006); Bastiaan et al. (1998)). Mit 23,1% zeigten sich hirnorganische, überwiegend demente Störungen überrepräsentiert unter den Diagnosen aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt hatten (Andersen et al. (2016)). In einer weiteren Untersuchung zeigten sich die Diagnosen aus dem Diagnosespektrum F0 nach ICD-10: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen, mit 16,2% als die zweithäufigste Diagnose unter den Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, ein.

Zeitpunkt der Fixiermaßnahme bezogen auf die Aufnahmesituation

In allen dargestellten Publikationen wird beschrieben, dass der gefährdetste Zeitraum bezogen auf die Fixierwahrscheinlichkeit die erste Zeit nach Aufnahme ist.

Bei Klimitz et al. (1998) erfolgten 40% der Fixierungen innerhalb der ersten 3 Behandlungstage. Bei Di Lorenzo et al. (2011) wurden Zwangsmaßnahmen während der ersten drei Tage nach Aufnahme am häufigsten durchgeführt. In einer aktuellen Studie von Andersen et al. (2016) konnte dies sogar auf die ersten 24-Stunden nach Aufnahme konkretisiert werden (Andersen et al. (2016)).

Aufnahmemodus

Gewalttätiges Verhalten psychisch erkrankter Menschen ist mit einer unfreiwilligen Behandlung assoziiert (Ketelsen et al. (2007)). Daher ist es nicht verwunderlich, dass gleichermaßen in vielen Untersuchungen

beschrieben wird, dass die unfreiwillige Aufnahme in die Klinik zu einer Erhöhung der Fixierhäufigkeit führt.

Bastiaan et al. (1998) beschrieben, dass 90% der Fixiermaßnahmen bei Patient*innen angewandt werden, die gegen ihren Willen in der Klinik waren. In einer retrospektiven Studie wurden 240 Patient*innenakten aus den Jahren 2011-2013 in Hinblick auf Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen untersucht und es zeigte sich, dass die unfreiwillige Aufnahme der signifikanteste extramurale Einflussfaktor auf die Fixierhäufigkeit war: 50% der unfreiwillig aufgenommenen Patient*innen erfuhren während des stationären Aufenthaltes eine Zwangsmaßnahme, während es in der Gruppe der freiwillig aufgenommenen Patient*innen nur 20% war (Andersen et al. (2016)).

In der S3-Leitlinie der DGPPN zur Verhinderung von Zwang (2018) wurde beschrieben, dass Gewalt in psychiatrischen Institutionen auch je mehr ein Problem sei, desto mehr schwerkranke und wegen Fremdgefährdung gerichtlich untergebrachte Patient*innen behandelt würden. Dies sei insbesondere in solchen Krankenhäusern der Fall, die über eine sehr niedrige Bettenmessziffer verfügten und sich demzufolge weitgehend auf diese Kernaufgabe beschränken müssten. Ein relativ höheres Bettenangebot erleichtere demzufolge vermutlich die institutionelle Gewaltprävention. Allerdings wurde auch angemerkt, dass verlässliche empirische Daten zu dieser Problematik bisher fehlen.

Alter der Patient*innen

Bezüglich des Einflusses des Alters auf die Fixierhäufigkeit wurden widersprüchliche Aussagen beschrieben.

Teilweise wurde kein signifikanter Einfluss des Alters der Patient*innen auf die Fixierhäufigkeit beschrieben (Andersen et al. (2016); Raboch et al. (2010)).

In der Studie von Beghi et al. (2010) dagegen wurde festgestellt, dass fixierte Patient*innen häufiger junge Erwachsene waren. In einer älteren Untersuchung von Bastiaan et al. (1998) wurde beschrieben, dass

Patient*innen in der Altersgruppe 36-45 Jahre am stärksten von Fixierungen und Zwangsmedikation betroffen waren.

Geschlecht der Patient*innen

Es wurde häufiger beschrieben, dass das Geschlecht der Patient*innen keinen Einfluss auf die Fixierhäufigkeit darstellte (Andersen et al. (2016), Raboch et al. (2010)).

Allerdings wurde auch in einer Publikation beschrieben, dass „fixierte Patient*innen [...] häufiger männlich“ (Beghi et al. (2010)) waren.

Demographische Charakteristika

Aufgrund der fehlenden Datengrundlage konnte die Herkunft der Patient*innen in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden. In Deutschland hatten 2016 ungefähr 16,4 Millionen Menschen einen Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2016). Bisher konnte nicht eindeutig belegt werden, dass Migrant*innen häufiger an psychischen Störungen erkranken als Einheimische (Schouler-Ocak (2015)). Allerdings sind Migrant*innen durch ihren Lebenslauf besonderen Belastungen und Umständen ausgesetzt, die eine psychische Reaktion begünstigen oder hervorrufen können, z.B. Entwurzelung, Verständigungsprobleme, Diskriminierungen, Traumatisierungen durch Flucht (DGPPN (2018)).

Es konnte beschrieben werden, dass auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit in schwächerem Maß ein Prädiktor für Gewalttaten war, ebenso wie ein schlechter sozioökonomischer Status (Witt et al. (2013)). Eine Studie aus England ergab für psychisch erkrankte Männer aus der Karibik ein höheres, für psychisch erkrankte Männer aus Afrika aber ein geringeres Risiko für Kriminalität und Gewalt im Vergleich mit weißen britisch-stämmigen Männern (Bruce et al. (2014)). Allerdings konnten keine weiteren Faktoren zur Erklärung dieser Befunde identifiziert werden.

Bezüglich der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bei psychiatrischen Patient*innen mit Migrationsuntergrund lassen sich in der Literatur unterschiedliche Angaben finden. In einer deutschen Studie mit 3389 Patient*innen hatten deutsche Staatsbürger*innen ein signifikant

niedrigeres Risiko, eine Fixierung zu erfahren. Die Dauer der Maßnahmen unterschied sich nicht, ebenso wenig das Risiko für Zwangsmaßnahmen insgesamt (Flammer et al. (2013)). Auch in einer italienischen Studie zeigte sich, dass Nicht-Einheimische häufiger fixiert wurden (Beghi et al (2010)). Andererseits konnte kein Zusammenhang zwischen der ethnischen Herkunft und der Fixierhäufigkeit festgestellt werden (Hadi et al. (2015)).

Vorausgegangener psychiatrischer Kontakt

„Psychiatrischer Kontakt vor der Aufnahme reduzierte das Risiko für Zwangsmaßnahmen“ (Andersen et al. (2016)). Allerdings wurde dieser Einflussfaktor leider nur in dieser Studie untersucht.

Arbeitsplatz und Lebenssituation

„Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich [...] Arbeitsplatz und Lebenssituation“ (Raboch et al. (2010)) bezogen auf die Fixierhäufigkeit. Leider wurde auch dieser Einflussfaktor nur in dieser Studie berücksichtigt.

Auf die Erklärungen der jeweiligen Autor*innen werde ich in Kapitel 4 eingehen.

1.3.4 KURZE ZUSAMMENFASSUNG

In der Literatur wurden bereits viele Einflussfaktoren auf die Fixierhäufigkeit untersucht, auch wenn dabei nicht alle Untersuchungen zu den gleichen Ergebnissen kamen.

Auf der Seite der institutionellen Einflussfaktoren zeigte sich ein großer Konsens darüber, dass bauliche Maßnahmen die Fixierhäufigkeit senken können, auch wenn dies gleichzeitig schwierig umzusetzen ist. Auch gezielte Mitarbeiter*innenschulungen führten in allen Untersuchungen zu einer Reduktion der Fixierhäufigkeit. Sowohl der Einfluss der Stationsgröße bzw. -belegung, als auch der Einfluss der verschiedenen Schichten der Pflege unterschied sich in den Untersuchungen und konnte bisher nicht deutlich belegt werden. Es wird allgemein angenommen, dass eine gute Personalausstattung einen positiven Einfluss auf die Fixierhäufigkeit hat

und in einzelnen Studien konnte dies auch gezeigt werden, allerdings fehlen hier noch konkretere Daten. Der Einfluss des Geschlechtes der Pflege und der Einfluss der Dienstzeit der Ärzt*innen sind bisher kaum untersucht worden. Hier ergeben sich noch viele Unklarheiten, die genauer untersucht werden sollten, da sie möglicherweise signifikanten Einfluss auf die Fixierhäufigkeit haben und es gerade die institutionellen Einflussfaktoren sind, die grundsätzlich veränderlich sind.

Auf der Seite der patient*innenbezogenen Einflussfaktoren wurde häufig das Diagnosespektrum von Patient*innen, die Fixiermaßnahmen erlebt haben, untersucht und es zeigte sich in fast allen Untersuchungen eine Häufung in den Diagnosegruppen der schizophrenen Störungen, der akuten Intoxikation und der hirnorganischen Schäden. Auch wurde schon deutlich herausgearbeitet, dass die Fixierwahrscheinlichkeit in den ersten Behandlungstagen besonders hoch ist und dass eine unfreiwillige Aufnahme die Fixierwahrscheinlichkeit erhöht. Unterschiedliche Aussagen ergaben sich allerdings bezüglich des Einflusses des Alters und des Geschlechtes der Patient*innen. Demographische Charakteristika, Arbeitsplatz und Lebenssituation, sowie ein vorausgegangener psychiatrischer Kontakt der Patient*innen und deren Einfluss auf die Fixierhäufigkeit wurden bisher kaum untersucht. Auch in Zusammenhang mit den patient*innenbezogenen Einflussfaktoren fehlen noch valide Daten, um das Profil von Patient*innen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Fixiermaßnahme zu erfahren, zu schärfen.

Die in der Literatur genannten Einflussfaktoren wurden ebenfalls mit in die Konzeption der vorliegenden Untersuchung einbezogen und bildeten die Grundlage für die Hypothesen, die dieser Untersuchung zugrunde liegen (s. 1.4.1. Konzeption und 2.1 Gebildete Hypothesen).

1.4. ZIEL DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG (FRAGESTELLUNG)

In der vorliegenden Untersuchung sollen mögliche Einflussfaktoren auf die Fixierhäufigkeit in einer psychiatrischen Abteilung retrospektiv analysiert werden, um daraus die Risikoerhöhung für eine Fixiermaßnahme in Abhängigkeit der Faktoren ableiten zu können. Nur durch die genaue Kenntnis von sowohl risikosteigernden als auch risikominimierenden Faktoren können wirksame präventive Ansätze zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen erarbeitet und letztlich in einem prospektiven Studienansatz untersucht werden.

1.4.1 KONZEPTION

Über eine Hierarchisierung statistisch identifizierbarer Einzelfaktoren soll die relative Risikoerhöhung für Fixierungsmaßnahmen während der akutpsychiatrischen Behandlung ermittelt werden. Im Fokus stehen dabei einerseits patient*innenbezogene Einflussfaktoren, die zwar nicht veränderlich sind, aber Aufschluss darüber geben können, welche Patient*innengruppen besonders gefährdet sind und daher frühzeitig präventiven Maßnahmen zugeführt werden sollten. Andererseits stationsbezogene, also institutionelle Einflussfaktoren, deren Kenntnis organisatorische Möglichkeiten zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen auf einer psychiatrischen Station aufzeigen können.

1.4.2. ORT DER UNTERSUCHUNG

Die vorliegende Untersuchung erfolgte am Beispiel der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik zu Köln, einer Abteilungspsychiatrie mit einem Versorgungssektor von 140.000 Einwohner*innen und einer Anzahl von 96 vollstationären Betten sowie 18 teilstationäre, d.h. tagesklinische Behandlungsplätze.

Das Aufnahmegebiet der Klinik umschließt den Stadtbezirk Köln-Lindenthal. Er umfasst die Stadtteile Braunsfeld, Junkersdorf, Klettenberg, Lindenthal, Lövenich, Müngersdorf, Sülz, Weiden und Widdersdorf. 2015 hatte der Stadtbezirk 149045 Einwohner*innen und war damit der bevölkerungsreichste der neun Stadtbezirke Kölns (Amt für Stadtentwicklung

und Statistik (2015)). Der Stadtbezirk liegt mit einem Durchschnittsalter von 41,9 Jahren genau im Gesamt-Kölner-Durchschnitt. 2015 hatten 23,6% der Einwohner*innen einen Migrationshintergrund, im Gegensatz zu 36,8% im gesamten Kölner Raum. Auch ist auffällig, dass nur 4,3% der Einwohner*innen Leistungsberechtigte nach SGB II waren (13,4% in Gesamt-Köln) und nur 4,2% arbeitslos (8,8% in Gesamt-Köln).

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik zu Köln beinhaltet fünf Stationen, sowie eine Tagesklinik. Davon waren zwei Stationen geschützte Stationen mit allgemeinspsychiatrischem Schwerpunkt inklusive Suchtpatient*innen und einer Regelbettenzahl von 38, mit der Möglichkeit der Mehrbelegung bis 56 (ohne Flurbetten). Auf diesen beiden Stationen wurden im Erhebungszeitraum 2015 alle ungeplanten Neuaufnahmen, also alle Notfallaufnahmen, unabhängig von den Gefährdungsaspekten, initial stationär aufgenommen und versorgt (n=925 Patient*innen). Auch wurden ausschließlich auf diesen beiden Stationen die Fixiermaßnahmen durchgeführt. Die geschützten Stationen wurden zum Erhebungszeitpunkt vollständig geschlossen geführt. Spezifische Deeskalationsschulungen wurden zum Erhebungszeitpunkt noch nicht verpflichtend für alle Mitarbeiter*innen systematisch durchgeführt. Beide geschützte Stationen hatten jeweils eine Kapazität von 19 Regelbetten, wobei die Stationen räumliche Kapazitäten für 28 Patient*innen mit zusätzlich der Möglichkeit der Schaffung zweier Flurbetten als Notunterkunft boten. Im Erhebungszeitraum gab es keine inhaltlichen und personellen Unterschiede zwischen beiden geschützten Stationen. Beide Stationen hatten zudem einen gleichberechtigten Zugang zum gemeinsam genutzten Patient*innengarten.

2. MATERIAL UND METHODEN

2.1 GEBILDETE HYPOTHESEN

In Zusammenschau der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie der aktuellen S3-Leitlinie der DGPPN zum Thema Verhinderung von Zwang (s. Kapitel 1.3) wurden Hypothesen gebildet, welche Faktoren potenziell Einfluss auf die Fixierhäufigkeit nehmen könnten. Thematisch wurden diese Faktoren, wie bereits in Kapitel 1.3.1 erläutert, in einerseits stationsbezogene, also institutionelle und andererseits in patient*innen bezogene Einflussfaktoren unterteilt. Diese Unterteilung wurde vorgenommen, da dies unterschiedliche Kategorien sind, die in Bezug auf die Ausarbeitung möglicher präventiver Ansätze separat betrachtet werden müssen. In Tabelle 4 ist eine Übersicht der untersuchten Einflussfaktoren dargestellt.

Patient*innenbezogene Faktoren	Stationsbezogene Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Ethnizität • Anzahl psychiatrischer Voraufenthalte • Aufnahme diagnose • Nebendiagnose • Zugangsmodus • Fixierungsgrund • Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen • Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen • Begleitende Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Stationsbelegung • Anzahl Neuaufnahmen • Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen • Stationsbesetzung <ul style="list-style-type: none"> ○ Ärzt*innen ○ Pfleger*innen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl der Pflegekräfte ▪ Geschlecht der Pflegekräfte ▪ Berufserfahrung der Pflegekräfte • Fixierzeitpunkt

Tabelle 5: Übersicht zu den untersuchten Einflussfaktoren

Der Einfluss dieser Faktoren auf die Häufigkeit von Fixiermaßnahmen im Erhebungszeitraum des Jahres 2015 wurde im Anschluss genauer untersucht.

2.2 STICHPROBE

In der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Köln wurden 2015 insgesamt 1646 Behandlungsfälle behandelt (davon 1498 vollstationär und 148 tagesklinisch). Davon waren 203 Behandlungsfälle (13,6%) unter §14 PsychKG-Modalitäten und 35 Behandlungsfälle (2,3%) unter Modalitäten des §1906 BGB (Betreuungsgesetz) vollstationär untergebracht.

2015 wurden auf den beiden geschützt geführten Stationen insgesamt 248 Fixierungen an 79 Patient*innen durchgeführt, dies entspricht gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle 4,8%. In den Vorjahren war der Anteil etwas geringer, aber dann langsam ansteigend mit 3,5% in 2012, 3,6% in 2013 und 4,1% in 2014. Der Anteil an von Fixiermaßnahmen betroffenen Patient*innen lag bei den unter PsychKG-Modalitäten untergebrachten Patient*innen bei 34%. In den Vorjahren schwankte dieser Wert stark, ohne eine klare Tendenz: 2012 lag er bei 42%, 2013 bei 24% und 2014 bei 33% (s. Tab. 5 und 6).

Über den Zeitraum 2010-2015 lässt sich eine deutliche Zunahme der vollstationären Aufnahmen, d.h. der Behandlungsfälle, bei gleichbleibender Bettenzahl in der Klinik beschreiben. Daher ist es nicht verwunderlich, dass auch die absolute Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen gestiegen ist und die Anzahl der Fixierungen insgesamt. Dabei stieg die Anzahl der Behandlungsfälle um 18%, allerdings die Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen um 27%. Dabei sollte erwähnt sein, dass dies nur durch eine bedeutende Reduktion der Verweildauer der Patient*innen möglich war.

Die Quote der unter Psych-KG-Modalitäten stationär aufgenommenen Patient*innen schwankte leicht in den Jahren 2010-2015. 2015 lag die Quote bei 13,6%. Die Quote der unter BtG-Modalitäten stationär aufgenommenen Patient*innen nahm seit 2010 stetig ab, 2015 lag sie noch bei 2,3%.

Bezüglich des Anteiles der Behandlungsfälle, die eine Fixiermaßnahme während ihres Aufenthaltes erlebt haben, zeigt sich ein leicht steigender Trend von 3,5% in 2012 auf 4,8% in 2015.

Insgesamt zeigt sich, dass sowohl die Fallzahlen als auch die Quoten der gesetzlich untergebrachten Patient*innen und die Anzahl von Fixiermaßnahmen 2015 nicht außergewöhnlich hoch bzw. niedrig waren, sodass sich das Jahr 2015 dies bezüglich als durchschnittlich bezeichnen lässt.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anzahl Aufnahmen vollstationär	1215	1322	1328	1356	1358	1498
Anzahl Aufnahmen tagesklinisch (TK)	181	190	213	201	186	148
Summe Aufnahmen (vollstat. + TK)	1396	1512	1541	1557	1544	1646
Anzahl PsychKG	143	177	148	202	159	203
Anzahl BtG	44	49	46	34	35	35
PsychKG-Quote stationär (% von vollstationären Aufnahmen)	11,8%	13,4%	11,1%	14,9%	11,7%	13,6%
BtG-Quote stationär (% von vollstationären Aufnahmen <u>inklusive Umwandlung</u>)	4,3%	4,7%	4,2%	3,6%	2,9%	2,3%

Tabelle 6: Aufnahmestatistik Uniklinik Köln, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 2010-2015

Fixierung/Zwangsmedikation	2012		2013		2014		2015	
	n	Pat.	n	Pat.	n	Pat.	n	Pat.
Anzahl Fixierungen Gesamt	390	53	432	57	267	63	248	79
Anteil an Gesamtbehandlungsfälle		3,5%		3,6%		4,1%		4,8%
Anzahl Fixierungen unter PKG	294	63	134	49	115	53	175	69
Anteil Fixierungen unter PKG an Fixierungen Gesamt		42%		24%		33%		34%

Tabelle 7: Statistik freiheitsentziehende Maßnahmen

Außerdem waren im Jahr 2015 in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln noch keine systematischen Deeskalationsmaßnahmen implementiert, z.B. kein verpflichtendes KUGA für alle Mitarbeiter*innen oder Safewards (s. 1.2.2 Deeskalationsstrategien). Sollte in den folgenden Jahren ein solches System implementiert werden, wäre es interessant, im Anschluss diese Auswertung zu wiederholen und mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zu vergleichen.

2.3. DATENGRUNDLAGE

Als Datengrundlage dienen folgende Angaben:

- (1) Die klinikinterne Fixierungsdatenbank, aus der die Anzahl der Einzelfixiermaßnahmen und jeweils Datum und Uhrzeit der Maßnahmen, Dauer der Maßnahmen und der Grund der Maßnahmen zu entnehmen war (s. Abb. 1).

Ge- schlecht; 1=männ- lich, 2=weib- lich	Auf- nahme-da- tum	Entlas- sungs-da- tum	Fixierungs- datum und Uhr- zeit	Datum der Defixie- rung und Uhrzeit	Dauer; 1=< 1 h, 2=1-24 h, 3=2-3 Tage, 4=> 3 Tage, 9=Angabe fehlt!	Sta- tion	Rechtliche Grundlage der stationä- ren Behand- lung: Status 0=freiwillig, 1=PsychKG, 2=BGB, 9=Angabe fehlt!	Grund; 1=Ein- willi- gung, 2=Not- stand, 3=Not- wehr, 9=An- gabe fehlt!	Begründung
1	06.01.2015	03.02.2015	12.01.2015 19:40:00	13.01.2015 07:30:00	2	3	1	2	Pat. ist nicht steue- rungsfähig; erhöhte Ei- gengefährdung bestehend
1	04.01.2015	03.07.2015	19.01.2015 16:45:00	22.01.2015 09:20:00	3	1	1	3	Pat. zeigt sich bedroh- lich; ist fremdaggressiv gegenüber Mitpatien- ten im Zimmer; ist nicht steuerungs-fähig; stark paranoid; kann sich nicht an Abspra- chen halten
1	04.01.2015	03.07.2015	24.01.2015 15:45:00	25.01.2015 16:00:00	3	1	1	2	Pat. ist zunehmend an- gespannt; gibt an, mehr ... zu wollen; käme nicht zur Ruhe; zeigt sich nicht abspra- chefähig
2	15.01.2015	25.05.2015	26.01.2015 11:00:00	26.01.2015 17:30:00	2	1	2	2	Pat. lehnt angebotene Medikation (oral) ab; zeigt sich zunehmend angespannt; schmeißt Medikamente weg; schreit Klinikpersonal an; ... Klinikpersonal; Pat. akut bedrohlich; nicht krankheits- und behandlungseinsichtig; nicht steuerungs-fähig; nach der Fixierung wird Pat. ...; trägt Tep- pichmesser bei sich, welches sie zur Selbst- verteidigung...

Abbildung 1: Klinikinterne Fixierungsdatenbank (Auszug)

- (2) Der Stationsbesetzungsplan der Pflegekräfte auf Tagesbasis, aus dem die genaue Anzahl der geplanten (SOLL) und der tatsächlich anwesenden Pflegekräfte (IST), sowie Geschlecht, Berufserfahrung und die jeweilige Schicht der jeweiligen Pflegekräfte zu entnehmen bzw. für die Auswertung abzuleiten war (s. Abb. 2).

Abbildung 2: Beispiel Stationsbesetzungsplan der Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln

- (3) Der Stationsbelegungsplan mit einer detaillierten Patient*innenliste auf Tagesbasis, aus dem die Anzahl der Patient*innen auf der jeweiligen Station, die Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen und die Anzahl der Neuaufnahmen zu entnehmen waren.
- (4) Die Patient*innenakten aus dem Archiv der Klinik.

Die Ethnizität der Patient*innen konnte nicht weiter untersucht werden, da die Datengrundlage keine eindeutigen Auskünfte über die Ethnizität der Patient*innen geben konnte.

2.4 AUFEINANDERFOLGENDE FIXIERMAßNAHMEN

Aufeinanderfolgende Fixiermaßnahmen bei einer*m Patientin*en konnten nicht als eindeutig unabhängige Ereignisse gedeutet werden, da eine nachfolgende Fixiermaßnahme durch das primäre Ereignis beeinflusst

sein könnte. Zum Beispiel kann bei einem primär massiven körperlichen Übergriff durch die Patient*innen, eine nachfolgende Fixierung niedrigschwelliger durchgeführt werden. Daher wurde zur Auswertung bezüglich einer statistischen Signifikanz der patient*innenbezogenen und institutionellen Faktoren jeweils nur die erste Fixierung der*s Patientin*en im Jahr 2015 in die weitere Untersuchung miteinbezogen. Deskriptiv wurden allerdings auch alle Fixiermaßnahmen im Jahr 2015 ausgewertet.

2.5 FIXIERMAßNAHMEN MIT EINWILLIGUNG

Bei 26 Fixiermaßnahmen wurden in der Fixierdatenbank als Grund der Maßnahme „Einwilligung“ angegeben. Allerdings ließ sich aus der Begründung in Freitextform entnehmen, dass auch bei den Fixiermaßnahmen mit Einwilligung Gründe der Eigen- oder Fremdgefährdung vorlagen, nur mit dem Unterschied, dass die Patient*innen dies selbst reflektieren konnten und daher in die Fixiermaßnahme einwilligten. Daher wurden diese Fixiermaßnahmen trotzdem in die Auswertung miteinbezogen.

2.6. SOFTWARE

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23 und Microsoft Office Excel.

2.7. AUSWERTUNG DER PATIENT*INNENBEZOGENEN FAKTOREN

Als Datengrundlage für die Auswertung der patient*innenbezogenen Faktoren dienten hauptsächlich die archivierten Akten der Patient*innen. Daher beziehen sich die ausgewerteten Daten auch nur auf die dort enthaltenen Informationen. Inwieweit diese Daten korrekt und vollständig sind, kann nicht abgeschätzt werden, insbesondere in Bezug auf die Vorgeschichte der Patient*innen vor dem dokumentierten Aufenthalt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Bei 28% der Fälle ließen sich aus den Krankenunterlagen die patient*innenbezogenen Angaben nicht vollständig oder eindeutig entnehmen („missings“).

Zur Auswertung der patient*innenbezogenen Faktoren wurde ein Fall-Kontroll-Vergleich mit „matched pairs“ durchgeführt. Bei dieser Auswertung wurde jeweils nur die erste Fixierung der*s Patientin*en bei seinem*ihrem ersten Aufenthalt 2015 in der Uniklinik berücksichtigt, da die nachfolgenden Fixierungen der Patient*innen statistisch nicht als unabhängige Ereignisse betrachtet werden konnten.

Zur Bildung dieser „matched pairs“ wurden die Schlüsselmerkmale: „Station“, „Hauptdiagnose“, „Geschlecht der Patient*innen“, „Sucht als Nebendiagnose“ und als Unterkriterien „Alter der Patient*innen“ und „Zeitraum des Aufenthaltes“ als Matching-Kriterien genutzt und so jeder*m „fixierten Patientin*en“ ein*e „nicht-fixierte*r Patient*in“ zugeordnet. Diese Schlüsselmerkmale wurden ausgewählt, damit die Patient*innen möglichst ähnlich in den Grundmerkmalen und damit vergleichbar bezüglich der weiteren Faktoren waren (z.B. Zugangsmodus).

Drei Patient*innen mussten aus der Untersuchung ausgeschlossen werden: zwei aufgrund fehlender Möglichkeit zur Akteneinsicht und eine aufgrund eines IT-Fehlers am Tag der Fixierung. Diese drei Patient*innen wurden aus der Berechnung folglich herausgenommen.

Die beiden gebildeten Gruppen (n=76) wurden im Kohortenvergleich statistisch ausgewertet. Verglichen wurden die Faktoren: Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen [ja; nein], Voraufenthalte in der Psychiatrie [absolute Anzahl], der Zugangsmodus [mit dem Rettungsdienst; mit Angehörigen; freiwillig alleine] und ob bereits eine psychiatrische Medikation vorlag [ja; nein]. Letzteres soll als indirektes Merkmal für eine laufende psychiatrische Behandlung angesehen werden.

Alle Faktoren konnten zunächst mittels deskriptiver Statistik ausgewertet werden. Im Anschluss wurden die Faktoren Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen, Zugangsmodus und Vormedikation mittels Qui-Quadrat und der Faktor Voraufenthalte in der Psychiatrie mittels Mann-Whitney-U-Test ausgewertet.

Um auch die Matching-Kriterien „Geschlecht der Patient*innen“, „Alter der Patient*innen“ und „Sucht als Nebendiagnose“ auswerten zu können, wurden diese im Jahresvergleich „Alle fixierten Patient*innen“ mit „allen nicht-fixierten Patient*innen“ (n=925) der geschützten Stationen verglichen und mittels deskriptiver Statistik und t-Test ausgewertet.

2.8 AUSWERTUNG DER INSTITUTIONELLEN FAKTOREN

Zur Auswertung der institutionellen Faktoren wurde zunächst ein Vergleich der „Tage mit stattgehabter Fixierungsmaßnahme“ mit „Tage ohne stattgehabte Fixierungsmaßnahme“ durchgeführt.

Dabei wurden die Faktoren Fixierzeitpunkt [Wochentag; Wochenende/Feiertag], die Stationsbelegung [absolute Zahl], die Anzahl der Neuaufnahmen [absolute Zahl], die Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen [absolute Zahl], eine Unterbesetzung der Pflegekräfte [ja; nein] und ein kritisches, numerisches Verhältnis Pflege-Patient*innen [ja; nein] ausgewertet.

Die Unterbesetzung der Pflege berechnete sich durch den Quotienten Pflege-Soll/Pflege-Ist. Bei einem Quotienten <1 lag demnach eine Unterbesetzung vor.

Da in der Literatur keine einheitlichen Richtwerte für ein bestmögliches numerisches Verhältnis von Pflege zu Patient*innen definiert sind, wurde rechnerisch eine behelfsweise Annäherung ermittelt. Dazu wurde der Median des numerischen Verhältnisses von Pflege zu Patient*innen an allen Tagen des Jahres auf den beiden ausgewerteten Stationen ermittelt. Alle Werte unterhalb des ermittelten Medians wurden als kritisches Verhältnis bzw. Unterbesetzung definiert.

Die Faktoren „Fixierzeitpunkt“, „Unterbesetzung der Pflege“ und „kritisches Verhältnis Pflege-Patient*innen“ konnten mittels Häufigkeiten und Chi-Quadrat ausgewertet werden. Die Faktoren „Stationsbelegung“ und „Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen“ wurden mittels Mittelwert, Standardabweichung und t-Test ausgewertet. Der Faktor „Anzahl

untergebrachter Patient*innen“ wurde mittels Mittelwert, Standardabweichung und aufgrund der nicht-vorhandenen Normalverteilung nonparametrisch mit dem Mann-Whitney-U-Test ausgewertet.

Um diese Ergebnisse zu verifizieren und um die zusätzlichen Faktoren Geschlecht der Pflege auf der Station und die Berufserfahrung der Pflege auswerten zu können, wurden die stationsbezogenen Einflussfaktoren auch auf Basis der Schichten der Pflege ausgewertet.

Die Schichten der Pflege wurden analog zur Einteilung in der untersuchten Klinik wie folgt definiert: Frühdienst 6:30 Uhr bis 14:30 Uhr, Spätdienst: 13:30 Uhr bis 21:30 Uhr und der Nachtdienst 21:00 Uhr bis 07:00 Uhr am Folgetag.

Die Berufserfahrung der Pflege wurde als Summe der pflegerischen Berufsjahre aller auf der Station anwesenden Pflegekräfte kumulativ errechnet. Dabei wurden die Ausbildungsjahre und die Berufsjahre nach dem Examen zusammengekommen.

Die Auswertung erfolgte zunächst analog zum Vergleich auf Tagesebene.

Zur besseren Lesbarkeit der Auswertung wurden der Faktor „numerisches Verhältnis von Pflege zu Patient*innen“, in den Faktor „numerisches Verhältnis von Pflege zu 10 Patient*innen umgewandelt“.

Anschließend wurde eine logistische Regressionsanalyse mit der Zielgröße „Fixierung ja/nein“ durchgeführt, zuerst in einem Modell ohne Selektion. Allerdings konnte zunächst nicht vollkommen sichergestellt werden, dass alle unabhängigen Variablen vollständig unkorreliert waren, sodass eine weitere Auswertung erfolgte.

Um ein möglichst robustes Regressionsmodell zu erhalten, das die Zielgröße Fixierung ja/nein möglichst gut erklärt, sollten nur solche Variablen in das Modell eingeschlossen werden, die einen großen Anteil daran erklären. Mittels einer Variablenselektion können diese Einflussvariablen selektiert werden (Fahrmeir et al. (2009)). Daher wurde im Anschluss sowohl in der Vorwärts-, als auch in der Rückwärtsselektion das Ergebnis

überprüft. Die Vorwärtsselektion schließt schrittweise Variablen in das Modell ein, die einen zusätzlichen Beitrag zur Erklärung einer Zielvariable Y leisten. Dies geschieht solange, bis es keine Variablen mehr gibt, die einen wesentlichen Beitrag an der Erklärung von Y liefern. Die Rückwärtsselektion beginnt mit einem Modell, das alle interessierenden unabhängigen Variablen enthält. Schrittweise werden nun die Variablen aus dem Modell entfernt, durch deren Verlust die Vorhersage der abhängigen Variablen am wenigsten verschlechtert wird. Dies wird so lange wiederholt, bis keine Einflussvariable ausgeschlossen werden kann, ohne die Vorhersage deutlich zu verschlechtern (Schneider et al. (2010)).

Zum Vergleich wurde ein „mixed model“ berechnet, in dem berücksichtigt wurde, dass die drei Schichten am selben Tag stattfanden. Dadurch wird berücksichtigt, dass einige Faktoren auf Tagesbasis erhoben werden, z.B. die Anzahl der Neuaufnahmen und aber auch einige Faktoren auf Schichtbasis, z.B. die Berufserfahrung des Pflegepersonals. Ein „Mixed-Model“ zeichnet sich dadurch aus, dass es sowohl „Fixed Factor“ als auch „Random Factors“ geben kann, also sowohl Faktoren, deren Einfluss auf die abhängige Variable interessiert (= Fixed Factor), als auch jene, von denen zu erwarten ist, dass sie zwar höchstwahrscheinlich einen Einfluss auf die abhängige Variable ausüben werden, dieser Einfluss aber uninteressant ist und möglicherweise das Zu-Tage-Treten den Effekt des interessierenden Faktors verdeckt (Harrington et al. (2018)).

Die Ergebnisse des mixed models zeigten sich in einer Vorauswertung allerdings identisch zu der logistischen Regressionsanalyse. Aufgrund der schwierigeren Auswertbarkeit und Deutung des „mixed model“, wurde folglich darauf verzichtet und die Auswertung ausschließlich mittels der binär logistischen Modelle durchgeführt.

3. ERGEBNISSE

3.1 ANZAHL UND ANTEIL BEHANDLUNGSFÄLLE UND FIXIERUNGEN

Wie bereits in 2.2 beschrieben, wurden in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik Köln im Jahr 2015 insgesamt 1498 Behandlungsfälle vollstationär behandelt. Davon waren 203 Behandlungsfälle (13,6%) unter §14 PsychKG-Modalitäten und 35 Behandlungsfälle (2,3%) unter Modalitäten des §1906 BGB (Betreuungsgesetz) vollstationär untergebracht.

2015 wurden auf beiden geschützten Stationen insgesamt 248 Fixierungen an 79 Patient*innen durchgeführt, dies entspricht gemessen an der Gesamtzahl der vollstationären Behandlungsfälle 4,8%.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass zwar für beide geschützten Stationen im Erhebungszeitraum keine inhaltlichen und personellen Unterschiede vorlagen, die beiden Stationen aber dennoch separiert voneinander arbeiteten, wurden die Tage des Jahres 2015 zweifach gezählt und das Ergebnis kumuliert. Somit wurden 730 Behandlungstage in die Bewertung miteinbezogen.

Additiv ergaben sich auf beiden geschützten Stationen 533 Tage ohne Fixierung und 197 Tage mit Fixierung. Somit wurden an 27% der Tage Fixiermaßnahmen durchgeführt und an 73% der Tage fanden keine Fixiermaßnahmen statt. Durchschnittlich ergab sich demnach, dass an ca. jedem 4. Tag eine Fixiermaßnahme durchgeführt wurde.

Das Pflegepersonal arbeitet in einem Drei-Schicht-System, somit werden pro Tag drei Schichten geleistet. Kumulativ für beide geschützten Stationen wurden im Jahr 2015 somit 2190 Pflegeschichten geleistet. Auf Schichtbasis ergaben sich 1961 Schichten ohne Fixiermaßnahmen und 229 Schichten mit einer Fixiermaßnahme. Somit wurde in 90% der Schichten keine Fixiermaßnahme durchgeführt und in 10% fand eine Fixiermaßnahme statt.

3.1 GESCHLECHTERVERTEILUNG

Die Auswertung der Geschlechtsverteilung der fixierten Patient*innen ergab 47 männliche Patienten (60%) und 32 weibliche Patientinnen (40%) (vgl. Abb. 4). Dies ergab statistisch keinen signifikanten Unterschied zu der Geschlechterverteilung aller vollstationären Patient*innen im untersuchten Zeitraum des Jahres 2015.

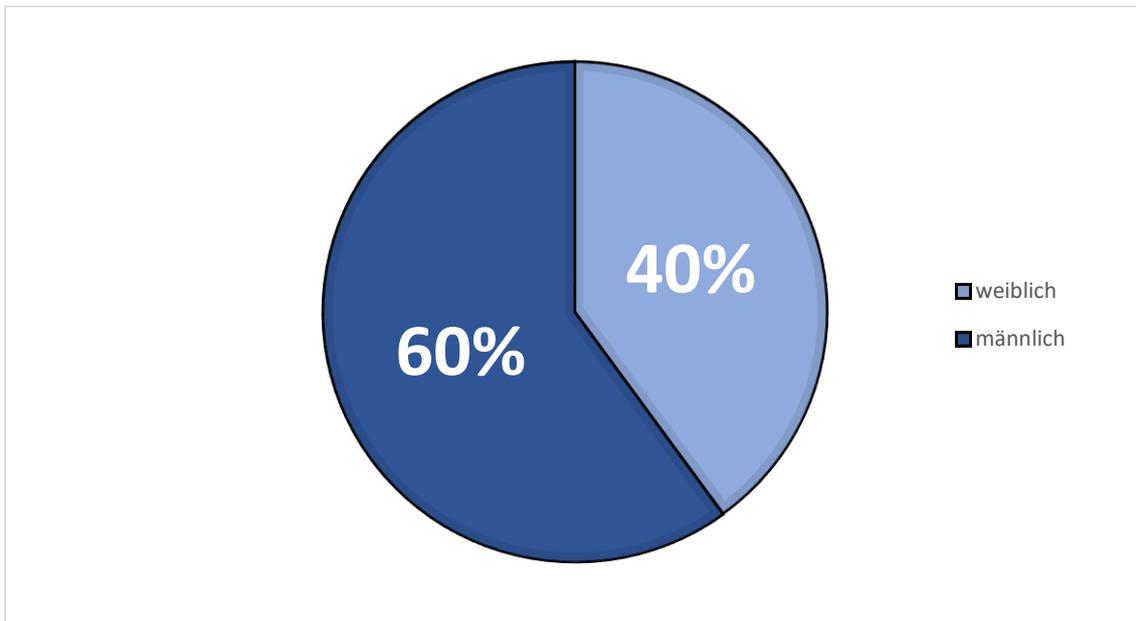


Abbildung 3: Geschlechterverteilung an der Anzahl aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben [%]

Der Median der Altersverteilung der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, lag bei 43,5 Jahren. Dabei war der*die jüngste Patient*in 18 Jahre alt und der*die älteste Patient*in 90 Jahre alt (vgl. Abb. 5). Der Durchschnitt lag bei 45,9 Jahren mit einer Standardabweichung von 19,3. Dabei ist zu beachten, dass sich die Auswertung auf eine Erwachsenenpsychiatrie bezieht, in der nur Patient*innen ab dem Alter von 18 Jahren behandelt werden können, daher konnten in der Auswertung nur Patient*innen ab dem Alter von 18 Jahren einbezogen werden.

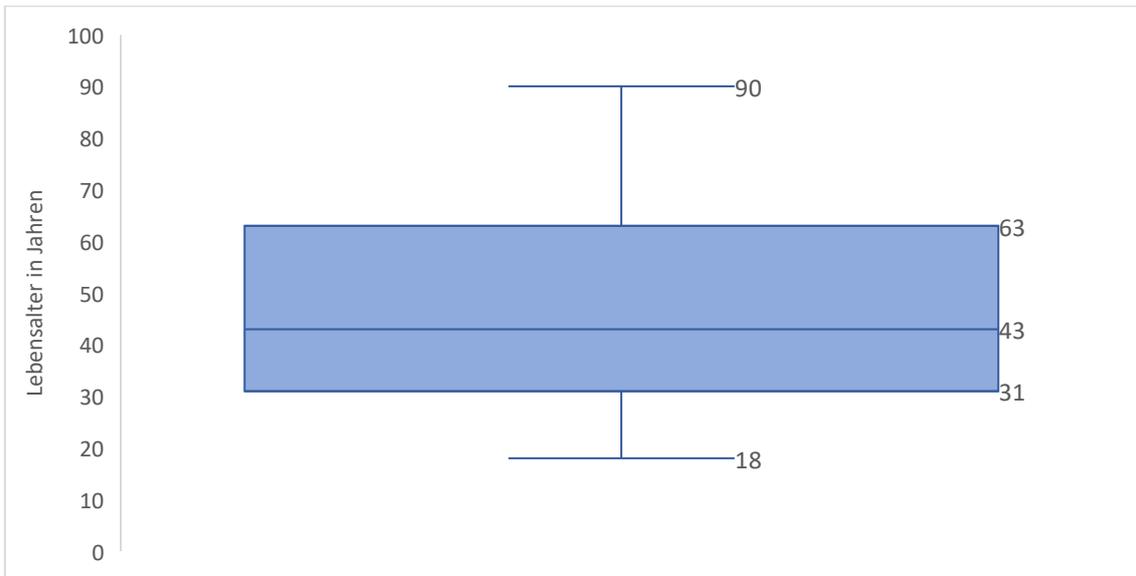


Abbildung 4: Altersverteilung der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben

3.2 ZEITPUNKT UND DAUER DER FIXIERMAßNAHMEN

Deskriptiv lässt sich beschreiben, dass 64 der Patient*innen (73%) nur einmal je Aufenthalt fixiert wurden. 6 der Patient*innen (7%) wurden allerdings mehr als 9-mal in einem Aufenthalt fixiert (vgl. Abb.6). Das Maximum lag bei 29 Fixiermaßnahmen einer*s Patienten*in während eines stationären Aufenthalts.

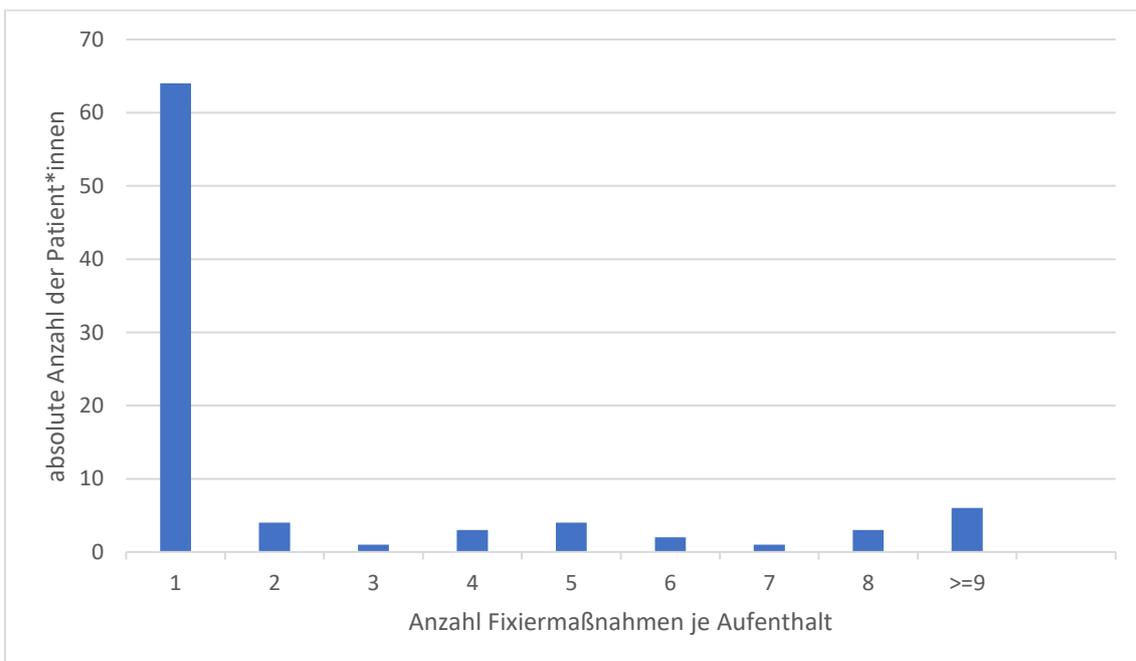


Abbildung 5: Anzahl der Fixiermaßnahmen je Aufenthalt

Die Dauer der Fixierungen lag im Median bei 10,75 Stunden mit einem Minimum von 0,3 Stunden, einem Maximum von 148 Stunden und einer Standardabweichung von 21,87 Stunden (vgl. Abb. 7).

Die Fixierdauer lag bei 2,4% der Fixiermaßnahmen <1h, bei 77,8% >1-24h, bei 16,5% >24-72h und bei 3,2% >72h.

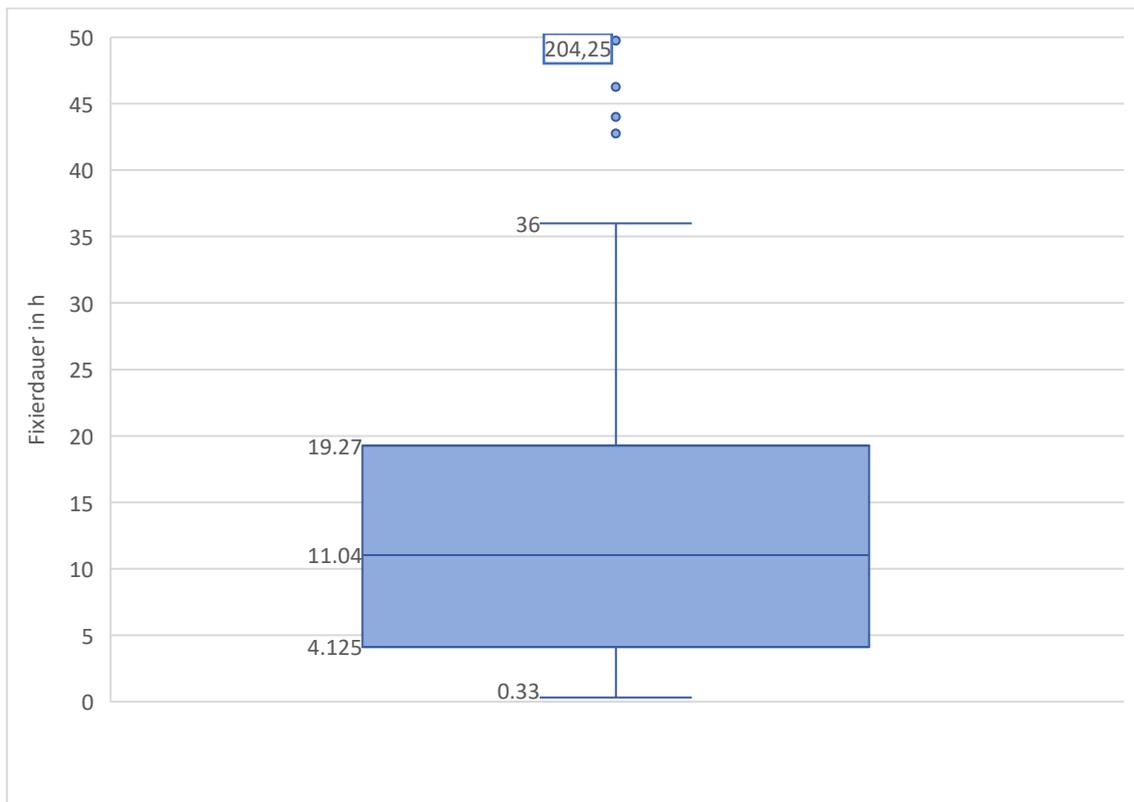


Abbildung 6: Fixierdauer in Stunden, (einzelne Ausreisserpunkte außerhalb des abgebildeten Bereiches)

Von den 248 erfassten Fixiermaßnahmen wurden 17% am 1. Tag (Aufnahmetag), 15% am 2.-5.Tag, 12% am 6.-10.Tag, 18% am 11.-20. Tag, 12% am 21.-30.Tag und 26% nach dem 30. Tag durchgeführt. Die späteste Fixierung erfolgte am 94. Tag nach Aufnahme auf der Station. In dieser Aufzählung gingen wiederholte Fixierungen an dem*r selben Patienten*in mehrfach ein (vgl. Abbildung 8).

Die jeweils erste Fixierung pro Patient*in fand in 46% am Aufnahmetag, in 15% am 2. Tag, in 8% am 3.-5. Tag, in 11% am 6.-10.Tag und in 20%

nach dem 10. Tag statt. Die späteste Erstfixierung erfolgte am 56. Tag nach Aufnahme auf der Station.

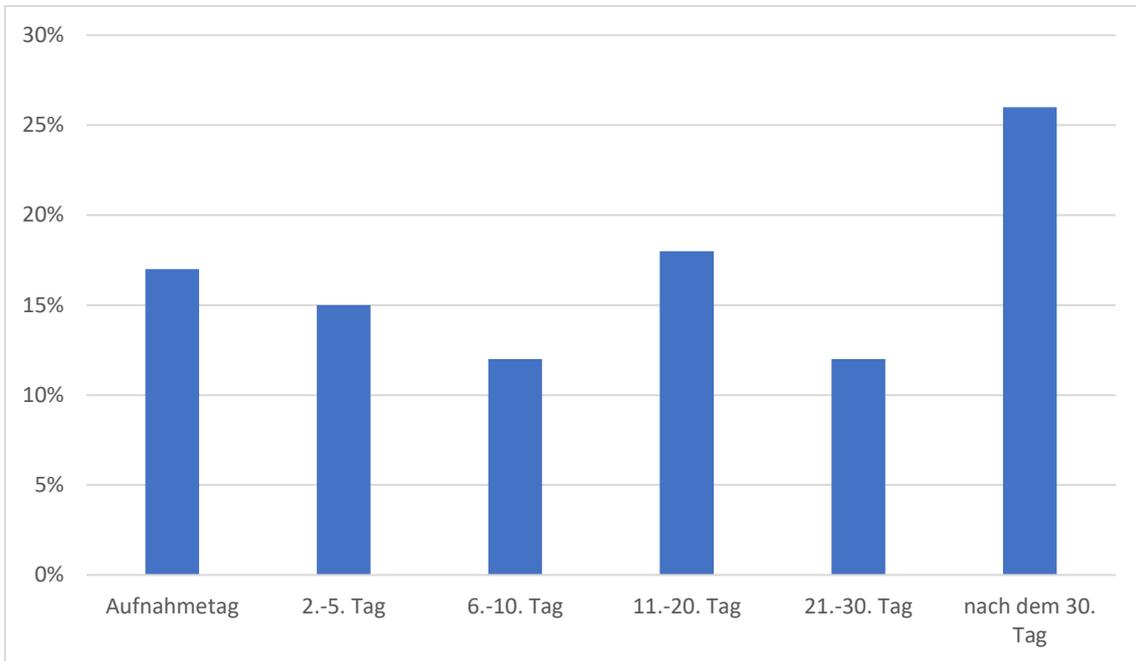


Abbildung 7: Zeitpunkt der Fixierung nach Aufnahme in Tagen von allen Fixiermaßnahmen 2015

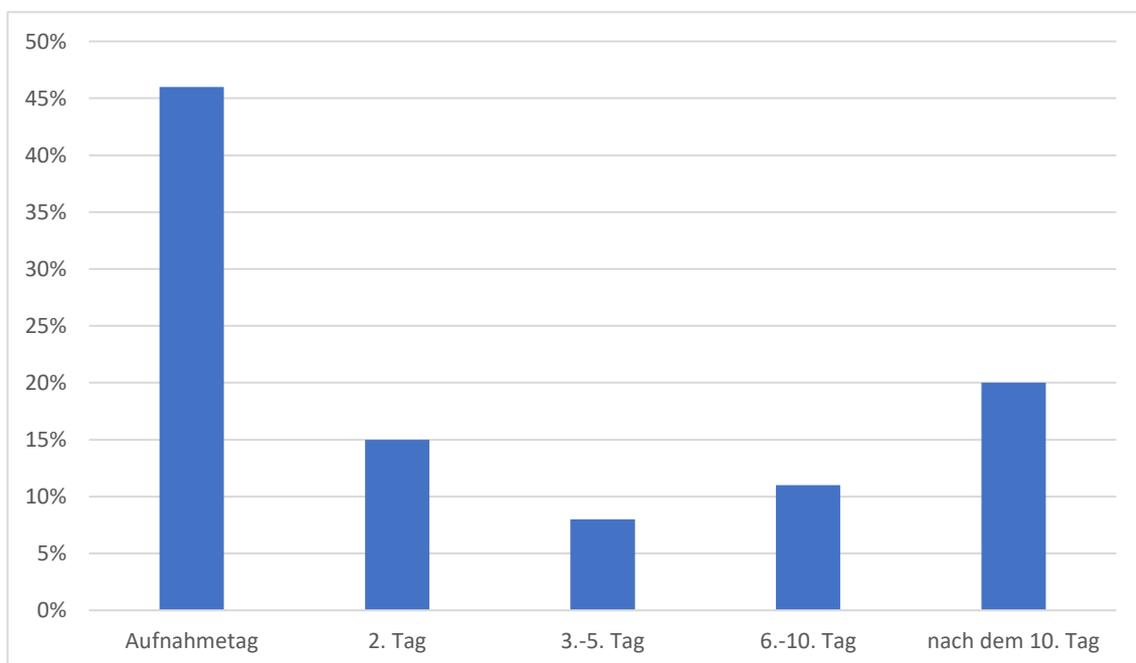


Abbildung 8: Zeitpunkt der jeweils ersten Fixierung je Patient nach Aufnahme

71% aller Fixiermaßnahmen wurden an einem Wochentag durchgeführt und 29% an einem Wochenende oder Feiertag.

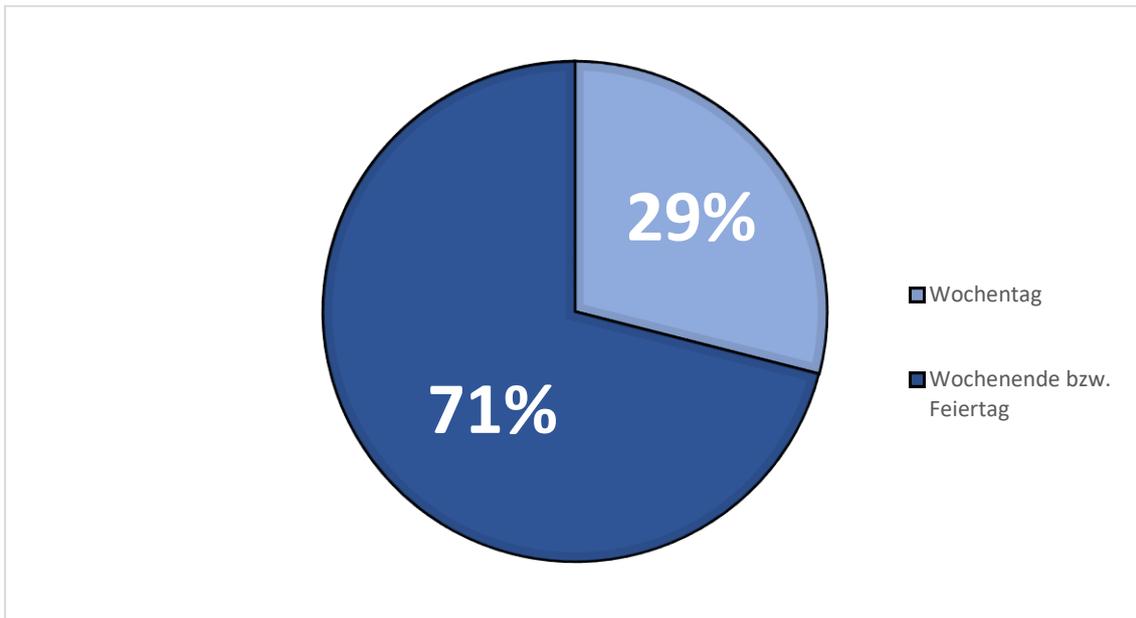


Abbildung 8: Zeitpunkt aller Fixiermaßnahmen bezogen auf den Wochentag

In der genauen Analyse der einzelnen Wochentage ergab sich ein homogenes Bild. 40 Fixiermaßnahmen fanden an einem Montag statt (16%), 38 an einem Dienstag (16%), 33 an einem Mittwoch (13%), 37 an einem Donnerstag (15%), 33 an einem Freitag (13%), 34 an einem Samstag (14%) und 33 an einem Sonntag (13%).

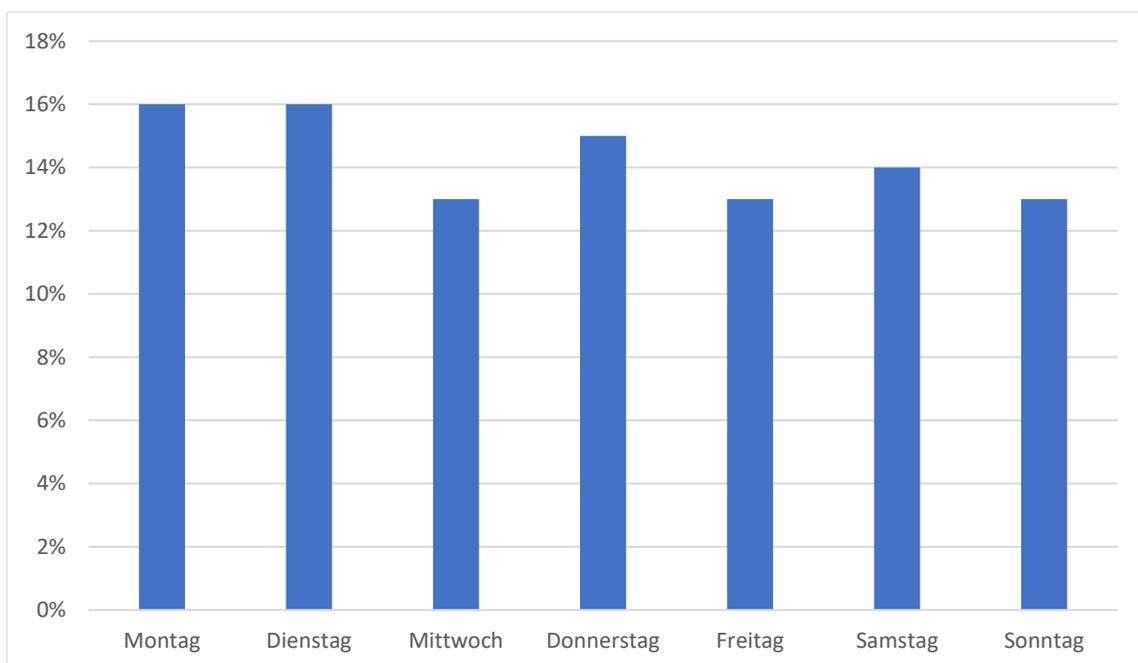


Abbildung 9: Fixiermaßnahmen nach Wochentagen, anteilig an allen Fixiermaßnahmen 2015

Fixierungen wurden in 36% der Fälle im ärztlichen Regeldienst und 64% im ärztlichen Bereitschaftsdienst, d.h. zwischen 16:00 und 07:30 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen, durchgeführt.

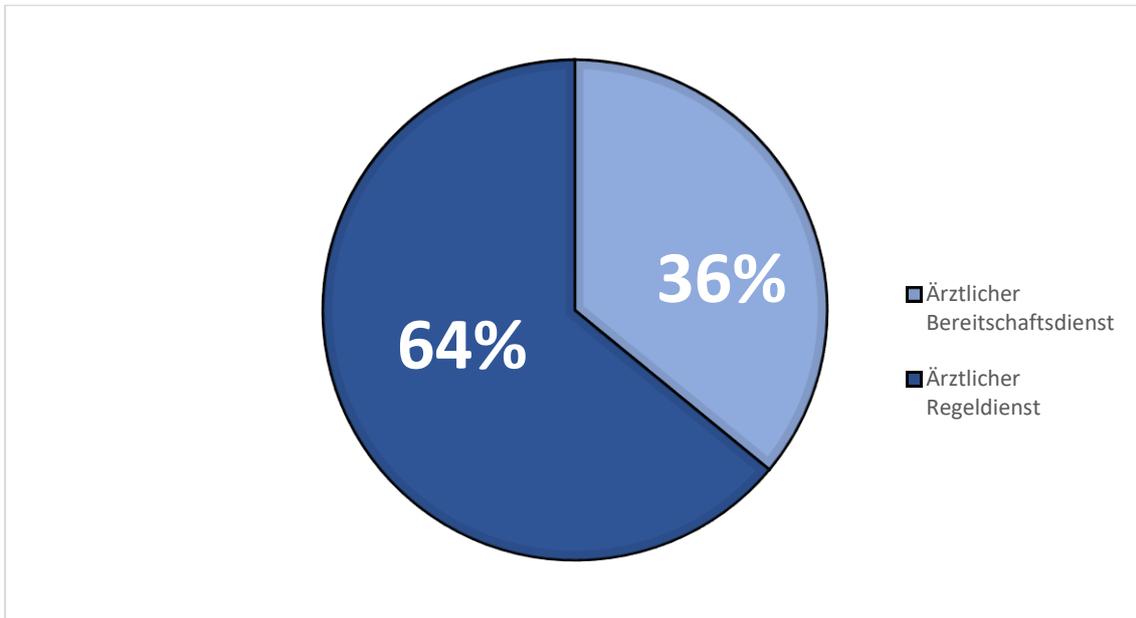


Abbildung 10: Zeitpunkt der Fixiermaßnahme bezogen auf den ärztlichen Dienst

3.3 GRUND DER FIXIERMAßNAHMEN

55% aller Fixierungen wurden aus Fremdgefährdung angeordnet und 33% aus Eigengefährdung. 5% entfielen auf eine Kombination von Eigen- und Fremdgefährdung und in 7% war der Grund der Fixiermaßnahme unbekannt, d.h. hier fehlte entweder die eigentlich notwendige Eintragung bzw. die Begründung ließ sich nicht schlüssig interpretieren.

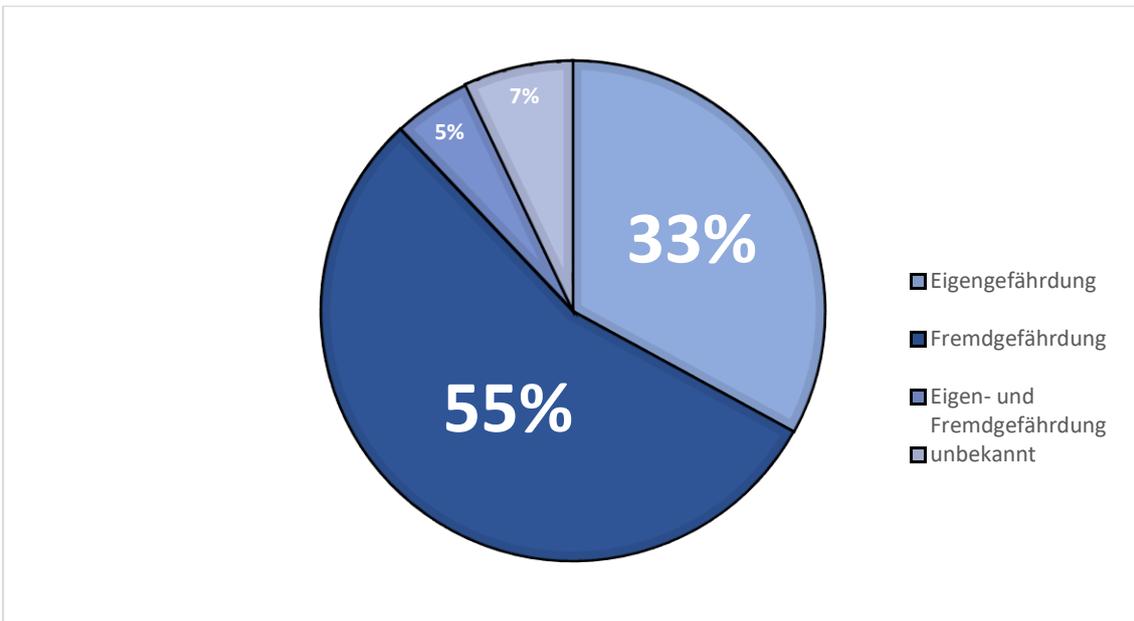


Abbildung 11: Fixierungsgrund

3.4 DIAGNOSESPEKTRUM DER FIXIERTEN PATIENT*INNEN

In der Auswertung der Diagnosen der Patient*innen, bei denen Fixiermaßnahmen erfolgten, wurden Haupt- und Nebendiagnosen gleichbedeutend betrachtet. Es entfielen bei 35% der Fälle eine Diagnose aus dem Bereich der Suchterkrankungen mit dem Diagnoseschlüssel F10-F19 nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation (2018)): „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, in 42% der Fälle auf eine F20-F29 Diagnose: „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, 18% der Fälle auf eine F30-F39 Diagnose: „Affektive Störungen“ und in 18% der Fälle F00-F09 Diagnosen: „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (vgl. Tbl. 9 und Abb. 12).

Diagnosen	Anzahl in der Stichprobe [in %]	Anzahl in der Stichprobe [in absoluten Zahlen]
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - F10-F19	52,4	40
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - F10	21	16
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide - F12	13,1	10
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch - F19	7,9	6
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien - F15	3,9	3
Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode - F11	2,6	2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika - F13	2,6	2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain - F14	1,3	1
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen - F20-F29	43,3	33
Schizophrenie - F20	28,9	22
Schizoaffektive Störungen - F25	7,9	6
Anhaltende wahnhaftige Störungen - F22	3,9	3
Akute vorübergehende psychotische Störungen - F23	2,6	2
Affektive Störungen – F30-F39	18,3	14
Bipolare affektive Störung - F31	10,5	8
Depressive Episode - F32	3,9	3
Manische Episode - F30	3,9	3
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen - F00-F09	17,1	13
Delir, nicht durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingt - F05	9,2	7
Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit - F06	5,3	4
Vaskuläre Demenz - F01	1,3	1
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns - F07	1,3	1
Spezifische Persönlichkeitsstörungen - F60	13,1	10
Hyperkinetische Störungen - F90	3,9	3
Alzheimer Krankheit - G30	2,6	2
Leichte Intelligenzminderung - F70	1,3	1
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache- F80	1,3	1

Tabelle 8: Diagnosespektrum aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben

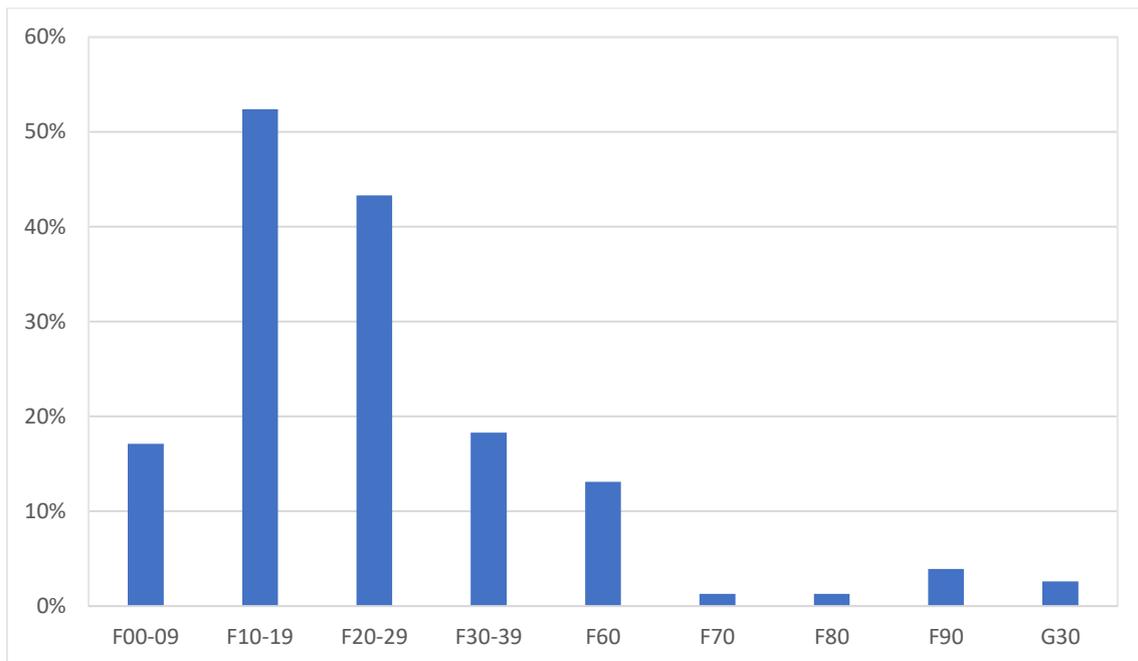


Abbildung 12: Diagnosespektrum aller Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben nach ICD-10

Zur Auswertung der patient*innenbezogenen Faktoren wurde ein Fall-Kontroll-Vergleich mit „matched pairs“ durchgeführt. Zur Bildung dieser „matched pairs“ wurden die Schlüsselmerkmale: „Station“, „Hauptdiagnose“, „Geschlecht der Patient*innen“, „Suchterkrankung als Nebendiagnose“ und als Unterkriterien „Alter der Patient*innen“ und „Zeitraum des Aufenthaltes“ als Matching-Kriterien genutzt und so jeder*m „fixierten Patientin*en“ ein*e „nicht-fixierte*r Patient*in“ zugeordnet (s. Kapitel 2.6). Für sieben Patient*innen konnte bei der Bildung der „matched pairs“ kein*e passende*r Matching-Partner*in zugeordnet werden. Unter diesen sieben Patient*innen, wurden in 3 Fällen die Diagnose „schizophrene Störung“ in Kombination mit einer „Suchterkrankung“ und in zwei Fällen die Diagnose „Andere psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns“ in Kombination mit einer „Suchterkrankung“ vergeben. Hauptmatching-Kriterien waren die Hauptdiagnose und die Suchterkrankung als Nebendiagnose. Es zeigte sich, dass im Jahr 2015 nicht so viele Patient*innen mit diesen Diagnosen, die nicht fixiert wurden, identifiziert werden konnten, wie solche, die fixiert wurden. Rein deskriptiv lässt sich sagen, dass diese

Diagnosekombinationen häufiger einer Fixiermaßnahme bedürfen als dies nicht der Fall ist.

3.5 STATISTISCH SIGNIFIKANTE ERGEBNISSE DER INSTITUTIONELLEN FAKTOREN

Die Auswertung der institutionellen Einflussfaktoren ergab für die folgenden vier Faktoren einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Fixierhäufigkeit. Die statistisch nicht-signifikanten institutionellen Faktoren sind unter dem Abschnitt 3.6 aufgeführt.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf den Zeitpunkt des Tages (Schicht)

Am häufigsten wurden Fixiermaßnahmen im Spätdienst der Pflege durchgeführt (49% aller Fixiermaßnahmen 2015). 35% aller Fixiermaßnahmen 2015 wurden im Frühdienst und 16% im Nachtdienst durchgeführt. Dies ergab mit $p < 0,001$ einen signifikanten p-Wert mit einer Odds-Ratio von 1,21 (95% KI [0,17;0,42]). Daraus ergab sich eine relative Risikoerhöhung für eine Fixiermaßnahme im Spätdienst um 21% im Vergleich zu Früh- und Nachtdienst.

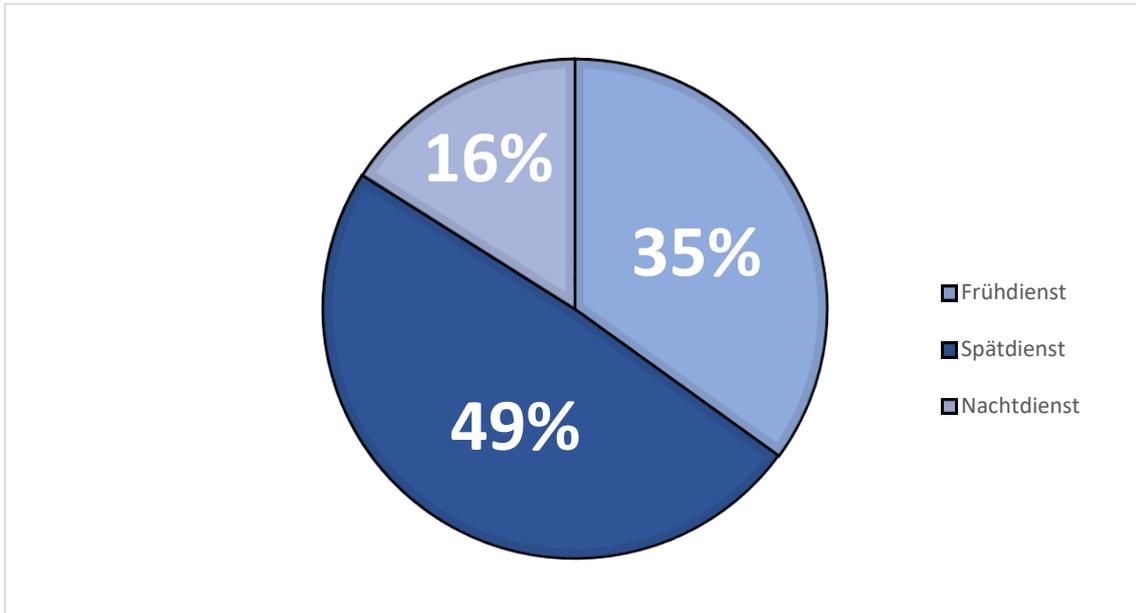


Abbildung 13: Fixierungszeitpunkt nach Diensteinteilung der Pflege, anteilig an allen Fixiermaßnahmen 2015

Fixiermaßnahmen in Bezug auf die Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen

Die gegenwärtige Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen auf der Station wies einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Fixierhäufigkeit auf. Im Mittel waren 6,6 Patient*innen jeweils auf einer der geschützten Stationen gesetzlich untergebracht, d.h. in unfreiwilliger Behandlung, mit einer Standardabweichung von 2,5. Die insgesamt mittlere Stationsbelegung lag bei 24 Patient*innen. Somit betrug der mittlere Anteil an gesetzlich untergebrachten Patient*innen an der gesamten Stationsbelegung 27%. An Tagen mit Fixierung waren im Mittel 7,66 Patient*innen auf den geschützten Stationen untergebracht und an Tagen ohne Fixierung 6,23 Patient*innen. Dies ergab mit $p < 0,001$ einen signifikanten p-Wert mit einer Odds-Ratio von 1,22 (95%-KI [1,15;1,29]). Daraus ergab sich eine relative Risikoerhöhung für eine Fixierung pro zusätzlichem*r gesetzlich untergebrachtem*r Patient*in auf einer geschützten Station um 22%.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf das Verhältnis Pflegekräfte zur Belegungszahl

Die Anzahl der Pflegekräfte pro 10 Patient*innen zeigte einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Fixierhäufigkeit. An Tagen mit Fixierung waren auf den Stationen durchschnittlich über alle drei Schichten der Pflege (also Früh-, Spät- und Nachtdienst) 1,35 Pflegekräfte pro 10 Patient*innen eingesetzt und an Tagen ohne Fixierung 1,49 Pflegekräfte. Dies ergab mit $p < 0,013$ ebenfalls einen signifikanten p-Wert mit einer Odds-Ratio von 0,74 (95%-KI [0,58;0,94]). Daraus ergab sich eine Risikoreduzierung für eine Fixierung pro zusätzliche Pflegekraft pro 10 Patient*innen auf den Stationen um 26%.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf die Berufserfahrung der Pflegekräfte

Auch bei der Auswertung der Berufserfahrung der Pflegekräfte ergab sich ein statistisch signifikanter Einfluss auf die Fixierhäufigkeit. In Schichten der Pflege mit Fixierung waren kumulativ 28,4 Jahren an pflegerischer psychiatrischer Berufserfahrung auf der Station tätig. In Schichten der Pflege

ohne Fixierung waren es 31,1 Jahre. Daraus errechnete sich ein signifikanter p-Wert mit $p=0,026$ und eine Odds-Ratio von 0,99 (95% KI [0,98;0,99]). Hieraus ergab sich eine relative Risikoreduzierung für eine Fixierung pro zusätzliches Jahr an Berufserfahrung auf der Station um 1%.

Zusammenfassend zeigten sich statistisch signifikante, relative Risikoerhöhungen für eine Fixiermaßnahme im Spätdienst der Pflege, bei mehr gesetzlich untergebrachten Patient*innen auf Station, bei weniger Pflegekräften auf Station und bei geringerer Berufserfahrung der Pflegekräfte (s. Tabelle 8).

Der Einfluss dieser Faktoren auf die Fixierhäufigkeit wurde jeweils nur einzeln ermittelt. Inwieweit eine Zusammenfassung der relativen Risikoerhöhungen bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer dieser Faktoren möglich ist, konnte anhand der vorliegenden Untersuchung nicht berechnet werden, da nicht sicher abgeschätzt werden konnte, inwieweit die einzelnen Faktoren miteinander korrelieren. Rein klinisch betrachtet lässt sich eine Verstärkung des Einflusses der einzelnen Faktoren bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Faktoren allerdings vermuten.

Faktor	p-Wert	Odds-Ratio	95% KI	Relative Risikoerhöhung
Pflegerischer Spätdienst	$p<0,001$	1,21	0,17;0,42	21% gegenüber Früh- und Nachtdienst
Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen	$p<0,001$	1,22	1,15;1,29	22% pro zusätzlichen Patient*innen
Verhältnis Pflegekräfte/Patient*innen	$p=0,013$	0,74	0,58;0,94	-26% pro Pflegekraft/10 Patient*innen
Kumulative Berufserfahrung Pflegepersonal pro Schicht	$p=0,03$	0,99	0,98;0,99	-1% pro zusätzliches Jahr an Berufserfahrung auf Station

Tabelle 9: Statistisch signifikante Ergebnisse der institutionellen Faktoren

3.6 STATISTISCH NICHT-SIGNIFIKANTE ERGEBNISSE INSTITUTIONELLER FAKTOREN

Die folgenden, weiteren untersuchten potenziellen Einflussfaktoren auf Institutionsebene ergaben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Fixierhäufigkeit.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf den Zeitpunkt in der Woche

Der Vergleich der Fixierhäufigkeit an einem Wochentag (Montag bis Freitag) zu den Tagen des Wochenendes (Samstag und Sonntag) zusammen mit den gesetzlichen Feiertagen ergab im Pearson Chi-Square mit einem $p=0,587$ einen nicht-signifikanten Wert.

Fixiermaßnahmen in Bezug die Stationsbelegung

Im Mittel waren insgesamt 24 Patient*innen auf einer Station untergebracht mit einer Standardabweichung von 2,26. An Tagen ohne Fixiermaßnahme lag die Gesamtzahl an Patient*innen auf einer Station bei 24,14 Patient*innen und an Tagen mit Fixiermaßnahme lag die Gesamtzahl mit 24,33 Patient*innen etwas höher. Im T-Test ergab sich mit einem $p=0,291$ allerdings kein statistisch signifikanter Unterschied.

Fixiermaßnahmen in Bezug die Anzahl der Neuaufnahmen

Die Anzahl der Neuaufnahmen auf eine geschützte Station lag im Median bei insgesamt bei 1,0 Patient*innen mit einer Standardabweichung von 1,13 sowohl an Tagen mit Fixiermaßnahme als auch an Tagen ohne Fixiermaßnahme. Mit einem $p=0,799$ bestätigte sich ein statistisch nicht-signifikantes Ergebnis.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf das Geschlecht der Pflege

Die Anzahl der männlichen Pflegekräfte auf der Station im Vergleich zur Anzahl der weiblichen Pflegekräfte auf Station in Schichten mit Fixiermaßnahme ergab ebenfalls mit einem $p=0,073$ kein statistisch-signifikantes Ergebnis. In Schichten mit Fixierung waren im Mittel 0,38 (SD 0,19) männliche Pflegekräfte auf der Station und in Schichten ohne Fixierung mit im Mittel 0,41 (Standardabweichung 0,19) männlichen Pflegekräften etwas mehr.

3.7 STATISTISCH SIGNIFIKANTE ERGEBNISSE DER PATIENT*INNENBEZOGENEN FAKTOREN

Bei der Auswertung der patient*innenbezogenen Faktoren in Bezug auf die Fixierhäufigkeit ergab sich nur für den Zugangsmodus ein statistisch signifikantes Ergebnis. Aus der Kohorte der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebten wurden 72% mit dem Rettungsdienst in die Klinik gebracht, 20% stellten sich mit Angehörigen und 8% freiwillig alleine vor. Gegenüber wurde aus der Kohorte der Patient*innen, die keine Fixiermaßnahmen erlebten nur 25% mit dem Rettungsdienst eingeliefert, 27% stellten sich mit Angehörigen und 48% freiwillig alleine vor. Dies ergab einen p-Wert von $p < 0,001$.

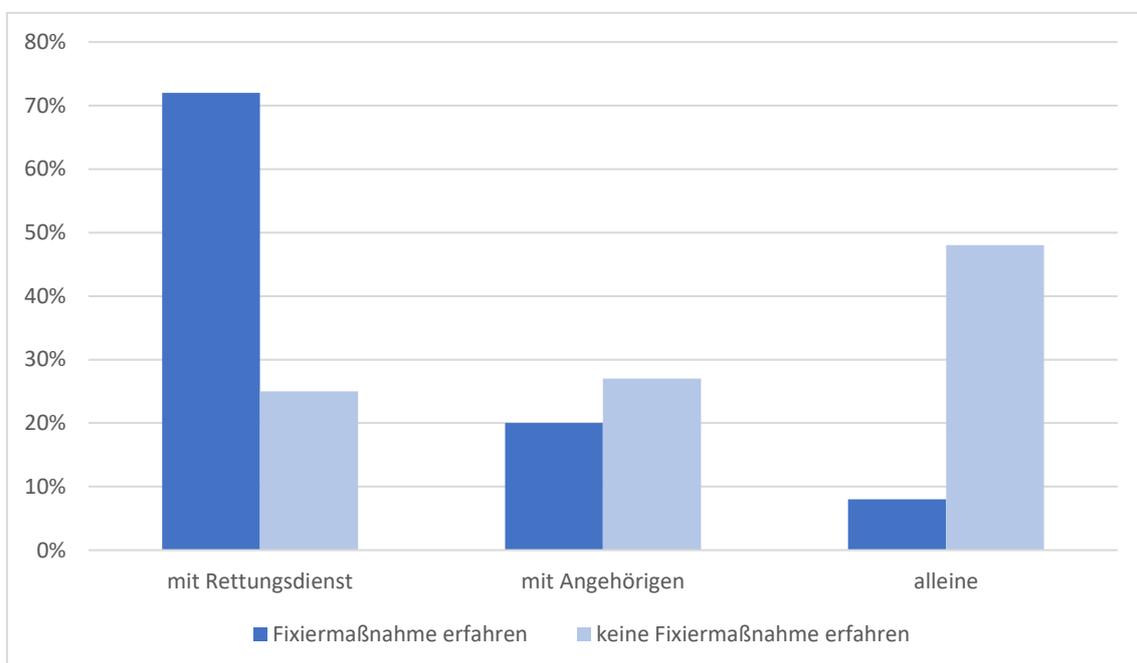


Abbildung 14: Zugangsmodus der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren haben, im Vergleich zu Patient*innen, die nicht fixiert wurden

3.8 STATISTISCH NICHT-SIGNIFIKANTE ERGEBNISSE DER PATIENT*INNENBEZOGENER FAKTOREN

Die Auswertung der folgenden, weiteren untersuchten patient*innenbezogenen Faktoren zeigte sich in dieser retrospektiven Untersuchung als nicht signifikant.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf die Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen

In der Kohorte der fixierten Patient*innen hatten 30,26% Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen und in der Kohorte der nicht-fixierten Patient*innen 31,88%. Im Chi-Quadrat-Test ergab dies mit einem $p=0,29$ ein statistisch nicht signifikantes Ergebnis.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf psychiatrische Voraufenthalte

Mit einem $p=0,45$ ergab auch der Vergleich der Anzahl der Voraufenthalte in der Psychiatrie zwischen der Kohorten der fixierten und der nicht-fixierten Patient*innen ein statistisch nicht-signifikantes Ergebnis. In 28,6% hatten die Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfuhren, bisher keine psychiatrischen Voraufenthalte erlebt. Bei 13% war es ein psychiatrischer Voraufenthalt, bei 5,9% zwei Voraufenthalte, bei 8,3% drei Voraufenthalte, aber auch bei 25% über 10 psychiatrische Voraufenthalte.

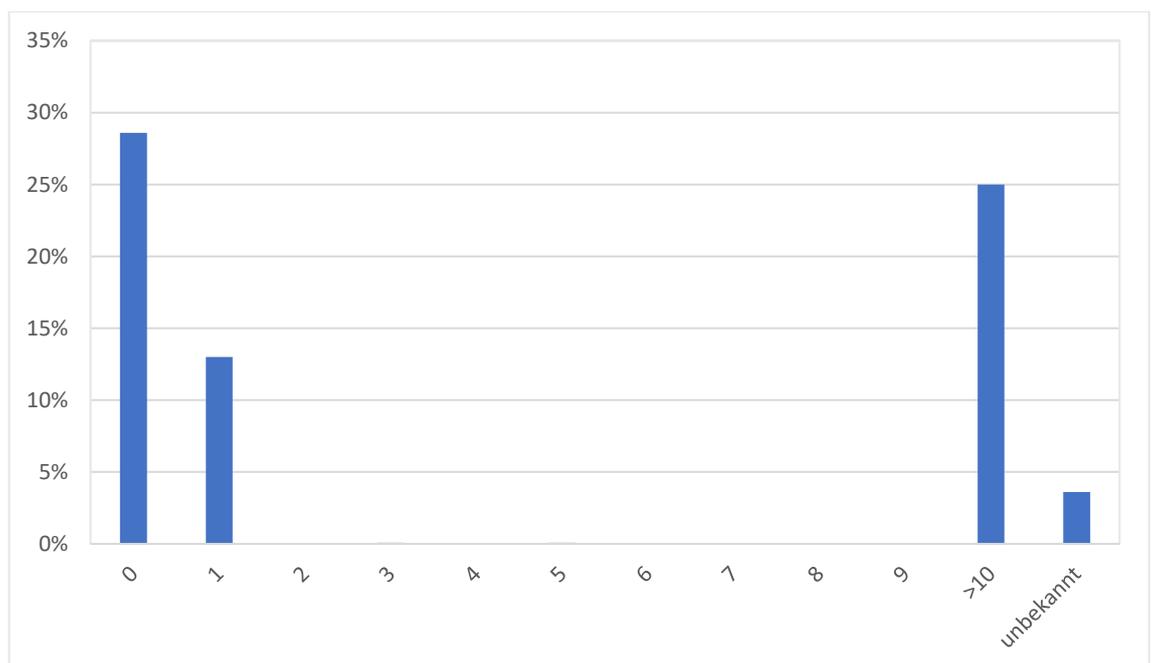


Abbildung 15: Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte von allen Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfuhren

Fixiermaßnahmen in Bezug auf psychiatrische Vormedikation

In der Kohorte der fixierten Patient*innen konnte in 47% der Fälle bei Aufnahme eine psychiatrische Vormedikation festgestellt werden, in der

Kohorte der nicht-fixierten Patient*innen bei knapp 50%. Dies ergab mit einem $p=0,094$ keinen Hinweis auf einen Einfluss auf die Fixierhäufigkeit.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf das Geschlecht der Patient*innen

In der Kohorte der fixierten Patient*innen waren 62,3% der Patient*innen männlich und 37,7% weiblich und in der Kohorte der nicht-fixierten Patient*innen 54,6% männlich und 45,3% weiblich. Mit einem $p=0,189$ zeigte sich auch hier kein statistisch signifikanter Einfluss auf die Fixierhäufigkeit.

Fixiermaßnahmen in Bezug auf das Alter der Patient*innen

Das Alter der Patient*innen lag im Mittel in der Kohorte der fixierten Patient*innen bei 45,9 Jahren mit einer Standardabweichung von 19,3 und in der Kohorte der nicht-fixierten Patient*innen bei 46,4 Jahren mit einer Standardabweichung von 18,6. Mit einem $p=0,556$ konnte der nicht-statistisch-signifikante Zusammenhang belegt werden.

3.9 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

2015 wurden an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 248 Fixiermaßnahmen an 79 Patient*innen durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von 4,8% an allen vollstationären Behandlungsfällen. 60% der Patient*innen waren männlich, 40% weiblich und der Altersmedian lag bei 43,5 Jahren. In Bezug auf das Diagnosespektrum der Patient*innen zeigte sich, dass 35% der Patient*innen eine Erkrankung aus der Gruppe der Suchterkrankungen und 42% eine Erkrankung aus der Gruppe der Schizophrenien hatte.

Die Mehrheit der Patient*innen wurde nur einmal je Aufenthalt fixiert (73%). Die Dauer einer Fixiermaßnahme lag im Median bei 10,75 Stunden. Außerdem wurde die erste Fixierung pro Patient*in am Häufigsten noch am Aufnahmetag durchgeführt (46%). Als Grund der Fixiermaßnahme wurde in 55% die Fremdgefährdung und in 33% die Eigengefährdung angegeben. 71% der Fixiermaßnahmen wurden an einem Wochentag und 64% im Zeitraum des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durchgeführt.

In Bezug auf die in Abschnitt 2.1 gebildeten Hypothesen, welche Faktoren auf die Fixierhäufigkeit Einfluss nehmen könnten, kommt die vorliegende Untersuchung zu unterschiedlichen Ergebnissen für die verschiedenen Faktoren.

Für die Mehrzahl der genannten Faktoren konnte in dieser Untersuchung kein Einfluss auf die Fixierhäufigkeit gezeigt werden, auch wenn dies in der Literatur teilweise anders beschrieben wird oder klinisch nicht plausibel erscheint. Dies betrifft die Faktoren „das Geschlecht und Alter der Patient*innen“, „der Zeitpunkt in der Woche“, „die Belegung der Stationen und die Anzahl der Neuaufnahmen“, „das Geschlecht der Pflegekräfte“, „die Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen“, „die Anzahl der psychiatrischen Voraufenthalte“ und „das Bestehen einer psychiatrischen Vormedikation“.

Allerdings konnten auch fünf der gebildeten Hypothesen bestätigt werden: Es konnte ein Einfluss der Faktoren Zugangsmodus, Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen auf Station, numerisches Verhältnis von Pflege zu Patient*innen, Berufserfahrung der Pflege und Fixierzeitpunkt auf die Fixierhäufigkeit gezeigt werden.

4. DISKUSSION

4.1 MOTIVATION DER STUDIE

Die DGPPN beschreibt Fixiermaßnahmen als ethische „Dilemmasituationen“ zwischen der Selbstbestimmung der Patient*innen und der Abwehr von Gefahr (DGPPN (2014)). Zur Reduktion dieser Situationen sind wirksame präventive Ansätze unerlässlich. Dazu muss einerseits bekannt sein, bei welchen Patient*innen schon bei Aufnahme ein erhöhtes Risiko für spätere Fixierungsmaßnahmen besteht, um direkt präventive Maßnahmen einleiten zu können. Beispielsweise könnten, wenn sich herausstellt, dass Patient*innen mit der Diagnose X ein erhöhtes Risiko für eine spätere Fixiermaßnahme haben, bei der Aufnahme eher eine intensive bis hin zu einer 1:1-Betreuung initiiert werden. Andererseits müssen auch auf institutioneller Ebene Faktoren identifiziert werden, die eine Risikoreduzierung herbeiführen können, um nicht zuletzt auch politisch wirksam für die Veränderung an diesen Stellen plädieren zu können. Als Beispiel hierfür kann der Betreuungsschlüssel der Pflegekräfte zu den Patient*innen dienen. Wenn sich wissenschaftlich belastbar nachweisen lässt, dass eine größere Anzahl an Pflegekräften die Rate an Fixiermaßnahmen deutlich senkt, könnte durch mehr Finanzmittel zur Einstellung weiteren Personals eine Verbesserung in der Patient*innenversorgung erreicht werden. Gesetzgeberisch wurde bereits bei Novellierung des PsychKG NRW im Jahr 2017 im Begleittext gefordert, dass hierfür mehr wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt werden sollen (Landtag Nordrhein-Westfalen (2016)). Die DGPPN hatte bereits 2014 Verbesserungen in der Erforschung von Zwangsmaßnahmen gefordert, um insgesamt zu einer Reduzierung dieser Maßnahmen zu kommen (DGPPN (2014)). Auch ein Experten Consensus (Garriga et al. (2016)) konstatierte zum Thema Umgang und Reduktion von Zwangsmaßnahmen, dass es aktuell nicht möglich sei, spezifische klinische und vor allem evidenzbasierte Empfehlungen anzugeben, da die Studienlage hierzu noch nicht ausreichend sei.

4.2 KURZER ÜBERBLICK ÜBER BISHERIGE FORSCHUNG

Das Thema Fixierungsmaßnahmen in der Psychiatrie wird in der aktuellen sowohl fachlichen als auch öffentlichen Diskussion verstärkt wahrgenommen unter einem umschreibenden Oberbegriff Gewalt und Aggression. Hierbei geht es meist auch um mögliche Strategien zur Vermeidung von Fixierungsmaßnahmen oder um eine möglichst schonende Durchführung für alle Beteiligten. Daher ist es etwas überraschend, dass vor allem im deutschsprachigen Raum in der bisherigen Forschung vergleichsweise wenige qualitativ höherwertige Studien zu den Einflussfaktoren auf die Entstehung aggressiven Verhaltens und der nachfolgenden Anwendung von Zwangsmaßnahmen durchgeführt wurden.

In der aktuellen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (DGPPN (2018))“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) werden die bisherigen Konzepte und wissenschaftlichen Erkenntnisse institutioneller und individueller Bedingungen in der Entstehung aggressiven Verhaltens besprochen. Hiernach bestimmen sowohl psychobiologische als auch sozio-kulturelle Faktoren in einem komplexen Bedingungsgefüge die individuelle Disposition für aggressives Verhalten. Auch in einem aktuellen systematischen Review wurde unter Auswertung von 20 inkludierten Studien das multifaktorielle Geschehen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen herausgehoben und weitere Untersuchungen zur Aufklärung der unterliegenden Varianz als notwendig angesehen (Beames et al. (2021)).

Es liegen bisher zwar einige retrospektive, allerdings nur sehr wenige prospektive Studien dazu vor. Dabei ist ein großes Thema die Prävalenz und Inzidenz von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und deren Veränderungen in den letzten Jahren/Jahrzehnten. Zum Thema möglicher Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen und möglicher Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen wurden bisher noch recht wenige aussagekräftige, d.h. vor allem retrospektive Untersuchungen durchgeführt.

Sowohl Methodik wie auch Ergebnisse bisheriger wissenschaftlicher Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Fixiermaßnahmen fallen erwartungsgemäß sehr heterogen aus. Schon die Stichproben in den jeweiligen Studien sind unterschiedlich gewählt. Dies erschwert die Interpretation und Vergleichbarkeit der Daten. Insbesondere Häufigkeitsangaben sind teilweise schwer vergleichbar, weil sie auf unterschiedliche Grundgesamtheiten bezogen wurden. Außerdem handele es sich häufig um eine statistische Verknüpfung von korrelierenden Variablen, ohne dabei einen sicheren kausalen Zusammenhang zu belegen (DGPPN (2018)). Auch gibt es Hinweise darauf, dass lokale Einflüsse, u.a. Unterschiede in der fachlichen Ausrichtung der Kliniken, der Versorgungsektoren und des Patient*innenklientels, eine große Rolle spielen und damit die Vergleichbarkeit der Daten beeinträchtigen. Des Weiteren lassen sich länderspezifische Besonderheiten, insbesondere unterschiedliche Modelle in den psychiatrischen Versorgungssystemen kaum herausfiltern. Hierdurch ist ein internationaler Vergleich deutlich erschwert.

Im Folgenden sollen auf die wichtigsten, in der Literatur erwähnten und in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigten Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Fixiermaßnahmen zusammenfassend Bezug genommen werden.

4.3 ZEITPUNKT DER FIXIERUNG

Der Zeitpunkt der Fixiermaßnahmen ist besonders interessant, da, falls es zu einer Häufung an bestimmten Zeitpunkten kommt, die Umstände an diesen Zeitpunkten besonders sorgfältig untersucht werden könnten. Im Speziellen wollten wir untersuchen, ob Fixiermaßnahmen gehäuft zu Zeitpunkten auftreten, in denen eine geringere Personalpräsenz vorhanden ist, also zum Beispiel an Feiertagen, im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder in der pflegerischen Nachtschicht. Zu diesen Zeiten könnte Personal für Deeskalationsmaßnahmen fehlen, sodass beispielsweise ein aggressives, herausforderndes Verhalten weniger deeskalativ kanalisiert werden kann.

Die Verteilung der Fixiermaßnahmen auf Wochentage und Wochenenden bzw. gesetzliche Feiertage mit 71% zu 29% entspricht in unserer Untersuchung in etwa der Verteilung dieser Tage bezogen auf das Gesamtjahr mit 69% zu 31%. Daher ließen sich hier statistisch keine vermehrten Fixiermaßnahmen an den personell geringer besetzten Wochenend- und Feiertagen nachweisen.

Allerdings müsse man nach Reimer et al. (1989) berücksichtigen, dass am Wochenende insgesamt auch weniger stationäre Aufnahmen erfolgen, und gleichzeitig die neu aufgenommenen Patient*innen einen hohen Anteil der fixierten Patient*innen ausmachten. Tatsächlich erfolgte nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung die erste Fixierung pro Patient*in in 46,1% noch am Aufnahmetag. Allerdings ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Neuaufnahmen auf die Station und der Rate an Fixiermaßnahmen. Daher kann diese Hypothese durch die vorliegenden Daten nicht bestätigt werden.

Die beschriebene überdurchschnittliche Fixierungsrate von knapp 21% an Montagen in der Studie von Klinitz et al. (1998) steht im Gegensatz zu keiner festgestellten Häufung von Fixiermaßnahmen an einzelnen Wochentagen in der Untersuchung von Fritz et al. (1991). Auch in der vorliegenden Analyse zeigte sich deskriptiv, dass Fixiermaßnahmen mit jeweils 16% der Fälle am häufigsten an Montagen und Dienstagen durchgeführt wurden. Allerdings konnte statistisch keine signifikante Erhöhung der Fixierwahrscheinlichkeit für diese beiden Wochentage festgestellt werden.

In der Literatur wurde beschrieben, dass ungefähr die Hälfte der Fixiermaßnahmen während der regulären Dienstzeit der Ärzt*innen und die andere Hälfte außerhalb dieser Zeit stattfanden. Die Verteilung dieser Dienste im Jahr liegt bei 24% ärztlicher Regeldienst (Montag bis Freitag, 07:30 bis 16 Uhr) gegenüber 76% Bereitschaftsdienst. Daher lassen sich die in der Literatur beschriebenen Daten so werten, dass es eine erhöhte Fixierwahrscheinlichkeit während des ärztlichen Regeldienstes geben könnte. In der vorliegenden Untersuchung wurden allerdings im ärztlichen Regeldienst nur 36% der Fixiermaßnahmen angeordnet und im

Bereitschaftsdienst 64%. Dies zeigt ähnlich zu dem Wochentagvergleich somit keine erhöhte Fixierrate im ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Die Zeit des pflegerischen Spätdienstes scheint in der hier untersuchten Patient*innenkohorte allerdings eine besonders sensible Zeit im Hinblick auf Fixierungsmaßnahmen zu sein. Auch in der Literatur wurde der Spätdienst als Risikofaktor für vermehrte Fixiermaßnahmen beschrieben (Klimitz et al. (1998); Beghi et al. (2010)), was in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden konnte. Hieraus können verschiedene Erklärungsversuche abgeleitet werden. Im zweiten Teil des pflegerischen Spätdienstes verlassen die meisten Ärzt*innen und Therapeut*innen die Klinik und die Pflege übernimmt die hauptsächliche Betreuung der Patient*innen. Allerdings scheint dies nicht, wie bereits gezeigt, mit einer insgesamt geringeren Personalpräsenz erklärbar zu sein, da es an Wochenenden und Feiertagen nicht zu gehäuften Fixiermaßnahmen kommt. Vielmehr könnte eine allgemeine „Aufbruchs- oder Feierabendstimmung“ auf den Stationen zu einem erhöhten Aggressionspotenzial führen. Auch könnte eine zunehmende Erschöpfung der Patient*innen durch den Stationsalltag und die therapeutischen Maßnahmen gegen Ende des Tages zu einer erschwerten Selbstregulation der Patient*innen und es daher häufigeren Eskalationen von Konflikten führen. Ebenso könnte die krankheitsbedingte Minderung emotionaler oder kognitiver Kompensationsmöglichkeiten über den Tagesverlauf zunehmend an Bedeutung gewinnen. Auch mag es eine Rolle spielen, dass zu diesem Zeitpunkt alle Patient*innen gleichzeitig auf der Station sind und die Nutzung der Gemeinschaftsräume sehr hoch ist, da kaum Patient*innen bei Therapieangeboten sind, noch schon in ihrem Zimmer schlafen. Insgesamt erscheint auch eine Kumulation dieser genannten Faktoren möglich und verantwortlich für die erhöhte Rate an Fixiermaßnahmen im pflegerischen Spätdienst. Gerade dieser Zeitraum sollte Gegenstand genauerer Untersuchungen werden, weil sich hieraus präventive Interventionsmöglichkeiten ableiten lassen könnten, z.B. Angebot von Entspannungsverfahren, geförderte Nutzung von Rückzugs- und Ruheräumen.

4.4 FIXIERUNGSGRUND

Aus der Auswertung des Fixierungsgrundes konkrete Schlüsse in Bezug auf die Möglichkeit zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen zu ziehen, ist in dem retrospektiven Untersuchungsansatz schwierig, da sowohl eine akute Eigen- als auch eine akute Fremdgefährdung viele verschiedene Auslöser haben können, ohne dass es möglich wäre, konkrete Auslöser für die eine oder andere Art der Gefährdung zu bestimmen. Hierfür wäre nur ein prospektiver Studienansatz sinnvoll, um zu einer strukturierten Erhebung zu kommen.

Sowohl in der Literatur als auch in der vorliegenden Untersuchung überwiegt eindeutig die Fremdaggressivität als Grund für eine Fixiermaßnahme (Hadi et al. (2015); Beghi et al. (2010); Raboch et al. (2010); Fritz et al. (1991)). In der vorliegenden Studienpopulation wurden mit 55% am häufigsten die Fixiermaßnahmen aus Fremdgefährdung angeordnet, nachfolgend von 33% aus Eigengefährdung. Ob dabei die Fixierungen häufiger vorbeugend gegenüber einer unmittelbar drohenden gewalttätigen Eskalation eingesetzt wurden, oder als direkte Reaktion auf aggressives Verhalten (Klimitz et al. (1998); Soloff et al. (1985)), ist anhand der vorliegenden retrospektiv erhobenen Daten nicht vollständig nachzuvollziehen. Dennoch lässt sich schlussfolgern, dass bezüglich der Reduktion von Zwangsmaßnahmen die Verhinderung von Situationen, die Fremdaggressivität hervorrufen könnten, einen besonderen Stellenwert einnehmen.

4.5 PATIENT*INNENBEZOGENE EINFLUSSFAKTOREN

Patient*innenbezogene Einflussfaktoren sind wesentlich schwieriger präventiv zu erreichen, weil sie sich z.B. aus dem psychosozialen Hintergrund des Versorgungsgebiets oder der Rate von Suchterkrankungen in der Bevölkerungskohorte einer Klinik ergeben können. Allerdings ist es hilfreich, bereits bei Aufnahme der Patient*innen Hinweise darauf zu erlangen, ob diese Patient*innen besonders gefährdet sein könnten, im Verlauf des stationären Aufenthaltes einer Fixiermaßnahme zu bedürfen. Besonders

gefährdete Patient*innen könnten so gezielter präventiven Maßnahmen zugeführt werden, z.B. eine Einzelzimmerunterbringung oder einer intensiveren bis hin zu einer 1:1-Betreuung (s.u.).

In der Literatur werden über 120 verschiedene Messinstrumente zur Vorhersage und Risikoabschätzung aggressiven Verhaltens in verschiedenen psychiatrischen Settings beschrieben (Singh et al. (2010)). Dabei lassen sich rein statistische Verfahren von solchen, bei denen die strukturierte Risikoeinschätzung durch erfahrene Kliniker*innen im Vordergrund stehen, unterscheiden. Dabei werden die patient*innen bezogene Faktoren wenigstens teilweise berücksichtigt. Beispielsweise hatte ich hierzu im Abschnitt 1.2.2 die Brøset-Skala vorgestellt. Anhand dieses Messinstrumentes sollen Erregungszustände der Patient*innen frühzeitig erkannt und Gewalteskalationen möglichst vermieden werden. Im Unterschied zu der Brøset-Skala wurden in der vorliegenden Untersuchung patient*innen bezogene Faktoren untersucht, die unabhängig von der aktuellen Emotionslage der Patient*innen das Risiko für eine Fixiermaßnahme erhöhen könnten.

Durch das retrospektive Studiendesign in der vorliegenden Untersuchung ist die Aussagekraft bezüglich der patient*innenbezogenen Einflussfaktoren allerdings insgesamt begrenzt, da wir auf die Dokumentation in den Patient*innenakten angewiesen waren. Die Reliabilität und insbesondere die Vollständigkeit dieser Daten kann nicht garantiert werden.

Diagnosespektrum

In der Literatur wurden im Wesentlichen drei Diagnosegruppen genannt, die eine höhere Fixierhäufigkeit aufwiesen: Schizophrenie (Beghi et al. (2010); Di Lorenzo et al. (2011); Raboch et al. (2010), Martin et al. (2006), Bastian et al. (1998)), akute Intoxikation/Suchterkrankung (Andersen et al. (2016); Di Lorenzo et al. (2011)) und hirnorganische Schäden (Flammer et al. (2019); Martin et al. (2006); Bastiaan et al. (1998)). Fritz et al. (1991) hat beschrieben, dass die häufig mit gewalttätigen Ausbrüchen einhergehenden Erregungszustände schizophrener und hirnorganisch erkrankter Patient*innen oft das Resultat des Krankheitsprozesses selbst sind, deren

Unberechenbarkeit die Gefährlichkeit erhöht. In einem systematischen Review mit Meta-Analyse über 110 Studien zu Risikofaktoren für Gewalt bei Psychosen waren signifikante Prädiktoren auch im stationären Setting Substanzmissbrauch und eine Positivsymptomatik, nicht aber eine Negativsymptomatik (Witt et al. (2013)). In einem Review mit Metanalyse, welches 34 Studien überwiegend aus dem angelsächsischen Sprachraum auswertete, waren im Bereich des Diagnosespektrums der Substanzmissbrauch und die Schizophrenie wichtigste Prädiktoren für aggressives Verhalten (Dack et al. (2013)).

Diese beschriebenen Ergebnisse decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. Hier waren die häufigsten Diagnosen bei Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, Störungen durch psychotrope Substanzen (52%) und Schizophrenie (43%) gegenüber affektiven (18%) und organischen Störungen (17%).

Von Martin et al. (2006) wurde beschrieben, dass in Kliniken, die Behandlungsalternativen für gerontopsychiatrische Patient*innen realisieren, relativ gesehen weniger Zwangsmaßnahmen an Patient*innen mit hirnrorganischen Schäden durchgeführt wurden. Als wirksame Maßnahmen wurden eine bodennahe Einstellung der Betten, eine individuelle Erhebung des Sturzrisikos, eine intensive Einzelbetreuung sowie die Verwendung von weiteren Hilfsmitteln, z.B. sogenannten „Protektorhosen“ beschrieben. Dies deutet daraufhin, dass im Diagnosespektrum der hirnrorganischen Schäden, die Eigengefährdung als Fixiergrund überwiegt. Tatsächlich zeigte sich dies auch in der vorliegenden Untersuchung. Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum des Jahres 2015 70 (28%) Fixiermaßnahmen an Patient*innen mit einer Diagnose aus dem Spektrum der hirnrorganischen Schäden durchgeführt (s. Abschnitt Diagnosespektrum der fixierten Patient*innen 3.4). Davon wurden 69% aufgrund von Eigengefährdung und nur 29% aufgrund von Fremdgefährdung angeordnet (s. Abschnitt Grund der Fixiermaßnahmen 3.3).

Das Diagnosespektrum in der vorliegenden Untersuchung weicht von dem in der unter Abschnitt 1.3.3 vorgestellten Studie von Flammer und Steiner (2019) ab. Dort war mit 20% der fixierten Patient*innen die meist

vergebene Diagnose die „Intelligenzstörung“. In der vorliegenden Studie wurde diese Diagnose nur in 1,3% in der Kohorte der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, vergeben. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die untersuchte Kohorte in Baden-Württemberg auch Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für die Neurologie und Psychosomatik miteingeschlossen hatte und daher ein direkter Vergleich mit einer allgemeinspsychiatrischen Erwachsenenstation - wie in der vorliegenden Untersuchung - nicht möglich ist.

Aufnahmemodus

Sowohl in der vorliegenden Untersuchung als auch in der Literatur wurde die unfreiwillige Aufnahme als Risikofaktor für Zwangsmaßnahmen beschrieben (Beghi et al. (2010); Bastiaan (1998)). Nachvollziehbarerweise werden Patient*innen, die bereits die stationäre Aufnahme ablehnen, auch weitere Maßnahmen und Verhaltensregeln ablehnen, sodass sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines psychomotorischen Erregungszustandes haben, woraus sich eine Fixiersituation ergeben kann. Ein anderer Erklärungsversuch geht davon aus, dass bei unfreiwilliger Aufnahme das Personal bereits eine negativere Sicht auf die Patient*innen hat und daher weniger deeskalativ wirkt und zu schnelleren Fixiermaßnahmen neigen könnte (Beghi et al. (2010)). Auch kann sicherlich eine Rolle spielen, dass bei unfreiwilligen Aufnahmen die Auswahl an geeigneten Deeskalationsmaßnahmen initial schwieriger ist, als bei bereits gut bekannten stationären Patient*innen.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich eine Risikoerhöhung für eine Fixiermaßnahme durch den Zugangsmodus mit dem Rettungsdienst. Ob die Patient*innen zusätzlich in Begleitung eines Notarztes*ärztin eintrafen, lässt sich durch das retrospektive Studiendesign nicht belegen. Aus klinischer Erfahrung lässt sich sagen, dass meist eine Begleitung durch den Notarzt*ärztin stattfindet. Inwieweit dies einen Einfluss auf die Fixierhäufigkeit, sollte in einer prospektiven Studie genauer untersucht werden.

Tatsächlich wurden in der vorliegenden Untersuchung im Erhebungszeitraum 2015 183 Fixiermaßnahmen an Patient*innen durchgeführt, die initial

mit dem Rettungsdienst in die Klinik kamen. Davon wurden 31 (17%) noch am Aufnahmetag durchgeführt und insgesamt 63 (34%) während der ersten 5 Tage. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass bereits bei der notärztlichen Versorgung und während des Transportes präventive Maßnahmen, z.B. in Form von verbalen Deeskalationstechniken, eingeleitet werden sollten. Dazu ist sicher eine gezielte Schulung der Notärzte*innen und Rettungssanitäter*innen unerlässlich. Welche präventiven Maßnahmen bereits präklinisch wirksam sind, sollte in weiteren prospektiven Studien untersucht werden. Ob präklinisch bereits durch Notarzt*ärztin und Rettungssanitäter*innen oder die Polizei Fixiermaßnahmen eingeleitet wurden, konnte in dieser retrospektiven Untersuchung nicht ermittelt werden. Allerdings wurden auch 75 Fixiermaßnahmen (41%) an unfreiwillig aufgenommenen Patient*innen erst nach dem 20. Tag nach Aufnahme durchgeführt (vgl. Abschnitte 3.2 und 3.7). Dies zeigt, dass unfreiwillig aufgenommene Patient*innen während ihres gesamten stationären Aufenthaltes eher gefährdet sind, eine Fixiermaßnahme zu erfahren, unabhängig von der konkreten Aufnahmesituation und dem Verhalten der Rettungskräfte.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung und der Literatur lässt sich schlussfolgern, dass ein hohes Präventionspotential in der Vermeidung unfreiwilliger Aufnahmen liegen könnte. Gerade Patient*innen mit den Diagnosen psychotische Störung (Johannessen et al. (2001)), Intoxikation/Suchterkrankung und hirnorganischen Schäden sollten bereits vor einer notfallmäßigen Vorstellung in einer Klinik niedrighem Zugang zur ambulanten psychiatrischen Behandlung erhalten. Hier wäre z.B. ein stärkerer präventiver Einsatz aufsuchender Hilfen denkbar, wie dies die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) der Kommunen im Aufgaben-Portfolio haben. Dazu kann auch gehören, dass Patient*innen bei Entlassung aus einer stationären psychiatrischen Behandlung immer einen zeitnahen Anschlusstermin zu weiterer psychiatrischer Behandlung erhalten sollten, um frühzeitige Wiederaufnahmen zu vermeiden (Andersen et al. (2016)). Hirsch et al. (2019) formulierten hierzu, dass neben einer guten personellen und finanziellen Ausstattung des sozialpsychiatrischen

Hilfesystems auch eine entsprechende Haltung der Mitarbeitenden, auch bei Rettungsdienst und Polizei sowie in der Bevölkerung erforderlich ist.

Ethnische Herkunft der Patient*innen

Aufgrund der fehlenden Datengrundlage konnte die Herkunft der Patient*innen in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt werden.

Bezüglich der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen bei psychiatrischen Patient*innen mit Migrationsuntergrund lassen sich in der Literatur unterschiedliche Angaben finden. In einigen Untersuchungen zeigte sich, dass Einheimische insgesamt seltener eine Fixiermaßnahme erfuhren (Flammer et al. (2013), Beghi et al (2010)). Als möglicher Erklärungsansatz wurde beschrieben, dass eine schwierigere Kommunikation aufgrund einer Sprachbarriere und die schlechter einschätzbare non-verbale Kommunikation bei Patient*innen mit einem fremden ethischen Hintergrund schneller zu drastischen Methoden wie Fixiermaßnahmen führen (Beghi et al. (2010)).

Daher wird von einigen Expert*innen gefordert, dass neben Dolmetscher*innen auch Sprach- und Kulturvermittler*innen in der Klinik eingesetzt werden, welche Kenntnisse über den kulturellen Hintergrund der Patient*innen haben und so die Erkrankung der Patient*innen besser einschätzen können (Steinhäuser et al. (2014)).

Geschlechtsspezifische Aspekte und Alter der Patient*innen

Wie auch in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ beschrieben, konnten in der vorliegenden Studie keine geschlechtsspezifischen Risiken nachgewiesen werden (DGPPN (2018)). Im Gegensatz dazu steht die Studie von Beghi et al. (2010), in der das männliche Geschlecht der Patient*innen zu vermehrten Fixiermaßnahmen führte. In der vorliegenden Untersuchung ergab sich mit 60% an allen Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebten ein leicht erhöhter Anteil für männliche Patient*innen, allerdings blieb dies ohne einen statistisch signifikanten Unterschied. Auch bezüglich des Alters der Patient*innen konnte sowohl in der Literatur als auch in der

vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden (Andersen et al. (2016); Raboch et al. (2010)). Die Annahme, dass junge, männlich und nicht-Einheimische Patienten mit psychischer Erkrankung besonders gewaltbereit wären, lässt sich also in der Literatur nur vereinzelt und in dieser Untersuchung nicht bestätigen.

Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen

Insbesondere während früherer akutpsychiatrischer Behandlungen erlebte Zwangsmaßnahmen stellen nach klinischer Erfahrung einen bedeutsamen Prädiktor für erneute Zwangsmaßnahmen in der aktuellen Krankheitsepisode dar, auch wenn sich hierzu bisher nur wenig Evidenz finden lässt. Es wird lediglich beschrieben, dass die Deeskalation verbaler Konflikte gerade bei Patient*innen mit einer Vorgeschichte von Gewalttätigkeit häufiger scheitern (Bowers (2009)). Dies konnte in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht als signifikanter Einflussfaktor nachgewiesen werden. Die Fehleranfälligkeit einer retrospektiven Datenerhebung und die geringe Größe der Stichprobe könnten hierfür wesentlich sein.

Zusammenfassung des Themas patient*innenbezogene Einflussfaktoren

Insgesamt lässt sich anhand der vorliegenden Untersuchung in Bezug auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen bei den patient*innen bezogenen Faktoren lediglich ableiten, dass für die Patient*innen, die unfreiwillig aufgenommen werden und Patient*innen aus den Diagnosegruppen Demenz (F0) Suchterkrankungen (F1) und schizophrene Psychosen (F2) ein besonderer Fokus zur Prävention gesetzt werden sollte.

4.6 INSTITUTIONELLE EINFLUSSFAKTOREN

In der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ heisst es: „Aus klinischer Erfahrung haben die Stationsatmosphäre und das therapeutische Milieu einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung und das Ausmaß aggressiven Verhaltens“ (DGPPN (2018)). Institutionelle Einflussfaktoren, wie z.B. die pflegerische Stationsbesetzung oder die Anzahl der Patient*innen auf

einer Station, sind im Gegensatz zur den patient*innen bezogenen Einflussfaktoren durch die Bereitstellung von Personal oder spezifischen Fortbildungen oder baulichen Maßnahmen potenziell veränderlich. Bei Kenntnis bedeutender Faktoren, die einen Einfluss auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen zeigen, lassen sich spezifischere präventive Maßnahmen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen ableiten.

Numerisches Verhältnis Pflegekräfte zu Patient*innen

Mehr Pflegekräfte pro Patient*in führten in unserer Untersuchung zu einer nachgewiesenen Risikoverringerung für Fixierungsmaßnahmen. Es zeigte sich eine Risikoreduzierung für eine Fixierung pro zusätzliche Pflegekraft für 10 Patient*innen auf den Stationen um 26%.

Die bisherige Studienlage zu dem Einfluss des numerischen Verhältnisses von Pflegekräften zu Patient*innen auf die Fixierhäufigkeit lässt keine eindeutige Aussage zu. Einerseits konnte sich die klinisch intuitive Vermutung, Fixierungen würden sich bei Unterbesetzung der Pflege in einer Schicht häufen, z.B. in der allerdings bereits älteren Studie von Klimitz et al. (1998) nicht bestätigen. Allerdings liegen auch Untersuchungen vor, die durchaus einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen sehen (Kallert et al. (2007)). Auch in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ wird zwar allgemein davon ausgegangen, dass eine quantitativ und qualitativ gute Personalausstattung ein wichtiger Faktor für die Prävention aggressiven Verhaltens ist. Allerdings gibt es hierzu bisher keine verlässlichen empirischen Ergebnisse und insbesondere eine „Mengen-Wirkungs-Beziehung“ wurde bisher nicht ausreichend untersucht (DGPPN (2018)).

Natürlich lässt sich vermuten, dass bei einem höheren Personalschlüssel eine intensivere und persönlichere Betreuung der Patient*innen möglich ist und so Erregungszustände frühzeitig erkannt und abgeschwächt werden können, bevor eine Fixiermaßnahme notwendig wird. Um dies umzusetzen müsste gesundheitspolitisch ein höherer Betreuungsschlüssel vorgegeben und durch mehr Finanzmittel möglich gemacht werden. In

Zeiten des Pflegemangels besteht aktuell allerdings bereits eine Schwierigkeit in der Besetzung offener Pflegestellen.

Berufserfahrung der Pflegekräfte

Die in der vorliegenden Untersuchung errechnete relative Risikoreduzierung pro zusätzliches Jahr an pflegerischer Berufserfahrung auf der Station deutet auf den präventiven Einfluss von erfahrenem Pflegepersonal hin, auch wenn die in dieser Untersuchung errechnete Risikoreduktion um 1% pro Berufsjahr zunächst nicht viel erscheint. Wenn jedoch in einer Schicht auf der Station statt zwei relativ unerfahrenen Pflegekräften mit jeweils zwei Jahren Berufserfahrung, eine unerfahrene und eine sehr erfahrene Pflegekraft mit 15 Jahren Berufserfahrung arbeitet, wird der Unterschied mit einer relativen Risikoreduktion um 13% schon etwas deutlicher. Selbst wenn die errechnete prozentuale Risikoreduktion außer Acht gelassen wird, zeigt sich durch die statistische Signifikanz der Ergebnisse, dass die Berufserfahrung der Pflegekräfte ein Einflussfaktor ist, der noch genauer in den Fokus genommen werden sollte.

Auch in der Literatur wird beschrieben, dass mangelnde Berufserfahrung beim Pflegepersonal mit einer höheren Zahl gewalttätiger Vorfälle einhergeht (Kelly et al. (2015), James et al. (1990), Rasmussen et al. (1996)).

Erfahrenes psychiatrisches Pflegepersonal hat bereits viele kritische Situationen erlebt und konnte den Umgang mit akut gefährdeten Patient*innen lernen. Dadurch wird ihnen die Einschätzung einer Situation deutlich leichter fallen und sie werden mehr Möglichkeiten zur Deeskalation abrufen können, um eine Fixiermaßnahme abzuwenden. Dazu kommt auch die Annahme, dass erfahrene Pflegekräfte, die langjährig in der Klinik tätig sind, wiederholt aufgenommene Patient*innen bereits kennen und besser individuell auf diese Patient*innen eingehen können, um eine Fixiermaßnahme zu verhindern. In der untersuchten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsklinik zu Köln leisten alle Pflegekräfte auch Spät- und Nachtdienste, sodass sich das Ergebnis nicht durch eine Ungleichverteilung der Dienste ergibt, der zur Folge zum Beispiel die erfahreneren Pflegekräfte durchgehend Frühdienste leisten. Da es in den

Spätdiensten häufiger zu Fixiermaßnahmen kommt (vgl. Abschnitt 4.3 „Zeitpunkt der Fixierung“), könnte diese Ungleichverteilung das Ergebnis erklären, allerdings zeigte sich ein solches Muster im untersuchten Zeitraum nicht.

Eine mögliche Konsequenz aus diesem Ergebnis wäre es, Dienstpläne so zu gestalten, dass möglichst im Spätdienst viele erfahrene Pflegekräfte eingeteilt sind. Andererseits müssen die Arbeitsbedingungen auf den Stationen so angepasst werden, dass auch erfahrene Pflegekräfte gerne in der Klinik bleiben, um dies überhaupt zu ermöglichen.

Geschlecht der Pflegekräfte

Wie in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (DGPPN (2018)) beschrieben, konnten auch in der vorliegenden Studie keine geschlechtsspezifischen Risiken bezogen auf das Geschlecht der Pflegekräfte nachgewiesen werden. Im Gegensatz dazu steht die Untersuchung von Beghi et al. (2010), in der sowohl das männliche Geschlecht des Patienten als auch das vorwiegend männliche Geschlecht der Pflegekräfte zu vermehrten Fixiermaßnahmen führten. In Einklang damit steht die Annahme, dass „Aggressivität sich eher gegen Menschen des gleichen Geschlechts richtet“ (Cornaggia et al. (2011)). Wenn also mehr männliche Patienten fixiert werden mussten, wäre es demnach auch wahrscheinlicher, dass dies von männlichen Pflegekräften durchgeführt würde (Beghi et al. (2010)). Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht nachvollzogen werden.

Gesetzlich untergebrachte Patient*innen

Gesetzlich nach den Modalitäten des PsychKG oder BtG untergebrachte Patient*innen befinden sich zu jeder Zeit während ihres Klinikaufenthaltes in einer unfreiwilligen Situation. Es ist eine naheliegende Annahme, dass diese andauernde Zwangslage vermehrt zu Spannungen führt, die im Verlauf in Fixiermaßnahmen münden können.

In der vorliegenden Untersuchung ergab sich eine relative Risikoerhöhung für eine Fixierung pro zusätzlichem*r gesetzlich untergebrachtem*r Patient*in auf der Station um 22%. Unterstützt wird dieses Ergebnis durch eine große Studie von Bowers (2009) über 136 akutpsychiatrischen Stationen in England. Hier wurden häufigere Konflikte und Zwangsmaßnahmen beschrieben, wenn viele Patient*innen unfreiwillig auf der Station untergebracht waren.

Dies steht auch in Einklang mit einem der in der vorliegenden Untersuchung gewonnenen Ergebnisse auf Seite der patient*innenbezogenen Einflussfaktoren. Hier konnte gezeigt werden, dass Patient*innen, die mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, später eine Fixiermaßnahme zu erfahren. Eine Einlieferung in eine psychiatrische Klinik mit dem Rettungsdienst stellt nach klinischer Erfahrung in vielen Fällen eine unfreiwillige Aufnahme dar, auch wenn dies in der vorliegenden Untersuchung nicht statistisch ausgewertet wurde. Also scheint nicht nur die meist unfreiwillige Aufnahme mit dem Rettungsdienst, sondern auch der weiterhin unfreiwillige Aufenthalt in der Klinik zu gehäuf-ten Fixiermaßnahmen zu führen.

Dies wird unterstützt durch die im Abschnitt 2.2 beschriebenen Zahlen, dass in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Köln 2015 in 4,8% aller Behandlungsfälle eine Fixiermaßnahme durchgeführt wurde, jedoch bei 34% aller unter den Modalitäten des PsychKG untergebrachten Patient*innen. Daraus lässt sich ableiten, dass, wenn die Fixierhäufigkeit unter unfreiwillig untergebrachten Patient*innen höher ist, auch bei einer größeren Anzahl an unfreiwillig aufgenommenen Patient*innen die Fixierhäufigkeit insgesamt auf der Station steigt. Es ist anzunehmen, dass eine größere Anzahl an gesetzlich untergebrachten Patient*innen die Stationsatmosphäre so beeinflusst, dass es häufiger zu aggressivem Verhalten und damit zu einem überproportionalen Anstieg an Fixierungsmaßnahmen kommen könnte.

Stationsbelegung

Interessanterweise zeigte sich im Gegensatz zur vorliegenden Literatur keine signifikante Risikoerhöhung in Bezug auf Fixiermaßnahmen bei einer höheren Stationsbelegung in der vorliegenden Untersuchung.

In der Literatur wird beschrieben, dass eine Überbelegung psychiatrischer Stationen, d. h. ein sogenanntes „Crowding“, die Entstehung gewalttätiger Verhaltensweisen fördern kann (Teitelbaum et al. (2016), Ng et al. (2001), Virtanen et al. (2011)). Allerdings schlussfolgernden H. L. I. Nijmann und G. Rector (Nijmann et al. (1999), dass nicht der physikalische Raum im Sinne von Quadratmetern, sondern viel mehr der psychologische oder soziale Raum entscheidend ist, da in ihrer Studie eine Vergrößerung des physikalischen Raumes alleine nicht zu einem signifikanten Rückgang an aggressiven Verhalten geführt hatte.

Daraus ließe sich zumindest für die untersuchte Patient*innenkohorte schlussfolgern, dass nicht die absolute Gesamtanzahl an Patient*innen auf der Station der entscheidende Einflussfaktor für die Fixierhäufigkeit ist, sondern die identifizierten statistisch signifikanten Einflussfaktoren des numerischen Verhältnisses der Pflegekräfte pro Patient*in, die Berufserfahrung der Pflege und die Anzahl der gesetzlich untergebrachten Patient*innen.

Auch die räumliche Größe der Station hat eine Auswirkung in Bezug auf die Überlegung mit Patient*innen. In einer englischen Studie konnte alleine durch die Aufteilung einer Station mit 20 Betten in zwei Stationen mit jeweils 10 Betten eine Reduktion der Fixiermaßnahmen erreicht werden (O'Malley et al. (2007)). Weitere bauliche Aspekte konnten aufgrund des Studiendesigns nicht berücksichtigt werden. Dies sollte Thema weiterführender prospektiver Studien sein.

Mitarbeiter*innenschulung

In der Literatur wurde beschrieben, dass sich eine Mitarbeiterschulung insbesondere in Bezug auf Deeskalationsmöglichkeiten (Hirsch et al. (2019); Kallert et al. (2007)) und konkreten Richtlinien zur Durchführung von

Fixierungen (Martin et al. (2006)) positiv auf die Reduktion von Fixiermaßnahmen auswirkten. Welche Fortbildungen die Mitarbeiter*innen in unserer Untersuchung bereits besucht hatten und in welcher Intensität bzw. Regelmäßigkeit, konnte jedoch in dem retrospektiven Studienansatz nicht erhoben werden und muss daher unberücksichtigt bleiben. Allerdings war an der Uniklinik Köln zum Zeitpunkt der Untersuchung noch kein breiter und systematisch organisiertes Fortbildungskonzept zu den Deeskalationsmaßnahmen etabliert.

Bauliche Maßnahmen

Bauliche Maßnahmen stellen einen besonderen Aspekt innerhalb der institutionellen Einflussfaktoren dar (vgl. Abschnitt 1.3.2), konnten allerdings leider in unserer Untersuchung nicht berücksichtigt werden. Ein Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Stationsatmosphäre und einem Rückgang von Aggressionen wurde bereits vor längerer Zeit beschrieben (Herrera et al. (1987)), konnte aber nicht immer bestätigt werden (Cheung et al. (1997)).

Als Erklärung wurde die positive Beeinflussung in erster Linie der Befindlichkeit und der Bedürfnisbefriedigung von Patient*innen und Personal und deren therapeutische Beziehung durch eine angenehme bauliche Gestaltung beschrieben. In der Folge würden dann weniger kritische, Zwangsmaßnahmen erfordernde Situationen entstehen (Rohe et al. (2017)).

In der unserer Untersuchung vorangegangenen Literaturrecherche zeigte sich ein größeres Komfortlevel insgesamt, Einzelzimmer für Patient*innen und eine bessere Einsehbarkeit innerhalb der Station als Faktoren, die zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen führten. Eine bessere Einsehbarkeit aller Räume vom Stationsstützpunkt aus führe zu einem höheren Sicherheitsgefühl auf der Station, ohne die wohnliche Atmosphäre zu stark einzuschränken und habe daher einen positiven Einfluss. Eine größere Privatsphäre durch z.B. Einzelzimmer gäbe den Patient*innen die Möglichkeit selbstständig soziale Kontakte zu regulieren und insgesamt in einer höheren Autonomie zu leben, was zu höheren Wohlbefinden beitragen würde (Van der Schaaf (2012)). Einzelzimmer gibt es allerdings aktuell,

wenn überhaupt in psychiatrischen Kliniken nur für Selbstzahler*innen und Wahlleistungspatient*innen. Aktuell ist eine Unterbringung in Zimmern mit zwei bis vier Patient*innen pro Zimmer in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland üblich. Natürlich ist dies bereits eine deutliche Verbesserung gegenüber den Schlafsälen in längst vergangenen Zeiten der Psychiatrie. Da in der Literatur gezeigt werden konnte, dass Einzelzimmer für Patient*innen zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen führten, sollte genauer geprüft werden, inwiefern eine Einzelzimmerunterbringung für Patient*innen in den psychiatrischen Kliniken zumindest auf den Akut- und Aufnahmestationen möglich sein könnte.

In einer Untersuchung zeigte sich das Vorhalten eines Außengelände, sowie spezieller Sicherungsvorkehrungen (alarmgesicherte Türen, Videoüberwachung, etc.) mit einer erhöhten Häufigkeit von Fixiermaßnahmen verbunden (Van der Schaaf et al. (2012)). In der Studie konnte allerdings die Attraktivität des Außengeländes nicht berücksichtigt werden, sodass vermutet werden kann, dass allein ein Außengelände keine positiven Effekte bringt, sondern dass dieses auch ansprechend gestaltet sein muss. Der negative Einfluss der speziellen Sicherungsvorkehrungen wurde durch die dadurch verursachte unpersönliche Atmosphäre erklärt (Van der Schaaf et al. (2012)).

Natürlich sind bauliche Veränderungen und Modernisierungen finanziell limitiert und daher selten in der Idealform möglich, besonders wenn es um umfassende Maßnahmen geht. Allerdings konnte gezeigt werden, dass schon einfache innenarchitektonische Veränderungen, wie z.B. Klinikräume mit Pflanzen auszustatten, das Stressniveau senken können (Dijkstra et al. (2008)). Dies sollte Klinikleiter*innen motivieren, auch in Hinblick auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen, bauliche Modernisierungen zu erwägen oder falls dies nicht möglich ist, wenigstens über kleine innenarchitektonische Veränderungen nachzudenken.

Kurze Zusammenfassung des Themas institutionelle Einflussfaktoren

Insgesamt zeigten sich auf der Seite der institutionellen Einflussfaktoren drei Bereiche, die besonders in den Fokus genommen werden sollten in

Bezug auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen: Die Anzahl der Pflegekräfte auf der Station, d.h. das numerische Verhältnis Patient*innen zu Pflegekräften, die kritischen Zeitpunkte mit einem hohen Anteil an gesetzlich untergebrachten Patient*innen, sowie die kumulative Berufserfahrung der Pflegekräfte auf einer Station.

4.7 FIXIERMAßNAHMEN AUS PATIENT*INNEN-SICHT

In der vorliegenden Untersuchung musste aufgrund des retrospektiven Ansatzes die Sichtweise der Patient*innen vernachlässigt werden, obwohl die Berücksichtigung der Patient*innenwahrnehmung eine wichtige Voraussetzung zum Verständnis von und zum verbesserten Umgang mit aggressivem Verhalten ist (Ketelsen et al. (2004); Ilkiw-Lavalle et al. (2003); Petti et al. (2001); Meehan et al. (2000)). „Die größtenteils schlechten subjektiven Erfahrungen der von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Menschen, die die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen häufig als unnötig, ungerechtfertigt, bestrafend und traumatisierend erleben, können vermutlich nicht immer verhindert werden“ (S3-Leitlinie DGPPN (2018)). Aber in der Literatur sind einige Studien beschrieben, die sich damit befassen, wie Patient*innen Zwangsmaßnahmen erleben und wie sich das Ausmaß der negativen Erfahrungen reduzieren lassen könnte.

In einer aktuelleren Studie von Heumann et al. (2014) wurde beschrieben, welche „milderen Maßnahmen“ Psychiatriepatient*innen vor einer Zwangsmaßnahme erlebten, wie sie deren Scheitern begründeten und welche Maßnahmen sie als potenziell hilfreich einschätzten, um Zwang zu vermeiden. Dafür wurden in einer Online-Befragung 83 von Zwangsmaßnahmen betroffene Psychiatrieerfahrene befragt. Dabei waren häufig erlebte Maßnahmen „der Überzeugungsversuch zur Einnahme von Medikamenten (74,5 %)“, „das explizite Angebot von Sedierung (50,6 %)“ sowie „das Angebot in eine Tätigkeit auf Station eingebunden zu werden (42,2 %)“. Die nur selten erfahrenen Maßnahmen waren „Zeit lassen (4,8 %)“, „Gespräch mit Betroffenenfürsprecher*in (9,6 %)“ und „1:1-Betreuung (12 %)“. Aus Patient*innensicht wurden als wirksam erlebte Maßnahmen „Bewegungsmöglichkeiten anbieten (80,7 %)“, „auf Erleben und Ängste

eingehen“ und „Bedürfnisse berücksichtigen“ (jeweils 78,3 %) am häufigsten beschrieben. Als schädlich eingeschätzt wurden am häufigsten die Maßnahmen „Überzeugungsversuch zur Einnahme von Medikamenten (27,7 %)“, „Sedierung anbieten (12,1 %)“ und „Grenzsetzung (7,2 %)“ erlebt. Interessanterweise zeigte sich dementsprechend über alle milderen Maßnahmen hinweg ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Häufigkeit angebotener Maßnahmen und der Anzahl an positiven Einschätzungen. Das heißt, dass die Maßnahmen, die am häufigsten durchgeführt wurden, aus Patient*innensicht als am wenigsten wirksam erlebt wurden.

In verschiedenen Untersuchungen zu Reduktion von Zwang und Gewalt erhielten Patient*innen die Möglichkeit, freiheitsbeschränkende Maßnahmen nachzubesprechen (bspw. Whitecross et al. (2013)). Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen bieten die Möglichkeit, die Erfahrungen und Sichtweisen, sowohl der Patient*innen, als auch der Mitarbeiter*innen, auszutauschen. Somit kann der Ablauf der geschehenen Zwangsmaßnahme für beide Seiten besser nachvollziehbar werden und die Patient*innen können emotional entlastet werden und erhalten die Möglichkeit das traumatisierende Ereignis zu verarbeiten (Ketelsen et al. (2004); Petti et al. (2001)). Bei Durchführung von solchen strukturierten Debriefings konnte in einer kontrollierten Studie die Häufigkeit und Dauer von nachfolgenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen reduziert werden, allerdings nicht deren traumatisierende Wirkung verhindern (Whitecross et al. (2013)).

Wie in Kapitel 13 der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ beschrieben, wurde in einer Befragung von psychisch erkrankten Menschen und Mitarbeiter*innen auf einer psychiatrischen Station, von beiden Seiten eine bessere Interaktion zwischen Betroffenen*r und Pflegeperson auch während der Isolierung gefordert (DGPPN (2018)). Außerdem wurden Beschäftigungs- und Ablenkmöglichkeiten wie Radio, Fernsehen oder eine „Boxsack-Intervention“ gefordert. Allerdings konnte gezeigt werden, dass das Schlagen gegen einen Boxsack das Aggressionspotenzial auch eher erhöhen kann (Bushman (2002)).

In einer Untersuchung ließen sich zwei Pflegekräfte in einem experimentellen Studiendesign freiwillig isolieren. Im Anschluss forderten sie mehr Kontaktmöglichkeiten (bspw. durch ein Fenster) während der Isolation, sowie Pflegemaßnahmen und auch Möglichkeiten zur Aktivität (bspw. Radiohören). Zudem sollten Isolierräume ansprechender gestaltet werden (Kuosmanen et al. (2015)).

Ein Expert*innenkonsensus zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aus elf europäischen Ländern im Rahmen der EUNOMIA-Studie (Kallert et al. (2007)) mahnt besonders die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen. Weibliche psychiatrische Patientinnen haben eine hohe Prävalenz an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Deshalb sollte immer bedacht werden, dass Zwangsmaßnahmen zu einer (Re-)Traumatisierung führen können.

Diese Untersuchungen zeigen, dass in der Diskussion über wirksame Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen die individuellen Aussagen der Patient*innen stärker in den Blick genommen werden sollten, damit den Patient*innen gezielter therapeutische Maßnahmen angeboten werden können, die von den Patient*innen selbst als wirksam erachtet werden.

Für weitere Studien lässt sich hieraus ableiten, die Wahrnehmung der Situation und die erlebten Maßnahmen zur Deeskalation aus Patient*innensicht prospektiv mit zu erfassen. Deutlich anspruchsvoller dürfte zudem ein Studienansatz sein, bei dem die Wirkfaktoren tatsächlich erfolgreicher Deeskalationen genauer erfasst werden würden, d.h., wenn die Fixiermaßnahmen abgewendet werden konnten.

4.8 LIMITATIONEN DER UNTERSUCHUNG

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine monozentrische und retrospektive Untersuchung mit relativ geringen Fallzahlen und einem sehr heterogenen Patient*innenkollektiv.

Besonders auf der Seite der patient*innenbezogenen Einflussfaktoren limitiert das retrospektive Studiendesign die Aussagekraft der Ergebnisse.

Die Daten hierzu konnten nur aus den Patient*innenakten erhoben werden. Es gab keine Möglichkeit zu überprüfen, ob die Angaben vollständig erhoben wurden. Gerade bei Voraufenthalten in anderen psychiatrischen Kliniken und Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen entstammten die Angaben nur aus der Anamnese der Patient*innen und konnte so nicht strukturiert erhoben werden. Auch aufgrund dieser fehlenden Datengrundlage konnte die Ethnizität der Patient*innen, sowie weitere psychosoziale Daten (z.B. sozio-ökonomischer Status, familiärer Hintergrund, etc.). nicht untersucht werden.

Auch war auf der Seite der patient*innenbezogenen Einflussfaktoren in der vorliegenden Untersuchung keine weitere Spezifikation des Fixierungsgrundes „Eigengefährdung“ möglich. Dieser Bereich deckt ein breites Spektrum an Ereignissen ab, von der tatsächlichen Autoaggressivität bis zur Prävention von möglichen Sturzereignissen. Diese Situationen sind natürlich vollkommen unterschiedlich und müssen insbesondere in Bezug auf Einflussfaktoren für Fixierungsmaßnahmen und möglichen präventive Maßnahmen separat bewertet werden. In der vorliegenden Untersuchung konnten diese Unterschiede nicht berücksichtigt werden.

Therapeutische Interventionen konnten insgesamt nicht in diese Untersuchung miteinbezogen werden. Ob zum Beispiel eine Erfassung mittels Brøset-Skala (vgl. Abschnitt 1.2.2.) eingangs erfolgt ist, konnte nicht nachvollzogen werden. Auch konnte der Zeitraum von dem, in der klinischen Beobachtung Beginn der Eskalation bis hin zur Fixiermaßnahme nicht systematisch ausgewertet werden. Interessant wäre dies insbesondere in Hinblick auf vorher durchgeführte Deeskalationsversuche und deren individuelle Wirkung.

Die Patient*innensicht konnte in dieser Untersuchung durch das retrospektive Studiendesign in keiner Weise berücksichtigt werden. Wie die Patient*innen die Fixiermaßnahmen und den Zeitraum unmittelbar davor erlebt haben, wäre ein interessanter und wichtiger Ansatz für eine prospektive Untersuchung. Auch welche Deeskalationsmaßnahmen sie als hilfreich erachteten und welche nicht, sollte im deutschen Sprachraum noch ausführlicher untersucht werden. Zudem konnte nicht systematisch

erhoben werden, ob die individuelle Vorerfahrung mit Fixierungsmaßnahmen bei früheren stationär psychiatrischen Behandlungen zu einer Risikoerhöhung- oder -minderung führen könnte.

Ebenso stellen Haltung und Einstellung des Personals psychiatrischer Einrichtungen gegenüber der Anwendung von Zwangsmaßnahmen einen bedeutsamen Einflussfaktor dar. In einer aktuellen Studie wurde hierzu kürzlich ein testtheoretisch fundierter, strukturierter Fragebogen zur Verfügung gestellt (Baar et al. (2021)).

Auf institutioneller Ebene konnte eine Überbelegung der Station mit oder ohne Flurbetten nicht unterschieden werden, auch wenn aus klinischer Erfahrung anzunehmen ist, dass eine Situation mit Flurbetten deutlich belastender ist, als eine numerisch gleich hohe Überlegung ohne Flurbetten. Ebenso konnte nicht mit einbezogen werden, ob zwei Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erfahren parallel auf der Station untergebracht waren und wieweit dies einen Einfluss aufeinander hatte. Eine häufige klinische Beobachtung zeigt, dass eine kürzlich stattgefunden Fixiermaßnahme an einem*r Patient*in, kurzfristig die Schwelle für eine weitere Fixiermaßnahme an anderen Patient*innen senkt. Dies konnte in dieser Studie nicht systematisch untersucht werden. Außerdem konnten Fixierungen auf offenen Stationen, die dann auf die geschützte Station verlegt werden mussten, nicht besonders erfasst werden, auch wenn die Umgebung dieser Fixiermaßnahme eine gänzlich andere war, als auf der geschützten Station.

Als weiterer Punkt wurde die Rolle des ärztlichen Personals im Fixiergeschehen in der vorliegenden Untersuchung nicht miteinbezogen, obwohl es nach den gesetzlichen Erfordernissen jeweils einer ärztlichen Fixieranordnung bedarf, auch wenn im klinischen Alltag die Entscheidung zur Fixierung in der Regel in einem Konsens zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal erfolgt. Auch in der Literatur wurde die Rolle der Ärzt*innen erstaunlicherweise wenig untersucht und insbesondere in der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang der DGPPN (2018) wurde das ärztliche Personal am Wenigsten erwähnt. Natürlich lässt sich argumentieren, dass hauptsächlich das Pflegepersonal mit den Patient*innen interagiert,

gerade während der ärztlichen Bereitschaftsdienstzeit. Außerdem sind bei den meisten Fixiermaßnahmen, gerade im Bereitschaftsdienst, immer nur ein*e Arzt*Ärztin anwesend. Daher ist der Datensatz sehr gering und die individuellen Faktoren dieser Ärzt*innen sind nicht abschätzbar. Interessant wäre dennoch zu untersuchen, ob es auch einen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Stationsbesetzung und der Berufserfahrung der Ärzt*innen auf die Anzahl der Fixierungsmaßnahmen gibt.

Eine weitere Limitation der Untersuchung stellt der präklinische Bereich dar. Ob bereits eingangs durch den Rettungsdienst eine Fixierung durchgeführt werden musste, konnte in dieser Untersuchung aufgrund der fehlenden Datengrundlage nicht erhoben werden. Wenn der Rettungsdienst zur Zuführung in die Klinik hinzugezogen werden musste, ist anzunehmen, dass die Situation bereits präklinisch stärker eskaliert ist als bei einer freiwilligen Zuführung in Begleitung von Angehörigen. Ob die Patient*innen zusätzlich zum Rettungsdienst in Begleitung eines*r Notarztes*ärztin eintrafen, ließ sich ebenfalls nicht untersuchen. Aus klinischer Erfahrung lässt sich sagen, dass meist eine Begleitung durch den Notarzt*ärztin stattfindet. Inwieweit dies einen Einfluss auf die Fixierhäufigkeit hat, könnte in einer prospektiven Studie genauer untersucht werden.

Abschließend ist zu erwähnen, dass anhand der vorliegenden Untersuchung kein kumulativer Risikoscore entwickelt werden konnte. Inwieweit eine Zusammenfassung der relativen Risikoerhöhungen bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Einflussfaktoren möglich ist, konnte anhand der vorliegenden Untersuchung nicht berechnet werden, da nicht sicher abgeschätzt werden konnte, inwieweit die einzelnen Faktoren miteinander korrelieren. Somit können die einzelnen Faktoren nicht als sicher unabhängige Variablen gewertet werden, aber auch eine Abhängigkeit nicht sicher festgestellt werden. Damit ist eine reine Addition der relativen Risikoerhöhungen nicht möglich.

Rein klinisch betrachtet lässt sich eine Verstärkung des Einflusses der einzelnen Faktoren bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Faktoren allerdings vermuten. Auch dies sollte in weiteren Untersuchungen genauer erforscht werden.

4.9 SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie sind in jeglicher Dimension ein sensibles Thema: Sowohl rechtlich als auch aus medizinischer und natürlich ethischer Sichtweise, sowohl vom Standpunkt der Patient*innen und der Angehörigen, als auch des medizinischen Personals und der Gesamtgesellschaft. Es gilt, einen konstruktiven Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie zu entwickeln, der jegliche Betroffene möglichst gleichermaßen berücksichtigt. Insgesamt muss dabei das Wohl der Patient*innen an oberster Stelle stehen. Da Zwangmaßnahmen einen erheblichen Einschnitt in die Autonomie der Patient*innen bedeuten, ist es die oberste Maxime, dies möglichst zu vermeiden. Andererseits muss natürlich auch die Sicherheit der Mitarbeiter*innen und Mitpatient*innen und der Patient*innen selbst gewährleistet werden können.

Die Reduktion von Zwangmaßnahmen ist nur durch ein multimodales und berufsgruppenübergreifendes Gesamtkonzept zu erreichen, welches an mehreren Angriffspunkten gleichzeitig anknüpfen muss. Dabei ist die Zusammenarbeit von allen Akteur*innen in der psychiatrischen Versorgung unumgänglich. Dies schließt einerseits die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines Krankenhauses, d.h. Ärzt*innen, Pfleger*innen, Psychotherapeut*innen, uvm. ein, die unmittelbar für die Patient*innenversorgung verantwortlich sind. Gleichzeitig sind auch die Finanzträger*innen und gesundheitspolitisch Verantwortlichen gefragt, vor allem wenn es um die Bereiche Personal und bauliche Maßnahmen geht. In einem aktuellen systematischen Review wurde unter Auswertung von 20 inkludierten Studien das multifaktorielle Geschehen im Zusammenhang mit Zwangmaßnahmen herausgehoben (Beames et al. (2021)). Hier konnte keine einzige Evidenz bezüglich eines singulären Einflussfaktors nachgewiesen werden. Hierzu passen auch die eher geringen Effektstärken in den Ergebnissen dieser Untersuchung. Dies hebt klar hervor, dass für die Reduktion von Zwangmaßnahmen keine ein- sondern mehrdimensionale Konzepte erforderlich sind und die Mitarbeit aller in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen notwendig ist.

In der vorliegenden Untersuchung konnten fünf statistisch signifikante, mit einer höheren Fixierwahrscheinlichkeit einhergehende Einflussfaktoren identifiziert und die relative Risikoerhöhung für eine Fixiermaßnahme in Zusammenhang mit diesen Faktoren ermittelt werden. Eine erhöhte Fixierhäufigkeit zeigte sich bei einer niedrigeren Anzahl von Pflegekräften pro Patient*innen (relative Risikoerhöhung um 26%), einer höheren Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen auf einer Station (relative Risikoerhöhung 22%), in dem Zeitraum des pflegerischen Spätdienstes (relative Risikoerhöhung 21%), bei einer geringeren Berufserfahrung der Pflegekräfte (relative Risikoerhöhung 1% pro zusätzlichem Berufsjahr) sowie im Rahmen des Zugangsmodus mit dem Rettungsdienst.

Natürlich ist die vorliegende Untersuchung nur eine monozentrische, retrospektive Untersuchung mit einem Untersuchungszeitraum über lediglich ein Jahr und daher mit nur geringen Fallzahlen. Insbesondere prospektive Studien mit größeren Fallzahlen und umfassenderer Erhebung von möglichen Einflussfaktoren sind zur Überprüfung der Ergebnisse notwendig, um validere Aussagen zu treffen. Hierbei sollte vor allem der Einfluss der patient*innenbezogenen Faktoren mit diesem prospektiven Studienansatz fundierter untersucht werden. Des Weiteren wäre es interessant, die Rolle der Ärzt*innen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie gesondert in den Blick genommen werden. Prospektiv könnte auch der Einfluss des Fortbildungsgrades der Mitarbeiter*innen evaluiert werden, z.B. mit dem Vergleich einer Station, die intensiv ihre Mitarbeiter zu Deeskalationsmaßnahmen schult, mit einer anderen Station, die nur die Standardfortbildungen durchführt. Die in Abschnitt 4.8 beschriebenen Untersuchungen zeigen, dass in der Diskussion über wirksame Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen auch die Aussagen der Patient*innen selber deutlich stärker in den Blick genommen werden sollten, damit den Patient*innen auch die am häufigsten als wirksam erlebten Maßnahmen angeboten werden können. Spannend zu untersuchen wäre zudem der Einfluss der Visitentage auf die Fixiermaßnahmen, da die Visitentage nach klinischer Erfahrung viele Emotionen auslösen und zu erhöhten Spannungen führen können. Dabei wäre auch der Vergleich

verschiedener Visitenkulturen spannend (Raumvisite vs. Zimmervisite). Eine Auflistung dieser Ideen für weitere Nachfolgestudien finden Sie in Tabelle 9.

Formale Kriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Prospektives Studiendesign • multizentrisch • größere Anzahl Patient*innen
Inhaltliche Anregungen
<ul style="list-style-type: none"> • Interventionsstudie mit dem Thema der Schulung bezüglich Deeskalationsmethoden • Sicht der Patient*innen in der Nachbesprechung der Fixiermaßnahme • Rolle der Ärzt*innen • Einfluss von psychosozialen Faktoren der Patient*innen (z.B. sozio-ökonomischer Status, familiärer Hintergrund, Ethnizität) • Spezifikation des Fixiergrundes („Eigengefährdung“) • Zeitraum Beginn der Eskalation bis hin zur Fixiermaßnahme • Einfluss von aufeinanderfolgenden Fixierungen • Präklinischer Bereich • Einfluss der Visitentage und Visitenkultur • Einfluss von Isolierungsmöglichkeiten auf der Station • Erstellung eines Risikoscore, der bei Aufnahme das Risiko für eine spätere Fixiermaßnahme berechnet

Tabelle 10: Anregungen für eine Nachfolgestudie

Die hier vorliegende retrospektive Studie soll dazu dienen, weitere Hypothesen für künftige Studien wissenschaftlich zu generieren und klarer zu definieren, um in einem prospektiven Studiendesign gezielter der Fragestellung nach möglichen Einflussfaktoren auf die Fixierhäufigkeit in psychiatrischen Kliniken nachgehen zu können.

Als abschließendes Ziel wäre es denkbar, eine Art „Risikoscore“ zu entwickeln, der sowohl patient*innenbezogene als auch institutionelle Einflussfaktoren miteinbezieht und anhand dessen schon bei Aufnahme der Patient*innen das Risiko für eine Fixiermaßnahme im Verlauf abgeschätzt werden kann. Dadurch könnte bereits bei Aufnahme mit präventiven Maßnahmen begonnen werden, falls ein erhöhtes Risiko besteht. Dies könnte

ein wertvoller Schritt zur weiteren Reduzierung von Zwangsmaßnahmen sein.

Schließen möchte ich mit einem Zitat, welches sich gegen die stereotype Verurteilung von psychisch Erkrankten richtet: „Gewalttätigkeit gehört zu einer Möglichkeit menschlichen Handelns. Sie gehört zum Gesunden wie zum Kranken, aber nicht mehr zum Kranken als zum Gesunden – allenfalls anders.“ (Finzen et al. (1990)).

5. ZUSAMMENFASSUNG

5.1 Ziel der Studie

Zwangmaßnahmen in der Psychiatrie sind in jeglicher Dimension ein sensibles Thema: Sowohl rechtlich als auch aus medizinischer und ethischer Sichtweise, sowohl vom Standpunkt der Patient*innen und der Angehörigen, als auch des medizinischen Personals und der Gesamtgesellschaft. Daher gilt es Zwangsmaßnahmen möglichst zu vermeiden. Valide Kenntnisse über eine Risikostratifizierung sind Voraussetzung für wirksame präventive Ansätze zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In der vorliegenden Untersuchung sollen institutionelle- und patient*innenbezogene Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen am Beispiel der Abteilungspsychiatrie an der Uniklinik Köln analysiert und hierüber die relative Risikoerhöhung für eine Fixiermaßnahme während einer akutpsychiatrischen Behandlung ermittelt werden.

5.2 Methodik

Die Stichprobe umfasst alle im Jahr 2015 durchgeführten Fixiermaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Diese betreut einen innerstädtischen Versorgungssektor von 140.000 Einwohner*innen mit 96 vollstationären Betten, darunter 40 Betten auf zwei geschützten Stationen, auf denen die Fixiermaßnahmen ausschließlich durchgeführt wurden. Anhand einer selektiven Literaturrecherche und aus klinischer Erfahrung wurden Hypothesen über mögliche Einflussfaktoren generiert. Als Patient*innenbezogene Einflussfaktoren wurden das Alter, Geschlecht und die Ethnizität der Patient*innen, die Diagnose, der Zugangsmodus, die Erfahrungen aus psychiatrischen Voraufenthalten, sowie der Grund der Fixierung und deren Dauer identifiziert. Als institutionelle Einflussfaktoren wurden die Stationsbelegung- und Zusammensetzung, die Stationsbesetzung und der Zeitpunkt der Fixiermaßnahme identifiziert. Für die retrospektive Auswertung wurden die institutionellen Faktoren mittels deskriptiver Statistik, t-Test, Chi-Quadrat-

Test und Mann-Whitney-U-Test untersucht und eine logistische Regressionsanalyse durchgeführt. Für die patient*innenbezogenen Faktoren wurde ein Fall-Kontroll-Vergleich mit „matched pairs“ durchgeführt. Für diesen Vergleich wurde jeweils nur die erste Fixiermaßnahme derselben Patient*innen in die Analyse aufgenommen (n=79).

5.3. Ergebnisse

2015 wurden auf beiden geschützten Stationen insgesamt 248 Fixierungen an 79 Patient*innen durchgeführt, dies entspricht gemessen an der Gesamtzahl der vollstationären Behandlungsfälle 4,8%. 60% der fixierten Patient*innen war männlich und 40% weiblich. Der Median der Altersverteilung der Patient*innen, die eine Fixiermaßnahme erlebt haben, lag bei 43,5 Jahren.

73% der Patient*innen wurde nur einmal je Aufenthalt fixiert, aber 7% wurden auch mehr als neunmal in einem Aufenthalt fixiert. Die jeweils erste Fixierung pro Patient*in fand in 46% am Aufnahmetag statt. Insgesamt lag die Dauer der Fixierungen im Median bei 10,75 Stunden. 71% aller Fixiermaßnahmen wurden an einem Wochentag und 29% an einem Wochenende oder gesetzlichen Feiertag durchgeführt und 36% der Fixiermaßnahmen im ärztlichen Regeldienst und 64% im ärztlichen Bereitschaftsdienst. 55% aller Fixierungen wurden aus Fremdgefährdung angeordnet und 33% aus Eigengefährdung. 5% entfielen auf Eigen- und Fremdgefährdung und 7% waren unbekannt.

Bei 35% der Fälle wurde eine Diagnose aus dem Bereich der Suchterkrankungen gestellt, in 42% der Fälle aus dem Bereich „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“, 18% der Fälle aus dem Bereich „Affektive Störungen“ und in 18% der Fälle aus dem Bereich „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“.

Als statistisch signifikante, mit einer höheren Fixierwahrscheinlichkeit einhergehende Einflussfaktoren konnten eine niedrigere Anzahl an Pflegekräften pro Patient*innen (26% relative Risikoerhöhung), eine höhere Anzahl gesetzlich untergebrachter Patient*innen auf der Station (22%

relative Risikoerhöhung), der pflegerische Spätdienst (21% relative Risikoerhöhung), eine geringere Berufserfahrung der Pflegekräfte (1% relative Risikoreduktion pro zusätzlichem Berufsjahr) und der Zugangsmodus mit dem Rettungsdienst identifiziert werden.

5.4. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie können die deutlich heterogenen Erkenntnisse aus früheren Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen in der akutpsychiatrischen Behandlung in bestimmten Aspekten bestätigen. Sie zeigen insbesondere aber auch mögliche Interventionsmöglichkeiten auf, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Klinikübergreifend angelegte, prospektive Untersuchungen sind Voraussetzung für eine generelle Validierung dieser Ergebnisse und hieraus abgeleiteter Entwicklung konkreter Maßnahmen zur Reduktion von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie.

LITERATURVERZEICHNIS

Allen, M. H.; Currier, G. W.; Hughes, D. H.; Docherty, J. P.; Carpenter, D.; Ross, R. (2003): Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. In: Journal of psychiatric practice 9 (1), S. 16–38

Anderl-Doliwa B.; Breitmaier J.; Elsner S.; Kunz-Sommer B.; Winkler I. (2005): Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. Psych Pflege 2005; 11: 100–102

Andersen K.; Nielsen B.; (2016): Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors. Nordic Journal of Psychiatry 2016

American Psychiatric Association (APA), Work Group on Schizophrenia: Lehmann A.F.; Lieberman J.A.; Dixon L.B.; McGlashan T.H.; Miller A.L.; Perkins D.O.; Kreyenbuhl J. (2004): Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association (APA) (APA 2004b)

Amt für Stadtentwicklung und Statistik (2015): Kölner Stadtteilinformationen – Zahlen 2015

Baar I.; Schmitz-Buhl M.; Gouzoulis-Mayfrank E. (2021): Der KEZ – Kölner Fragebogen zu Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen. Psychiat. Prax. 2021, Publikation: 25.08.2021

Baumgardt J.; Jäckel D.; Helber-Böhlen H.; Stiehm N.; Morgenstern K.; Voigt A.; Schöppe E.; Mc Cutcheon A-K.; Velasquez Lecca E.E.; Löhr M.; Schulz M.; Bechdolf A.; Weinmann S. (2019) Preventing and Reducing Coercive Measures— An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. Front. Psychiatry 10:340

Bastiaan P.; Debus S.; Haltenhof H. (1998): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Psychiat. Prax. 25 (1998) 231-234

Beames L.; Onwumere J (2021), Risk factors associated with use of coercive practices in adult mental health inpatients: A systematic review. J Psychiatr Ment Health Nurs. <https://doi.org/10.1111/jpm.12757>

Beghi M.; Peroni F.; Gabola P.; Rossetti A.; Cornaggia C.M. (2013): Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systemic review. Riv Psichi-
atr. 48 (1): 10-22

Bleijlevens M. H. C.; Wagner L. M.; Capezuti E.; Hamers J. P. H. (2016): Physical
Restraints: Consensus of a Research Definition Using a modified Delphi Tech-
nique. Journal of the american geriatrics society 2016, 64 (11)

Bowers L. (2009): Association between staff factors and levels of conflict and
containment on acute psychiatric wards in England. In: Psychiatric services
(Washington, D.C.) 60 (2), S. 231–239. DOI: 10.1176/ps.2009.60.2.231

Bowers L. (2014): Safewards: a new model of conflict und containment on psy-
chiatric wards. Journal of Psychiatric und Mental Health Nursing, 2014, 21, 499-
508

Bowers L.; Brennan G.; Flood C.; Lipang M.; Oladapo P. (2006): Preliminary out-
comes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards:
City Nurses. In: Journal of psychiatric and mental health nursing 13 (2), S. 165–
172. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2006.00931.x

Braun, F. (2000): Mehr Frauen in die Sprache. Leitfaden zur geschlechter-ge-
rechten Formulierung. Kiel: Frauenministerin des Landes Schleswig-Holstein. 3.
Auflage 2000

Bretschneider W. (2012): Fixierungsmaßnahmen in Krankenhäusern – Ein wun-
der Punkt. Gesundheitswesen 2012; 74: 812-817

Bruce M.; Cobb D.; Clisby H.; Ndegwa D.; Hodgins S. (2014): Violence and crime
among male inpatients with severe mental illness: attempting to explain ethnic
differences. In: Social psychiatry and psychiatric epidemiology 49 (4), S. 549–
558. DOI: 10.1007/s00127-013-0760-5

Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar
2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 7 des Geset-
zes vom 31. Januar 2019 (BGBl. I S. 54) geändert worden ist.

Bushman BJ (2002): Does Venting Anger Feed or Extinguish the Flame? Catharsis, Rumination, Distraction, Anger, and Aggressive Responding. In: PSPB, Vol. 28, S. 724–731

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15 -, Rn. (1-131)

Cheung P.; Schweitzer I.; Tuckwell V.; Crowley K. C. (1997): A prospective study of assaults on staff by psychiatric inpatients. In: *Medicine, science, and the law* 37 (1), S. 46–52. DOI: 10.1177/002580249703700112

Cording C.; Weig W. (Hrsg). *Zwischen Zwang und Fürsorge. Die Psychriatriegesetze der deutschen Länder*. Baden–Baden: Deutscher Wissenschafts–Verlag, 2003

Cornaggia C. M.; Beghi M.; Pavone F.; Barale F. (2011): Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Res* 2011; 198: 10-20

Corrigan P. W.; Hirschbeck J. N.; Wolfe, M. (1995): Memory and vigilance training to improve social perception in schizophrenia. In: *Schizophrenia research* 17 (3), S. 257–265

Council of Europe Steering Committee on Bioethics Working Party on Psychiatry (CEBP) (Hg.) (2000): *White paper on the protection of human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishments* (CEBP 2000). Online verfügbar unter [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIRJUR\(2000\)2WhitePaper.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/DIRJUR(2000)2WhitePaper.pdf).

Curie, C. G. (2005): SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. In: *Psychiatric services* (Washington, D.C.) 56 (9), S. 1139–1140. DOI: 10.1176/appi.ps.56.9.1139

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. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 127 (4), S. 255–268. DOI: 10.1111/acps.12053

Deister A. (2005) Milieutherapie. In: Möller H-J, Laux G, Deister A, Braun-Scharm H (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 798-805

Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode (2012): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG), Drucksache 17/8986, 14.03.2012

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen - Eine ethnische Stellungnahme der DGPPN. Nervenarzt. 85 (11):1419–1431

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. AWMF-Register Nr. 038-022. Fassung vom 10.09.2018

Dijkstra A.; Pieterse M.; Pruyn A. (2008): Stressreducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: The mediating role of perceived attractiveness. Prev Med 47: 279-283

Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M (2011): Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems. Perspectives in Psychiatric Care 48 (2012) 95–107

Donat, D. C. (2002): Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. In: Psychiatric rehabilitation journal 25 (4), S. 413–416

Dyer, C. (2003): Unjustified seclusion of psychiatric patients is breach of human rights. In: BMJ (Clinical research ed.) 327 (7408), S. 183. DOI: 10.1136/bmj.327.7408.183-b

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (Hg.) (2003): Report to the German Government on the visit to Germany carried out by the European Committee for the Prevention

of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 3 December to 15 December 2000 (CPT/Inf(2003))

Fazel S.; Gulati G.; Linsell L.; Geddes J. R.; Grann M. (2009): Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. In: PLoS medicine 6 (8), e1000120. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000120

Fahrmeir L.; Kneib T.; Lang S. (2009): Regression – Modelle, Methoden und Anwendungen. 2nd edition. Berlin, Heidelberg: Springer 2009

Finzen A. (1990): Psychiatrie zwischen Hilfe und Gewalt. Sozialpsychiat. Info. 20 (1990) 29-34

Flammer E.; Steinert T. (2013): Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. Front Psychiatry 2015; 6: 153

Flammer, E.; Steinert, T.; Eisele, F.; Bergk, J.; Uhlmann, C. (2013): Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. In: Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH 9, S. 110–119. DOI: 10.2174/1745017901309010110

Flammer E.; Steinert T. (2019): Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. Psychiatrische Praxis 2019.46:82-89

Fleischman A.; Werbeloff N.; Yoffe R.; Davidson M.; Weiser M. (2014): Schizophrenia and violent crime: a populationbased study. In: Psychological medicine 44 (14), S. 3051–3057. DOI: 10.1017/S0033291714000695

Fogel D.; Steinert T. (2012): Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. Lege Artis 2012; 2: 28-33

Freeman M.; Pathare S. (2005): WHO resource book on mental health, human rights and legislation: World Health Organization

Fritz U.; Mack B.; Rave-Schwank M. (1991): Gewalt in der Psychiatrie – Evaluation der Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. Psychiat. Prax. 18 (1991) 162-166

Garriga M.; Pacchiarotti I.; Kasper S.; Zeller S. L.; Allen M. H.; Vázquez G.; Bal-dacara L.; San L.; Hamish McAllister-Williams R.; Fountoulakis K. N.; Courtet P.; Naber D.; Chan E. W.; Fagiolini A.; Möller H. J.; Grunze H.; Llorca P. M.; Jaffe R. L.; Yatham L. N.; Hidalgo-Mazzei D.; Passamar M.; Messer T.; Bernardo M.; Vi-eta E (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The world journal of biological psychiatry* 2016; 17: 86-128

Gaebel W.; Falkai P. (2010): *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Ver-halten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer; 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): *Beschluss des gemeinsamen Bundes-ausschusses über die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik – Erstfassung, 19.09.2019*

Gerlinger G.; Deister A.; Heinz A.; Koller M.; Müller S.; Steinert T.; Pollmächer T. (2018): *Nach der Reform ist vor der Reform – Ergebnisse der Novellierungspro- zesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer*. *Der Nervenarzt*. September 2018

Gernot W.; Nau J.; Oud NI. (2012): *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber Verlag

Gesellschaft für Informatik e.V. (1999): *Gleichbehandlung im Sprachgebrauch; März 1999*. www.gi.de/fileadmin/redaktion/Download/gi-gleichbehandlung.pdf. Zuletzt gefunden am 22.04.2014

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Landesrecht NRW. Abschnitt IV: §20

Goodness K. R.; Renfro N. S. (2002): *Changing a culture: a brief program analy- sis of a social learning program on a maximum-security forensic unit*. In: *Behavi- oral sciences & the law* 20 (5), S. 495–506. DOI: 10.1002/bsl.489

Grube M. (2014): *Pathologische Kreatinkinasewerte (CK) und Zwangsmaßnah- men in der Akutpsychiatrie*. *Psychiat. Prax* 2014: 41:153-159

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das

zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. März 2019 (BGBl. I S. 404) geändert worden ist.

Grupp D. (2018): Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik – Kalkulationshilfe für die Budgets 2018/19; KU Gesundheitsmanagement 5/2018

Hadi F.; Khosravi T.; Vahid Shariat S.; Hossein A.; Nadoushan J. (2015): Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. Med J Islam Repub Iran 2015. Vol. 29:296

Harrington J.; Reubold U. (2018): Mixed Models, veröffentlicht unter: https://www.phonetik.uni-muenchen.de/~jmh/lehre/sem/ss18/statistikR_files/MixedModels.html

Heinz T. (2017): Die Zulässigkeit von Patientenfixierungen: Zu den rechtlichen Grenzen im Umgang mit gefährlichen und gefährdeten Patienten im Krankenhausalltag, QM Praxis in der Pflege 2017

Henke F. (2006): Fixierungen in der Pflege – Rechtliche Aspekte und praktische Umsetzung. Kohlhammer 2006

Herrera J. M.; Lawson W. B. (1987): Effects of consultation on the ward atmosphere in a state psychiatric hospital. In: Psychological reports 60 (2), S. 423–428. DOI: 10.2466/pr0.1987.60.2.423

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. Psychiat Prax 2017; 44(02): 85-92

Hirsch S. (2017): Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken – ein systematisches Review. Im Internet: <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/8372>

Hirsch S.; Steinert T. (2019): Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen – Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Reduktion. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115. Heft 19. S. 336-343

Hoch J. S.; O'Reilly R. L.; Carscadden J. (2006): Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder. In: Psychiatric services (Washington, D.C.) 57 (2), S. 179–181. DOI: 10.1176/appi.ps.57.2.179

Huckshorn K. A. (2006): Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. In: Administration and policy in mental health 33 (4), S. 482–491. DOI: 10.1007/s10488-005-0011-5

Huf G.; Coutinho E. S. F.; Adams C. E.; TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *PsycholMed* 2012;12: 1–9

Ilkiw-Lavalle O.; Grenyer B. F. S. (2003): Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. In: Psychiatric services (Washington, D.C.) 54 (3), S. 389–393. DOI: 10.1176/appi.ps.54.3.389

Irmen L.; Linner U. (2005): Die Repräsentation generisch maskuliner Personenbezeichnungen. Eine theoretische Integration bisheriger Befunde. In: Zeitschrift für Psychologie, 213 (3), 167-175. Göttingen 2005: Hogrefe

James D. V.; Fineberg N. A.; Shah A. K.; Priest R. G. (1990): An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. In: The British journal of psychiatry : the journal of mental science 156, S. 846–852

Johannessen J. O.; Mcglashan T.H.; Larsen T.K.; Horneland M.; Joa I.; Mardal S. (2001): Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2001; 51:39-46

Kallert T. W.; Glöckner M.; Onchev G.; Raboch J.; Karastergiou A.; Solomon Z.; Magliano L.; Dembinskas A.; Kiejna A.; Nawka P.; Torres-Gonzalez F.; Priebe S.; Kjellin L. (2004): The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data. *World Psychiatry* 4:3 - October 2005

Kallert T. W.; Jurjanz L.; Schnall K.; Glöckner M.; Gerdjikov I.; Raboch J.; Georgiadou E.; Solomon Z.; Corrado de Rosa; Dembinskas A.; Adamowski T.; Nawka P.; Hernandez C.; Björkdahl A. (2007): Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung. *Psychiat Prax* 2007; 34, Supplement 2: S.233-240

Kallert T. W.; Rymaszewska J.; Torres-González F. (2007): Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries Implications for Clinical Practice. In: *International Journal of Forensic Mental Health* 6, S. 197–207

Kelly E. L.; Subica A. M.; Fulginiti A.; Brekke J. S.; Novaco R. W. (2015): A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. In: *Journal of advanced nursing* 71 (5), S. 1110–1122. DOI: 10.1111/jan.12609

Ketelsen R.; Pieters V. (2004): Prävention durch Nachbetreuung. Maßnahmen zur tertiären Prävention. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hg.): *Seelische Krise und Aggressivität*. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 67–78

Ketelsen R.; Zechert C.; Driessen M.; Schulz M. (2007): Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 14 (1), S. 92–99. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01049.x

Ketelsen R.; Schulz M.; Driessen M. (2011) Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 105 – 111

Klimitz H.; Uhlemann H.; Fähndrich E. (1998): Fixieren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierungen in einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung – Eine prospektive Studie. *Psychiatrische Praxis*. 25: 235-239

Kudumija Slijepcevic M.; Jukic V.; Novalic D.; Zarkovic-Palijan T.; Milosevic M.; Rosenzweig I. (2014): Alcohol abuse as the strongest risk factor for violent offending in patients with paranoid schizophrenia. In: *Croatian medical journal* 55 (2), S. 156–162

KUGA Aggressionsmanagement; www.kuga.de, zuletzt gefunden am 03.12.2019

Landtag Nordrhein-Westfalen (2016): Gesetzentwurf der Landesregierung Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten; 16. Wahlperiode Drucksache 16/12068. (Internetverlinkung zur aktuellen Fassung des PsychKG NRW: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000086 – mit Stand vom 1.8.2019)

Levecke B. (2006): Deutsche Sprache = Männersprache? Vom Versuch einer „Geschlechtsumwandlung“. Copyright: Goethe-Institut, Online-Redaktion, 2006. www.goethe.de/lhr/prj/mac/spw/de1728783.htm. Zuletzt gefunden am 22.04.2014

Lincoln T.M.; Heumann K.; Teichert M. (2014): Das letzte Mittel? Ein Überblick über die politische Diskussion und den Forschungsstand zum Einsatz medikamentöser Zwangsbehandlung in der Psychiatrie Verhaltenstherapie 2014; 24: 22–32

Linaker O.M.; Busch-Iversen H. (1995): Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 250-254

Löhr M. (2015): Das Safewards-Modell – Konflikte und Einschränkungen verhindern und Partizipation ermöglichen. *Psychosoziale Umschau* 01/2015; 16-17

Löhr M.; Liekenbrock A.; Vilsmeier F.; Hemkendreis B.; Nienaber A.; Klessmann R.; Wabnitz P.; Schindler C.; Sauter D.; Oppermann G.; Ludowisy-Dehl S.; Schulz M.; Heuft G. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. *Z Psychosom Med Psychother* 62/2016, 150-166

Lykke J.; Austin S. F.; Morch M. M. (2008): Cognitive milieu therapy and restraint within dual diagnosis populations. In: *Ugeskrift for laeger* 170 (5), S. 339–343.

Marder S. R. (2006): A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. In: *The Journal of clinical psychiatry* 67 Suppl 10, S. 13–21

Martin V.; Bernhardsgrutter R.; Gobel R.; Steinert T. (2007) Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. *Psychiat Prax* 2007; 34 (Suppl. 02): S212 – S217

Martin V.; Kuster W.; Baur M.; Bohnet U.; Hermelink G.; Knopp M.; Kronstorfer R.; Martinez-Funk B.; Roser M.; Voigtländer W.; Brandecker R.; Steinert T. (2006): Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiat Prax* 2007; 34: 26-33

Meehan T.; Vermeer C.; Windsor C. (2000): Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. In: *Journal of advanced nursing* 31 (2), S. 370–377

Nelstrop L.; Chandler-Oatts J.; Bingley W.; Bleetman T.; Corr F.; Cronin-Davis J.; Fraher D. M.; Hardy P.; Jones S.; Gournay K.; Johnston D.; Pereira S.; Pratt P.; Tucker R.; Tsuchiya A. (2006): A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. In: *Worldviews on evidencebased nursing* 3 (1), S. 8–18. DOI: 10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x

Ng B.; Kumar S.; Ranclaud M.; Robinson E. (2001): Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 52 (4), S. 521–525. DOI: 10.1176/appi.ps.52.4.521

Nijman HLI, Rector G.(1999): Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 50(6) 1999 830–831.

Nitschke-Janssen M.; Branik E. (2006): Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (2006) 4, S. 255-270

Niveau G. (2004): Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 19 (3), S. 146–154. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2003.12.002

Olszewski K.; Jäger M. (2015): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. In *Fo|Neurologie & Psychiatrie* 2015; 17 (7-8)

O'Malley J.; Frampton C.; Wijnveld A. M.; Porter R. (2007): Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. In: Journal of Psychiatric Intensive Care 3, S. 93–100

Petti T. A.; Mohr W. K.; Somers J. W.; Sims L. (2001): Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. In: Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc 14 (3), S. 115–127.

ProDeMa – Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement, Leitung: Gerd Weissenberger; www.prodema-online.de zuletzt gefunden am 03.12.2019

Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930), die zuletzt durch Artikel 54 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist.

Raboch J.; Kalisova L.; Nawka A.; Kitzlerova E.; Onchev G.; Karastergiou A.; Magliano L.; Dembinskas A.; Kiejna A.; Torres-Gonzales F.; Kjellin L.; Priebe S.; Kallert T. W. (2010): Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization. Findings From Ten European Countries. PSYCHIATRIC SERVICES October 2010 Vol. 61 No. 10

Rasmussen, K.; Levander, S. (1996): Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. In: International journal of law and psychiatry 19 (1), S. 27–37

Reimer F.; Starz H. (1989): Gewalt und Sicherheit im psychiatrischen Krankenhaus. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 5 (1989) 195-198

Roche M.; Diers D.; Duffield C.; Catling-Paull C. (2010): Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. In: Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing 42 (1), S. 13–22. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x

Rohe T.; Dresler T.; Stuhlinger M.; Weber M.; Strittmatter T.; Fallgatter A. J. (2017): Bauchliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. Nervenarzt 2017, 88:70-77

Roßberg D. (2009): Aggression und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Charakteristika zwangsweise untergebrachter Patienten. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2009

Scheider A.; Hommel G.; Blettner M. (2010): Linear regression analysis – part 14 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int 2010; 107 (44): 776-82. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0776

Schouler-Ocak, M. (2015): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In: Der Nervenarzt 86 (11), S. 1320–1325

Sigrunarson V.; Moljord I.E.; Steinsbekk A.; Eriksen L.; Morken G. (2017): A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. Nord J Psychiatry 2017; 71: 120–5

Singh J.; Fazel S. (2010): Forensic Risk Assessment - A Metareview. In: Criminal Justice and Behavior - CRIM JUSTICE BEHAV 37 (9), S. 965–988. DOI: 10.1177/0093854810374274

Soloff P. T.; Gutheil T. G.; Wexler J. D. (1985): Seclusion and restraint in 1985: a review and update. Hosp. Com. Psychiatry 36 (1985) 652-657

Statistisches Bundesamt: Gesellschaft und Staat, Bevölkerung, Migration und Integration. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration.html>, zuletzt geprüft am 02.08.2016

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. Psychiatr Serv 2013;64: 1012–1017

Steinert T.; Bohnet U.; Eisele F.; Martin V.; Martinez-Funk B.; Roser M. (2006): Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bei Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. Epidemiologie und Qualitätsaspekte. Nervenarzt 2006; 12: 1539–1544

Steinert T.; Bohnet U.; Flammer E.; Lüchtenberg D.; Eisele F. (2009): Effekte eines Kraft- und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei

Demenzpatienten in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Psychiat Prax* 2009; 36: 273–278

Steinert T.; Lepping P.; Bernhardsgrutter R.; Conca A.; Hatling T.; Janssen W.; Keski-Valkama A.; Mayoral F.; Whittington R. (2009): Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889 – 897

Steinert T.; Schmid P.; Abderhalden C.; Needham I. (2004): Management von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern. *Krankenhauspsychiatrie* 2004; 15: 146-150

Steinert T.; Zinkler M.; Elsasser-Gaissmaier H-P.; Starrach A.; Hoppstock S.; Flammer E. (2014): Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiat Prax* 2015; 42: 377 – 383

Steinhäuser, T.; Martin, L.; Lersner, U. von; Auckenthaler, A. (2014): Konzeptionen von „transkultureller Kompetenz“ und ihre Relevanz für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Ergebnisse eines disziplinübergreifenden Literaturreviews. In: *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie* 64 (09/10), S. 345–353

Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.06.2019 (BGBl. I S. 844) m.W.v. 28.06.2019

Teitelbaum A.; Lahad A.; Calfon N.; Gun-Usishkin M.; Lubin G.; Tsur A. (2016): Overcrowding in Psychiatric Wards is Associated With Increased Risk of Adverse Incidents. In: *Medical care* 54 (3), S. 296–302. DOI: 10.1097/MLR.0000000000000501

Thomsen C.T.; Benros M.E.; Maltesen T.; Hastrup L.H.; Andersen P.K.; Giacco D.; Nordentoft M. (2018): Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: a nationwide prospective multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 137: 355–63

Ulrich R. S.; Simon R. F.; Losito B. D.; Fiorito E.; Miles M. A.; Zelson M. (1991): Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol* 1991; 11: 201-30

Valdes-Stauber J.; Deinert H.; Kilian R. (2012): Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992–2009). *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80:267 – 275

Van der Schaaf P. S.; Dusseldorp E.; Keuning F. M.; Janssen W. A.; Norrthoorn E. O. (2012): Impact of the physical environment of psychiatric wards in the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202, 142–149.

Veitkamp E.; Nijman H.; Stolker J. J.; Frigge K.; Dries P.; Bowers L. (2008): Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 209–211

Virtanen M.; Vahtera J.; Batty, G. D.; Tuisku K.; Pentti J.; Oksanen T.; Salo P.; Ahola K.; Kivimäki M. (2011): Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 198 (2), S. 149–155. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.082388

Weinmann S.; Weinmann S.; Reker T.; Becker T. (2008): Soziotherapie. In: Laux HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 871-882

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2018), Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), bearbeitet von Dr. med. Bernd Graubner. ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – German Modification. 162-177

Whitecross F.; Seery A.; Lee S. (2013): Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. In: *International journal of mental health nursing* 22 (6), S. 512–521. DOI: 10.1111/inm.12023

Whittington R.; Bowers L.; Nolan P.; Simpson A.; Neil L. (2009): Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *PsychiatrServ* 2009; 60: 792–798

Wing J. K.; Brown G.W. (1970): *Institutionalism und Schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge

Witt K.; van Dorn R.; Fazel S. (2013): Risk factors for violence in psychosis: systematic review and metaregression analysis of 110 studies. In: *PloS one* 8 (2), e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942

Wolf C.; Best H. (Hrsg.): *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (2011)

Woods P.; Almvik R. (2002): The Broset violence checklist (BVC), *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106 (Suppl. 412): 103-105

Zinkler M.; Kousse mou J. M. (2013): Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht Psychiatr* 2014; 32: 142–147

Zinkler M.; Kousse mou J. M. (2012): Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung – drei Fallberichte. *Recht Psychiatr* 2013; 31: 76–79