

Teilprojekt 5

Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter

Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen (Qualitative Analyse)

Verantwortliche Leitung: Fr. Dr. Lieselotte Mahler, Fr. PD Dr. Christiane Montag, Hr. Dr. Alexandre Wullschlegler

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
 - 4.1. Ziele des Projekts
 - 4.2. Projektstruktur
5. Ablauf der Studie
 - 5.1. Studiendesign
 - 5.2. Studienpopulation
 - 5.3. Erfasste Outcome-Parameter
 - 5.4. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
 - 7.1. Quantitative Ergebnisse
 - 7.2. Qualitative Ergebnisse
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

3. Zusammenfassung

Das Teilprojekt widmet sich der Frage des subjektiven Erlebens von Zwang im stationären Rahmen und der Einflussfaktoren, die zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen (ZM) beitragen. Im Rahmen der durchgeführten quantitativen und qualitativen Analysen der TP 4 und 5 wurden Daten zu diesen Themen erfasst.

Auf der quantitativen Ebene wurde der belastende bzw. der traumatisierende Charakter durchgeführter Zwangsmaßnahmen näher erforscht (TP 5). Die erhobenen Daten zeigen, dass 81,8% der Patientinnen und Patienten Zwangsmaßnahmen als extrem belastend erlebten (Coercion Experience Scale (CES)) und, dass 71% der Befragten eine peritraumatische Reaktion zeigten, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS darstellt (Peritraumatic Distress Inventory (PDI)) erlebt. Darüber hinaus konnte in der Stichprobe des TP 5 festgestellt, dass bei 20.5% der Pat. der klinische Verdacht einer PTBS bestand (Impact of Events Scale (IES)). Eine nähere Betrachtung dieser Zahlen mittels einer

Regressionsanalyse zeigte, dass die Patientenwahrnehmung der Gründe, die zu der ZM führten, als struktur- oder personalbezogen das Erleben von den ZM als belastend bzw. traumatisch signifikant prädierte. Psychiatrisch Tätige und Institutionen sind hiermit gefordert, einen besonderen Fokus auf die Prävention von Traumafolgestörungen bei Patientinnen und Patienten, die ZM erlebten, zu legen. Darüber hinaus weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass vermehrt auf eine transparente Kommunikation bzgl. getroffener Entscheidungen und die Aufrechterhaltung von Kontakt und Beziehung geachtet werden soll, auch und insbesondere im Rahmen von ZM.

Die erhobenen qualitativen Daten zeigen, dass ZM sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Mitarbeitenden in vielen Fällen einschneidende Ereignisse darstellen, die auf Seiten der Patientinnen und Patienten oft mit Gefühlen von Angst, Autonomieverlust, Bevormundung und Erniedrigung einhergehen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung vor und während der ZM scheint dabei eine zentrale Bedeutung zu haben. Patientinnen und Patienten legen dabei einen besonderen Wert auf eine transparente und ehrliche Kommunikation und auf das Gefühl, fair behandelt zu werden.

Mitarbeitende betonten ebenfalls auch die Rolle einer kontinuierlichen und kontakthaltenden Betreuung während der ZM, auch wenn sie diese oft als extrem unangenehm und als im Konflikt mit ihrem Berufsbild empfinden.

Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende erwähnten auch verschiedene Faktoren, die zur Anwendung von Zwang beitragen. Darunter wurden vor allem strukturelle Aspekte genannt, u. a. ein ungenügendes Therapieangebot, enge Räumlichkeiten mit fehlenden Rückzugsmöglichkeiten oder Überbelegung der Stationen. Personalmangel wurde als zentral erwähnt. Darüber hinaus wurden aber auch hier wiederum Aspekte der Beziehung, und insbesondere des gegenseitigen Verstehens und der Individualisierung der Behandlung, sowie der Haltung zu Zwang thematisiert.

Letztlich wurde von Patientinnen und Patienten thematisiert, dass ZM nur ein Teil eines insgesamt von Zwang geprägten stationären Kontextes seien. Intransparente Entscheidungen, Kommunikationsschwierigkeiten, der Druck, Medikamente zu nehmen, und die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch z.B. eine geschlossene Tür, wurden alle als besonders wichtige Aspekte dieses „Zwangsklimas“ genannt. In dieser Hinsicht werden Kliniker und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gefordert, den Aspekt des informellen Zwangs vermehrt in Fokus deren Bemühungen zu nehmen.

4. Ausgangslage

Aus Kasuistiken, Psychoseseminaren und Interviewstudien ist bekannt, dass Zwangsmaßnahmen von den betroffenen Menschen sehr unterschiedlich verarbeitet werden. Das retrospektive Erleben von Zwang variiert zwischen Wut, Hilflosigkeit, Angst, Scham oder Demütigung bis hin zur Traumatisierung einerseits und Erleichterung, Ruhe oder Sicherheit andererseits. Zwang und Zwangsmaßnahmen stellen zudem eine besondere Belastung für die Mitarbeitende dar. Faktoren, die die Anwendung und das Erleben von Zwang beeinflussen, sind noch unzureichend erforscht.

4.1. Ziele des Projekts:

Ziele des TP sind:

- das Ausmaß des belastenden und traumatisierenden Charakters von Zwangsmaßnahmen
- die Faktoren, die dieses Erleben beeinflussen
- die Einflussfaktoren, die die Anwendung von Zwang im stationären Rahmen begünstigen
- die Charakteristiken des subjektiven Erlebens von Zwang seitens der Mitarbeitenden

zu untersuchen.

4.2. Projektstruktur:

Das ursprünglich geplante Studiendesign konnte wie in den letzten Zwischenberichten beschrieben, auf Grund begrenzter Kapazität, nicht durchgeführt werden. Es wurde entschieden, zum Zweck des Erreichens der TP-Ziele, quantitative Daten aus den TP 4 und 5 sowie qualitative Daten aus diesen beiden TP gesondert auszuwerten. Dafür wurden auch Fragen, die die TP-Ziele betreffen, in die verschiedenen entwickelten Leitfäden und Befragungsinstrument integriert.

5. Ablauf der Studie

5.1. Studiendesign

Es handelt sich um eine Studie mit einem *mixed-methods* Ansatz, wobei quantitative und qualitative Untersuchungen kombiniert werden. Es wurden Datenquellen aus den TP 4 und 5 benutzt.

5.2. Studienpopulation

Die hier ausgewerteten und zusammengefassten Daten wurden im Rahmen der TP 4 und 5 erfasst. Die Beschreibung der jeweiligen Studienpopulation und der Randomisierungs- bzw. Auswahlmethoden sind aus den entsprechenden Berichten zu entnehmen.

5.3. Erfasste Outcome-Parameter

Quantitative Daten:

- Belastender Charakter von Zwangsmaßnahmen: Coercion Experience Scale (CES) (aus TP 5)
- Traumatisierender Charakter von ZM: Peritraumatic Distress Inventory (PDI) und Impact of events Scale (IES) (aus TP 5)
- Erfassung der von den Pat. erlebten Gründe, die zu der Anwendung von Zwang führten: Patientinnen und Patienten wurden gefragt, verschiedene Gründe, die aus deren Sicht eine Rolle in der Anwendung von Zwang gespielt haben, auf einer 4-Punkte Likert-Skala zu bewerten (0=nein, 1=kaum, 2=ziemlich, 3=ja) (aus TP 5).

Qualitative Daten:

- Fragen nach dem Erleben von Zwangsmaßnahmen
- Fragen nach dem Erleben anderer Formen von informellem Zwang
- Fragen nach den Einflussfaktoren, die zum Ansatz von ZM beitragen

5.4. Datenauswertung

Quantitative Daten:

Die im Rahmen des TP 8 erfasste Daten (CES, PDI, IES-R, Gründe für ZM) wurden zunächst und Studiengruppenübergreifend deskriptiv ausgewertet. Es wurde zudem eine einzelfaktorielle ANOVA mit den jeweiligen Variablen (CES, PDI, IES-R, Gründe für ZM) als abhängige Variablen und der Art der Index Zwangsmaßnahme als Faktor gerechnet, zusammen mit einer Kontrastanalyse.

Was die von Patientinnen und Patienten angegebenen Gründe für ZM angeht, wurden die zusätzlich in zwei Gruppen aufgeteilt: „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“.

Für diese zwei Gruppen wurden Mittelwerte gerechnet. Die Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS zu leiden, wurde anhand der von den Deutschen Übersetzern des IES entwickelten Formel gerechnet. Es wurde zwei Regressionsanalysen durchgeführt. Die erste soll die Vorhersehbarkeit des belastenden Charakters von ZM (CES) (abhängige Variable) durch folgende unabhängige Variablen: Geschlecht, Diagnose, CGI-S, GAF, Negativsymptome, fehlende Einsicht, Art der ZM, jeweiliger Mittelwert der Kategorien „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“, Ratio zwischen diesen beiden Kategorien. Die zweite wurde mit der abhängigen Variable PDI und denselben unabhängigen Variablen durchgeführt, um die Vorhersehbarkeit des traumatisierenden Charakters von ZM zu prüfen. Beide Regressionsanalysen wurden mit der Einschlussmethode durchgeführt.

Qualitative Daten:

Daten aus den 8 Einzelinterviews und den insgesamt 15 durchgeführten Fokusgruppen wurden analog zu den TP 4 und 5 mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) ausgewertet.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Wie im Punkt 4.2. erläutert, das ursprünglich geplante Studiendesign konnte nicht umgesetzt werden. Grund dafür war, dass die Ressourcen des Forschungsteams, die durch die anderen TP gebunden wurden, für die Umsetzung dieses TP nicht mehr genügten. Dennoch führte diese Designänderung dazu, dass die hier dargestellten Auswertungen der Qualität und dem Umfang der im Rahmen der anderen TP erhobenen Daten gerecht werden konnte.

Das geänderte Design hat auch zum Vorteil, die Perspektiven der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden zu berücksichtigen und gegenüberzustellen. Durch diese beiden Sichtweisen konnten also wichtige Parameter der Anwendung von Zwang erläutert werden. In ähnlicher Weise liefert auch die gesonderte Betrachtung quantitativer Daten, die im Rahmen der anderen TP erhoben wurden, bedeutende Ergebnisse, die das Ausmaß der Belastung von Patientinnen und Patienten durch Zwangsmaßnahmen beleuchten.

Trotz dieser Designänderung konnten die Ziele des TP im Rahmen des vorgesehenen Zeitplans erreicht werden.

Dass im Rahmen dieses neuen Designs keine Beteiligung von Peer-Forscherinnen und -Forscher erfolgen konnte muss als tatsächliche Limitierung dieses TP angemerkt werden. Trotz der Einbeziehung von Daten aus den anderen Teilprojekten wurde auch nicht möglich, die Anzahl von 100 Interviews zu erreichen.

7. Ergebnisse

7.1. Quantitative Ergebnisse

Ergebnisse sind in Tab. 3 zusammengefasst.

Belastender Charakter von Zwangsmaßnahmen: Coercion Experience Scale (CES):

Der durchschnittliche Gesamtscore in der Gesamtstichprobe des TP 5 betrug 95,79 (SD=31,10). Die durchgeführte ANOVA zum Vergleich der verschiedenen Arten von Zwangsmaßnahmen weist auf einen signifikanten Unterschied hin. Die Kontrastanalyse zeigte, dass sich dabei Patientinnen und

Patienten, die eine Fixierung erlebt haben ($M=101,72$, $SD=3,76$), signifikant unterscheiden von Patientinnen und Patienten, die eine Isolierung erlebten ($M=85,366$, $SD=32,35$) ($p=0,019$). 81,8% der befragten Patientinnen und Patienten zeigten CES-Werte über den von den Autoren der Skala vorgeschlagenen Cut-Off von 70 Punkte.

Traumatisierender Charakter von ZM:
Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

In der Gesamtstichprobe, der Durchschnittswert des PDI betrug 22,87 ($SD=12,99$). Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den angewandten Zwangsmaßnahmen. Bei 71% der Patientinnen und Patienten war der PDI-Gesamtscore über den von Guardia et al. Vorgeschlagenen Cut-off von 14 Punkte.

Impact of events Scale (IES-R)

In der Gesamtstichprobe betrug die Mittelwerte der IES-R Subskalen: 11,00 ($SD=10,51$) bei der Intrusion-Subskala, 17,54 ($SD=12,09$) bei der Vermeidung-Subskala, und 11,27 ($SD=9,27$) bei der Übererregung-Subskala. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Zwangsmaßnahmen. Anhand der von den deutschen Übersetzern des IES-R vorgeschlagenen Regressionsformel konnte festgestellt werden, dass 20,5% der Patientinnen und Patienten einen hohen Verdacht auf PTBS aufwiesen.

Gründe für Zwangsmaßnahmen:

Die Ergebnisse sind in der Abb. 1 zusammengefasst. Reizüberflutung, Einsichtsmangel und Inkompetenz des Personals sind die drei Gründe, denen die Patientinnen und Patienten am meisten zustimmten.

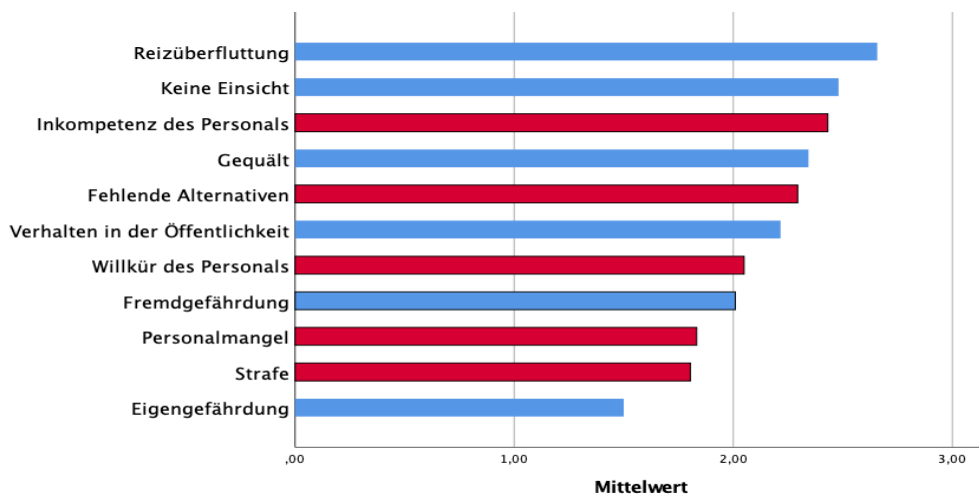


Abb. 1 Gründe für Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Gründe wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: „Fürsorgliche Gründe“ (blaue Balken) und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ (rote Balken).

Die Mittelwerte für die gebildeten Kategorien „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ betrug 2,63 ($SD=1,06$) bzw. 2,10 ($SD=0,84$).

Einflussfaktoren bzgl. der Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen:

CES: Die gerechnete lineare Regressionsanalyse war statistisch signifikant ($F(12,76)=5.055$, $p<0,001$, $R^2=0,444$). Die Variable „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ war der einzige signifikante Prädiktor des belastenden Charakters der ZM ($B=23.097$, $p=0.001$).

PDI: Die gerechnete lineare Regressionsanalyse war statistisch signifikant ($F(12,78)=1.934$ $p=0,043$, $R^2=0,229$). Hier konnte gezeigt werden, dass die Wahrnehmung der Gründe, die zu ZM führten, als

struktur- bzw. personal-bezogen der einzige Prädiktor des traumatisierenden Charakters der ZM war ($B=7.721, p=0.015$).

7.2. Qualitative Ergebnisse

7.2.1. Subjektives Erleben von Zwang

Mitarbeitende:

Der Ansatz von Zwangsmaßnahmen ruft bei Mitarbeitenden überwiegend unangenehme Gefühle hervor:

- *Ich habe auch das Gefühl, es ist natürlich was etwas was man auf jeden Fall aversiv erlebt auch als derjenige, der es durchführt (TP5; FG3)*
- *Das ist nie ein schönes Gefühl, wenn man Zwangsmaßnahmen durchführen muss (TP5; FG1)*

Mitarbeitende gaben auch an, eine gewisse Frustration in diesem Zusammenhang zu spüren:

- *Weil er überhaupt nicht mehr in den Kontakt mit uns geht und das dann irgendwo frustrierend und ich immer denken muss dann wird es wieder sein und man dann auch so ein bisschen am Ende seines Lateins ist (TP5; FG1)*

Für Mitarbeitende stellen Zwangsmaßnahmen immer eine Ausnahme dar. Allerdings berichten sie auch, dass auch, dass sie Zwangsmaßnahmen als ein unangenehmes, dennoch unvermeidbares Teil deren Arbeit sehen:

- *Tatsächlich ist es für mich ein Teil des Jobs der sicherlich keinen Spaß macht. Aber, ja halt gegeben ist. (TP5; FG1)*

Dennoch steht dieser Teil des psychiatrischen Alltags im Konflikt mit dem eigenen Berufsbild:

- *Also ich glaub das ist anders dann als bei anderen Berufen, wo viel Gewalt mit im Spiel ist, wo das aber vielleicht irgendwie keine Ahnung so wie bei der Polizei oder so, immer so mit Adrenalin und man möchte diese Action haben, also so ist es ja eigentlich nicht. [...] Und das ist halt irgendwie schon dieses paradoxe finde ich in der Psychiatrie. Dass man ja eigentlich genau das Gegenteil möchte und das dann machen muss. Und das ist halt immer unangenehm (TP5; FG3)*

Die Art und das Ausmaß der Gefühle, die von Zwangsmaßnahmen hervorgerufen werden, stehen laut Mitarbeitende auch im Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren. Erstens gaben Mitarbeitende an, dass die Psychopathologie bzw. das Verhalten der betroffenen Patientinnen und Patienten eine Rolle in deren Wahrnehmung der Situation spielt. Bei psychotischen Symptomen oder weiblichen Patientinnen wird die Zwangsmaßnahme bspw. als unangenehmer empfunden im Vergleich zu anderen Konstellationen:

- *Das ist schon ein Unterschied ob man jetzt zum Beispiel aus einer wirklichen Psychose heraus zum Beispiel passiert die Fixierung. Oder ob das halt so ein gesteuertes provokantes aggressives Verhalten ist. Dementsprechend fühlt man sich ja auch immer noch mal unterschiedlich (TP5; FG1)*
- *Es gibt Patienten, die in ihrem Erleben so wahnhaft sind. Unlängst hatten wir da eine Frau, die beispielsweise ihr gesamtes Umfeld der sexuellen Belästigung mehr oder weniger beschuldigte in ihrem Erleben. Und ja, das ist dann so ein komisches Gefühl, wenn man da sagen wir mal, noch zu viert zu fünft auf eine Patientin drauf geht sie festhalten muss und sie fixieren muss. Ich finde also bei mir macht das was, da denke ich schon drüber nach. Wir gehen, wir steigen genau in dieses Schema jetzt sozusagen von der Patientin ein (TP5; FG2)*
- *Die Psychopathologie macht auch einen großen Unterschied, wie schwer es einem fällt. Und auch das Äußere bisschen vom Patienten. Also ich glaub so Patienten, die von Anfang an total aggressiv sind und auch so ja also, da finde ich es nicht so schwer. Was ich unheimlich finde ist Patienten mit Vergiftungsängsten Zwangs zu medizieren. Ich find das ist immer so also so wenn die, was man irgendwie, wenn man quasi ihren Wahn damit so in diesem Moment bestätigt. Also das fällt mir irgendwie am schwersten und das sind ja auch oft die Patienten, die nicht voll remittieren, die einem das immer noch irgendwann vorwerfen würden (TP5; FG3)*

Die Nachvollziehbarkeit spielt laut Mitarbeitende auch eine Rolle in deren Wahrnehmung von Zwang:

- *Wenn ich die Zwangsmaßnahme von mir selbst und mit meinem Team begründen kann geht es mir damit nicht schlecht (TP5; FG1)*
- *Und das ist dann hinterher schon manchmal so, dass ich denke „Ach Mist, stimmt das hätte ich anders machen sollen“ (TP5; FG3)*

Der weitere Verlauf (Remission vs. weiterer notwendiger Ansatz von Zwangsmaßnahmen) ist laut Mitarbeitende auch ein entscheidender Faktor.

Ein besonderer Aspekt stellt das Hinzuziehen von der Polizei bei der Durchführung von ZM. Dies wird zum Teil als Schutz und Entlastung empfunden, zum Teil aber auch als zur Eskalation beitragend und als ein Faktor, der den belastenden Charakter von ZM verstärkt:

- *Aber heute war ich so froh als die Polizei da war und diese Situation, diesen Patienten (Pause) entfernt hat. Dass ich eigentlich nur erleichtert war, dass es diese Möglichkeit gab. Denn es war so gefährlich und so unangenehm. (TP5; FG3)*
- *Also manchmal ist es ja auch entlastend, dass irgendwie so, wenn die Polizei Teil dieser Gewalt übernimmt, dass wir das nicht machen müssen (TP5; FG3)*
- *Also ich finde das merkt man im Kontakt mit der Polizei oft, wenn wir Amtshilfe dazu ziehen. Dass die sozusagen die Entwürdigung der Maßnahmen und das Schamgefühl und gedemütigt werden gefühlt durch die Polizei-Interventionen häufig total schlimm ist (TP5; FG3)*
- *Aber ich glaube die Polizei verhält sich aber auch viel deutlich anders. Ich finde die Situation kippt da total oft, weil die einfach einen viel respektloseren Ton haben gegenüber dem Patienten oder genau gerade das sagen was man nicht sagen sollte in dieser Situation. (TP5; FG3)*

Mitarbeitende nannten auch in den durchgeführten Interviews verschiedene Möglichkeiten des Umgangs mit diesen Gefühlen bzw. des Vorbeugens unangenehmer Gefühle. Dabei wurde neben

standardisierten Verfahren zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen und spezifischen Fortbildungen auch die Nachsorge für angegriffene Mitarbeitende erwähnt. Betont wurde auch, dass die Arbeit im Team und die Möglichkeit des teaminternen Debriefings besonders hilfreich und wichtig sind:

- *Dadurch, dass es standardisiert ist, dass man weiß es findet zum Beispiel eine Nachbesprechung statt, also dass jeder auch direkt im Anschluss da bleibt, verhindert, dass man sozusagen emotional reagiert, gar nicht weiß: Wann werde ich das los, was ich vielleicht dafür gefühlt habe oder dass es nicht so gelaufen ist wie ich das irgendwie vielleicht abgesehen habe, oder wie auch immer. Das ist einfach einen festen Platz hat und es nicht einfach direkt auseinandergeht. Das meine ich damit. (TP5; FG2)*
- *Und ähm für mich und die Kollegen an diese Fixierung dann halt eben, würden wir dann zusammen dann halt bevor wir auseinander gehen, um weiter zu arbeiten, würde dann halt noch mal irgendwie jeder gefragt wie er sich denn halt fühlt Und dann halt dabei wie man sich findet und so. (TP5; FG2)*
- *Und vom Gefühl her ist es glaube ich einfach wichtig für mich, wenn man es dann hinterher noch mal nach zu besprechen und zu gucken, hätte man etwas anders machen können was man zunächst mal mitnehmen kann. (TP5; FG1)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten berichteten von sehr belastenden, teilweise traumatisierenden Erfahrungen während ZM. Unter anderem wurden Gefühlen der kompletten Abhängigkeit und Autonomieverlust erwähnt:

- *Ja, also man muss eben darum bitten, dass man Wasser zu trinken bekommt, dass man auf die Toilette kann bzw. man wurde festgebunden und dann kriegt man so ein Gefäß zum Urinieren oder überhaupt. (TP4; R+)*
- *Ich hatte richtig Panik, ich wusste nicht warum sie mich festmachen und ich hatte auch hier an den Armen so feste Schlingen und als ich wieder aufgewacht bin, habe ich gedacht, mein Arm fällt ab. Dann habe ich jemanden gerufen, dass man das lockerer macht und es ist keiner gekommen. Ich hatte richtig Angst. (TP4; R-)*
- *In der Fixierungssituation gab es noch eine Situation, wo die Schwester mich gefüttert hat. Das war extremst unangenehm einfach mal, also, ich sag mal, ich möchte mich dann auf gar keinen Fall da füttern lassen. Aber sie hat darauf bestanden einfach mal, weil das Essen wohl so heiß war. Und war für uns beide auf jeden Fall der totale (.) Horror einfach mal, sag ich mal so. Also, die Schwester hat das auch sehr ungern gemacht, weil sie mich eigentlich kennt aus besseren Phasen (TP5; Int 1)*
- *Kann der Mitarbeiter nicht nachvollziehen, einfach mal. Also, er sieht, dass es sehr unangenehm ist, aber er kann es nicht nachvollziehen einfach mal, was es bedeutet, ausgeliefert zu sein einfach mal, irgendwie darauf angewiesen zu sein, dass man Wasser kriegt, dass man Wasser lassen darf irgendwie. Das ist, also, das ist einfach Mist. (TP5; Int 1)*
- *Ja, die Fixierung, war schon sehr unangenehm, wie eine Vergewaltigung oder so. Und das sieht man, wenn man fixiert ist, ist man ja auch nicht auf Augenhöhe mit den Leuten, die vor einem stehen oder einen bewachen oder einen beschützen sollen oder was auch immer. (TP5; Int 3)*
- *Also jetzt die Zeit, wo ich nicht in (Name Gelände draußen), wo ich gerade mal hier in den Innenhof durfte mit Begleitung, kann ich nicht mal in (Name Gelände draußen) durfte. Das war für mich wirklich schlimm. Also da habe ich echt gelitten. Da habe ich gedacht: „Jetzt bin*

ich eingesperrt“. Das war für mich wirklich eingesperrt sein. So in Begleitung rausdürfen. Da fühlt man sich richtig gegängelt, wie ein kleines Kindchen. Das ist wirklich schwer zu ertragen. Also das fand ich sehr belastend. (TP5; Int 4)

Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit und das ständige Beobachtet-Werden wurden auch als eine massive Belastung angegeben. Viele Patientinnen und Patienten erklärten, ZM mit Fatalismus und Resignation hinzunehmen. Einige berichteten auch von dem Druck, sich beweisen zu müssen, damit die ZM beendet werde:

- *Da wurde mir auch gesagt: „Sie kommen hier nur raus, wenn Sie Medikamente nehmen.“ Und das, natürlich, das war, das war unter Druck, ja, auf jeden Fall. Die wollen das halt schnell, schnell. Sie sehen mich und sehen mich, wie ich bin, und das ist nicht gesund. Sie wissen wie ich bin, wenn ich gesund bin. Und natürlich wollen sie mir helfen und sie wissen, die Medikamente helfen. Aber immer dieses: „Nehmen sie doch mal, nehmen sie doch mal, nehmen sie doch mal.“ Oder so. Es ist halt, also diese Ganze setzt sich halt da zusammen: Medikamente, zwei Therapien, alleine gelassen. Und das ist schon eine Art Druck, denn man will ja da rauskommen. (TP5; Int 2)*

Einige Patientinnen und Patienten gaben auch an, dass ZM zum Teil eine beschützende bzw. eine beruhigende Funktion haben können:

- *Es gibt Menschen, die schmeißen sich dann vor die U-Bahn. (.) Und da ist es besser, man ist in der Klinik, selbst wenn man da fixiert wird, was sehr unangenehm ist, aber da wird man da praktisch dran gehindert diese Tat auszuführen. (TP5; Int 3)*
- *Deswegen habe ich diese Zwangsmaßnahme als ein schützendes, also sehr schützenden Raum empfunden, weil ich halt da meine Psychose, oder meine Störung, ja auch ausleben konnte, ohne dass in irgendeiner Art und Weise mir Gefahr droht. (TP5; Int 2)*

Andere Patientinnen und Patienten erwähnten dennoch auch, dass paradoxerweise ZM den Vorteil haben, dass eine kontinuierliche Betreuung bzw. eine Rückzugsmöglichkeit vorhanden sei:

- *Also der Vorteil einer Zwangsfixierung ist halt, dass ich eine 1:1 Betreuung habe. (TP4; R-)*
- *Voll schön endlich aus der Isolation raus zu kommen und raus zu dürfen. Also ich fand das schön, ja, endlich in ein normales Zimmer zu kommen. Obwohl es ist angenehm auch ein Einzelzimmer zu haben und das ist ja in der Isolation dieses Angenehme dann halt ein Einzelzimmer. Wenn man rauskommt hat man halt ein Dreibettzimmer und dann muss man sich halt auch arrangieren und das kann natürlich auch zu Komplikationen kommen*

Patientinnen und Patienten merkten auch an, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die Art des Erlebens von ZM beeinflusse:

- *Diesmal war es dann auch so, dass Frau, also die Ärztin, die es angeordnet, dass ich auch mit der ganz gut klar komme. Da geht es dann. Aber wenn man jetzt beispielsweise ein Arzt hat, der, ähm, ähm, ja, kein, ja, wie soll ich es sagen, also der Spaß hat einen zu quälen oder so, solche Menschen gibt es ja auch, aber zum Glück selten, dann ist das natürlich eine fruchtbare Traumatisierung, also es kommt einem dann wirklich vor wie eine Vergewaltigung. (TP5; Int 3)*

Über ZM hinaus berichten Patientinnen und Patienten von einer Art Zwangsklima, das das ganze Leben auf Station beeinflusst:

- *Also ich finde dieses Thema zu reden Isolation, das ist lächerlich. Das ist ein kleiner Punkt von Milliarden, die geändert werden müssen. Die Isolation, ja mag sein, traumatisches Erlebnis für manche, was auch immer. Aber das geht auch schnell vorbei, sobald man sich wieder gefangen hat, ist man da draußen. Aber die 6 Wochen in der Klinik sind nicht schnell vorbei und das ist viel, viel schlimmer. Und das ist ein traumatisches Erlebnis. Die Isolation ist ein kleiner Teil davon. Und darüber, das hätte ich mir gewünscht. Das generell gefragt wird: „Wie fühlen Sie sich in der Klinik? Was können wir in der Klinik verändern? Was kann das Pflegepersonal, was können wir, was können wir in der Einrichtung ändern? Was kann man generell?“ Zum Beispiel eine Konsole wäre auch mal was geiles oder Coachen oder einfach irgendwas, um es einfach gemütlich machen. Internet auf der ganzen Station, WLAN auf der ganzen Station. Ich meine wir sind jung. Und das sind meistens junge Leute, die auf dieser Station sind und wir werden uns da alleine überlassen. (TP5; Int 2)*

Zu diesem Aspekt gehört auch das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden bzw. seiner eigenen Expertise aberkannt zu sehen, oder unselbstständig zu sein:

- *Sie müssen sich ja vorstellen, ein Patient, der hier seit 15 Jahren mitläuft, (.) immer wieder, (.) der hat garantiert mehr Kompetenz als jeder Arzt oder jeder andere, der ihm was sagen will, einfach mal, und ihm wird diese Kompetenz jedes Mal abgesprochen. (TP5; Int 1)*
- *Also auch diese ganzen Regeln und dieses ganze Unselbstständige. Wir müssen klopfen, wenn wir Geld wollen, wir müssen klopfen, wenn wir ein Handtuch wollen, wir müssen klopfen, wenn wir das wollen. Das könnte man auch alles transparenter. Wir sind doch keine Kinder. Man wird behandelt wie ein kleines Baby. Wirklich. Als Kranker abgestempelt und behandelt wie ein Säugling, der sich, ein Kleinkind, was sich nicht um sich selbst kümmern kann. (.) Wie wäre es zum Beispiel mit gemeinsam kochen, gemeinsam Mittagessen? Das wird doch alles vorgekaut. Man hat keine Beschäftigung. Es gibt gemeinsam backen, wuhu. Eine Stunde, wo ein Patient mithelfen darf. Gemeinsam kochen, gemeinsam backen, gemeinsam Abendbrot vorbereiten, gemeinsam putzen. Du musst da nicht putzen, du musst nicht kochen, du hast da kein Leben, du bist nicht selbstständig. Wie wird, und da soll man, und da soll man dann, wenn man rauskommt selbstständig wieder sein Leben leben? (TP5; Int 2)*

Mangelnde bzw. intransparente Kommunikation sowie strenge Regeln tragen auch dazu bei:

- *Der Arzt ist sehr engagiert irgendwo und ist aber überlastet, einfach mal. Also die einfachsten Sachen, wie dass eine Kurve geändert wird oder so, gehen dann schon mal verschwunden, und dann sitzt man da, hat eigentlich Ausgang mit ihm besprochen und hat keinen Ausgang. Beziehungsweise die Medikamente, wenn sie reduziert werden sollten, sind nicht reduziert worden oder so ein Scherz. Und dann kollidiert das wieder mit dem Pflegepersonal und dann geht der Kladderadatsch wieder von vorne los. Das Pflegepersonal ist frustriert, der Patient ist frustriert und der Arzt weiß nichts davon, einfach mal, weil er einfach nur so seinen Job nicht richtig gemacht hat. (TP5; Int 1)*
- *Das einzige was man machen kann, ist Rauchen und Essen. Dann gibt es dreimal Essen und dann aber auch dieses, und dann auch immer dieses um 7 aufstehen müssen, um halb 8 zu frühstücken. Warum kann denn das Frühstück nicht wie im Hotel? Es ist kein Hotel, ja, aber dann, sollte, man sollte es mehr wie ein Hotel machen. (TP5; Int 2)*

- *Man weiß ja auch nie, und das ist, das was finde ich auch ein Problem, man weiß nie, was über einen gesprochen wird. Denn nach der Visite wird noch besprochen, also man weiß nie, was denken die Ärzte wirklich über einen, was denken die Pfleger wirklich eine und was wird über einen gesprochen. Das ist nicht Transparenz, äh, nicht transparent. Es ist nichts transparent. Sehr intransparent auf jeden Fall. (TP5; Int 2)*

Die geschlossene Tür spiele dabei auch eine zentrale Rolle:

- *Aber einfach so, die Tatsache, dass die Tür offen ist, ist schon sehr viel wert. (...) Sieht man dann auch beim Personal, dass die wesentlich weniger gestresst sind, einfach mal, dass Patienten weniger Stress haben, einfach mal, und. (...) Also das wäre eigentlich schön, wenn diese, generell diese Türen offen sein könnten beziehungsweise man könnte hier sogar die ganzen Durchgänge von einem Garten zum nächsten machen, einfach mal. Also, wenn alle Stationen gleichzeitig offen wären, könnte man sich frei bewegen zwischen drei Stationen einfach mal, könnte bei den älteren Leuten sein, könnte bei den akuten Leuten sein, könnte vorne in der Turnhalle sein, einfach mal. (TP5; Int 1)*

Druck in Bezug auf Medikation sei laut Patientinnen und Patienten auch ein Thema in diesem Zusammenhang:

- *Und ich wurde halt da also nicht unbedingt zwangsmedikamentiert, aber mir wurde halt gedroht, so, dieses: „Wenn du die Medikamente nicht nimmst, kommst du hier nie wieder raus.“ Also mir wurde, ich wurde genötigt. (TP5; Int 2)*

7.2.2. Einflussfaktoren

Mitarbeitende:

Zu der Frage, welche Faktoren zu der Anwendung von Zwangsmaßnahmen beitragen, wurden von Mitarbeitenden folgende Aspekte erwähnt:

Patienten-bezogene Faktoren:

Neben dem Ausmaß der psychotischen Symptome und der Anspannungszustände sowie der Unmöglichkeit, mit einer Patientin oder einem Patienten in Kontakt zu treten, spielt laut Mitarbeitende die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten, die auf Station behandelt werden, eine entscheidende Rolle in der teilweise vermehrten Anwendung von Zwang:

- *Wir haben so viele angespannte Patienten und dann ist der erste, der da fixiert werden muss und die sind dann so selbst auch angespannt, und das potenziert sich dann. (TP5; FG3)*
- *Also ich meine es häuft sich denke ich immer dann, wenn wir wirklich schwer aggressive oder es hängt eigentlich immer gerade am meisten denke ich davon ab, wenn was für Patienten wir haben. (TP5; FG3)*

Strukturelle Faktoren:

Im Vergleich zu den Patienten-bezogenen Faktoren wurden strukturelle Einflussfaktoren sehr häufig von den befragten Mitarbeitenden genannt:

Der Mangel an Beschäftigung bzw. die Langeweile auf Station, spielt laut den Mitarbeitenden eine zentrale Rolle in der Entstehung von Aggression und darauffolgenden Zwangsmaßnahmen:

- *Für vier bis sechs Wochen sind bei uns, sind wir einfach nicht ausgelegt für, also auch was unsere Therapieangebote. Die langweilen sich ja einfach zu Tode, muss man so einfach mal sagen zum Teil ja. Und dafür sind wir auch einfach nicht ausgelegt für vier bis sechs Wochen. Die die Patienten, unserer Therapieangebote ist einfach nicht darauf ausgelegt, dass ist immer noch auch auf eine Akut-Station ausgelegt. (TP5; FG1)*
- *Ja dass auch dann die Patienten hier einfach so provokant sind, weil sie sich auch einfach langweilen und auch nichts anderes einfällt was man so machen könnte. (TP5; FG1)*

Die Räumlichkeiten der Stationen wurden auch als potentielle Eskalationsfaktoren wahrgenommen. Dabei wurde erstens erwähnt, dass es teilweise an einen Außenbereich fehlt:

- *Wir sind von den Räumlichkeiten her zu beschränkt und haben halt keinen Garten oder so. Wo sicherlich, wenn wir einen hätten sicherlich die ein oder andere Zwangsmaßnahme einfach vermieden werden könnte indem man die Tür in Anführungszeichen aufmacht und äh erst Mal sagt so jetzt einmal Dampf ablassen (TP5; FG2)*

Die Überbelegung von Patientenzimmern wurde auch als Einflussfaktor genannt:

- *Dann haben wir hier noch Dreibettzimmer ohne Bad. Ja das ist jetzt auch nicht mehr sozusagen ganz modern. Dann müssen wir hier ja hier Toiletten dann für alle, die natürlich bei unseren Akut-Patienten auch alle noch immer verschmutzt sind was auch immer wieder zu Eskalationen führt. (TP5; FG1)*
- *Keine Einzelzimmer. So wenn man das Gefühl hat, das kommt dazu, weil wir einfach nicht Räumlichkeiten haben, die das deeskalieren könnten. Weil dann könnten wir so zwischenmenschlich so viel machen wie wir wollen, wenn irgendwie auf zu wenig Raum zu viele Menschen sind. Kann man nix machen (TP5; FG3)*

Mitarbeitende sahen auch den Mangel an Rückzugsmöglichkeit als einen zusätzlichen Faktor, der zu Eskalation und Aggression führen kann:

- *Klar allein der Aufbau der Station. Also es gibt ja keinen wirklichen Rückzugsort für Patienten muss man sagen. Klar es gibt den Tagesraum, es gibt ein Raucherraum, aber da ist kein wirklicher Rückzug mal sich alleine aus dem Reizen rauszunehmen. (TP5; FG1)*
- *Wo ich auch glaube teilweise durch unsere Räumlichkeiten, oder das Klima kann man ja jetzt nicht so diesen sicheren Raum erst Mal bieten, in dem man jetzt so ähm irgendwie erst mal irgendwie ohne Medikamente oder so was erzielt bei Patienten. (TP5; FG3)*

Unter diesen baulichen Aspekten wurden auch von anderen Mitarbeitenden erstens der Mangel an Möglichkeiten der Reizabschirmung in Krisenzimmern erwähnt, zweitens der potenzierende Effekt bestimmter baulicher Aspekte, wie z.B. die Kanzel als Ort der Eskalation:

- *Hier liegt der Fokus hier in der Mitte. Es ist so eine Bündelung und Fokus, dass dann häufig dann ganz viele Patienten. Dann kommst so zu einer Enge, weil auch die die schwerkranken Patienten, und das ergibt auch wiederum Sinn, dass die in der Regel in der Nähe der Kanzel*

sind, dass man sie besser im Blick hat und so. Aber das führt schon einfach zu so ´ner Bündelung vor der Kanzel, wo dann viel Unruhe ist und diese Unruhe wieder überträgt. (tP5; FG1)

Einige Mitarbeitende nannten auch den strengen Umgang mit Regeln als möglichen eskalativen Faktor:

- *Stationsregeln, Zubettgehzeiten förderten mitunter Aggression. (TP4; R+)*

Darüber hinaus wurden Kommunikationsschwierigkeiten und Lücken in dem Informationsfluss als potentielle Einflussfaktoren:

- *Im Team bestehen unterschiedliche Meinungen. Absprachen im Team werden mitunter nicht ausreichend mitgeteilt. (TP4; R+)*
- *Ausgänge werden in Übergaben nicht immer klar kommuniziert. (TP4; R+)*

Als weitere Einflussfaktoren wurden auch die gesetzliche Lage und die Zusammenarbeit mit dem komplementären Bereich erwähnt. Mitarbeitende bedauerten teilweise, dass Patientinnen und Patienten zum Teil sehr lange auf Station bleiben müssen, entweder wegen einer langen Unterbringung oder wegen eines Mangels an Angeboten im komplementären Bereich. Dies führe zu Überbelegungen und weiteren Eskalationsmöglichkeiten.

Personal-bezogene Faktoren:

Der Personalmangel wurde oft als erschwerender Faktor von den Mitarbeitenden wahrgenommen:

- *Es war hier völlig drunter und drüber dann mussten wir jemanden fixieren. Dann waren wir nur zu zweit draußen. Und ich habe kein längeres Gespräch mit einem Patienten führen können, weil ständig irgendwo ein akutes Anliegen kam was ja hier auch normal ist auf der Station. Es ist halt sehr schade, weil ich glaube, dass man auch viele Situationen deeskalieren kann, indem man sich Zeit für den Patienten nimmt. Aber wenn man halt hier draußen die ganze Zeit eigentlich nur am rumrennen ist und ständig irgendwo irgendwas Akutes deeskalieren muss, kann man sich nicht Zeit nehmen. Irgendwann wenn man den einen deeskaliert und in der anderen Zeit sich aber zwei andere, ja Streiten, macht das auch keinen Sinn. (TP5; FG1)*
- *Also eine Sache ist natürlich schon Besetzung. Also wenn eine andere Besetzung ist, macht man weniger De-isolierungsversuche, sondern sagt, das können wir jetzt nicht leisten. (TP5; FG3)*
- *keine Ruheräume, keine Fixierzimmer, keine Nasszelle, keine Einzelzimmer mit z. B. nur einer Matratze. Die Alarmauslösung im Dienst führt dazu, dass max. 6 Mitarbeiter kommen. Die Latte wird tiefer angesetzt, da wir keine Manpower haben und zu wenig Sicherheitsgefühl führt. Mir bleibt nichts als die Polizei zu rufen, zumal wir häufig v.a. weibl. Kollegen haben (TP4; R-)*

Aber darüber hinaus gaben auch Mitarbeitende an, dass die Haltung eine entscheidende Rolle in der Anwendung von ZM spiele. Dabei könne die Haltung als präventiver oder als eskalativer Faktor fungieren:

- *Und das was zum Beispiel nur vom Team abhängt, also wo eine De-isolierung vielleicht gelingen würde, aber es einfach aus Teamgründen nicht kann. Dann ist aber glaube ich auch Erfahrung. Also manche Kollegen haben da so eine Intuition und sagen das machen wir jetzt, und andere ähm, aus Erfahrung heraus, und andere sagen aus Erfahrung heraus bei dem würde ich es auf keinen Fall machen. Und das sind dann so Erfahrungsschulen, die dann manchmal stimmen. [...]Das ist dann, das ist gar nicht das Gesamt-Team, sondern die Einzelerfahrung der in der Schicht gerade anwesenden. (TP5; FG3)*
- *Also da gibt es richtig große Mentalitätsunterschiede in der Pflege zwischen den Stationen. Ähm das ist sozusagen die andere Seite der Medaille. Das führt manchmal auch dazu, dass Zwangsmaßnahmen schneller angewendet werden. Manchmal schneller beendet, aber auch schneller angewendet (TP5; FG3)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten nannten als mögliche Einflussfaktoren auf die Anwendung von Zwang den Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten auf Station, die fehlende Freiheit, die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten bzw. Privatsphäre und Einzelzimmer, sowie den Personalmangel:

- *Ich hatte auch ein bisschen Angst, dass einfach jemand nachts einfach in mein Zimmer hereinspaziert, klar von den Personen, wo man da so ein bisschen provozierender umgeht, aber man hatte auch gefragt, ob die mich einschließen, weil es mir lieber war, eingeschlossen zu sein im Raum mit Bad, Wasser, Bett habe ich hier alles, aber haben sie gesagt, das darf man nicht machen, auch kein Stuhl vorne dran. (TP4; R-)*
- *Ja, wenn es alles ein bisschen freier gestaltet gewesen wäre, also wäre ein näherer Kontakt gekommen zu den Ärzten vermutlich. (TP4; R+)*
- *Also, wenn es irgendwas geben würde, einfach mal, was diese Fixierung nicht notwendig machen würde, das wäre sehr zu begrüßen, auf jeden Fall. Da würde ich sagen, ist hier in erster Linie der Raum gefragt, einfach mal. Also, nicht dieser Raum, sondern halt, dass die Patienten mehr Raum haben, weil das kollidiert halt alles miteinander. (TP5; Int 1)*
- *Bei mir zum Beispiel denke ich eben praktisch 2,3 Leute gebraucht, die mit mir permanent im Gespräch gewesen wären. Dafür ist zu wenig Geld einfach da, und zu wenig Geld für Notsituationen, weil gerade nachts zum Beispiel hier sind dann zwei Pfleger für 30 Leute oder so zuständig. (TP5; Int 3)*
- *Also die Therapieangebote sind sehr begrenzt. Man ist die ganze Zeit alleine eigentlich mit sich selber oder mit den Mitpatientin und ist am Fressen und Rauchen. Also das Einzige, was man macht, ist Essen und Rauchen in dieser Klinik. (TP5; Int 2)*

Aber einige Patientinnen und Patienten sahen auch bei den Mitarbeitenden der Stationen eine gewisse Hilflosigkeit bzw. eine Angst, die sie für die Anwendung von Zwang zum Teil verantwortlich machen:

- *I: Wie erklären Sie sich, dass die Zwangsmaßnahme überhaupt angewandt wurde? P: Hilflosigkeit, (.) seitens des Personals. Anders kann ich mir das nicht erklären. (.) Ratlosigkeit vielleicht so ein bisschen, also, ja. I: Wie meinen Sie das, dass das Personal hilflos war? P: Also instinktiv zerstören Menschen, das was sie nicht verstehen. Das ist so ein Urinstinkt, den hat der Mensch einfach an sich irgendwie und was man nicht versteht, das macht man kaputt irgendwie. Das ist halt, egal wie man es anpackt. Das ist wie mit der Mohnblume, die gepflückt wird. (..) Kennen Sie das? (TP5; Int 1)*

- *Man ist nicht auf Augenhöhe, die Behandler, man hat dann halt maximal einer, der einem betreut, aber so ein richtiges Gespräch führt, man mit denen eigentlich auch kaum, weil die auch Angst haben. Also wenn beide Seiten Angst haben, führt das zu einer Eskalation halt, das ist das Problem. (TP5; Int 3)*

Es wurde auch von Patientinnen und Patienten erwähnt, dass zu schnell auf ZM gegriffen wird, ohne dass Pat. Zeit haben, sich an den stationären Bedingungen zu gewöhnen. Ein Pat. nannte auch die Diagnosemischung auf Station als potentiellen Eskalationsfaktor:

- *Dann scheitert es halt daran, dass wir dann vielleicht noch Patienten haben, am besten mit Demenz oder so, wenn es eine durchmischte Station ist. Kommt auch des Öfteren mal vor, dass jemand nicht auf die Geronto kann, sondern hier landet einfach mal mit Demenz. Ist denn immer sehr mit Fingerspitzengefühl anzupacken die Situation und, (..) naja. (.) Leben hier halt sehr viele unterschiedliche Menschen, die alle ziemlich bunt sind, einfach mal, auf engem Raum und das ist immer schwierig (TP5; Int 1).*
- *Die wollen schnell, schnell, schnell, schnell, schnell. Anstatt einfach mit denen zu reden, Gesprächstherapien. „Ja was sagen denn die Stimmen zu Ihnen?“ Mir wurde ich wurde nie gefragt: „Was sagen die Stimmen denn zu Ihnen?“ Ich wurde nie, mir wurde nie, mir wurde nie Verständnis entgegen gebracht, so von wegen: „Erzählen Sie doch mal. Wie fühlen Sie sich? Was sagen die Stimmen zu Ihnen? Wie sind die Stimmen für Sie? Sind sie freundliche, sind sie böse? Möchten Sie mit den Stimmen leben? Haben Sie denn das Gefühl Sie sind bedroht?“ (TP5; Int 2)*

Schwierigkeiten bei Patientinnen und Patienten, die keine Muttersprachler sind, wurden auch als Einflussfaktoren erwähnt.

7.2.3. Entscheidungsfindung:

Mitarbeitende unterschieden klar zwischen vorhersehbaren und unvorhersehbaren Situationen. Letztere führen oft dazu, dass es kaum Zeit gebe, die Entscheidung und genaue Durchführung im Team zu besprechen. Diese Vorbereitungszeit diene sowohl die Besprechung der konkreten Durchführung der Maßnahme als auch der Abwägung der Pros und Contras, die letztlich zu der Entscheidung führen:

- *Es hilft dem Personal, die Situation zu verstehen auch besser Risiken mitunter auch einzuschätzen und es sensibilisiert für Zwangsmaßnahmen und natürlich, was ich jetzt ganz vergessen hab vor Zwangsmaßnahmen steht natürlich auch immer einen anderen Weg zu finden. Aber es macht dann glaube ich verständlich warum wir auch entsprechend handeln (TP5; FG2)*
- *Man diskutiert das davor, naja letztlich Abwägung des aktuellen Leidensdruck, woher der rührt. Inwiefern die Alltagseinschränkung dadurch beeinträchtigt ist durch das aktuelle psychotische Erleben. Welche Vorfälle es vorher schon gab. Wie wahrscheinlich ist es, dass die jetzt wieder auftreten, wenn er die Medikation jetzt nicht nimmt. Ja oder halt schon so immer latent angespannte Zustände, wo es schon fast sag ich mal vielleicht zu Übergriffen kam. Also ja so verschiedene Dinge, die dann ja im Team immer wieder besprochen werden (TP5; FG3)*

Mitarbeitende beschreiben auch ein Gefühl von Zwiespalt bzw. von Zweifel, wenn es um die Entscheidung geht, Zwang anzuwenden:

- *Was ich immer sehr schwierig finde, da wir ja auch die Entscheidungen treffen müssen. Man ist immer so zwiegespaltet, also schützt man jetzt, also wo setzt man den Fokus. Auf den Schutz der Mitarbeiter oder die Rechte des Patienten, und das ist nicht immer so einfach. (TP5; FG3)*

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Qualität spielen auch eine wesentliche Rolle in dem Entscheidungsfindungsprozess. Die Befindlichkeiten und Wahrnehmungen der verschiedenen Mitarbeitenden und Berufsgruppen sind laut den Befragten dabei zentral:

- *Aber ist ja auch häufig dann, dass ein Patient kommt fixiert oder so. Und dann ganz klar, wenn ihr gut im Kontakt mit dem Patienten seid, dann ruft ihr mich an, könnt ihr ihn losmachen und dann fertig. Dann ist das quasi ist, wird das auch abgegeben an euch. Finde ich zu hundert Prozent eigentlich dann auch, klar wir sind mit im Boot, aber die Entscheidung liegt ja letztendlich akut in der gegebenen Situation an euch. Wenn ihr sagt, der ist jetzt gut im Kontakt und so dann wird's gemacht. Und tagsüber sonst gemeinsam mit, äh ja in der Regel zumindest einer von allen Beteiligten ist, die Psychologen jetzt nicht immer extra. Aber dass halt irgendwie Pflegepersonal und Ärzte zusammen reingehen und dann wird gemeinsam besprochen. Mit Bezugs-Pflegekraft in der Regel. (TP5; FG1)*
- *Es gibt dann so eine Dynamik im Haus, die dann sagt man muss der Pflege und ihrem äh sozusagen Sicherheitsbedürfnissen folgen. Man darf das nicht übergehen. (TP5; FG3)*

7.2.4. Einfluss von ZM auf die therapeutische Beziehung:

Mitarbeitende:

Mitarbeitende betrachten ZM als einschneidende Ereignisse für Patientinnen und Patienten, die der therapeutischen Beziehung erheblich schaden können:

- *Also ich glaube schon, und im Einzelfall natürlich immer, das kann deutliche Spuren hinterlassen bis zu Abbrüchen von Beziehungen muss man sagen. „Du brauchst mir gar nicht mehr in die Nähe kommen. Mit dir will ich eigentlich gar nichts mehr zu tun haben.“, ich habe schon alles erlebt. (TP5; FG2)*
- *Dann bricht schon manchmal für die Patienten so ein ganzes Weltbild zusammen. (TP5; FG2)*

Aber Akutsituationen, die zu ZM führen, sind auch für Mitarbeitende schwere Ereignisse, die auf deren Seite die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten belasten:

- *Interviewer: Passiert es auch, dass nach einer Zwangsmaßnahme von Ihrer Seite aus der Beziehung verletzt wird oder nicht möglich ist? Mitarbeiter: Wäre für mich sehr verwunderlich, wenn das nicht passieren könnte. Also auch das kann bei jeder Zwangsmaßnahme passieren. Ich glaube das hängt einfach davon ab wie die Zwangsmaßnahme abläuft Ich glaube, wenn jemand wirklich schwer verletzt wird, ist vor allem für denjenigen überhaupt nicht absehbar ist. Man gerät in eine Situation wo man plötzlich schwerer Gewalt entgegensteht und es war für einen eigentlich nicht absehbar. Das*

kann meiner Meinung nach dazu führen, dass die therapeutische Bindung erst einmal belastet ist. (TP5; FG2)

- *Ich bin gerade so die ersten Tage ähm, merke ich bei mir selber, war schon oft so, dass man eher funktioniert einfach. Weiß nicht, ob das Selbstschutz ist, dass man so sich so ein bisschen abschottet, auch von dem emotionalen Erleben dem Patienten gegenüber. Dass das oft in den ersten Tagen so ein bisschen fast abstumpft will ich mal sagen, bei mir. (TP5; FG3)*

Mitarbeitende betonten auch, wie wichtig es sei, den Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten während der ZM zu halten:

- *Und dann vor die Patienten dann lassen wir die Patienten auch nicht irgendwie, einfach da hat im Sinn hat irgendwie jemanden da. Das die dann halt wir haben diese 1:1, dass dieser Mensch dann irgendwie auch betreut dann unmittelbar dann nach dieser Fixierung. [...]sie fühlen sich dann halt nicht so alleine gelassen oder dass man ihm dann halt böses antun wollen oder so was dann halt. Und dann haben wir auch gute Kontakte mit diesem Menschen, ja. (TP5; FG2)*
- *Ich finde das funktioniert irgendwie, wenn man kontinuierlich so ganz dran ist oft erstaunlich gut. Durch einfach weiter machen. Aber das finde ich echt manchmal schwierig muss ich sagen, wenn man für eine Zwangsmaßnahme jemanden auch eine andere Station verlegt hat. Und dann gibt es so eine Unterbrechung und dann kommt der Patient sozusagen endaktualisiert zurück, dann finde ich es häufig ziemlich schwierig wieder richtig anzuknüpfen. (TP5; FG3)*

Trotzdem betonten die befragten Mitarbeitende auch, dass ZM zum Teil positive Ereignisse für die Beziehung sein können:

- *Das ist die häufigere Variante, die wir erleben, dass die Patienten auch sozusagen die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme im Nachgang dann für sich erkennen. Wenn das gut besprechbar war, dass das auch die Arzt-Patienten Patienten-Arzt-Beziehung stärkt. Oder Pflege. Jede Beziehung zum therapeutischen Personal (TP5; FG2)*
- *Das finde ich schon irgendwie interessant. Also, dass es jetzt auch nicht so ist, dass alle nur ganz schlimme Erinnerungen haben, sondern es durchaus auch Patienten gibt, die sagen, dass es ihnen dadurch besser ging, dass sie entlastet wurden. Dass ihnen vielleicht auch eine Medikation, die sie davor abgelehnt haben, ihnen dann doch geholfen hat, irgendwie in ein anderes Stadium reinzukommen. Das finde ich schon interessant. Ich finde es kommt immer wieder vor und da sind glaube ich auch die Wahrnehmungen unterschiedlich. (TP5; FG2)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten betonten auch, wie wichtig der Kontakt zu den Mitarbeitenden während der ZM sei:

- *Na ja, es war eine Krankenschwester, zu der ich ein sehr starkes Vertrauen aufgebaut habe, und die mir sehr gut geholfen hat während der Fixierungszeit. Dieses Vertrauen ist sehr wichtig. Und je länger die mich behandelt, desto mehr Vertrauen habe ich ihr gegenüber entwickelt und sie ist auch jetzt noch meine Lieblingsschwester hier. Ich habe mir ein paar Mal eiskalt in die Hose gepisst bei der Fixierung und es war nicht schön. (TP4; R+)*

8. Diskussion

Die hier dargestellte *mixed-methods* Studie bietet wichtige Erkenntnisse bzgl. des Erlebens von Zwang im stationären Rahmen und der Faktoren, die es beeinflussen. Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, wie einschneidend und belastend das Erleben von ZM für Patientinnen und Patienten sein kann. Die quantitative Untersuchung zeigte, dass Patientinnen und Patienten ein extrem hohes Belastungsniveau in Bezug auf durchgeführten ZM, insbesondere bei Fixierungen erleben, das deutlich höher ist als in manchen Studien, die ebenfalls den CES angewendet haben (Bergk et al., 2010). Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass bei über 70% der Patientinnen und Patienten die erlebte ZM potentiell als Trauma fungierte, was sich mit den über 80% der Patientinnen und Patienten, die über dem 70-Punkte Cut-Off im CES lagen, deckt. Ferner bestand in unserer Analyse bei ca. 20% der betroffenen Patientinnen und Patienten der Verdacht einer PTBS. Diese Zahlen weisen über deren erschreckenden Charakter hinaus darauf hin, dass potentielle Konsequenzen von ZM noch unzureichend thematisiert und berücksichtigt werden, insbesondere was die Entwicklung von PTBS-Symptomen angeht. Es werden in diesem Zusammenhang neue Strategien gefordert, um einerseits ZM zu vermeiden, andererseits aber auch, um diese Konsequenzen im Sinne einer tertiären Prävention zu mildern. Darüber hinaus ist auch die Entwicklung Trauma-sensibler Behandlungsansätze notwendig, um der möglicherweise hohe Prävalenz von PTBS unter den von ZM betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, vor allem vor dem Hintergrund möglicher Retraumatisierung durch die Anwendung von Zwang. Dies stellt für alle in der Psychiatrie Tätigen eine besondere Herausforderung dar, die einen umfassenden Reflexionsprozess über den Umgang mit Zwang im stationären Rahmen beinhalten soll.

Interessanterweise konnte auch gezeigt werden, wie die Patientenwahrnehmung der Gründe, die zu einer ZM geführt haben, das Ausmaß der Belastung bzw. der Traumatisierung signifikant beeinflusst. Laut unseren Ergebnissen wird eine ZM als besonders belastend bzw. traumatisierend erlebt, je mehr die Patientinnen und Patienten die Gründe hierfür als struktur- bzw. personalbezogen einschätzen. Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass ein besonderer Wert auf eine transparente Kommunikation und Aufklärung über den Einsatz von ZM gelegt werden soll. Wie in früheren Studien und in den anderen Teilprojekten gezeigt, ist für Patientinnen und Patienten das Gefühl, respektiert und fair behandelt zu werden, von zentraler Bedeutung (Mielau et al., 2018). Einbrüche in der therapeutischen Beziehung bzw. Hindernisse in deren Aufbau können mit dramatischen Konsequenzen verbunden sein, wie z.B. die Entwicklung einer PTBS.

Anknüpfend an diese Ergebnisse wurde auch in der qualitativen Analyse deutlich, wie wichtig die Qualität der therapeutischen Beziehung im Kontext von ZM ist, sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende. Beide thematisierten die Rolle einer kontakthaltenden Beziehung während ZM und den Einfluss der Beziehung auf das Erleben von Zwang. Den Kontakt während der ZM zu halten scheint eine besondere Funktion zu haben, nämlich die Beziehung vor Brüche zu schützen und belastende Erlebnisse auf beiden Seiten zu vermeiden. Insbesondere bei Erkrankungen mit Störungen des Denkens und des Realitätsbezuges, wie allen akuten psychotischen Zuständen, sind eine vertrauensvolle Begleitung, aber auch eine strukturgebende (kognitiv/räumlich/zeitlich/milieubildend...) Unterstützung im 1:1 Kontakt unabdingbar zur Regulation, anderenfalls massiv überflutender Emotionen. All diese Erkenntnisse weisen wieder darauf hin, dass der Gestaltung der therapeutischen Beziehung, gerade in der Akutphase eine zentrale Bedeutung beigemessen werden sollte, denn nur so kann es gelingen, diese Beziehung trotz des Einsatzes von ZM aufrechtzuerhalten und ZM im Nachhinein zwar als ein belastendes Ereignis, aber dennoch auch als Teil einer weiter fortgesetzten Behandlung und Zusammenarbeit zu sehen.

Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten erwähnten auch in diesem Zusammenhang, dass ZM teilweise sogar ein positives Ereignis für die Gestaltung der Beziehung sein können. Das Erleben von Zwang ist aber trotzdem im Allgemeinen seitens der Patientinnen und Patienten geprägt von Gefühlen von Erniedrigung, Autonomieverlust und Abhängigkeit. Eingeschränkt- und Beobachtet-werden stellen dabei zusätzliche Belastungen dar, selbst wenn ZM als notwendig oder beschützend betrachtet werden.

Die Untersuchung des Erlebens von Zwang auf Seite der Mitarbeitenden zeigte, dass ZM zum größten Teil unangenehme Gefühle hervorrufen, die im Konflikt zum eigenen Berufsbild stehen. Neben patienten-bezogenen Aspekten, die dieses Erleben beeinflussen, wie z.B. das Ausmaß der psychotischen Symptomatik oder das Verhalten, das zu der Anwendung von Zwang führte, erwähnten Mitarbeitende auch, dass die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung dabei entscheidend sei. Vor dem Hintergrund, dass Entscheidungsfindungsprozesse über Zwangsmaßnahmen zum Teil mit einem gewissen Zwiespalt bei Mitarbeitenden einhergehen, muss diesem Aspekt der Nachvollziehbarkeit der Entscheidung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Offene und transparente teaminterne Besprechungen über den Einsatz von ZM, gerade bei vorhersehbaren Eskalationen, sollten vermehrt in den Fokus der stationären Arbeit rücken, zumal solche Entscheidungsbildungsprozesse häufig auch die Gelegenheit der Alternativfindung bieten. Solche Situationen sollten so gestaltet werden, dass Mitarbeitende ihre Meinung, Bedenken und ggf. Zweifel frei äußern dürfen.

9. Genderaspekte

Gender-spezifische Aspekte wurden insofern berücksichtigt, dass darauf geachtet wurde, dass Frauen in den jeweiligen Stichproben repräsentiert sind.

10. Veröffentlichungen und Vorträge

Keine Veröffentlichungen und Vorträge zu diesem TP.

11. Empfehlungen

- (1) Es soll besonders auf die patientenbezogene Transparenz und Vermittlung der Begründung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen und deren Beendigung geachtet werden, da die Wahrnehmung der Gründe, die zu der Anwendung von ZM führen, eine bedeutsame Rolle in der subjektiven Wahrnehmung von Zwang der Betroffenen spielt.
- (2) Es soll besonders auf den möglicherweise traumatisierenden Charakter der angewandten ZM geachtet werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten die ZM als traumatisierend erlebt, was potentiell schädliche Konsequenzen birgt. Diese Aspekte sollen vermehrt Gegenstand zukünftiger Forschung sein.
- (3) Es soll auf alle Dimensionen der Anwendung von Zwang auf den Stationen geachtet werden, zu denen jegliche Formen von Druck und Beeinflussung gehören. Jede Art informellem Zwang trägt ebenfalls zu einem ausgeprägten „oppressiven Klima“ auf der Station bei, das sich ebenso wie Zwangsmaßnahmen negativ auf das Erleben der Patienten auswirkt.

- (4) In jeder Phase der Behandlung, insbesondere aber in akuten Krisensituationen, muss der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Auch während und nach einer Zwangsmaßnahme soll eine therapeutische Begleitung und nicht lediglich eine (Sicht-) Kontrolle oder Überwachung stattfinden. Daher kann diese auch nicht an externe Kräfte delegiert werden.
- (5) Die Bedingungen für das Hinzuziehen der Polizei während Akutsituationen zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen sollen kritisch überprüft werden, da sich polizeiliche Präsenz verstärkend auf das Erleben von Zwang auswirken kann.
- (6) Es soll ein umfassendes Nachsorgeangebot für Mitarbeitende, die mit Gewalt konfrontiert sind, vorhanden sein.
- (7) Die räumlichen Gegebenheiten der Stationen sollen überdacht werden und es soll ggf. nach möglichen Verbesserungsansätzen gesucht werden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende mehrfach betont haben, dass räumliche Enge sowie begrenzte Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Gartenflächen und die oft kaum vorhandenen Einzelzimmer die Wahrung der Privatsphäre erschweren und einen negativen Einfluss auf das Vorkommen von Aggression und dementsprechend von Zwang haben.
- (8) Bei der räumlichen Gestaltung der Stationen soll auch auf potentielle Orte der Eskalation geachtet werde, wie z.B. der Raucherraum oder der Pflegestützpunkt.
- (9) Die Personalbesetzung stellt einen wesentlichen Faktor in der Anwendung von Zwang dar, insbesondere hinsichtlich der Suche nach und der Anwendung von Alternativen. Dies soll bei zukünftigen Planungen zur Personalbesetzung von Kliniken besonders beachtet werden.

12. Referenzen

- Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)—Validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10, 5. doi:10.1186/1471-244X-10-5.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, Bermpohl F, Heinz A, Montag C. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2018, 22(2):115-122.