

## **Teilprojekt 7:**

# **Interventionsstudie: Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen**

## **1. Verantwortliche Leitung**

Fr. Dr. Lieselotte Mahler,  
Fr. PD Dr. Christiane Montag,  
Hr. Dr. Alexandre Wullschleger

## **2. Inhaltsverzeichnis**

1. Titel und verantwortliche Leitung
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
  - 4.1. Ziele des Projekts
  - 4.2. Projektstruktur
5. Erhebung- und Auswertungsmethodik
  - 5.1. Studienpopulation
  - 5.2. Randomisierung und Einwilligung
  - 5.3. Verblindung
  - 5.4. Studiengruppen
  - 5.5. Befragung
  - 5.6. Intervention
  - 5.7. Erfasste Outcome-Parameter
  - 5.8. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
  - 7.1. Quantitative Untersuchung
  - 7.2. Qualitative Untersuchung
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

## **3. Zusammenfassung**

Das Teilprojekt untersuchte die Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen auf objektiven und subjektiven Zwang, sowie auf die Entwicklung traumafolgender Symptome und auf die therapeutische Beziehung. Dafür wurde eine multizentrische, zwei-armige (standardisierte Nachbesprechung vs. Standardbehandlung), randomisiert-kontrollierte Studie mit einem *mixed-methods* Ansatz (quantitative und qualitative Datenerfassung) in sechs

Berliner Versorgungskliniken durchgeführt. Nach initialer Randomisierung von 422 Patientinnen und Patienten konnten 109 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Quantitative Daten wurden mittels faktorieller ANOVA mit Studienarm und Geschlecht als unabhängigen Variablen analysiert.

Obwohl die *intention-to-treat* Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen hinsichtlich der erhobenen Outcome-Parameter zum subjektiv erlebten Zwang (MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS), Coercion Ladder (CL) und Coercion Experience Scale (CES)) erbrachte, konnten Sensitivitätsanalysen in den *per-protocol* - und *as-treated* -Stichproben zeigen, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit niedrigeren CL und MPCS Scores assoziiert war, d.h. möglicherweise das subjektive Erleben von Zwang verringern konnte. Hinsichtlich traumafolgender Symptome zeigte die *intention-to-treat* Analyse einen statistisch signifikanten Effekt der Nachbesprechung auf die Symptomdimensionen Intrusion und Hyperarousal der Impact of Events Scale (IES). Es konnte allerdings kein Gruppenunterschied bzgl. der peritraumatischen Reaktion auf die durchgeführte Zwangsmaßnahme mit dem Peritraumatic Distress Inventory (PDI) festgestellt werden. Die Sensitivitätsanalysen (*per-protocol* und *as-treated*) legen ferner nahe, dass die Nachbesprechung einen positiven Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung hat, sowohl nach der Bewertung von Pat. als auch von Therapeutinnen und Therapeuten (Outcome-Parameter: Working Alliance Inventory (WAI)). Die *intention-to-treat* Analyse zeigte diesbzgl. allerdings keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Interessanterweise zeigte die durchgeführten Analysen mehrere signifikanten Interaktionseffekte zwischen Studiengruppe und Geschlecht bzgl. der Parameter des subjektiven Zwangs und der therapeutischen Beziehung. Demnach ist es anzunehmen, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen einen größeren Effekt bei Frauen zeigt im Vergleich zu Männern. Zusätzlich zu der quantitativen Datenerhebung wurden 3 leitfaden-gestützte Fokusgruppen mit Mitarbeitenden der teilnehmenden Kliniken sowie 8 semi-strukturierte Einzelinterviews mit Pat. durchgeführt. Die erfassten Daten wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Mitarbeitende empfanden die Nachbesprechung als wichtig, insbesondere was die Qualität und den Ausbau der therapeutischen Beziehung angeht. Es wurde auch von ihnen betont, dass die Nachbesprechung einen Reflexionsprozess sowohl bei Pat. als auch bei Mitarbeitenden anregt und Professionelle ermutigt, über die eigene Praxis zu nachzudenken. Eigene Gefühle und Wahrnehmungen thematisieren zu können, wurde dabei als besonders wichtig erachtet. Umsetzungshürden bzw. Vorbehalte bzgl. der Intervention, sowie Vorschläge zur Implementierung wurden auch angesprochen. Pat. empfanden die Nachbesprechung als entlastend und vertrauensverstärkend. Sowohl Pat. als auch Mitarbeitende betrachteten einen späten Zeitpunkt für die Durchführung der Nachbesprechung als angebrachter im Vergleich zu einem Gespräch unmittelbar nach der durchgeführten Zwangsmaßnahme. Dabei ist entscheidend, auf individuelle Verfassungen und Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

#### **4. Ausgangslage**

Unter den in den letzten Jahren entwickelten Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen fand die Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen besondere Beachtung. Sie wurde u. a. als Teil komplexerer Interventionen wie z.B. der Six core strategies (6CS) erfolgreich implementiert (Azeem 2011). Bisherige Studien zeigen, dass die Nachbesprechung von Patientinnen und Patienten gewünscht ist (Mielau et al. 2017), positiv bewertet wird und einen möglichen positiven Effekt auf die therapeutische Beziehung haben kann (Bonner, 2010). Sie wird von verschiedenen Fachverbänden

empfohlen (DGPPN 2018; SAMW 2016). Dennoch wird sie in der Praxis zu selten durchgeführt (Needham 2010). Darüber hinaus existieren zurzeit keine Standards bzgl. ihrer Implementierung und Durchführung. Die Studienlage ist dementsprechend dünn und beruht fast ausschließlich auf qualitativen Studien. Nur eine Studie mit einem randomisiert-kontrollierten Design wurde bis heute durchgeführt. Diese konnte zeigen, dass die Nachbesprechung zu einer Reduktion von Isolierungen führen konnte, aber keinen Effekt auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen hatte (Whitecross 2013).

Mögliche Wirkfaktoren der Nachbesprechung sind die Möglichkeit eines gegenseitigen Lernens durch Perspektivwechsel und Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden, die Reduktion subjektiv erlebten Zwangs durch die Anerkennung und Berücksichtigung von Gefühlen, die im Rahmen der Akutsituation erlebt wurden, die Wiederherstellung der Arbeitsbeziehung zwischen Betroffenen und Team, ein „psychohygienischer“ Effekt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und die Prävention traumafolgender Symptome, welche sämtlich zu einer Prävention zukünftige Zwangsmaßnahmen beitragen könnten (Mahler 2013).

Um die Durchführung der Nachbesprechung zu systematisieren und ein Werkzeug dafür zu entwickeln, wurde in multiprofessioneller Zusammenarbeit ein Leitfaden entwickelt und getestet (Wullschleger 2019).

#### **4.1. Ziele des Projekts**

Dieses Teilprojekt hatte zum Ziel, die Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung auf:

- das subjektive Erleben von Zwang
- die therapeutische Beziehung
- die Entwicklung posttraumatischer Symptome
- das Vorkommen von weiteren Zwangsmaßnahmen bis zu 6 Monate nach Entlassung

im Vergleich zur Standardbehandlung ohne eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen zu untersuchen.

Primäre Hypothese war, dass eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen, die das Behandlungsteam mit den betroffenen Patientinnen und Patienten und ggf. deren Bezugspersonen unter Moderation durchführt, das subjektive Erleben und das objektive Vorkommen von Zwang in der Behandlung reduziert.

Sekundäre Hypothesen gingen davon aus, dass eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen, die negativen Folgen von Zwangsmaßnahmen auf die therapeutische Beziehung und die Entwicklung traumafolgender Symptome vermindert.

#### **4.2. Projektstruktur**

Das TP wurde als eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie mit quantitativem und qualitativem Methodenansatz konzipiert. Alle psychiatrischen Versorgungskliniken Berlins wurden angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Insgesamt nahmen 6 Kliniken an der Untersuchung teil. Die Untersuchung fand auf akutpsychiatrischen Stationen, auf denen Zwangsmaßnahmen angewendet werden, statt. Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (PUK SHK) war das verantwortliche Zentrum unter der Leitung der drei Studienleitenden. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité bewilligt. Die Studie wurde bei ClinicalTrials.gov (ID NCT03512925) registriert.

## **5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik**

### **5.1. Studienpopulation**

Eingeschlossen wurden alle vollstationär behandelten, volljährigen Patientinnen und Patienten unter 65 J., die die Diagnose einer psychotischen Erkrankung erhalten hatten (ICD-10: F1x.5, F2x, F31.x), und bei denen im Untersuchungszeitraum eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation unter rechtllichem Beschluss) durchgeführt wurde.

Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung eine manifeste Eigen- oder Fremdgefährdung, eine schwerste organische Hirnerkrankungen, eine akute Intoxikation zeigten oder nicht über genügende Deutschkenntnisse verfügten. Patientinnen und Patienten, die weniger als 24 Stunden auf der Station blieben, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

### **5.2. Randomisierung und Einwilligung**

Die Studienmitarbeitenden informierten sich täglich telefonisch über neue potentielle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über die auf den teilnehmenden Stationen verantwortlichen Ansprechpartner. Da die vorgesehene Intervention nicht wesentlich von der klinischen Routine abweicht und die Patientinnen und Patienten in der Regel zum Zeitpunkt einer Zwangsmaßnahme nicht einwilligungsfähig sind, erfolgte die Randomisierung nach dem sog. Zelen-Design (Torgerson 1998). Dies bedeutet, dass Patientinnen und Patienten zunächst in eine der beiden Studiengruppen randomisiert wurden und deren schriftliche Einwilligung in die weitere Teilnahme erst kurz vor der Studienbefragung etwa zum Zeitpunkt der Entlassung eingeholt wurde.

### **5.3. Verblindung**

Sowohl den Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeitern als auch den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten der Kliniken war der Randomisierungsstatus notwendigerweise bekannt.

### **5.4. Studiengruppen**

Interventionsgruppe: In der Interventionsgruppe sollte eine leitfaden-gestützte, systematische Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmaßnahme unter Moderation durch ein Mitglied des Stationsteams, das nicht direkt an der Zwangsmaßnahme beteiligt war, durchgeführt werden.

Kontrollgruppe: In der Kontrollgruppe wurde die durchgeführte Zwangsmaßnahme nicht standardisiert anhand des Leitfadens nachbesprochen. In der Kontrollgruppe konnte, wie es bereits im klinischen Alltag der Fall ist, eine Nachbesprechung stattfinden, jedoch ohne standardisiertes Setting und ohne Moderation.

### **5.5. Befragung**

- Die quantitative Befragung der Studienteilnehmenden durch das Forschungsteam erfolgte zum Zeitpunkt der Entlassung.
- Qualitative Untersuchung: Es wurden insgesamt 8 Patientinnen und Patienten interviewt mithilfe eines semi-strukturierten Leitfadens. Es fand zudem 3 Fokusgruppen mit Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen statt.

## 5.6. Intervention

Der Leitfaden zur Durchführung der Nachbesprechung befindet sich im Anhang dieses Berichts. Mitarbeitende der teilnehmenden Stationen wurden im Vorfeld der Studie durch die Studienleitung geschult. Der Leitfaden wurde im Vorfeld dieser Studie im Rahmen einer kleinen Pilotstudie untersucht, in der gezeigt werden konnte, dass der Leitfaden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Mitarbeitenden positiv bewertet wird und als hilfreich erlebt wurde (Wullschleger).

## 5.7. Erfasste Outcome-Parameter

Primäre Endpunkte waren der subjektiv erlebte Zwang, gemessen mit der Coercion Ladder (CL), der Mac Arthur Perceived Coercion Scale (MPCS) und der Coercion Experience Scale (CES), sowie objektiv angewandte Zwangsmaßnahmen im Follow-up, operationalisiert als Anzahl und Dauer der angewandten im 6-Monate Follow-up.

Sekundäre Endpunkte waren die Qualität der therapeutischen Beziehung zum Behandlungsende, beurteilt durch Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten mit dem Working Alliance Inventory (WAI), sowie Posttraumatische Symptome, gemessen mit den Selbstbeurteilungsfragebögen Peritraumatic Distress Inventory (PDI) und Impact of events Scale (IES). Als potentielle Kovariaten wurden sozio-demografische und klinische Daten: Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, bisheriger Verlauf der Erkrankung (Beginn, Anzahl Episode bzw. Exacerbationen), aktuelle und vorherige Behandlungen, Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen und Nachbesprechung im Rahmen der Patientenbefragung erhoben. Ferner wurden zusätzlich über die behandelnden Ärzte Daten bzgl. des Schweregrades der Erkrankung und des globalen Funktionsniveaus mittels den Clinical Global Impression Scale (CGI) und Global Assessment of Functioning (GAF) erhoben.

Erleben der Nachbesprechung: Studienteilnehmende wurden gefragt, ob alle relevanten Aspekte während des Gespräches thematisiert wurden, ob durch das Gespräch deren Vertrauen in das Team bestärkt wurde und ob Alternativen zu Zwangsmaßnahmen gefunden werden konnten. Diese Fragen wurden jeweils auf einer 4-Punkte Likert Skala (1:nein, 2:kaum, 3:ziemlich, 4:ja) beantwortet.

## 5.8. Datenauswertung

- Quantitative Untersuchung: Als Hauptanalyse wurde eine *intention-to-treat* Analyse auf Basis der Stichprobe all jener initial randomisierten Patientinnen und Patienten, die nachfolgend in die Studienuntersuchung einwilligten, durchgeführt. Zudem wurden 2 Sensitivitätsanalysen (Stichproben *per-protocol* und *as-treated*) geplant. Die Gruppen wurden bzgl. der sozio-demografischen und klinischen Daten mittels Chi-quadrat und t-Tests verglichen. Bezüglich der primären und sekundären Endpunkte wurde jeweils eine ANOVA mit Studiengruppe (Intervention) und Geschlecht als Faktoren gerechnet. Bei den posttraumatischen Symptomen wurde zusätzlich eine ANCOVA mit der abhängigen Variable IES, sowie Intervention und Geschlecht als Faktoren und dem durchschnittlichen PDI-Wert als Kovariate gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf ein  $p < 0,05$  festgesetzt. Die statistischen Analysen wurden mit SPSS®, Version 25.0, durchgeführt.
- Qualitative Untersuchung: Daten aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) ausgewertet.

## **6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

Die randomisiert-kontrollierte Studie konnte nach weiterer konzeptioneller Entwicklung des Leitfadens, initialer Untersuchung desselben im Rahmen einer internen Pilotstudie und dem positiven Votum der Ethikkommission der Charité wie geplant begonnen und durchgeführt werden. Die Kooperation mit den teilnehmenden Kliniken gestaltete sich überwiegend positiv. Dennoch sind einige Schwierigkeiten aufgetreten, die hier erwähnt werden müssen.

Erstens war die Umsetzung der geplanten Intervention zwischen den teilnehmenden Stationen sehr unterschiedlich. Dies hängt sicherlich zum Teil mit den zeitlichen Kapazitäten der jeweiligen Teams zusammen. Trotz sehr intensiver Bemühungen unsererseits konnten wir teilweise nur in geringem Ausmaß dafür sorgen, dass die vorgesehene Intervention tatsächlich stattfand.

Zweitens wurde die Rekrutierung von Studienteilnehmenden einerseits durch die Symptomschwere und andererseits durch die o. g. organisatorischen und logistischen Hindernisse zum Teil deutlich schwieriger als initial geplant. Der Informationsfluss zwischen den Studienleitenden und den teilnehmenden Kliniken war auf einigen Stationen unzureichend und führte dazu, dass einige Patientinnen und Patienten nicht befragt werden konnten. Diese Schwierigkeiten führten dazu, dass das vorgesehene Rekrutierungsziel nicht erreicht werden konnte. Deswegen wurde entschieden, die Rekrutierungsphase nach Ende 2018 an der PUK SHK zu verlängern. Dank dieser Verlängerung konnten wir insgesamt 109 Patientinnen und Patienten in die Studie einschließen. Aus diesem Grund fehlen noch einige Follow-up Daten bzgl. weiterer Zwangsmaßnahmen nach Entlassung. Es ist uns deswegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich, Ergebnisse bzgl. dieser Daten zu präsentieren.

Aus organisatorischen Gründen und um den vorgesehenen Zeitplan halten zu können, konnten wir auch keine flächendeckende Erfassung der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang durchführen, sodass wir von einer weiteren Analyse dieses Endpunkts abgesehen haben.

Als positiv soll hier erwähnt werden, dass die Nachbesprechung sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Mitarbeitenden als sehr positiv erlebt wurde. Darüber hinaus konnten im Rahmen dieses Teilprojekts sehr wertvolle Informationen und Hinweise zur weiteren Implementierung einer solchen Intervention gewonnen werden.

## **7. Ergebnisse**

### **7.1. Quantitative Untersuchung**

#### Beschreibung der Stichproben:

Es wurden insgesamt 422 Patientinnen und Patienten nach der ersten erlebten Zwangsmaßnahme in eine der beiden Studiengruppen randomisiert. Davon wurden 211 in die Interventions- und 211 in die Kontrollgruppe randomisiert. In jeder Gruppe wurden 98 Patientinnen und Patienten frühzeitig entlassen und konnten vom Forschungsteam nicht kontaktiert werden. Von den Patientinnen und Patienten, die kontaktiert wurden, lehnten 35 Pat. in der Interventionsgruppe und 40 in der Kontrollgruppe die Teilnahme an der Studie ab. 26 bzw. 16 Patientinnen und Patienten in der Interventions- und der Kontrollgruppe wurden auf Grund von revidierten Diagnosen, persistierenden kognitiven Defiziten oder ungenügenden Deutschkenntnissen ausgeschlossen. Bei 16 der 35 Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe, die eine Teilnahme ablehnten, wurde die

vorgesehene Nachbesprechung durchgeführt, 9 lehnten sie ab und 10 erhielten keine aus anderen Gründen (Zeitmangel, andere logistische Gründe).

Letztlich willigten 109 Patientinnen und Patienten (Interventionsgruppe: 52, Kontrollgruppe 57) in die Studie ein. Auf Basis dieser Stichprobe wurde die Hauptanalyse (*intention-to-treat*) durchgeführt. In der Interventionsgruppe erhielten 48 Pat. nach Personalangaben eine standardisierte Nachbesprechung. Dennoch gaben 8 von diesen Pat. an, keine Nachbesprechung erhalten zu haben. In der Kontrollgruppe bekamen 44 Pat. keine Nachbesprechung, und 13 Pat. erhielten eine nicht-standardisierte Nachbesprechung. Die *per-protocol* Analyse wurde daher auf Basis einer Stichprobe von 92 Patientinnen und Patienten geführt (Interventionsgruppe: 48, Kontrollgruppe: 44). Die 109 Patientinnen und Patienten wurden ferner nach deren Angaben und der Angaben der Stationsteams bzgl. der Durchführung einer standardisierten oder nicht-standardisierten Nachbesprechung in zwei Gruppen für die *as-treated* Analyse aufgeteilt (Nachbesprechung: 61, keine Nachbesprechung: 48).

#### Sozio-demografische und klinische Daten:

Die Studiengruppen erschienen in allen drei untersuchten Stichproben in Bezug auf Geschlecht, Alter, Diagnose, sozio-demografische und klinische Parameter vergleichbar. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. dieser Variablen. Die Beschreibung der Stichprobe ist in Tab. 1 zusammengefasst.

#### Erleben der Nachbesprechung:

Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe, die eine Nachbesprechung erhielten, bewerteten diese hinsichtlich der Thematisierung relevanter Aspekte als positiv (Mittelwert: 3,25). Das Verstärken des Vertrauens in das Team wurde ebenfalls als hoch bewertet (Mittelwert: 3,17). Dahingegen konnten laut Patientinnen und Patienten kaum Alternativen zu den Zwangsmaßnahmen während des Gespräches gefunden werden (Mittelwert: 2,00).

#### Subjektiv erlebter Zwang:

Ergebnisse sind in Tab. 2 zusammengefasst.

#### Coercion Ladder:

Die *intention-to-treat* Analyse zeigte keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bzgl. der durchschnittlichen CL Scores. Es wurde weder signifikante Haupteffekt von Studienarm oder Geschlecht noch ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

In der *per-protocol* Analyse zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied, obwohl Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe geringere durchschnittliche CL Scores zeigten. Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war jedoch statistisch signifikant ( $F(1,85)=4.626, p=0.034$ ). Paarweise Vergleiche zeigten einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,85)=7.525, p=0.007$ ), aber nicht bei Männern ( $F(1,85)=0.089, p=0.766$ ).

In der *as-treated* Analyse zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt zugunsten der Interventionsgruppe ( $F(1,102)=6.803, p=0.010$ ). Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war ebenfalls statistisch signifikant ( $F(1,102)=5.131, p=0.026$ ). Paarweise Vergleiche zeigten einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,102)=11.638, p=0.001$ ), aber nicht bei Männern ( $F(1,102)=0.060, p=0.807$ ).

#### MacArthur Perceived Coercion Scale:

Ähnlich wie bei der Coercion Ladder, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in der *intention-to-treat* Analyse. Auch hier wurde weder ein

Haupteffekt von Geschlecht noch ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

Dennoch fanden sich signifikante Unterschiede in den Sensitivitätsanalysen (Stichproben *per-protocol* und *as-treated*). Patientinnen und Patienten, die eine Nachbesprechung erhalten hatten, zeigten signifikant niedrigere durchschnittliche MPCs Scores als Patientinnen und Patienten, die keine erhalten hatten (*per-protocol*:  $F(1,81)=5.294, p=0.024$ ); *as-treated*:  $F(1,98)=7.918, p=0.006$ ). In den *per-protocol* und *as-treated* Analysen waren weder der Haupteffekt von Geschlecht noch der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht statistisch signifikant.

#### Coercion Experience Scale (CES):

Was die CES angeht, konnten in der *intention-to-treat* und der *per-protocol* Analyse keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte festgestellt werden. Allerdings ergab sich in der *as-treated* Analyse ein signifikanter Interaktionseffekt Studienarm\*Geschlecht ( $F(1,93)=4.777, p=0.031$ ). Der Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,93)=4.070, p=0.047$ ) war statistisch signifikant, aber nicht bei Männern ( $F(1,93)=1.138, p=0.289$ )

#### Post-traumatische Symptome:

##### Peritraumatic Distress Inventory (PDI):

Die drei durchgeführten Analysen zeigten keinen signifikanten Gruppenunterschied. Es wurde in keiner der Analysen weder ein signifikanter Haupteffekt von Studienarm oder Geschlecht noch ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

##### Impact of Events Scale (IES-R):

Die durchgeführte *intention-to-treat* Analyse zeigte einen signifikanten Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe in Bezug auf zwei Subskalen des IES-R, nämlich die Subskala Hyperarousal ( $F(1,79)=4.463, p=0.038$ ) und die Subskala Intrusion ( $F(1,79)=5.279, p=0.024$ ). Die Analyse der Subskala Vermeidung zeigte keinen Unterschied zwischen beiden Studiengruppen. Es wurden weder ein signifikanter Haupteffekt von Geschlecht noch ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

Die *per-protocol* Analyse zeigte ebenfalls signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bzgl. der Subskalen Intrusion ( $F(1,63)=6.377, p=0.014$ ) und Hyperarousal ( $F(1,63)=6.067, p=0.017$ ). Die *as-treated* Analyse zeigte nur bei der Subskala Hyperarousal einen signifikanten Unterschied zugunsten der NB-Gruppe ( $F(1,79)=5.003, p=0.028$ ). In diesen Analysen wurden ebenfalls keiner weiteren signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte festgestellt.

#### Therapeutische Beziehung:

##### Working Alliance Inventory (WAI) bei Patientinnen und Patienten:

In der *intention-to-treat* Analyse konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden. Es wurde kein Haupteffekt von Geschlecht festgestellt. Allerdings war bei der Subskala Bindung der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht signifikant ( $F(1,98)=4.805, p=0.031$ ). Paarweise Vergleiche zeigten, dass es einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,98)=4.599, p=0.034$ ), aber nicht bei Männern ( $F(1,98)=0.924, p=0.339$ ) gibt. Ähnliche Ergebnisse konnten bei der Subskala Aufgaben gezeigt werden: Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war signifikant ( $F(1,98)=4.856, p=0.030$ ) und die paarweisen Vergleiche zeigten, dass die Auswirkung der NB bei Frauen ( $F(1,98)=3.620, p=0.060$ ), aber nicht bei Männern ( $F(1,98)=1.481, p=0.227$ ), tendenziell besser war.

Die *per-protocol* Analyse zeigte aber einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe für die Subskala Bindung ( $F(1,83)=5.032, p=0.028$ ). Wie bei der *intention-to-*



*treat* Analyse war der Interaktionseffekt Studienarm\*Geschlecht statistisch signifikant ( $F(1,83)=4.618, p=0.035$ ). Hier war wieder der Effekt der NB statistisch signifikant bei Frauen ( $F(1,83)=9.511, p=0.003$ ), aber nicht bei Männern ( $F(1,83)=0.004, p=0.947$ ). Bei der Subskala Aufgaben ergaben sich ähnliche Ergebnisse mit einem signifikanten Interaktionseffekt ( $F(1,83)=5.832, p=0.018$ ) und einem deutlich stärkeren Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,83)=7.568, p=0.007$ ) im Vergleich zu Männern ( $F(1,83)=0.422, p=0.518$ ). Dasselbe gilt für den Gesamtscore: der Interaktionseffekt Studienarm\*Geschlecht ist signifikant ( $F(1,83)=4.380, p=0.039$ ) und der Gruppenunterschied ist größer bei Frauen ( $F(1,83)=7.970, p=0.006$ ) als bei Männern ( $F(1,83)=0.014, p=0.907$ ).

In der *as-treated* Analyse konnte festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten, die eine NB erhalten haben, die therapeutische Beziehung als besser einschätzen als Pat., die keine NB erhielten. Dieser Unterschied war bei allen drei Subskalen (Bindung ( $F(1,98)=10.220, p=0.002$ ; Ziele ( $F(1,98)=6.367, p=0.013$ ; Aufgaben ( $F(1,98)=5.307, p=0.023$ )) und dem Gesamtscore ( $F(1,98)=8.526, p=0.004$ ) statistisch signifikant. Bei der Subskala Aufgaben zeigten sich wieder ein signifikanter Interaktionseffekt ( $F(1,98)=4.491, p=0.037$ ) und ein deutlich stärkerer Effekt der NB bei Frauen ( $F(1,98)=9.6630, p=0.003$ ) im Vergleich zu Männern ( $F(1,98)=0.017, p=0.896$ ).

#### Working Alliance Inventory (WAI) bei Therapeutinnen und Therapeuten:

Es konnten keinen signifikanten Haupteffekt der Studiengruppe in Bezug auf der Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten in der *intention-to-treat* Analyse gefunden werden. Es wurde allerdings ein signifikanter Haupteffekt vom Geschlecht bei der Subskala Bindung festgestellt ( $F(1,87)=6.094, p=0.016$ ). Paarweise Vergleiche zeigten, dass Therapeutinnen und Therapeuten diesen Aspekt der therapeutischen Beziehung besser bei weiblichen (MW(SD)=21.11 (3.87)) als bei männlichen (MW(SD)=18.76 (5.19)) Patientinnen und Patienten bewerteten.

Dennoch zeigten sich signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bzgl. der Subskalen Ziele ( $F(1,71)=4.435, p=0.039$ ) und Bindung ( $F(1,71)=5.716, p=0.019$ ) sowie des Gesamtscore ( $F(1,71)=7.036, p=0.010$ ) erst in der *per-protocol* Analyse. Dabei zeigte sich bei allen Subskalen und dem Gesamtscore ein signifikanter Haupteffekt vom Geschlecht, wobei Therapeutinnen und Therapeuten die Beziehung zu deren weiblichen Pat. als besser einschätzten als bei den männlichen Pat. (Bindung ( $F(1,71)=6.606, p=0.012$ ; Ziele ( $F(1,71)=5.355, p=0.024$ ); Aufgaben ( $F(1,71)=4.258, p=0.043$ ); Gesamtscore ( $F(1,71)=7.983, p=0.006$ )).

In der *as-treated* Analyse wurden ähnliche signifikante Unterschiede bzgl. der Subskalen Bindung ( $F(1,87)=6.981, p=0.010$ ) und Aufgaben ( $F(1,87)=4.538, p=0.036$ ), sowie des Gesamtscore ( $F(1,87)=8.996, p=0.004$ ) festgestellt. Bei der Subskala Bindung war wieder der Haupteffekt vom Geschlecht signifikant, wobei dieser Aspekt der Beziehung in Bezug auf weibliche Pat. besser eingeschätzt wurde als in Bezug auf männliche Pat. ( $F(1,87)=6.777, p=0.011$ ). Ähnliche Ergebnisse wurden bei dem Gesamtscore festgestellt ( $F(1,87)=4.048, p=0.047$ ).

#### Vorkommen von Zwangsmaßnahmen nach Entlassung:

Leider liegen noch nicht alle Follow-up Daten vollständig vor, sodass derzeit noch keine Datenauswertung stattfinden konnte.

## **7.2. Qualitative Untersuchung**

### A. Fokusgruppen mit Mitarbeitenden:

Die Erfahrungen der Mitarbeitenden mit der Nachbesprechung wurden überwiegend als positiv bewertet.

- *Die Erfahrung eigentlich von dem in den Gesprächen fand ich, waren eigentlich durchweg gut. (Fokusgruppe (Fokusgruppe 3 (FG3))*
- *Es ist sehr wichtig, dass das gemacht wird. Es ist wichtig für den Patienten, dass die Situation noch mal aufgegriffen wird. Die sind häufig froh, dass dieses Thema aufgegriffen wird. (FG2)*

Die standardisierte Form der NB wurde auch als hilfreich betrachtet:

- *Ich glaube der Vorteil von so `ner strukturierten Nachbesprechung ist eben, dass man bestimmte wesentliche Punkte in der Fragestellung einfach nicht außer Acht lässt. Die einfach vorher mehr oder weniger so „Na wie wars so“ ungefähr. (FG2)*
- *Ich glaube das war einer der angenehmen Sachen, also dass wir wirklich so in einem Behandlungs-Team sitzen und das besprechen strukturiert besprechen uns dafür Zeit nehmen. Und wenn das öfters der Fall wäre, glaube ich wäre das einfach glaube ich generell besser, als auf diese Thematik nur bezogen. (FG3)*

#### Inhaltliche Aspekte der Intervention:

Die Mitarbeitenden schilderten zum größten Teil die Nachbesprechung als einen Reflektions- und Austauschprozess. Dieser Prozess gestaltet sich einerseits bei den Patientinnen und Patienten wie folgt:

- *Ich habe ja schon vorher erwähnt, dass diese Nachbesprechung gibt den Patienten halt die Möglichkeit zu reflektieren diesen Vorfall halt hier. (FG2)*
- *Und ich glaube, dass es durchaus dann einfach bei manchen Patienten, nicht bei allen, aber bei manchen Patienten dazu führt, dass sie noch einmal anders über die Situation und sich selbst reflektieren können und manchmal darüber nachdenken können „wie wirke ich eigentlich auf andere“ (FG1)*

Andererseits findet ein ähnlicher Prozess bei den teilnehmenden Mitarbeitenden statt.

- *Aber ich glaube das ist auf alle Fälle auch, und das betone ich in dem Fall, auch für die Mitarbeiter eine gute Gelegenheit ist über ihre Arbeit und ihr Verhalten am Patienten zu reflektieren. Also ich würde mir wünschen, dass wir das in dem Rahmen weiter machen bei uns. (FG2)*
- *Oder vielleicht auch von dem Patienten hören, also das finde ich total schrecklich, dass ich diese Bedrohung ausgesprochen habe oder so und dann diese so also merken (FG3)*
- *Also ich habe für mich ein paar Sachen daraus gelernt die sehr wichtig sind, also was ich öfters gehört habe zum Beispiel wie schlimm Patienten es fanden in der Fixierung allein zu sein. Das ist ja eigentlich auch für uns, wir müssen, der Patient soll in der Fixierung auch nie alleine sein. Das wird aber trotzdem oft nicht so durchgesetzt. Und das habe ich irgendwie auch für mich gelernt mehr darauf zu bestehen. Und weil sehr vielen Patienten gesagt haben "Das war das Allerschlimmste". Dass sie irgendwie fixiert waren und niemand bei Ihnen war. Ich glaube, so was hat mir irgendwie geholfen (FG3)*

Es handelt sich aber auch um einen gemeinsamen Prozess, aus dem ein gegenseitiges Lernen entsteht:

- *Und dann versucht man halt zu besprechen und zu sagen „Okay wir haben da ´ne unterschiedliche Auffassung, aber jetzt ist es passiert. Jetzt müssen wir beide damit leben“ und dass man zumindest versucht zu besprechen, dass man jetzt die restliche Zeit, die man zusammen verbringt irgendwie ohne Stress und ohne Aggressionen miteinander verbringen kann. (FG1, PB2)*
- *Ich probiere halt mit dem Patienten da noch mal zu einem gemeinsamen Ergebnis zu kommen. Nicht dass wir uns im Sinne einer Einigkeit, sondern im Sinne eines Verstehens beider Seiten. Was da passiert ist warum das passiert ist was auch der Vorlauf war. Und das dann halt irgendwie zu verstehen und vielleicht auch noch mal die Perspektive zu wechseln aber halt auch unseren in dem Fall dann ja häufig unseren im Sinne von Team Standpunkt oder auch meinen persönlichen galt zu vertreten auch wenn ich da auf eine Ablehnung stoße. (FG1, PB3)*
- *Dass man da vielleicht von den Patienten ein bisschen mehr Verständnis bekommt. (FG1)*

Mitarbeitende äußerten sich auch über den Einfluss der Nachbesprechung auf die therapeutische Beziehung. Dabei wurde vor allem betont, dass die Nachbesprechung dazu dienen kann, nach einer schweren Krisensituation einen gemeinsamen Weg wieder zu finden.

- *In der Situation selbst kann der Patient das nicht erkennen, aber im Nachgang und gerade in der Nachbereitung kann das ist sicherlich auch ja gut und besser mit dem Patienten besprochen werden. Und dann darüber die Beziehung. (FG2)*
- *Und ich glaube das ist sehr wichtig irgendwie einen Besprechungsraum zu finden. Weil ich glaub das auch oft dieses „Ich red´ nicht mehr mit diesem Patienten“ Obwohl der Patient jetzt vielleicht aus diesem Zustand längst raus ist. Und ich glaube aber, dass es durch diese Intervention eigentlich nicht wirklich passiert. (FG3)*
- *Und ich glaube so dieses, dass wir jemanden gemeinsam behandeln und dass man irgendwie gemeinsam diese Zeit durchsteht ist sehr wichtig und ich glaube das ist immer sehr gefährlich, wenn jemand sich aus der Situation entfernt und dann nie wieder in diese Situation zurückkommt zur Begegnung mit dem Patienten. Also sich irgendwann total bedroht fühlte und dann diesen Abschluss nicht hat. (FG3)*

Die Möglichkeit, während der Nachbesprechung Alternativen zu möglichen zukünftigen Zwangsmaßnahmen zu finden, wurde auch erwähnt:

- *Was wir dort besprechen ist was, was hilft Ihnen in so einer Situation. Und ich find´ mit vielen Patienten kann man schon- mit einigen auch nicht, muss man natürlich sagen- kann man so relativ simple Dinge vereinbaren wie: Mir hilft es dann mal eine Runde im Garten zu drehen. (FG2)*
- *Ich denke schon, dass es hilft vielleicht in anderer Situation etwas anders zu handeln als zu fixieren. (FG2)*

Die Mitarbeitende wurden auch gefragt, inwiefern eigene Gefühle und Wahrnehmungen in die Nachbesprechung thematisiert werden konnten. Dies wurde als besonders wichtig erachtet, selbst wenn sie nicht immer im Vordergrund des Gesprächs standen:

- *Wenn ich jetzt dem Patienten sage „Sie machen mir Angst“, dann merkt der Patient, vielleicht merkt der das ja gar nicht, dass er gerade anderen Angst macht, ja wenn er hier total laut rumschreit und mega angespannt ist. Oder sich selber gerade ärgert. Dann denkt man ja auch*

*nicht darüber nach so wie man jetzt auf andere wirkt. Und wenn man das dem Patienten dann sagt glaube ich schon, dass es einfach Verständnis und Selbstreflexion fördert. (FG1)*

- *Ich glaube schon, dass hin und wieder mal, dass die Patienten sich in ihrer akuten Phase nicht dessen bewusst sind, dass wir halt auch Gefühle haben und dass man uns halt nicht so einfach beleidigen kann und dass wir doch nicht so einfach akzeptieren und hinnehmen werden und dass man halt schon mal seine Gefühle kundtut. Das glaube ich ist schon eine ganz wichtige Sache. Dann im Nachhinein. (FG1)*
- *Ich glaube, ob unsere eigene Seite so viel Beachtung gefunden hat, ich glaube das steht hier eher hinten an im Gespräch mit den Patienten. Allerdings wenn es aufgegriffen wurde fand ich es auch mal ganz hilfreich sozusagen das eigene Gefühl zu benennen und dem Patienten das quasi widerzuspiegeln. Weil es da auch wieder im Einzelfall durchaus aufgegriffen wurde und dann auch für Verständnis und bessere Akzeptanz für die getroffene Maßnahme jetzt beigetragen hat. (FG2)*

Mitarbeitende betonten aber auch, dass diese Dimension über die Nachbesprechung hinaus mehr Berücksichtigung im Alltag finden sollte:

- *Unabhängig von den Zwangssituationen ist eh meine Gefühlswelt da mit reinzutragen generell also zum Beispiel zu sagen wo ich stehe wo ich nicht das empfinde, warum mich das beschäftigt (FG1)*
- *So also, so ich glaub, dass man so eine persönliche Ebene reinbringt ist oder so auch, dass man sich selber mitteilt ist hilfreich. Aber das glaube ich auch wiederum etwas, das man einfach auf alle Situationen wieder beziehen sollte, auf alle Gesprächssituationen. Aber ich find das hat es schon in mehreren Situationen gezeigt oder zum Beispiel, dass man sagt, dass man Angst hatte. Oder auch sagt, was man sich dahinter, dabei dachte so ein bisschen. (FG3)*
- *Aber es hat sich manchmal in den Nachbesprechungen gezeigt, dass dringend nötig wäre, dass alle Berufsgruppen viel mehr Intervention oder Supervision haben. Oder die Leute Selbsterfahrungs-Möglichkeiten haben. Weil das zeigt sich in der Akut-Situation, also in der Zwangsmaßnahme zeigen sich die eigenen Emotionen die eigenen Verwicklungen. Und das merkt man immer mal wieder bei Kollegen. Das kann man dann nicht in der Nachbesprechung mit behandeln. Das ist sozusagen nicht der Ort. Das müssen die dann mit sich machen. Man merkt eher, dass es ein Problem ist, dann viele Kollegen das nicht haben, diesen Ort. (FG3)*

#### Bereitschaft von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden:

Die befragten Mitarbeitenden betonten die Rolle der Bereitschaft von Patientinnen und Patienten in der Umsetzung der Intervention. Sie merkten an, dass manche Pat. nicht dazu bereit waren, über die ZM zu sprechen:

- *Also bei uns haben mehrere gesagt, nee ich will darüber nicht reden. (FG3)*
- *Ja, es gibt sicherlich Patienten, da ist es dann Thema. Die bringen das auch noch mal mit rein, da wird es auf jeden Fall gemacht. Aber gibt es auch Patienten da, also grad, wenn es wiederholt ist, dass es nicht immer unbedingt nachbesprochen wird. (FG1)*
- *Und dann kommt es glaube ich auch auf den Patienten an, ob eine Nachbesprechung stattfindet oder nicht, weil ganz viele Patienten sind ja dann auch so, dass sie sagen „Da will ich jetzt nicht drüber reden“ und dann kann man das auch einfach nicht nachbesprechen, Weil wenn der Patient sich da verweigert dann ist es halt so. (FG1)*

Als Grund dafür wurden u. a. Schamgefühle oder die aktuelle Symptomatik genannt.

- *Andererseits glaube ich sind auch manche Patienten, die dann auch vielleicht remittieren. Aber denen das auch so peinlich ist, dass es irgendwie so darauf rumzustochern ihnen nicht guttut. Also das ist ein Teil und ich glaube da finde ich irgendwie so ja die Remission der Symptomatik einen großen Einfluss. Also so auf wie zielführend dieses Gespräch ist (FG3)*
- *Und dann gabs also auch bei den Interviews gabs ein paar Patienten, die schon einfach noch so psychopathologisch auffällig waren, ähm. Die haben auch zu dem Interviewzeitpunkt immer noch nicht wirklich realisiert, was unsere Gründe waren. Also auch wenn wir die dann noch mal darlegen und ähm Erklärungen finden mussten, warum jetzt an der Stelle das Verhalten sehr auffällig war oder ähm. Die dann irgendwie noch daneben reden und dann irgendwie ganz andere Gründe anführten. (FG3)*

Dennoch erleben laut Mitarbeitende Patientinnen und Patienten durchaus die NB als Erleichterung:

- *Häufig ist das für Sie vielleicht auch ein bisschen Scham besetzt. Sie selbst denken das, dass darüber sollte man nicht sprechen. Dann erfahre ich häufig als eine Erleichterung, wenn man dieses Thema anspricht da wird dann sehr offen drüber gesprochen (FG2)*

Im Allgemeinen gaben die Mitarbeitenden an, dass die NB regelmäßig angeboten werden soll, um sich an die Bereitschaft von Pat. anzupassen.

In den Fokusgruppen wurde auch die Bereitschaft von Mitarbeitende thematisiert und als ein Faktor, der die Umsetzung der NB erschweren kann, beschrieben.

Für manche Mitarbeitende werden bestimmte emotionale Widerstände und Hemmungen deutlich.

- *Es ist jetzt auch nichts was so gerne gemacht wird. Weil muss man sich wieder mit der Sache auseinandersetzen. Da ist dann vielleicht so ein bisschen Verdrängung dabei. Von beiden Seiten vom Patienten und von unserer Seite aus. Man möchte ja eigentlich, man will das ja, beide Seiten wollen es ja eigentlich nicht. Und dann wahrscheinlich auch schwierig das immer wieder so anzusprechen. (FG1)*
- *Es ist nicht immer per se einfach für die Beteiligten darüber zu sprechen. Das erfordert genauso eine Schwelle, weil man ja so, man weiß ja irgendwie hat man einem Patienten Gewalt angetan. Ich glaube, ich könnte mir vorstellen, dass nicht wenige vielleicht auch so ethisch mit sich ringen. (FG2)*
- *Ich glaube auch grad für unerfahrene Kollegen, die das noch nicht so häufig erlebt haben mag das sogar kritisch hinterfragt werden, dass man da eigene Gefühle bildet. Also wenn es darum geht zu sagen „Das hat mir Angst gemacht“ oder „Sie wirkten bedrohlich“ und äh. Kann ja auch zumindest gedanklich dazu führen, dass man denkt „Eigentlich muss ich ja in dieser Situation in Anführungszeichen der Starke sein, der das hier alles im Griff behält, die Anordnung trifft. Und warum sollte ich mich dann gegenüber dem Patienten gerade als geängstigt oder auch angreifbar geben? Schwächt das nicht meine Situation?“ Aus meiner Erfahrung ist es eher genau das Gegenteil. Es stärkt eher, wenn man sagt, dass es einem Angst macht oder man selber sehr angespannt war. (FG2)*

Diese Widerstände führen dazu, dass oft nur einige Mitarbeitende die NB führen.

- *Ich glaube, das ist so ein Punkt, die Tendenz besteht, was du sagst, dass immer die gleichen Leute die Nachbesprechung dann machen. Und bestimmte Leute, bei denen es sehr hilfreich wäre, dass auch noch mal ihre Position einbringen oder dann die direkte Rückmeldung kriegen so hat der Patient das erlebt oder so, dass die das dann einfach nicht machen. (FG3)*

#### Zeitpunkt der Intervention:

Mitarbeitende äußerten sich zum Zeitpunkt der Intervention. Im Allgemeinen wurde angemerkt, dass die NB nicht unmittelbar nach der Akutsituation stattfinden sollte:

- *Also ich finde immerhin da ein bisschen in ein zwei Tage Abstand zwischen zu haben und es dann noch mal zu besprechen. Auch vom Patienten her vom Gefühl besser. Weil ich das eine reine Gefühlssache ist. Äh, dass man, also beide Seiten mit einem gewissen Abstand drüber sprechen kann. Und sagen was ist da eigentlich passiert. Darum das nicht auch, im akuten Moment zu machen. (FG1)*
- *Also weil ich finde, dass es auch so ein bisschen von den Patienten einfach abhängt. Wenn der Patient nach der Fixierung halt immer noch komplett auffassungsgestört ist macht es für mich wenig Sinn, dann halt zu sagen ich bespreche das jetzt halt mit ihm nach. Da würde ich dann schon warten bis er dann, soweit wieder klar im Kopf ist, dass man das mit ihm auch nach besprechen kann. (FG1)*

Die Frage des Zeitpunkts wurde als zentral wahrgenommen. Dabei betonten die Mitarbeitenden, dass die Auswahl des richtigen Zeitpunkts eine Gradwanderung sei:

- *Nachbesprechung findet schon früh statt um Kontakt aufzunehmen durch die Pflege aber natürlich dann auch spät zu einem späteren Zeitpunkt mit den Ärzten und Ärztinnen zusammen. Und es sollte nicht zu weit entfernt sein. Es sollte aber auch nicht jetzt komplexe Fragen unmittelbar danach erfolgen (FG2)*
- *Aber wenn die Fixierung wirklich so heftig waren mit viel Gegenwehr, und vielleicht dann noch Verletzungen waren oder so waren, dann würde ich schon versuchen das dann relativ zeitnah versuchen zu besprechen. Aber wie gesagt das ist dann auch abhängig von dem Zustand des Patienten. (FG1)*
- *Aber auch den richtigen Moment für dieses Gespräch. Weil dann teilweise irgendwie so, entweder sind die Patienten doch noch total psychotisch und sagen dann immer noch „Ja und sie haben mich vergiftet“ und ich weiß nicht. Oder das ist dann drei Monate später und eigentlich möchte niemand mehr an diese schlimme- also der Patient möchte dann auch nicht mehr an diese Zeit denken. Und man ist irgendwie an der Entlassung dran und möchte nach vorne schauen (FG3)*

#### Umsetzungshindernisse:

Es wurden von Mitarbeitenden einige Faktoren, die die Umsetzung der Intervention im Alltag erschweren, genannt. Als erster Faktor wurde Zeitmangel angegeben:

- *Da haben wir nicht so die Zeit für, dass man nicht so wirklich da ist die Wichtigkeit da noch nicht so da bei uns. (FG1)*

Einige Mitarbeitende berichteten, dass andere Formen der NB durchgeführt werden. Dies würde unter Umständen die Umsetzung der standardisierten NB hindern:

- *Die Nachbesprechung erfolgt halt immer. [...] Also halt nicht immer in dem Rahmen der wahrscheinlich angemessen wäre aber irgendwo ist es ist immer so ein bisschen. Ich glaube, dass deshalb die Priorität nicht so hoch ist. Wenn man sich denkt, ja komm da haben wir schon mal drüber gesprochen. Auch wenn es nur drei Minuten waren. (FG1)*

Der Intervention wird auch laut manchen Mitarbeitenden noch keine hohe Priorität beigemessen:

- *Also da stehen immer wieder so viele Baustellen an, die man dann wichtiger, die man wichtiger empfindet und dann geht das halt irgendwie so unter. Das ist so eher das Probleme. (FG1)*

#### Umsetzungshilfe:

Einige Aspekte, die zu einer besseren Umsetzung der Intervention beitragen könnten, wurden auch von Mitarbeitenden genannt. Darunter wurden zwei Ideen besonders betont. Einerseits sollte laut Mitarbeitende eine feste verantwortliche Person auf jeder Station ernannt werden. Andererseits wurde vorgeschlagen, die Dokumentation der ZM zu verbessern und eine NB-Liste zu führen.

#### B. Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten:

Die NB wirkte auch laut Patientinnen und Patienten entlastend. Dabei kamen aber auch zum Teil unangenehme Gefühle hoch:

- *Ja, schlechte Gefühle. Traurigkeit, schlechte Gefühle. So Oh nee bitte lieber Gott, nicht noch mal. [...] Ja, aufwühlend auf jeden Fall. (Int 8)*

Dass direkt über den Hergang der Zwangssituation und die Wahrnehmung des Teams und der Patientinnen und Patienten gesprochen wird, insbesondere aber auch über Sachverhalte, die den Patientinnen und Patienten nicht mehr erinnerlich sind, trug laut der Befragten zur Entlastung bei:

- *Dass es dann einfach nicht mehr so ein Geheimnis war, weil ich dachte die ganze Zeit das ist so ein Geheimnis, weil niemand darüber gesprochen hat. [...] und es wurde nie über die Fixierung gesprochen. Es wurde nie über Telepathie gesprochen. Es wurde nie über meine Stimmen gesprochen, aber ich habe das selbst auch nicht angesprochen so richtig, aber es wurde auch nicht drüber gesprochen. Und ähm als es mal angesprochen wurde war ich irgendwie so ein bisschen erleichtert, weil es dann nicht so ein Mythos war. (Int 8)*

In der NB wurden auch möglichen Alternativen zu ZM thematisiert:

- *Vielleicht beruhigende Musik, habe ich gesagt. Aber da ist halt auch die Frage, so, oder den Patienten zu fragen: „Möchten Sie gerne Musik hören?“ Und dann vielleicht ein Lautsprecher, dass man/. Oder vielleicht sagen könnte, wie Bluetooth irgendwie, dass man selber die eigene Musik oder so, vielleicht beruhigende Musik. Aber halt irgendwie eine Beschäftigung. (Int 2)*

Von den befragten Patientinnen und Patienten wurde auch der Zeitpunkt der Nachbesprechung angesprochen. Ähnlich zu den Mitarbeitenden wurde geäußert, dass ein späterer Zeitpunkt besser sei:

- *Also man hat es so eine Woche sacken lassen. Kurz danach hat mich eigentlich keiner angesprochen [...] Ich war so vollgepumpt mit Drogen und war total am Ende und bin da halt einfach wie so `ne Leiche rumgelaufen und da hab` ich einfach nur eine Zigarette nach der anderen gebraucht. [...] Das war gut, dass mich da jetzt niemand angequatscht hat. (Int 8)*
- *Das war ein guter Zeitpunkt, weil ich ja wieder zurechnungsfähig war. (Int 2)*

Ein Patient erwähnte auch, dass sie sich gewünscht hätte, früher mit seinem Angehörigen über die Zwangssituation sprechen zu können:

- *Mein, mein Bruder hat zu mir gesagt „Ich hab´ dich in der Fixierung erlebt“ und er wollte unbedingt mit mir darüber sprechen, weil er meinte „Was war da mit dir los und so? „Und ich wollte das wissen, du hast über Stimmen gesprochen und sowas“. Und wollte mit mir darüber reden, hat aber total lange gewartet, weil er auch so verunsichert war. Und ich hab´ das Gefühl gehabt, dass die Ärzte ihm irgendwas gesagt haben. Und ich hab´ auch im Gefühl, dass die Ärzte gesagt haben „Erzählen Sie nicht, dass wir so viel Kontakt haben. Oder Einzelheiten“. (Int 8)*

Alle der interviewten Patientinnen und Patienten, die keine NB erhalten hatten, gaben an, sie hätten sich eine gewünscht:

- *Mehrmals! Immer! Jedes Mal nachdem ich fixiert worden bin oder jedes Mal nachdem ich eigentlich hier aufgenommen worden bin, so, hätte ich wirklich mal so ein ausführliches Gespräch gewünscht. (Int 6)*

Ein Patient gab an, eine NB abgelehnt zu haben:

- *Wieder keine Lust mich noch mal auf so Gespräch und so. Ich will das hinter mir lassen, jetzt endlich mal, mit diesen ganzen Klinikaufenthalten. (Int 5)*

Ein Patient äußerte in ähnlicher Weise, dass seiner Meinung nach viele Patientinnen und Patienten, insbesondere Männer, ungern über ZM reden wollen:

- *Also ich glaube die meisten, die isoliert waren oder die meisten, die fixiert waren, die wollen auch über dieses Erlebnis nicht sprechen, weil es ja unmenschlich ist und man entmannt wurde. Gerade Männer haben damit ein Problem, weil Männer ja. [...] Weil ich, weil sie ja entmannt werden. Also ich glaube Frauen werden auch nicht so häufig fixiert wie Männer. Da kommen auch nicht tausend Polizisten, weil eine Frau kann man ja auch, ja. Ich glaube Männer haben ein großes Problem damit über die Gefühle oder über dieses Ereignis zu sprechen, weil sie halt entmannt werden. (Int 2)*

## **8. Diskussion**

Die vorliegende randomisiert-kontrollierte Studie hatte das Ziel, die Auswirkungen einer Nachbesprechung (NB) stattgehabter Zwangsmaßnahmen auf subjektive und objektive Parameter von Zwang in der psychiatrischen Behandlung, auf das Auftreten von Traumafolgesymptomen, sowie die therapeutische Beziehung im Vergleich zur Standardbehandlung zu untersuchen.



Die intention-to-treat (ITT) Analyse, welche als primäre Strategie zur Datenanalyse gewählt wurde, um Ergebnisverzerrungen durch nachträgliche Änderungen der Studienintervention zu minimieren, zeigte allerdings keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der primären Outcomeparameter zum subjektiv erlebten Zwang in der Behandlung. Erst in der Analyse der Subgruppe jener Patientinnen und Patienten, die die Studienintervention protokollkonform erhalten hatten (per-protocol Analyse), bzw. der Subgruppe der Patientinnen und Patienten, welche unabhängig von ihrem Randomisierungsstatus eine NB vs. keine NB erhalten hatten (as-treated Analyse), zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede, welche einen mildernden Einfluss der Nachbesprechung auf das subjektive Erleben von Zwang nahelegen.

Diese Ergebnisse können nicht ohne eine genauere Betrachtung der analysierten Studienpopulationen diskutiert werden. Die Tatsache, dass der hier berichtete RCT multizentrisch innerhalb der psychiatrischen Pflichtversorgung durchgeführt wurde, gehört einerseits zu den Stärken der Studie und erhöht deren externe Validität, andererseits ergeben sich eine Reihe von Problemen: Da Zwangsmaßnahmen an nicht einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden, aber alle Betroffenen erfasst werden sollten, wurde vor Einholen der Einwilligungserklärung randomisiert (Zelen-Design) und die NB oder Kontrollbedingung nachfolgend als zwei mögliche Routineinterventionen durchgeführt. Dadurch ist die Zahl der später in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten deutlich geringer als die Zahl der randomisierten Teilnehmenden. Neben der Reduktion der statistischen Power der Studie ergibt sich hier bereits ein Selektionsbias, da davon ausgegangen werden muss, dass nur Patientinnen und Patienten mit einer minimal-positiven Grundhaltung gegenüber dem psychiatrischen System überhaupt in die Studienbefragung eingewilligt haben. Darüber hinaus gehören sowohl die leitfadengestützte, standardisierte, wie auch freie Formen der Nachbesprechung zur üblichen klinischen Routine, auch wenn sie - aus verschiedenen Gründen - noch immer zu selten angewendet werden. Dies führte dazu, dass einige Patientinnen und Patienten der ITT-Stichprobe entweder keine protokollkonforme Nachbesprechung erlebten oder, wenn sie in die Kontrollgruppe randomisiert worden wurden, ebenfalls nicht protokollkonform eine freie Nachbesprechung erhielten. Obwohl die Ergebnisse der per-protocol und der as treated Stichproben klar für die Wirksamkeit einer wie auch immer gearteten Nachbesprechung sprechen, müssen diese Resultate dahingehend relativiert werden: Patientinnen und Patienten, die in der Kontrollgruppe eine Nachbesprechung erhielten, hatten diese möglicherweise aktiv eingefordert oder den Behandelnden implizit angetragen; möglicherweise waren in diesen Fällen Therapeutinnen und Therapeuten insgesamt aktiver oder motivierter. Jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche entgegen des Studienprotokolls keine Nachbesprechung bekamen, könnten diese aktiv abgelehnt haben, kritischer gewirkt haben; ihre Therapeutinnen und Therapeuten könnten weniger engagiert gewesen sein oder über geringere zeitliche Ressourcen verfügt haben. Darüber hinaus könnte das „Nichterinnern“ einer stattgehabten NB in der as treated Gruppe einem zu frühen Zeitpunkt (Medikamenteneinfluss, erkrankungsbedingte Denkstörung) der NB, einem Leugnen aus wahnhaften Gründen oder anderweitigen therapeutischen Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau geschuldet sein. Auch die Integration der NB in anderweitige Routinegespräche oder Visiten, also die Durchführung ohne einen markierten eigenen Rahmen, kann deren Prägnanz und Erinnerbarkeit entgegenstehen, so dass z. B. einige NB nicht als eine solche erkennbar waren. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Die Gründe für die Nichtdurchführung einer NB sollten in weiteren Untersuchungen differenziert werden; auch der beträchtliche zeitliche Aufwand und allgemeine Implementierungsschwierigkeiten sollten beachtet werden.

Gleichwohl ergeben sich deutliche Anhaltspunkte dafür, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen das globale Erleben von Zwang in der Behandlung vermindern und die Wahrnehmung von deren Fairness und Effektivität steigern könnte. Die Erfahrungen aus der Studie zeigen allerdings, dass der Zeitpunkt der Intervention nicht standardisiert werden kann, da er nicht nur

vom Remissionsverlauf, sondern auch von der inneren Bereitschaft des Patienten, sich auf eine erneute Beschäftigung mit den während der Zwangsmaßnahme erlebten Gefühlen und Gedanken einzulassen, abhängig ist. Die Nachbesprechung sollte daher ggf. mehrfach angeboten werden und kann in Abhängigkeit vom Stand des Verarbeitungsprozesses des betroffenen Menschen unterschiedliche Schwerpunkte haben. Zukünftige Untersuchungen könnten diesbezüglich eine Differenzierung zum Ziel haben, da denkbar sein kann, dass z. B. zeitnah nach der ZM veranlasste Nachbesprechungen eher dem gegenseitigen Perspektivwechsel, den Abgleich von Eigen- und Fremdwahrnehmung und die Reparatur von Beziehungsbrüchen zum Fokus haben, während spätere NB sich möglicherweise verstärkt mit der Erkrankungsbewältigung, (Selbst-)Stigmatisierung und sonstigen psychischen Folgen der Erkrankung beschäftigen. Patientinnen und Patienten, welche die NB erlebt hatten, empfanden diese ganz überwiegend als hilfreich, während problematische Aspekte im Sinne von unerwünschten Wirkungen nicht erwähnt wurden.

Sehr interessant ist die Tatsache, dass die Wirksamkeit der Nachbesprechung auf das subjektive Erleben von Zwang bei Frauen deutlich größer war als bei männlichen Patienten bzw. der Gruppenunterschied durch das weibliche Subsample getrieben wurde. Zur Erklärung könnte gemutmaßt werden, dass Frauen zum einen ein höheres subjektives Niveau an Gezwungensein und Angst in einem Stationssetting erleben als Männer, welche wiederum häufiger selbst Ausgangspunkt von Aggression sind. Zwangsmaßnahmen könnten bei Frauen evtl. häufiger Erinnerungen an frühere traumatische Erlebnisse reaktivieren. Frauen zeigen häufig eine günstigere Prognose, z.B. einer psychotischen Erkrankung, verfügen häufig über bessere sozial-kognitive Fähigkeiten und Emotionswahrnehmung und könnten daher evtl. vom psychotherapeutischen Setting der Nachbesprechung in einem früheren Stadium oder in größerem Ausmaß profitieren als Männer. Möglicherweise erleben sich Männer auch subjektiv (und außerhalb des Krankenhauses) häufiger als Ursprung von Aggression oder als angstgebietend für Andere, sind häufiger komorbid suchterkrankt und/oder intoxikiert zum Zeitpunkt der ZM oder akzeptieren sogar Gewalt als Problemlösungsstrategie. Letztlich bleibt unser Ergebnis aber unerwartet, so dass zukünftige Forschungsprojekte zum einen symptombezogene (z.B. ZM zur Beherrschung von Eigen- oder Fremdgefährdung, bei euphorisch-expansiver oder defensiv-ängstlicher Aggression durch den Patienten) und soziale Aspekte bei der Entstehung von psychiatrischen Zwangssituationen berücksichtigen müssen, zum anderen aber evtl. geschlechtsspezifische Interventionen zur Nachbearbeitung von Zwangsmaßnahmen entwickeln sollten.

Hinsichtlich der sekundären Outcomeparameter stellten sich signifikante Effekte der Nachbesprechung auf die Ausprägung traumafolgender Symptome, wie Hyperarousal und Intrusionshäufigkeit, auch in der ITT- Stichprobe dar. Dies erscheint ein wichtiges Ergebnis, da unbearbeitete traumatische Erfahrungen den Erkrankungsverlauf und die Inanspruchnahme einer weiteren psychiatrischen Unterstützung massiv beeinträchtigen können. Aus theoretischen Erwägungen erscheint es denkbar, dass eine während der NB therapeutisch unterstützte Kontextualisierung und Strukturierung eines potenziell traumatischen Ereignisses zur Narrativbildung und somit zur Verhinderung von Traumafolgestörungen beitragen könnte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden, da nicht untersucht werden konnte, ob und mit welcher Häufigkeit die Studienteilnehmenden tatsächlich eine manifeste Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) entwickelt haben. Die Wirkungen der Nachbesprechung könnten zudem auch unspezifisch sein, indem die Reparatur der Arbeitsbeziehung und die Aufarbeitung einer bisher nicht besprochenen negativen Erfahrung zu Beruhigung und Sicherheitsgefühl beitragen und auch intrusive Gedanken reduzieren können. Alarmierend scheint allerdings unser Befund, dass unabhängig von der Nachbesprechung im Mittel ca. 70% aller Studienteilnehmende soweit erhöhte Werte für peritraumatisches Distresserleben bezogen auf die erlebte ZM zeigten, welche weitere Screeninguntersuchungen zur Entwicklung einer PTSD erforderlich machen sollen (Guardia et al. 2013). Da prämorbid traumatische Erfahrungen als

Risikofaktor insbesondere für die Entwicklung von psychotischen Störungen nachgewiesen wurden (Varese et al., 2012), müssen (re-)traumatisierende Situationen während einer psychiatrischen Behandlung zunehmend in den Fokus des therapeutischen Interesses treten. Wenngleich die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen größte Priorität besitzt, könnte das Angebot von Nachbesprechungen nach unvermeidbaren Zwangsmaßnahmen möglicherweise die Auftretenswahrscheinlichkeit von Traumafolgesymptomen reduzieren.

Die Durchführung der NB war zudem in der ITT-Stichprobe mit einer signifikanten Verbesserung der therapeutischen Bindung bei Frauen verbunden; in den Sensitivitätsanalysen zeigten sich auch insgesamt stärkere Übereinstimmungen hinsichtlich Aufgaben und Zielen der therapeutischen Beziehung.

Die Ergebnisse des randomisiert-kontrollierten Studienteils zeigen insgesamt, dass die Durchführung einer Nachbesprechung nach stattgehabten Zwangsmaßnahmen das subjektive Erleben von Zwang in der Behandlung reduzieren, die therapeutische Beziehung verbessern und die Entwicklung traumafolgender Symptome reduzieren könnte. Der Einbezug der NB in die klinische Routine wird daher empfohlen.

Zukünftige Studien sollten untersuchen, welche patientenbezogenen und behandlungsbezogenen Variablen mit der Durchführung (vs. Nichtdurchführung/Ablehnung) einer NB assoziiert sind, und auf welche Weise geschlechtsspezifische Faktoren das Erleben von Zwang wie auch die Wirksamkeit einer Nachbesprechung beeinflussen.

## **9. Genderaspekte**

Interessanterweise wurde festgestellt, dass Frauen besonders von der Nachbesprechung profitieren. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass das subjektive Erleben von Zwang höher bei Frauen als bei Männern war. Verschiedene Gründe dafür können diskutiert werden: Es ist vorstellbar, dass Frauen neben den angewendeten Zwangsmaßnahmen den stationären Aufenthalt auf Grund des Gesamtklimas der Station inkl. Aggression von Mitpatienten, Distanzlosigkeiten und Belästigungen als deutlich belastender empfinden als Männer. Die emotionale Reaktion von Frauen auf Gewalt inkl. Zwangsmaßnahmen gestaltet sich sicherlich anders als bei männlichen Patienten. Die Bereitschaft, sich kritisch mit dem Aufenthalt und auch mit dem eigenen Erleben in Bezug auf Zwangsmaßnahmen auseinanderzusetzen ist möglicherweise höher bei Frauen als bei Männern. Diese Ergebnisse weisen jedenfalls daraufhin, dass Genderaspekte in Bezug auf Zwang berücksichtigt werden müssen, sowohl in der Praxis als auch in zukünftigen Forschungsprojekten. Es sollte überlegt werden, wie Männer von der Nachbesprechung besser erreicht werden können.

## **10. Veröffentlichungen und Vorträge**

- Alexandre Wullschleger, Angelika Vandamme, Jennifer Ried, Mara Pluta, Christiane Montag und Lieselotte Mahler (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*; 46: 128-134
- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Auswirkung der standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen - erste Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten multizentrischen Studie (A. Wullschleger)

- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: A standardized debriefing session of coercive measures as a way to reduce coercion (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Wie geht es weiter nach Zwang? Implementierung einer standardisierten, trialogischen Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (A. Vandamme)

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in internationalen und nationalen Fachzeitschriften, welche dem Peer-Review-Verfahren unterliegen, wird gegenwärtig vorbereitet.

Masterarbeiten:

- Katharina Sindlinger. Therapeutische Allianz im Kontext von Zwangsmaßnahmen. März 2019, Humboldt-Universität Berlin.
- Lara Raphaela Renner. Die standardisierte Nachbesprechung von erlebten Zwangsmaßnahmen und ihre Auswirkung auf Trauma-folge Symptome. September 2019, SHB, Berlin
- Amelie Garbe: Implizite und explizite Einstellungen der Mitarbeiter/-innen gegenüber Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie. September 2019, Humboldt-Universität Berlin.

## **11. Empfehlungen**

**Hauptempfehlung:** Die leitfaden-gestützte Nachbesprechung (NB) von Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen der klinischen Routine implementiert werden.

*An Professionelle und Klinikleitungen*

- (1) Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen sollte regelhaft und möglichst leitfadengestützt ablaufen. Das standardisierte Setting wurde sowohl in der bereits veröffentlichten Pilotstudie als auch in dieser Untersuchung als hilfreich empfunden, um das Gespräch adäquat zu strukturieren, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und ein gemeinsames Reflektieren zu begünstigen. Die NB soll die Möglichkeit eines ausführlichen Austauschs zwischen den betroffenen Patientinnen und Patienten und dem behandelnden Team darstellen und ihre Wirkung u. a. durch die Anregung zum Perspektivwechsel entfalten.
- (2) Die NB hat einen hohen psychotherapeutischen Wert. Dementsprechend soll sie nicht im Rahmen anderer Gespräche oder Visiten, sondern in einem eigenen geeigneten Rahmen stattfinden. Dies wurde durch die durchgeführten qualitativen Interviews deutlich und zeigte sich auch daran, dass einige Patientinnen und Patienten die NB nicht als solche erlebt haben, wenn diese als Teil anderer Gespräche durchgeführt wurde.
- (3) Der richtige Zeitpunkt der NB soll individuell festgelegt werden und es kann diesbezüglich keine Pauschalempfehlung ausgesprochen werden. Dabei sollte neben psychopathologischen Aspekten die emotionale Bereitschaft der betroffenen Patientinnen und Patienten, sich mit der Zwangssituation auseinanderzusetzen, besonders berücksichtigt werden. Daher soll die NB ggf. mehrfach bzw. regelmäßig angeboten werden.

- (4) Die Implementierung der NB soll als Konzept von der Klinik- und Stationsleitung unterstützt werden, um mögliche Widerstände zu überwinden. Auf jeder Station sollte eine verantwortlicher Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner genannt werden, der die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in der Planung, Durchführung und Dokumentation der Gespräche begleitet und unterstützt.
- (5) Die Durchführung der NB und die Dokumentation ihres Inhalts soll in die übliche Dokumentation von Zwangsmaßnahmen integriert werden.
- (6) Die Implementierung der NB soll eine ausführliche Schulung der Stationsmitarbeitenden beinhalten. Dabei sollten die Grundlagen der Intervention erläutert werden sowie praktische Übungen stattfinden. Diese Schulung sollte als Teil der Klinikfortbildung zum Thema Prävention von Zwang stattfinden.
- (7) Nach Durchführung einer NB soll auf die Möglichkeit der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung bzw. eines Krisenplans verwiesen werden, um möglicherweise erarbeitete Alternativen festlegen zu können.

*An den Gesetzgeber*

- (8) Die NB soll gesetzlich verpflichtend gemacht werden.

## **12. Referenzen**

- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 24(1), 11-15. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.
- Mahler, L. J.-J., I.; Montag, C.; Gallinat, J. Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 2013. In: Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bempohl, F., Rentzsch, J., . . . Montag, C. (2017). [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. *Psychiatr Prax*, 44(6), 316-322. doi:10.1055/s-0042-105861
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspect Psychiatr Care*, 46(3), 221-233. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Zwangsmaßnahmen in der Medizin. Schweizerische Ärztezeitung, 97(02).
- Torgerson, D. J., & Roland, M. (1998). What is Zelen's design? *BMJ*, 316(7131), 606. doi:10.1136/bmj.316.7131.606
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38, 661–671.
- Whitecross, F., Seear, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 512-521. doi:10.1111/inm.12023
- Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C., & Mahler, L. (2019). [Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study]. *Psychiatr Prax*, 46(3), 128-134. doi:10.1055/a-0651-6812

**Tab. 1 : Sozio-demografische und klinische Daten der untersuchten Stichproben.**

	Intention-to-treat (n=109)		Per-protocol (n=84)		As-treated (n=109)	
	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Keine NB	NB
	n=57	n=52	n=44	n=48	n=48	n=61
<b>Alter (Jahre) M (SD)</b>	39.11(11.36)	38.54 (14.27)	38.66 (11.28)	39.02 (14.11)	38.17 (11.74)	39.03 (13.76)
<b>Geschlecht</b>						
Weiblich n (%)	26 (45.6%)	28 (53.8%)	20 (45.5%)	26 (54.2%)	22 (45.8%)	32 (52.5%)
Männlich n (%)	31 (54.4%)	24 (46.2%)	24 (54.5%)	22 (45.8%)	26 (54.2%)	29 (47.5%)
<b>Migrationshintergrund n(%)</b>	n=103		n=87		n=103	
Ja n (%)	11 (20.4%)	17 (34.7%)	10 (23.8%)	14 (31.1%)	13 (28.3%)	15 (26.3%)
Nein n (%)	43 (79.6%)	32 (65.3%)	32 (76.2%)	31 (68.9%)	33 (71.7%)	42 (73.7%)
<b>EU-Rente n (%)</b>	n=99		n=83		n=99	
Ja	16 (29.1%)	12 (27.3%)	10 (23.3%)	11 (27.5%)	11 (23.4%)	17 (32.7%)
Nein	39 (70.9%)	32 (72.7%)	33 (76.7%)	29 (72.5%)	36 (76.6%)	35 (67.3%)
<b>Höchster Abschluss n(%)</b>	n=98		n=82		n=97	
Kein Abschluss	4 (7.3%)	3 (7.1%)	3 (7.0%)	2 (5.1%)	4 (8.7%)	3 (5.9%)
Hauptschulabschluss	9 (16.4%)	7 (16.7%)	6 (14.0%)	7 (17.9%)	6 (13.0%)	10 (19.66%)
Mittlere Reife	15 (27.3%)	12 (28.6%)	14 (32.6%)	12 (30.8%)	14 (30.4%)	13 (25.5%)
Abitur	11 (20.0%)	5 (11.9%)	9 (20.9%)	4 (10.3%)	10 (21.7%)	6 (11.8%)
Berufsfachschule	7 (12.7%)	6 (14.3%)	4 (9.3%)	6 (15.4%)	4 (8.7%)	9 (17.6%)
Hochschulabschluss	9 (16.4%)	9 (21.4%)	7 (16.3%)	8 (20.5%)	8 (17.4%)	10 (19.6%)
<b>Diagnose n (%)</b>						
F19.x5, F30.2, F31.2	10 (17.5%)	13 (25.0%)	7 (15.9%)	13 (27.1%)	7 (14.61%)	16 (26.2%)
F2.x	47 (82.5%)	39 (75.0%)	37 (84.1%)	35 (72.9%)	41 (85.4%)	45 (73.8%)
<b>Klinische Parameter</b>	n=53	n=51	n=41	n=47	n=45	n=59
GAF M (SD)	28.49 (12.42)	26.27 (13.28)	29.93 (12.73)	26.40 (13.67)	29.47 (12.42)	25.83 (13.03)
CGI-S M (SD)	5.53 (0.72)	5.80 (0.57)	5.49 (0.78)	5.79 (0.59)	5.53 (0.76)	5.76 (0.57)
<i>Symptomschwere M (SD)</i>						
Positivsymptome	2.43 (0.75)	2.27 (0.94)	2.34 (0.79)	2.28 (0.95)	2.33 (0.80)	2.37 (0.89)
Negativsymptome	1.21 (0.88)	1.18 (0.95)	1.17 (0.86)	1.17 (0.96)	1.18 (0.86)	1.20 (0.96)
Globale Symptome	2.45 (0.64)	2.43 (0.70)	2.41 (0.67)	2.38 (0.71)	2.47 (0.66)	2.42 (0.67)
Manic	1.34 (1.13)	1.29 (1.24)	1.24 (1.14)	1.28 (1.25)	1.27 (1.14)	1.36 (1.21)
Depression	0.58 (0.86)	0.47 (0.67)	0.54 (0.78)	0.43 (0.65)	0.58 (0.78)	0.49 (0.77)
Mangelnde Einsicht	2.30 (0.87)	2.29 (0.97)	2.17 (0.89)	2.28 (0.97)	2.20 (0.89)	2.37(0.93)
<b>Frühere ZM n (%)</b>	n=108		n=91		n=108	
Ja	37 (66.1%)	35 (67.3%)	28 (65.1%)	33 (68.8%)	30 (63.8%)	42 (68.9%)
Nein	19 (33.9%)	17 (32.7%)	15 (34.9%)	15 (31.3%)	17 (36.2%)	19 (31.1%)
<b>Frühere NB n (%)</b>	n=73		n= 62		n=73	
Ja	3 (8.1%)	5 (13.9%)	0 (0.0%)	5 (14.7%)	0 (0.0%)	8 (18.6%)
Nein	34 (91.9%)	31 (86.1%)	28 (100.0%)	29 (85.3%)	30 (100.0%)	35 (81.4%)
<b>Verweildauer (d) M (SD)</b>	54.69 (38.81)	70.10 (45.93)	52.95 (36.54)	69.56 (46.58)	54.96 (37.16)	66.50 (44.88)
<b>Index ZM n (%)</b>						
Fixierung	37 (64.9%)	31 (59.66%)	30 (68.2%)	27 (56.3%)	34 (70.8%)	34 (55.7%)
Isolierung	15 (26.3%)	18 (34.6%)	11 (25.0%)	18 (37.5%)	11 (22.9%)	22 (36.1%)
Zwangsmed. Unter Beschluss	5 (8.8%)	3 (5.8%)	3 (6.8%)	3 (6.3%)	3 (6.3%)	5 (8.2%)

GAF: Global Assessment of Functioning; CGI-S: Clinical Global Impression Scale – Severity scale; ZM: Zwangsmaßnahme; NB: Nachbesprechung.

**Tab. 2 : Mittelwerte der erhobenen Outcome-Parameter und Ergebnisse der faktoriellen ANOVA bzgl**



des Haupteffekts der Studiengruppe.

	Intention-to-treat		Per-protocol		As-treated	
	Control <i>n</i> =55	Intervention <i>n</i> =51	Control <i>n</i> =42	Intervention <i>n</i> =47	No review <i>n</i> =46	Review <i>n</i> =60
<b>CL</b>						
<i>MW (SD)</i>	6.13 (3.27)	5.76 (3.23)	6.88 (3.21)	5.72 (3.32)	6.83 (3.11)	4.92 ± 3.11
<i>F</i>		0.358		2.988		6.803
<i>p</i>		0.551		0.088		<b>0.010*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.003		0.034		0.063
<b>MPCS</b>						
<i>MW (SD)</i>	3.39 (1.28)	3.04 (1.33)	3.69 ± 1.23	3.04 ± 1.32	3.63 (1.26)	2.92 (1.27)
<i>F</i>		1.775		5.294		7.918
<i>p</i>		0.186		<b>0.024*</b>		<b>0.006**</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.018		0.061		0.075
<b>CES</b>						
<i>MW (SD)</i>	97.35 (31.34)	93.98 (31.08)	98.44 (32.48)	93.72 (31.65)	98.08 (31.28)	94.04 (31.14)
<i>F</i>		0.267		0.475		0.474
<i>p</i>		0.606		0.493		0.493
<i>Part. Eta-square</i>		0.003		0.006		0.005
<b>PDI</b>						
<i>MW (SD)</i>	23.11 (14.57)	22.58 (10.92)	23.47 (13.81)	22.22 (11.32)	23.70 (13.27)	22.13 (12.82)
<i>F</i>		0.077		0.335		0.422
<i>p</i>		0.783		0.564		0.518
<i>Part. Eta-square</i>		0.001		0.004		0.004
<b>IES</b>						
<i>MW (SD)</i>	17.57 (12.73)	17.50 (11.39)	16.66 (13.04)	17.34 (11.59)	16.87 (12.74)	18.14 (11.61)
<i>F</i>		0.040		0.011		0.097
<i>p</i>		0.841		0.915		0.756
<i>Part. Eta-square</i>		0.001		<0.001		0.001
<b>IES Intrusion</b>						
<i>MW (SD)</i>	13.32 (11.34)	7.97 (8.55)	13.14 (11.96)	7.09 (7.40)	13.33 (12.04)	8.93 (8.55)
<i>F</i>		5.279		6.377		3.624
<i>p</i>		<b>0.024*</b>		<b>0.014*</b>		0.061
<i>Part. Eta-square</i>		0.063		0.092		0.044
<b>IES</b>						
<i>MW (SD)</i>	13.06 (10.11)	8.92 (7.55)	13.37 (10.71)	8.13 (7.16)	13.56 (10.43)	9.23 (7.65)
<i>F</i>		4.463		6.067		5.003
<i>p</i>		<b>0.038*</b>		<b>0.017*</b>		<b>0.028*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.053		0.088		0.060
<b>WAI Ziele</b>						
<i>MW (SD)</i>	18.39 (6.80)	18.90 (6.52)	17.12 (6.73)	19.34 (6.40)	16.85 (6.71)	20.14 (6.26)
<i>F</i>		0.110		2.412		10.220
<i>p</i>		0.741		0.124		<b>0.002**</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.001		0.028		0.094
<b>WAI Bindung</b>						
<i>MW (SD)</i>	20.35 (7.14)	21.35 (5.82)	19.07 (7.11)	21.89 (5.36)	18.77 (7.19)	22.58 (5.40)
<i>F</i>		0.683		5.032		5.307
<i>p</i>		0.410		<b>0.028*</b>		<b>0.023*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.007		0.057		0.051

<b>WAI Aufgaben</b>	<i>n</i> =54	<i>n</i> =48	<i>n</i> =43	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	18.89 (7.56)	19.54 (6.34)	17.63 (7.60)	19.77 (6.31)	17.57 (7.49)	20.58 (6.27)
<i>F</i>		0.225		2.259		5.307
<i>p</i>		0.636		0.137		<b>0.023*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.002		0.027		0.051
<b>WAI Total</b>	<i>n</i> =54	<i>n</i> =48	<i>n</i> =43	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	57.63 (19.89)	59.79 (16.94)	53.81 (19.71)	61.00 (16.27)	53.19 (19.70)	63.31 (16.17)
<i>F</i>		0.347		3.716		8.526
<i>p</i>		0.557		0.057		<b>0.004**</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.004		0.043		0.080
<b>WAI-T Ziele</b>	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	18.23 (10.50)	17.66 (3.50)	15.84 (4.43)	17.67 (3.18)	16.03 (4.64)	19.18 (8.97)
<i>F</i>		0.131		4.435		3.726
<i>p</i>		0.719		<b>0.039*</b>		0.057
<i>Part. Eta-square</i>		0.002		0.059		0.041
<b>WAI-T Bindung</b>	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	19.11 (5.02)	20.72 (4.28)	18.25 (5.44)	20.81 (4.07)	18.42 (5.53)	20.95 (3.79)
<i>F</i>		2.783		5.716		6.981
<i>p</i>		0.099		<b>0.019*</b>		<b>0.010*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.031		0.075		0.074
<b>WAI-T Aufgaben</b>	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	17.59 (4.33)	20.30 (9.86)	16.63 (4.46)	20.42 (10.17)	16.89 (4.64)	20.36 (9.05)
<i>F</i>		2.794		3.920		4.538
<i>p</i>		0.098		0.052		<b>0.036*</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.031		0.052		0.050
<b>WAI-T Total</b>	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	54.93 (15.65)	58.68 (14.19)	50.72 (13.28)	58.91 (13.84)	51.33 (13.90)	60.49 (14.61)
<i>F</i>		1.405		7.036		8.996
<i>p</i>		0.239		<b>0.010*</b>		<b>0.004**</b>
<i>Part. Eta-square</i>		0.016		0.090		0.094

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; F: ANOVA F-Wert; CL: Coercion Ladder; MPCS: MacArthur Perceived Coercion Scale; CES: Coercion Experience Survey; PDI: Peritraumatic Distress Inventory; IES: Impact of Event Scale; WAI: Work Alliance Inventory; WAI-T: Work Alliance Inventory-Therapeutenversion.

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ .