

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I (Weissenau)
des Universitätsklinikums Ulm
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Kaschka

**Die Zwangsbehandlung nach der Reform des
Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am
Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt im Jahr 2017
von Juliane Horvath
Geburtsort: Ulm

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Tilman Steinert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Manuela Dudeck

Tag der Promotion: 18.01.2018

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
1.1. Die Reformen der gesetzlichen Grundlage von Zwangsbehandlungen in Deutschland	1
1.2. Rückkehr zur Verwahrpsychiatrie?	3
1.3. Die Reform des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes	5
1.4. Relevante Definitionen	6
1.5. Die Nutzen-/Risikoabwägung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen	8
1.6. Die Brisanz des Themas Zwangsmaßnahmen	11
1.7. Die Verankerung von Patientenrechten	12
1.8. Bemühungen zur Minimierung von Zwangsmaßnahmen	15
1.9. Die von Zwangsmaßnahmen Betroffenen	17
1.10. Ziele und Fragestellungen	18
2. Material und Methoden	20
2.1. Stichprobe	20
2.2. Ablauf der Untersuchung	22
2.3. Verwendete Messinstrumente	24
2.4. Datenanalyse	32
3. Ergebnisse	39
3.1. Beschreibung der Stichprobe	39
3.2. Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden	43
3.3. Skalenauswertung: Summenwertberechnung und Testen auf Normalverteilung	45
3.4. Unterschiede hinsichtlich des adaptierten Admission Experience Survey je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen der Probanden	59
3.5. Korrelation des adaptierten Admission Experience Survey mit den weiteren Skalen des Fragenkatalogs	62
3.6. Veränderung des adaptierten Admission Experience Survey über die Zeit des Aufenthalts	63

Inhaltsverzeichnis	IV
3.7. Lineares Regressionsmodell	67
3.8. Weitere Berechnungen	68
4. Diskussion	70
4.1. Ergebniskritik	70
4.2. Methodenkritik	87
4.3. Schlussfolgerungen	91
5. Zusammenfassung	93
6. Literaturverzeichnis	95
Anhang	108
Danksagung	125
Lebenslauf	126

Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraf
aAES	adaptierter <i>Admission Experience Survey</i>
Abs.	Absatz
AEI	<i>Admission Experience Interview</i>
AES	<i>Admission Experience Survey</i>
ANOVA	<i>analysis of variance</i>
Art.	Artikel
BCIS	<i>Beck Cognitive Insight Scale</i>
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BPRS	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
BS	Bad Schussenried
BtMG	Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CES	<i>Coercion Experience Scale</i>
CGI	<i>Clinical Global Impressions-Skala</i>
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
DAI	<i>Drug Attitude Inventory</i>
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EUNOMIA	<i>European evaluation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practice</i>
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FKE	<i>Fragebogen zur Krankheitseinsicht</i>
FoDoBa	Forensische Basisdokumentation Baden-Württemberg

GG	Grundgesetz
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
korr.	korrigiertes
MARS	<i>Medication Adherence Rating Scale</i>
mind.	mindestens
MRV	Maßregelvollzug
MW	Mittelwert
N	Fallzahl
ns	nicht signifikant
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PsychKHG	Psychisch Kranken-Hilfe-Gesetz
PRS	<i>Psychopathology Rating Schedule</i>
Randnr.	Randnummer
SAI	<i>Schedule in the Assessment of Insight</i>
SCI	<i>structured clinical interview</i>
SD	Standardabweichung
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
SUMD	<i>Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder</i>
SWAM	<i>Satisfaction with Antipsychotic Medication-Skala</i>
SWN	<i>Subjective Wellbeing under Neuroleptics-Skala</i>
Tab.	Tabelle
UBG	Unterbringungsgesetz
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
VAS	Visuelle Analogskala
W	Weissenau

ZfP	Zentrum für Psychiatrie
------------	-------------------------

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde für diese Dissertation die männliche Sprachform sowohl für weibliche als auch für männliche Personen verwendet, sofern an der betreffenden Stelle nicht anders angegeben.

1. Einleitung

1.1. Die Reformen der gesetzlichen Grundlage von Zwangsbehandlungen in Deutschland

Vor wenigen Jahren ist ein umstrittener Aspekt der psychiatrischen Versorgung, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit getreten. Ausgehend von einem Fall der forensischen Psychiatrie, bei dem ein nach § 63 des Strafgesetzbuches (StGB) im Maßregelvollzug untergebrachter Patient gegen eine zwangsweise medikamentöse Behandlung Beschwerde eingereicht hatte, entschied das Bundesverfassungsgericht im März 2011, dass die bisherige Fassung des rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsrechts verfassungswidrig sei (BVerfG 2011b). Im Oktober 2011 und Februar 2013 folgten entsprechende Entscheidungen für das baden-württembergische und sächsische Maßregelvollzugsrecht, wiederum von Beschwerden zweier Patienten ausgehend (BVerfG 2011a; BVerfG 2013). In den angefochtenen Fassungen des Maßregelvollzugsrechts waren zur Erreichung des Vollzugsziels Untersuchungen und Behandlungen auch ohne Einwilligung des Patienten möglich. Die entsprechenden Paragraphen wurden für verfassungswidrig erklärt, da die Voraussetzungen und verfahrensrechtlichen Vorkehrungen für derartige Zwangsbehandlungen nicht ausreichend gesetzlich geregelt seien (BVerfG 2013). Insbesondere das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wurde hervorgehoben und eine ausführlichere Darlegung der Voraussetzung der Einsichtsunfähigkeit für eine Zwangsbehandlung verlangt. Die Durchführung der Maßnahmen per se wurde nicht für unzulässig erklärt, hingegen wurde eine Neufassung der Gesetze mit ausreichender Regelung der Umstände der Zwangsbehandlung gefordert.

Eine Zwangsbehandlung sei zu rechtfertigen, um bei einem krankheitsbedingt einsichtsunfähigen Patienten die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen und eine Entlassung zu ermöglichen. Auch betonte das Bundesverfassungsgericht, dass eine Zwangsbehandlung in manchen Fällen im Hinblick auf das „grundrechtlich geschützte Freiheitsinteresse“ (BVerfG 2011b) sogar geboten sei und auch nicht im Widerspruch zur UN-Behindertenrechtskonvention stehe. Zur Verhinderung einer Fremdgefährdung sei eine Zwangsbehandlung hingegen nicht zu vertreten, da der Schutz Dritter auch durch die Unterbringung im Maßregelvollzug selbst verhindert werden könne (BVerfG 2011b). Auf die Gefährdung von Mitpatienten und Personal

der Einrichtung wurde an dieser Stelle nicht eingegangen. Neben der krankheitsbedingten Einsichtsunfähigkeit und dem Ziel, die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen, wurden weitere Bedingungen formuliert: Die Zwangsbehandlung muss erforderlich sein, verhältnismäßig und stets Ultima Ratio nach erfolglosen Versuchen, die freiwillige Zustimmung des Patienten durch Vertrauen aufbauende, aufklärende Gespräche zu erlangen. Außerdem darf keine gültige, d. h. im Zustand der Einwilligungsfähigkeit vereinbarte Patientenverfügung vorliegen, die der Behandlung entgegensteht. Dem Betroffenen muss die Möglichkeit gewährleistet sein, Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen. U. a. aus diesem Grunde ist eine ausreichende Dokumentation der Zwangsbehandlung durch die Verantwortlichen erforderlich (BVerfG 2011b; Steinert 2014; Pollähne 2014; Vollmann 2014).

Mit den hier beschriebenen Bedingungen blieb das Bundesverfassungsgericht seinem bereits vor über zwei Jahrzehnten getroffenen Beschluss die öffentlich-rechtliche Unterbringung betreffend treu, dem wohl ersten zu den genauen Voraussetzungen der Überwindung des Willens einer in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkten Person (Lipp 2014). Hierin berief sich das Bundesverfassungsgericht auf die „Freiheit zur Krankheit“, die auch psychisch Kranken zustehe, und betonte die Voraussetzung der mangelnden Selbstbestimmungsfähigkeit für Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen (BVerfG 1981).

In Baden-Württemberg und Sachsen hatten die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts von 2011 nicht nur Auswirkungen auf den Maßregelvollzug, sondern auch auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung in der Allgemeinpsychiatrie, da in diesen Bundesländern kein eigenes Maßregelvollzugsgesetz existiert. Der Vollzug ist stattdessen im Unterbringungsgesetz geregelt (je nach Bundesland auch als Freiheitsentziehungsgesetz, Psychisch-Kranken-Gesetz oder Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz bezeichnet).

Die bisher beschriebenen Entscheidungen betrafen also die öffentlich-rechtliche Unterbringung psychisch Kranker. Im Juni 2012 folgte der Bundesgerichtshof mit der Entscheidung, dass auch nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) Zwangsbehandlungen nicht mehr zu bewilligen seien, da die vom

Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom März 2011 genannten verfahrensrechtlichen Anforderungen weitgehend auch für Zwangsbehandlungen im Zuge einer betreuungsrechtlichen Unterbringung gelten müssten und die bisherige Formulierung der Gesetzestexte diesen Anforderungen nicht entspreche (BGH 2012b; BGH 2012a). Folglich war auch eine Zwangsbehandlung auf Grundlage des § 1906 BGB nicht mehr genehmigungsfähig. In den acht Monaten von dieser Gerichtsentscheidung bis zur Neufassung des § 1906 BGB im Februar 2013 waren in den betroffenen Bundesländern dementsprechend Zwangsbehandlungen außer in Notfallsituationen nach § 34 StGB – der aber keine Rechtsgrundlage darstellt, sondern nur die Exkulpierung regelt – überhaupt nicht mehr genehmigungsfähig. Mechanische Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung blieben hingegen weiterhin erlaubt.

Hiermit war eine rechtliche Situation eingetreten, in der Psychiater und ihre Fachgesellschaften die Rückkehr zur sog. Verwahrpsychiatrie befürchteten (Steinert 2014; Steinert et al. 2012). Dem Eingriff in die Autonomie des Menschen durch eine Zwangsbehandlung standen hier medizinethische Prinzipien wie das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gerechtigkeit gegenüber. Letzteres wird verletzt, wenn man einem besonders schwer (einsichtsunfähig) psychisch Erkrankten eine effektive Behandlung vorenthält und ihm unter Umständen deswegen vermehrt oder längere Zeit mechanische Zwangsmaßnahmen wie die Isolierung oder Fixierung zumuten muss (s. 1.6.2.). So formulierte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in ihrer Stellungnahme zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012 ihre Befürchtung mit den Worten, „dass Patienten in größerer Zahl für längere Zeit freiheitsentziehende Maßnahmen erdulden müssen, Angehörige in ihrer Belastungsfähigkeit überfordert werden und Mitarbeiter und Mitpatienten der Einrichtungen vermehrt mit Übergriffen von Patienten rechnen müssen“ (Herpertz et al. 2012).

1.2. Rückkehr zur Verwahrpsychiatrie?

Trat nun die Befürchtung ein, dass ein Verbot von und damit Verzicht auf eine zwangsweise medikamentöse Behandlung zu einer Zunahme mechanischer Zwangsmaßnahmen führt? Diese Frage wurde von Flammer und Steinert (2014)

untersucht. An sieben Klinikstandorten des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg wurden Daten zu Zwangsmaßnahmen im relevanten Zeitraum von Juni 2012 bis Februar 2013 erhoben und mit dem entsprechenden Zeitraum des vorherigen Jahres verglichen. Die Zahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten nahm nur gering zu, absolut um 1 %, relativ um 8 %. Entsprechende Ergebnisse fanden sich auch für die Zahl aggressiv übergriffiger Patienten: eine absolute Erhöhung um 1 %, eine relative um 11 %. Betrachtet man hingegen die absolute Anzahl durchgeführter Zwangsmaßnahmen, stieg diese um mehr als 120 % an, während die Zahl aggressiver Übergriffe mehr als das Doppelte im Vergleich zum Vorjahr betrug. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die Zunahme an Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen auf einen vergleichsweise kleinen Teil der Patienten zurückzuführen ist.

In der forensischen Psychiatrie wurden ähnliche Erfahrungen gemacht, hingegen in geringerem Ausmaß, wohl aufgrund eines geringeren „Durchlaufs“ an Patienten angesichts weniger Neuaufnahmen und längerer Aufenthalte. Zudem sind die Patienten der forensischen Psychiatrie im Durchschnitt bereits länger in Therapie und weisen dementsprechend weniger akute Symptomatik und häufig bessere Krankheitseinsicht auf (Steinert 2014).

Als erster der für verfassungswidrig erklärten Gesetzestexte wurde der § 1906 BGB abgeändert und die Neufassung im Februar 2013 verabschiedet. Hierin wurde nun ausführlicher auf die Bedingungen eingegangen, unter denen ein Betreuer gegen den natürlichen Willen des Betroffenen in eine ärztliche Maßnahme einwilligen kann:

- mangelnde Einsichtsfähigkeit in die Krankheit und deren Behandlungsnotwendigkeit
- Erforderlichkeit der Zwangsmaßnahme
- Verhältnismäßigkeit der Zwangsmaßnahme
- die Zwangsmaßnahme als letztes Mittel
- vorheriger Versuch, den Betreuten von der Unerlässlichkeit der medizinischen Maßnahme zu überzeugen
- Durchführung einer Zwangsmaßnahme nur bei stationären Aufenthalten.

Weitere Gegenstände der Neufassung sind das Bestehen eines Richtervorbehalts für die Einwilligung des Betreuers, das Einholen eines Gutachtens eines Arztes für

Psychiatrie gemäß § 321 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) sowie die Bestellung eines Verfahrenspflegers gemäß § 276 FamFG.

Hiermit war eine neue Rechtsgrundlage für die Zwangsbehandlung betreuungsrechtlich untergebrachter Personen geschaffen. Solange die Bundesländer jedoch keine an die Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts angepasste Neufassung der Unterbringungsgesetze verabschiedet hatten, war bei öffentlich-rechtlich untergebrachten Personen weiterhin keine Zwangsbehandlung (außer im Notfall) genehmigungsfähig, da auf öffentlich-rechtlich Untergebrachte der § 1906 BGB prinzipiell nicht anzuwenden ist (Henking u. Mittag 2015).

Inzwischen wurden für mehrere Bundesländer die landesrechtlichen Vorschriften zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung und zum Maßregelvollzug entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts abgeändert, in den anderen Ländern ist der Gesetzgebungsprozess im Gange.

1.3. Die Reform des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes

Auf die im Juni 2013 beschlossene Neufassung des Unterbringungsgesetzes in Baden-Württemberg möchte ich im Folgenden näher eingehen, da die dieser Dissertation zugrunde liegende Studie in diesem Bundesland durchgeführt wurde. Das Gesetz heißt jetzt nicht mehr Unterbringungsgesetz, sondern Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), was auch einen Wandel der Haltung signalisieren soll – weg von Zwang und hin zu Hilfsangeboten. Ähnlich den Änderungen des Betreuungsrechts wurde auch in der Neufassung des § 8 des Unterbringungsgesetzes (UBG) – inzwischen § 20 PsychKHG – die fehlende Einsichtsfähigkeit in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit als Voraussetzung einer Zwangsbehandlung festgehalten. Außerdem wurden ein Richtervorbehalt und die Notwendigkeit einer „zu dokumentierende[n] Nachbesprechung“ (§ 8 UBG Abs. 4) bestimmt. Der Zwangsbehandlung darf keine in einwilligungsfähigem Zustand verfasste Patientenverfügung entgegenstehen. Diese darf nur übergangen werden, wenn die Zwangsbehandlung zur Abwendung einer „Lebensgefahr oder eine[r] gegenwärtige[n] erhebliche[n] Gefahr für die Gesundheit dritter Personen“ (§ 8 UBG Abs. 3 Nr. 1) angeordnet wird (Steinert 2014; Landtag von Baden-Württemberg 2013; Steinert 2014). Erstaunen und Befremden hat sowohl in der psychiatrischen als auch in der juristischen Fachwelt hervorgerufen, dass gemäß § 20 Abs. 3

PsychKHG im Falle einer Fremdgefährdung die Behandlung gegen den Willen des Untergebrachten auch bei einer einsichtsfähigen Person möglich ist. Aus der Sicht des Gesetzgebers handelt es sich dabei nicht um eine Behandlung im eigentlichen Sinne, sondern um eine Sicherungsmaßnahme wie eine Fixierung oder Isolierung. Die ärztliche Berufsordnung widerspricht allerdings eindeutig der Verordnung von Medikamenten zu solchen Zwecken und es gibt auch keine für diese Indikation zugelassenen Medikamente. Eine derartige Erweiterung ärztlicher Befugnisse durch den Gesetzgeber wird als unethisch angesehen (Steinert 2016b). Praktisch kommt eine derartige Zwangsbehandlung einsichtsfähiger Personen nach verbreiteter Auffassung deshalb wohl nicht vor.

Das PsychKHG regelt auch die Unterbringung im Maßregelvollzug. Zum Zeitpunkt der Studie galt jedoch noch das Unterbringungsgesetz.

1.4. Relevante Definitionen

1.4.1. Zwangsmaßnahmen

In der Literatur finden sich unterschiedliche Definitionen von Zwangsmaßnahmen und deren Untergruppen der mechanischen Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlung, was es erschwert, wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema zu vergleichen. Über die Definition der Zwangsmedikation wurde u. a. von den beiden deutschen Arbeitskreisen zur Prävention von Gewalt und Zwang aus insgesamt 22 zugehörigen Kliniken im Mai 2013 diskutiert und wie folgt festgehalten: „Als Zwangsmedikation wird eine gegen den erklärten oder gezeigten Willen eines Patienten/einer Patientin durchgesetzte Medikamentenverabreichung bezeichnet, bei der dem Patienten/der Patientin trotz Ablehnung keine Alternative außer ggf. einer sonst erfolgenden anderen Zwangsmaßnahme verbleibt“ (Steinert 2013). Diese Definition ist inzwischen auch dem gesetzlich verbindlichen Register von Zwangsmaßnahmen nach dem PsychKHG zugrunde gelegt. Sie ähnelt derjenigen des Bundesverfassungsgerichts, laut dem jede „medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen“ eine Zwangsbehandlung darstellt (BVerfG 2011b).

Im Folgenden werden die Definitionen genannt, die in den Einrichtungen dieser Untersuchung allgemein gültig sind und demzufolge auch dieser Arbeit zugrunde liegen: Als **Zwangsmaßnahmen** gelten Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation. Als **Fixierung** wird eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit

durch die Verwendung von Gurten (in der Gerontopsychiatrie auch Bettgitter, Schutzdecke und Stuhltisch) bezeichnet. Als **Isolierung** gilt der Einschluss des Patienten in einen verschlossenen Raum. Fixierung und Isolierung zählen zu den mechanischen Zwangsmaßnahmen. Eine **Zwangsmedikation** bezeichnet die Medikamentenverabreichung unter unmittelbarem physischem Zwang, durch den die Körpergrenze des Patienten überschritten wird, also beispielsweise auch eine orale Medikation unter Festhalten. Medikamenteneinnahme unter Androhung von Zwang, wie vom Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang festgehalten, wurde bis zu den höchstrichterlichen Entscheidungen nicht als Zwangsmedikation erfasst, da diese Definition im Hinblick auf die Reliabilität zu unscharf erschien. Inzwischen wurde die Definition der Zwangsbehandlung für ganz Baden-Württemberg mit der Einführung des Zwangsregisters i. S. der oben genannten Definition geändert, für den Zeitraum der Datenerhebung galt jedoch noch die restriktive Definition.

1.4.2. Der natürliche Wille

Der natürliche Wille wird aktuell von juristischer Seite, auch in der Neufassung des § 1906 BGB, definiert als Willensäußerung einer nicht einwilligungsfähigen Person (Pollmächer 2014). Eine natürliche Willensäußerung genügt nicht für eine rechtswirksame Einwilligung bzw. Ablehnung einer Maßnahme. Prinzipiell gilt eine Zwangsbehandlung gegen den Willen einer einwilligungsfähigen Person als weder ethisch noch rechtlich vertretbar (Vollmann 2014). Bei nicht einwilligungsfähigen Personen, die nur über einen „natürlichen Willen“ verfügen, ist dagegen eine Zwangsbehandlung unter den beschriebenen engen rechtlichen Voraussetzungen möglich, z. B. mit dem Ziel, die Selbstbestimmungsfähigkeit und damit den freien Willen wiederherzustellen (bei Demenzzkranken und Personen mit geistiger Behinderung ist diese Voraussetzung beispielsweise nicht anzuwenden).

1.4.3. Die Einwilligungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit

Was bedeutet nun einwilligungs- bzw. selbstbestimmungsfähig? Eine kurze Definition lautet: „Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann“ (Henking u. Mittag 2015). Die Person muss die im Zuge der Aufklärung gegebenen Informationen verstehen können, Krankheitseinsicht zeigen, die Behandlungsmöglichkeiten begreifen und Nutzen

und Risiken abwägen, schließlich eine Entscheidung treffen und diese auch äußern können.

Die Einwilligungsfähigkeit bezieht sich also auf eine konkrete Maßnahme, im Gegensatz zum Begriff der Geschäftsfähigkeit (Steinert u. Borbé 2013). Häufig liest sich im gleichen Atemzug mit der Einwilligungsfähigkeit der Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit, wobei Einwilligungsfähigkeit eher juristisch und bezogen auf eine konkrete Maßnahme verwendet wird, Selbstbestimmungsfähigkeit einen weiter gefassten, ethischen Begriff darstellt (Steinert 2014; Vollmann 2014).

1.4.4. Der freie Wille

Eine freie Willensbildung liegt vor, wenn „die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen und seine Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln“, vorhanden sind (Henking u. Mittag 2015). Die Einwilligungsfähigkeit bzw. freie Willensbildung kann aus verschiedensten Gründen beeinträchtigt sein, entweder bereits von Geburt an (schwere geistige Behinderung) oder durch später aufgetretene psychische Erkrankungen. Auch bei Beeinträchtigungen der freien Willensbildung im Rahmen körperlicher Erkrankungen, z. B. beim postoperativen Delir, bei Schlaganfällen etc. handelt es sich letztendlich um psychische Erkrankungen. Es ist nicht die Hüftoperation oder die Leberzirrhose, die die Willensbildung schwächt, sondern die daraus resultierende Störung psychomentaler Funktionen, die als psychische (Sekundär-)Erkrankung diagnostiziert wird.

Natürlich stellt die Feststellung der Einwilligungsfähigkeit nicht immer ein einfaches Unterfangen dar, v. a. in Notfallsituationen (Pollmächer 2014). Auch die Nutzen-Risiken-Abwägung kann sich in Bezug auf Zwangsmaßnahmen bzw. spezifisch Zwangsmedikationen schwierig gestalten. Hierauf möchte ich im nächsten Abschnitt eingehen.

1.5. Die Nutzen-/Risikoabwägung in Bezug auf Zwangsmaßnahmen

1.5.1. Die Sicht der Patienten

Bei Zwangsmaßnahmen unterscheiden sich die Meinungen, welche Maßnahme für den Patienten am wenigsten einschränkend ist, zwischen Fachpersonal und Patienten und auch je nach befragtem Patient. Eine Untersuchung hierzu wurde bereits 1989 in einer *maximum security psychiatric institution* durchgeführt (Harris

et al. 1989). Fixierungen wurden von den (nur männlichen) Patienten als am stärksten einschränkende Maßnahmen eingestuft, gefolgt von Isolierungen, Zwangsbehandlungen und anderen Maßnahmen. Hierbei muss aber beachtet werden, dass eine Fixierung dort mit konstanter Beobachtung gekoppelt war und eine Isolierung etwa drei Tage dauerte. Es folgten weitere Untersuchungen zur Sicht der Patienten (und des Personals) von Zwangsmaßnahmen, von denen ich ein paar der letzten Jahre nennen möchte. Georgieva et al. stellten fest, dass Zwangsbehandlungen von Patienten als eher weniger belastend als Fixierungen und Isolierungen erlebt werden (Georgieva et al. 2012a). Welche Zwangsmaßnahme Patienten als weniger beeinträchtigend ansahen, hing v. a. von bisherigen Erfahrungen in der Psychiatrie ab. Die, die bisher Isolierungen erfahren hatten, würden auch in Zukunft eine Isolierung wählen, falls zukünftig eine Zwangsmaßnahme unumgebar wäre. Bestanden keine Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen oder hatten die Patienten bisher sowohl Isolierung als auch Zwangsmedikation erlebt, würden die Befragten in Zukunft eine Zwangsmedikation bevorzugen (Georgieva et al. 2012b). Steinert et al. befragten Patienten ein Jahr nach einer erlebten Isolierung oder Fixierung im Rahmen eines stationären psychiatrischen Aufenthalts zu ihrem Erleben von Zwang (Steinert et al. 2013). Die subjektive Beeinträchtigung durch eine Fixierung bewerteten die Patienten als deutlich höher im Vergleich zur Isolierung, im Gegensatz zur ursprünglichen randomisierten kontrollierten Studie mit Befragung wenige Tage nach der Zwangsmaßnahme, die keine signifikanten Unterschiede im Zwangserleben ergeben hatte (Bergk et al. 2011).

1.5.2. Die Risiken

Abgesehen von dem starken Eingriff in die Grundrechte bergen Zwangsmaßnahmen teils starke Risiken, v. a. bei nicht sachgemäßer Durchführung. Die Fixierung birgt beispielsweise das Risiko einer Strangulation des Patienten und von thromboembolischen Ereignissen (Dickson u. Pollanen 2009). Psychopharmaka haben teils schwere Nebenwirkungen wie metabolische und Herzrhythmusstörungen. Neben fehlender Krankheitseinsicht, Angst vor einer Medikamentenabhängigkeit und dem Glauben, dass das Medikament ein Gift sei, sind Nebenwirkungen einer der häufigsten Gründe, warum Patienten eine Medikation ablehnen (Jarrett et al. 2008).

1.5.3. Der Nutzen

Auch die Beurteilung des Nutzens einer Maßnahme kann stark zwischen behandelndem Arzt und dem Patienten differieren, denn die Beurteilung, was zum Wohl des Patienten gereicht und ihm ein gutes Leben ermöglicht, ist eine sehr subjektive (Graumann 2014). Weniger als 50 % der zwangsweise behandelten Patienten empfanden diese Behandlung im Nachhinein als gerechtfertigt (Szmukler 2010). Psychiatrische Leitlinien v. a. zu Zwangsmaßnahmen haben oft geringere Evidenzgrade im Vergleich zu Leitlinien somatischer Disziplinen, da der Gegenstand der Leitlinie nicht oder nur sehr limitiert in randomisierten kontrollierten Studien untersucht werden kann und vielmehr ethische Überlegungen einen hohen Stellenwert haben (Steinert 2015).

Inwieweit können Unterbringungen und Behandlungen unter Zwang überhaupt wirksam sein? Es gibt einige Forschungsarbeiten, die diese Fragestellung untersuchen. Steinert und Schmid untersuchten 2004, ob die Freiwilligkeit verschiedener Aspekte einer stationär psychiatrischen Behandlung, beispielsweise die Aufnahme in die Klinik und die Einnahme der verordneten Medikation, Auswirkungen auf den kurzfristigen Behandlungserfolg hatten (durchschnittlich etwa 36 Tage nach Aufnahme untersucht). Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang. Auch eine Forschungsarbeit von Wallsten et al. (2006) handelte von dem kurzfristigen Behandlungserfolg von freiwillig vs. unfreiwillig in die Klinik aufgenommenen psychiatrischen Patienten. Der rechtliche Status der Klinikaufnahme hing nicht signifikant mit dem Outcome der Patienten zusammen, das subjektiv durch die Patienten und via Global Assessment of Functioning-Skala erfasst wurde. Fühlte der Patient sich jedoch gut behandelt und konnte er eine Kontaktperson auf der Station nennen, wies er einen signifikant größeren Behandlungserfolg auf. Jaeger et al. untersuchten das Outcome von freiwillig vs. unfreiwillig stationär psychiatrisch aufgenommenen Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren (2013). Die Freiwilligkeit der Klinikaufnahme hatte keine signifikante Auswirkung auf die Behandlungsadhärenz und die zur Feststellung der Medikamentenadhärenz gemessenen Serumspiegel der verordneten Medikation. Jedoch unterschied sich die durch die Patienten selbst beurteilte Medikamentenadhärenz: Zwangsuntergebrachte Patienten stufen diese als geringer ein und empfanden mehr Zwang durch die Behandlung.

Zu mechanischen Zwangsmaßnahmen, die in der heutigen Psychiatrie glücklicherweise nicht mehr als Behandlungsmethode, sondern ausschließlich als Sicherungsmaßnahme angesehen werden, lässt sich dementsprechend keine Untersuchung zu ihrer Wirksamkeit und zum Behandlungserfolg durchführen (Steinert u. Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie 2011). Vergleiche der Maßnahmen und deren Auswirkungen auf den Patienten sind hingegen möglich, wie unter 1.5.1. beschrieben (Bergk et al. 2008).

1.6. Die Brisanz des Themas Zwangsmaßnahmen

Warum entfaltet das Thema der Zwangsmaßnahmen bzw. spezifisch der Zwangsbehandlung überhaupt solch eine Brisanz, in der Fachwelt von Medizin und Justiz ebenso wie in der breiten Öffentlichkeit?

1.6.1. Der Eingriff in die Grundrechte

Hier ist zunächst der starke Eingriff in die Grundrechte der Person durch eine Maßnahme gegen ihren Willen zu nennen. Betroffen ist neben anderen das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG), das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Auch das Recht auf Selbstbestimmung („die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“) gemäß Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG wird durch Zwangsmaßnahmen eingeschränkt, ebenso wie die Würde des Menschen. Aber auch eine psychische Erkrankung kann Selbstbestimmungsrecht und Menschenwürde bedrohen. Der Staat erhält durch den ersten Artikel des Grundgesetzes die Pflicht, diese Rechte nicht nur zu achten, sondern auch aktiv zu wahren: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ (Art. 1 Abs. 1). Aus dieser Pflicht in Verbindung mit dem Grundsatz, dass alle Menschen gleich sind und niemand aufgrund einer Behinderung benachteiligt werden darf (Art. 3 Abs. 1–3), begründet sich die rechtliche Betreuung (Lipp 2014). Durch die Betreuung soll das Recht auf Selbstbestimmung gewahrt werden, auch wenn der Betreute krankheitsbedingt nicht zur freien, eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung fähig ist. Auch die öffentlich-rechtliche Unterbringung mit etwaiger Anwendung von Zwangsmaßnahmen kann dem Schutz der untergebrachten Person dienen, im Gegensatz zum Betreuungsrecht jedoch auch dem Schutz Dritter. Der behandelnde Arzt hat im Fall einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung also nicht nur eine

Verpflichtung gegenüber dem Patienten, wie in jedem Arzt-Patienten-Verhältnis, sondern auch gegenüber Staat bzw. Gesellschaft, nämlich die, „die Allgemeinheit vor Übergriffen von psychisch kranken Menschen zu schützen“ (Bruns et al. 2015). Dies wird in der Literatur häufig als Doppelmandat der Psychiatrie bezeichnet. Auf die sich aus medizinethischen Prinzipien ergebenden Verpflichtungen des Arztes gegenüber seinem Patienten möchte ich im Folgenden näher eingehen, da auch sie neben dem starken Eingriff in die Grundrechte zum Konfliktpotential des Themas Zwangsmaßnahmen beitragen.

1.6.2. Medizinethische Prinzipien

Gemäß Beauchamp und Childress zählen zu den vier medizinethischen Grundprinzipien: Respekt vor der Autonomie des Patienten, Fürsorge für den Patienten zu tragen, ihm keinen Schaden zuzufügen sowie das Gerechtigkeitsprinzip (Beauchamp u. Childress 2013). Dem Gerechtigkeitsprinzip zu folgen, bedeutet, allen Patienten eine gerechte medizinische Versorgung zu bieten und auch schwer erkrankte Patienten nicht von einer Therapie auszuschließen und sie dadurch zu diskriminieren. Das Fürsorge- und Nichtschädigungsprinzip verpflichtet den Arzt, zwischen dem Nutzen und den Risiken einer Maßnahme abzuwägen, um zum Wohl des Patienten zu handeln. Die Autonomie, d. h. die Würde und Selbstbestimmung, gilt es auch zu achten, wenn der Patient in einwilligungsfähigem Zustand eine aus medizinischer Sicht indizierte Maßnahme ablehnt. Bei psychisch Kranken befindet sich der Arzt oft in einem Dilemma zwischen der Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten – gerade im Falle einer Ablehnung einer medizinisch indizierten Maßnahme – und seiner Fürsorgepflicht für Patienten, die aktuell aufgrund ihrer Erkrankung nicht zu einer freien Willensbildung fähig sind. Aus juristischer Sichtweise geht es um den Konflikt zwischen der potentiellen Freiheitsberaubung und Körperverletzung durch zwangsweise Unterbringung oder ärztliche Maßnahmen und der unterlassenen Hilfeleistung für einen Patienten in Not (Steinert 2014).

1.7. Die Verankerung von Patientenrechten

In verschiedenen Stellungnahmen und Kommentierungen wurden in den letzten Jahren Patientenrechte in der Psychiatrie formuliert, erstmals in der Deklaration von Hawaii des Weltverbands für Psychiatrie 1977 und ihrer Neufassung, der

Deklaration von Madrid 1996, außerdem im *White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment* (Council of Europe, Steering Committee on Bioethics 2000). Näher eingehen möchte ich auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), da diese bei der in Deutschland geführten Diskussion um Zwangsmaßnahmen und den oben beschriebenen Rechtsprechungen immer wieder genannt wird.

1.7.1. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die UN-BRK wurde 2006 verabschiedet und 2009 in Deutschland ratifiziert, wodurch der Staat seine Gesetzgebung im Falle ihrer Nonkonformität mit der Konvention an diese anzupassen hat. Gemäß der Konvention zählen Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zur Zielgruppe der „Menschen, die langfristige [...] seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen“ aufweisen (Art. 1 Abs. 2 (United Nations 2009)). Die Behindertenrechtskonvention enthält zwar keine konkreten Formulierungen zu psychisch Kranken und zu Zwangsmaßnahmen und etwaigen Zwangsbehandlungen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten. Jedoch haben die Verabschiedung der UN-BRK und ihre Ratifizierung die Diskussion über Zwangsmaßnahmen angefacht, da in ihr einige Formulierungen zu finden sind, die je nach Auslegung mit der Gesetzeslage in Deutschland nicht in Einklang zu bringen sind. Ein paar relevante Textstellen werden im Folgenden angeführt:

Abs. 2 von Art. 12 lautet: „Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit genießen“. Art. 14 sagt aus, dass eine Behinderung allein „in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“. Das Konstrukt einer fehlenden Einsichtsfähigkeit taucht weder an dieser noch an anderer Stelle in der Konvention auf. Art. 15 beinhaltet das Verbot jeglicher „Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“. Art. 15 auf Zwangsmaßnahmen zu beziehen, war bisher umstritten (Graumann 2014). Der Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe hat 2013 jedoch drastisch Stellung genommen und Zwangsmaßnahmen bzw. die Zwangsbehandlung mit Folter und dem Art. 15 in Verbindung gebracht und

demzufolge auch die Staaten zu einem kompletten Verbot von Zwangsmaßnahmen und einer Überarbeitung der betreuungsrechtlichen Grundlagen aufgefordert (United Nations 2013; Steinert 2014). In einem „General Comment“ im Dezember 2014 wiesen die Vereinten Nationen noch einmal darauf hin, dass die „Doktrin“ einer „medical necessity“ irreführend sei und dass auch das Vorliegen von psychosozialen Behinderungen niemals die Annahme einer aufgehobenen „legal capacity“ (Geschäftsfähigkeit) und entsprechende „ersetzte“ („substituted“) Entscheidungsfindungen nach sich ziehen dürfe (United Nations - Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014). Eben dies ist aber z. B. der Grundgedanke des deutschen Betreuungsrechts. Mit Berufung auf die Konvention sprach sich die Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte gegen den damaligen Gesetzesentwurf zur Neufassung von § 1906 BGB und für eine gänzlich neue Gesetzgebung aus, da die Betreuung die Entscheidung Dritter anstelle der betreuten Person ermögliche. Ein Ziel der Konvention stelle jedoch das Ersetzen des Prinzips des „substitute decision making“ (der ersetzenden Entscheidungsfindung) durch das des „supported decision making“ (der unterstützenden Entscheidungsfindung) dar. Ein „Ansatz, wonach eine psychiatrische Behandlung ohne freie und informierte Zustimmung der betroffenen Person, allein legitimiert über die Entscheidung Dritter vorgenommen werden soll, [werde] menschenrechtlich in Frage gestellt“ (Deutsches Institut für Menschenrechte 2012).

Das Bundesverfassungsgericht nahm hingegen in Bezug auf Art. 12 der UN-BRK in der ersten Entscheidung zur Rechtmäßigkeit von Zwangsbehandlungen dahingehend Stellung, dass die Konvention „nicht grundsätzlich gegen den natürlichen Willen gerichtete Maßnahmen, die an eine krankheitsbedingt eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit anknüpfen“, verbiete (BVerfG 2011b). Auch weitere Artikel sprechen, wie bereits oben erwähnt, je nach Auslegung, gegen ein vollkommenes Verbot von Behandlungen gegen den Willen des Betroffenen (Graumann 2014).

Art. 19 beinhaltet das Recht auf Einbeziehung in die Gesellschaft, Art. 25 das „Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“. Art. 26 verpflichtet die Vertragsstaaten, für „wirksame und geeignete Maßnahmen [zu sorgen], [...] um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an

Unabhängigkeit [...] sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen“. Stellt man sich das Szenario eines vollkommenen Verbots von Zwangsmaßnahmen in Deutschland vor, ist für einen Teil der eine Behandlung ablehnenden psychisch Kranken ein Höchstmaß an Gesundheit und Teilhabe in allen Lebensbereichen nicht mehr denkbar. Eine Arbeitsgruppe der DGPPN formulierte deshalb in einem Konsensuspapier, dass ein „schwerer gesundheitlicher Schaden“ im Sinne des Betreuungsrechts auch zu einer sozialen Exklusion bei der besonders vulnerablen Population schwer psychisch kranker Menschen führen könne (Steinert et al. 2016). Einprägsame Fallbeispiele hierzu finden sich im Memorandum der DGPPN zur Autonomie und Selbstbestimmung (Steinert et al. 2012). Eine strikte Abschaffung von mechanischen Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen wäre nur denkbar, wenn die Aufgaben der Sicherung nur in den Aufgabenbereich der Polizei gehören, sodass sich keine aufgrund einer psychischen Erkrankung fremd- und eigengefährdenden, nicht behandlungswilligen Personen mehr in psychiatrischen Kliniken befänden. Dass hierdurch oben beschriebene ethische Prinzipien ebenso wie die UN-BRK verletzt würden, ist offensichtlich.

1.8. Bemühungen zur Minimierung von Zwangsmaßnahmen

Angeichts der bisher beschriebenen Konfliktpunkte verwundert es nicht, dass von verschiedenen Seiten die Reduktion oder sogar komplette Abschaffung von Zwangsmaßnahmen aus dem psychiatrischen Alltag gefordert wird, beispielsweise vom European and World Network of (ex-)Users and Survivors of Psychiatry, MindFreedom International und dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (2013) oder der Commission of the European Communities (2005).

Begrüßenswert ist, dass die Zahl an Studien und Entwicklungen von Programmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in den letzten Jahren gewachsen ist (Sailas u. Wahlbeck 2005). Erste Bewegungen reichen über 200 Jahre zurück. So sprach sich bei der Eröffnung des *York Retreats* für psychisch Kranke und Behinderte bereits 1796 die dortige Quäkergemeinde gegen die Anwendung mechanischer Zwangsmaßnahmen aus, nachdem ein Mitglied der Gemeinde in dem bisherigen Irrenhaus der Stadt unter ungeklärten Umständen und Besuchsverbot gestorben war und Fälle von Misshandlung und Missbrauch bekannt

geworden waren (Norman 1931; Altendor 2005). 1856 veröffentlichte John Conolly das Werk „Treatment of the Insane without Mechanical Restraint“. Eine weitere Initiative, Zwangsmaßnahmen vollkommen zu verbannen, geht auf R. G. Hill durch die Entwicklung eines „Non-Restraint-Prinzips“ zurück, nachdem ein Patient unter Fixierung verstorben war (Jones 1984).

Aktuellere Arbeiten untersuchen diverse Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen und fanden u. a. positive Resultate durch Mitarbeiterschulungen für Krisensituationen und die Befragung von Patienten, was ihrer Meinung nach zu Krisensituationen führt bzw. was sie sich für deren Bewältigung wünschen würden (Donat 2005; Jonikas et al. 2004; Hellerstein et al. 2007). Über einen recht langen Zeitraum von zehn Jahren erstreckte sich eine Untersuchung aus Pennsylvania: Von 1990 bis 2000 wurden mechanische Zwangsmaßnahmen an zwangseingewiesenen Patienten psychiatrischer Krankenhäuser untersucht, wobei es sich bei den „Public Mental Hospitals“ nach hiesiger Begrifflichkeit eher um Heime für chronische Patienten handelt (Smith et al. 2005). Über diesen Zeitraum nahmen sowohl Rate als auch Dauer von Isolierungen und Fixierungen ab. Dies wurde auf verschiedene Veränderungen (Kriseninterventionsteams, Patienten-Fürsprecher, höherer Personalschlüssel etc.) zurückgeführt. In Deutschland wurde ein sog. Vier-Stufen-Programm nach dem Vorbild des aus England bekannten Festhaltens des Patienten anstelle einer mechanischen Fixierung entwickelt, das den Kontakt zwischen Personal und Patient während der Maßnahme aufrechterhält und von verbalen Deeskalationsversuchen begleitet wird (Steinert 2015).

Problematisch ist, dass die Studien häufig unterschiedliche Zwangsmaßnahmen und Interventionen zur Reduktion untersuchen, sodass wenig einheitliche Befunde zu einzelnen Interventionen vorliegen. Eine komplexe, mehrere Interventionen bündelnde und inzwischen in mehreren randomisierten kontrollierten Studien untersuchte Strategie zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist das *six core strategies*-Programm aus den USA, das beispielsweise über organisatorische/strukturelle Veränderungen, Beteiligung ehemaliger Betroffener („peer involvement“), Analyse regelmäßig erhobener Daten und systematische Nachbesprechungen eine Reduktion mechanischer Zwangsmaßnahmen in den teilnehmenden Einrichtungen bewirken konnte (Putkonen et al. 2013).

1.9. Die von Zwangsmaßnahmen Betroffenen

Welche Patienten sind eigentlich am häufigsten von Zwangsmaßnahmen betroffen? Nicht nur Patienten in psychiatrischer Behandlung, wie man aus den bisherigen Schilderungen schlussfolgern könnte, sondern auch Patienten somatischer Krankenhäuser. Fixierungen scheinen hier sogar häufiger durchgeführt zu werden (Steinert u. Ketelsen 2014). Dies lässt sich beispielsweise durch Patienten im Delir, z. B. nach Operationen, oder durch Demenzkranke erklären. Letztere sind in psychiatrischen Kliniken die am häufigsten von Zwangsmaßnahmen Betroffenen, gefolgt von Patienten mit Schizophrenie oder einer anderen Psychose (Steinert et al. 2007; Raboch et al. 2010). Einige Untersuchungen zur Epidemiologie von Zwangsmedikationen ergaben, dass v. a. Patienten mit Schizophrenie Zwangsmedikationen erhalten (Kaltiala-Heino et al. 2003; Jarrett et al. 2008; Flammer et al. 2013).

1.9.1. Schizophrene Patienten im Maßregelvollzug

Die meisten Studien zur Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen wurden in allgemeinspsychiatrischen Abteilungen durchgeführt, was angesichts der Tatsache, dass Patienten mit F2-Diagnosen gemäß der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10), d. h. Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, einen Großteil der Patienten der forensischen Psychiatrie darstellen, überrascht. Dies zeigen z. B. Arbeiten über das schwedische forensische Psychiatrie-Register oder über forensische Einrichtungen in sieben Bundesländern Deutschlands (Degl' Innocenti et al. 2014; Seifert et al. 2001). An Schizophrenie oder einer anderen Psychose Erkrankte haben ein im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung etwa vierfach erhöhtes Risiko, straffällig zu werden (Steinert u. Traub 2016). Eine zusätzlich vorliegende Suchterkrankung verstärkt dieses Risiko noch. Zur häufigsten Diagnose passend waren Antipsychotika laut Degl' Innocenti et al. (2014) die am meisten in der forensischen Psychiatrie verordneten Medikamente. In Baden-Württemberg, in dem die in dieser Dissertation beschriebene Untersuchung durchgeführt wurde, lag am 31.12.2010 bei etwa 39 % der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten eine Psychose vor (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg 2012).

Interessanterweise waren es zwei Fälle des Maßregelvollzugs, die die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und die nachfolgenden Diskussionen entfachten. Bei diesen zwei Fällen sollten einwilligungsfähige Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung zwangsweise behandelt werden, eine am ehesten noch in der forensischen Psychiatrie vorkommende Konstellation. Diese zwei Fälle des Maßregelvollzugs hatten jedoch weitreichende Auswirkungen auf die öffentlich-rechtliche und betreuungsrechtliche Unterbringung (Steinert 2014).

Angesichts dieser Tatsachen und der steigenden Anzahl an Untergebrachten (Bundesregierung 2015) besteht deutlicher Forschungsbedarf zu Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie, zu den subjektiven Erfahrungen noch mehr als zur Prävalenz, da hierzu im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie bisher kaum Arbeiten vorliegen (Hui et al. 2013; Höffler 2014).

1.10. Ziele und Fragestellungen

Ursprung dieser Studie war der Gedanke, diejenigen, die von den den Maßregelvollzug betreffenden Gesetzesneufassungen zur Zwangsbehandlung betroffen waren, zu befragen, was inmitten aller Diskussionen erstaunlicherweise noch nicht geschehen war. Zielgruppe sollten die Patienten mit der im Maßregelvollzug meistvertretenen Diagnose der Schizophrenie und anderer Psychosen sein. Es handelt sich um die Kerngruppe derjenigen Patienten, die von einer Zwangsbehandlung betroffen sind, zumal andere im Maßregelvollzug häufig vertretene Störungen (geistige Behinderungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen) einer medikamentösen Behandlung im Wesentlichen nicht zugänglich sind. Hierfür wurden zwei Maßregelvollzugseinrichtungen Baden-Württembergs, das zu Studienbeginn bereits eine Neufassung des die Zwangsbehandlung betreffenden § 8 UBG verabschiedet hatte, gewählt, in der psychisch kranke Straftäter nach § 63 StGB untergebracht sind. Nach § 64 StGB untergebrachte Straftäter waren für diese Befragung nicht relevant, da es sich um zu Zwecken der Entziehung untergebrachte Suchtkranke handelt.

Ziel war eine Vollerhebung, d. h. alle Patienten mit Schizophrenie oder anderen Psychosen zu ihrem Erleben von Zwang durch die Medikation zu befragen, unabhängig davon, ob sie eine Zwangsbehandlung nach § 8 UBG erfahren hatten.

Denn auch Patienten, die die Medikation nicht verweigern, können sich z. B. durch das Wissen, dass eine mögliche Entlassung von ihrer Behandlungswilligkeit abhängt, zur Einnahme der Medikamente gezwungen fühlen.

Folgende Fragestellungen sollten durch die Befragung untersucht werden:

1. In welchem Ausmaß erleben die Probanden Zwang unter angeordneter Einnahme von Antipsychotika?
2. Unterscheiden sich die Probanden im Ausmaß des erlebten Zwangs je nach soziodemografischen oder klinischen Merkmalen?
3. Korreliert das Ausmaß von erlebtem Zwang mit der Krankheitseinsicht der Probanden, ihrer Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und ihrer Einstellung zur Medikation?
4. Korreliert das Ausmaß von erlebtem Zwang mit der Ausprägung der Symptomatik der Probanden zum Zeitpunkt der Untersuchung?
5. Welche Merkmale prädictieren ein hohes Maß an erlebtem Zwang?
6. Wie erleben Patienten, bei denen eine Zwangsmedikation nach § 8 UBG angeordnet wurde, diese Form der Zwangsmaßnahme im Vergleich zu mechanischen Zwangsmaßnahmen im Hinblick auf das Ausmaß des Zwangs und Eingriffe in ihre Menschenrechte?
7. Welche Merkmale prädictieren eine tatsächliche, d. h. gerichtlich angeordnete Zwangsmedikation?

2. Material und Methoden

2.1. Stichprobe

Die Untersuchung wurde in Form einer Querschnittstudie an den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried durchgeführt. Diese sind Teil des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg (ZfP), das jährlich etwa 17.000 Patienten des südwestdeutschen Raumes stationär und 40.000 ambulant behandelt. An den drei Hauptstandorten des ZfP gibt es Einrichtungen für den Maßregelvollzug, in Zwiefalten, Bad Schussenried und Ravensburg-Weissenau. Am Standort Bad Schussenried sind psychisch kranke oder gestörte Rechtsbrecher aus den Landgerichtsbezirken Ellwangen, Hechingen, Tübingen und Ulm untergebracht. Einzugsgebiete der Klinik für forensische Psychiatrie Weissenau sind die Landgerichtsbezirke Stuttgart und Ravensburg. In Zwiefalten werden suchtkranke Patienten behandelt, die nach § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind. Da bei diesen eine medikamentöse Zwangsbehandlung nicht infrage kommt, wurden sie nicht in die Untersuchung einbezogen.

Im Untersuchungszeitraum März bis Juli 2014 wurden alle Patienten in forensischer Unterbringung in den beiden oben genannten Kliniken Weissenau und Bad Schussenried erfasst, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Hauptdiagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung, im Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 in der Kategorie F20–29 kodiert (Weltgesundheitsorganisation 2016)
- Erteilung einer schriftlichen Einwilligung in die Studie.

Ausschlusskriterien waren:

- Intelligenzminderung als Komorbidität (ICD-10 F7x)
- mangelnde Deutschkenntnisse
- keine Behandlung mit Antipsychotika.

In den forensischen Psychiatrien der ZfP-Standorte Weissenau und Bad Schussenried befanden sich im Untersuchungszeitraum März bis Juli 2014 133 Patienten mit den für die Studie vorausgesetzten Diagnosen F20–29 in Behandlung. 124 Patienten entsprachen den Einschlusskriterien der Studie. Bei 12 Patienten war

eine Befragung aufgrund von Beurlaubung, Entweichung aus der Psychiatrie u. Ä. nicht möglich. Von den insgesamt 112 Patienten, bei denen eine Befragung möglich gewesen wäre, stimmten 56 Patienten (50 %) der Befragung zu.

Um die Zusammensetzung des Patientenkollektivs zu veranschaulichen, wurde mit Abb. 1 eine an den CONSORT-Diagrammtyp angelehnte Grafik verwendet (CONSORT = *Consolidated Standards of Reporting Trials*). Das CONSORT-Diagramm wird eingesetzt, um den Rekrutierungsprozess bei randomisierten kontrollierten Studien darzustellen (Moher et al. 2001).

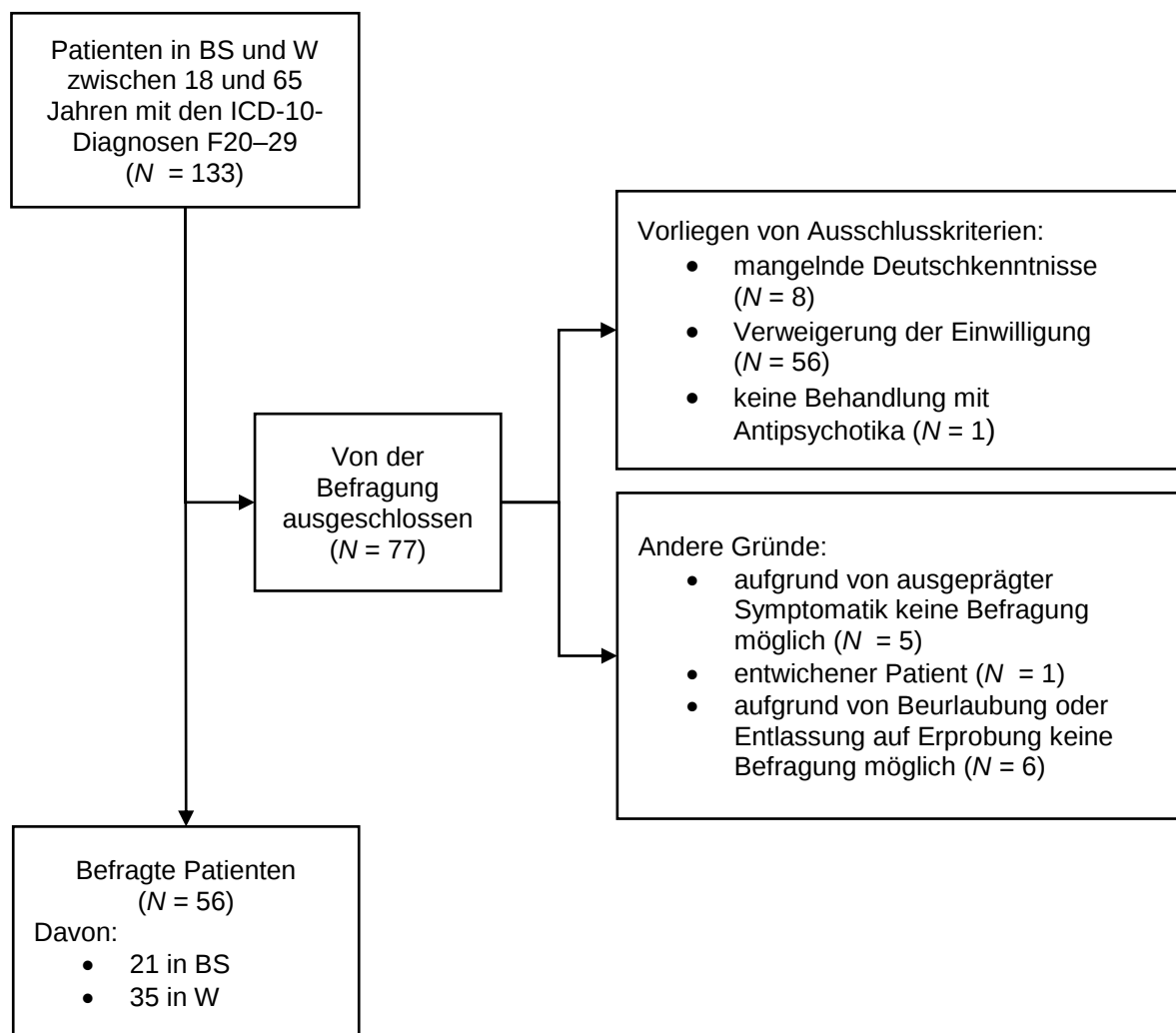


Abb. 1: Ausschlussgründe der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation. BS = Bad Schussenried, ICD = *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, N = Fallzahl, W = Weissenau

2.2. Ablauf der Untersuchung

Vor Durchführung der Untersuchung wurde die Ethikkommission der Universität Ulm um Zustimmung gebeten (Antrag Nr. 16/14, Verhandlung am 03.02.14, Amendment am 20.02.14 genehmigt). Es lagen keine ethisch begründbaren Bedenken an der Studie vor.

Für die Untersuchung war ein Fragenkatalog aus mehreren Skalen entwickelt worden (s. 2.3. Verwendete Messinstrumente). Vor Beginn des eigentlichen Untersuchungszeitraums wurden zwei Probeinterviews mit Patienten, die den Einschlusskriterien der Studie entsprachen, durchgeführt. Hierbei sollte getestet werden, ob die Bearbeitung des Fragenkatalogs mit der Zielgruppe der Befragung überhaupt durchführbar wäre hinsichtlich Interviewlänge und Verständlichkeit der Fragen. Hierbei ergab sich ein Einwand gegen das Studiendesign, den ich bei 2.3.2. näher erläutern werde.

2.2.1. Datensicherheit

Jedem Patienten wurde eine zufällig gewählte Fall-ID zugewiesen. Die Zuordnung von Namen und Fall-ID erfolgte in einer Datei, die separat von den übrigen Auswertungen gespeichert und in den Kliniken sicher verwahrt wurde. Die studienbezogenen Daten wurden von der Autorin in Fragebögen auf Papier erfasst, die jeweils mittels der pseudonymisierten Fall-ID gekennzeichnet waren. Die erhobenen Daten wurden in Excel-Dateien übertragen. Um spätere Überprüfungen vornehmen zu können, sollen die Daten zehn Jahre im Archiv der Forschung Weissenau gespeichert und dann gelöscht werden. Die Decodierungsliste, mit der die Pseudonymisierung zu Patientennamen rückführbar gewesen wäre, wurde nach Abschluss der Dateneingabe vernichtet.

2.2.2. Rekrutierung

Ziel der Untersuchung war eine Vollerhebung aller Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den forensischen Psychiatrien Weissenau und Bad Schussenried. Diese Patientenclientel wird je nach Unterbringungs- und Therapiephase und -zielen auf unterschiedlichen Stationen der beiden Kliniken behandelt. Auf den geschlossen geführten Aufnahmestationen liegt der Schwerpunkt auf Diagnostik, Begutachtung, Sicherung und

Akutbehandlung. Weiterhin gibt es geschlossen geführte Stationen zur kurz-, mittel- bzw. langfristigen Behandlung von Psychosekranken sowie offen geführte forensische Wohngruppen, die auf ambulant betreutes oder eigenständiges Wohnen vorbereiten.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte an beiden Untersuchungsorten nach dem gleichen Prinzip: Patienten und Mitarbeiter wurden im Rahmen von Stationsversammlungen über die Studie informiert. Nach Rücksprache mit dem jeweils betreuenden Team, ob aus therapeutischer Sicht Einwände gegen die Befragung bestünden, wurden die für die Studie infrage kommenden Patienten in Einzelgesprächen umfassend aufgeklärt und offenstehende Fragen beantwortet. Wie bereits im Rahmen der Stationsversammlungen wurde im Einzelgespräch besonders darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig sei und sich kein Vor- oder Nachteil durch die Teilnahme oder durch ihre Verweigerung ergebe. Außerdem wurde erklärt, dass die Untersucherin Doktorandin der Universität Ulm sei und nicht Teil des für die Betreuung und Therapie der Studienteilnehmenden verantwortlichen Teams. Zu keinem Zeitpunkt wurden während des Interviews erhaltene Informationen an das behandelnde Team weitergegeben. Die potentiellen Probanden erhielten das Patienteninformationsblatt (s. Anhang 1 – Patienteninformation). Mit ausreichender Bedenkzeit nach der Aufklärung wurde das schriftliche Einverständnis der Patienten eingeholt (s. Anhang 2 – Einverständniserklärung).

Ein geringer Teil der für die Studie infrage kommenden Patienten war im Untersuchungszeitraum beurlaubt oder auf Erprobung entlassen. In diesen Fällen erfolgte die Kontaktaufnahme mit Information über die Studie telefonisch. Mit teilnahmewilligen Patienten, für die die Anreise zur Klinik möglich war, wurde ein Interview in der Klinik vereinbart, nach Möglichkeit an Terminen, an denen sich die Patienten ohnehin ihrem betreuenden Team in der Klinik vorstellen mussten.

2.2.3. Datenerhebung

Die Daten wurden retrospektiv erhoben. Soziodemografische Patientendaten wie Alter, Berufsausbildung, Migrationshintergrund oder Angaben zur Straftat wurden der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa) entnommen. Die FoDoBa ist ein in allen baden-württembergischen

Maßregelvollzugseinrichtungen elektronisch implementiertes Dokumentationssystem. Das Formblatt besteht aus 16 Kategorien wie Schulbildung, Berufstätigkeit, Diagnosen oder Rechtsstatus und wird jährlich für jeden forensischen Patienten von dem behandelnden Therapeuten ausgefüllt. Insgesamt werden etwa 120 Daten erfragt, meist anhand von Wertelisten, selten mit Freitextfeldern.

Müssen Zwangsmaßnahmen im Verlauf der psychiatrischen Unterbringung angewandt werden, werden deren Anordnung und Durchführung im Krankenhausinformationssystem (NEXUS/KIS) mittels eines standardisierten Formblatts dokumentiert. Auf diese Daten konnte für die Erfassung von Zwangsmaßnahmen in den für die Studie relevanten Zeiträumen zurückgegriffen werden. Angaben wie die Ausgangsstufe des Patienten, die sich zwischen der letzten Aktualisierung der FoDoBa und dem Zeitpunkt der Datenerhebung geändert hatten, wurden ebenfalls dem Krankenhausinformationssystem entnommen.

Die soziodemografischen Daten und das Vorliegen von Zwangsmaßnahmen wurden für alle Patienten der Stichprobe erhoben, um später die Repräsentativität der Probandengruppe für die untersuchte Population einschätzen zu können.

Die Probandenbefragung bestand aus einem einmaligen in zwei Abschnitte gegliederten Interview. Die Probanden beantworteten den aus verschiedenen Skalen für die Studie zusammengestellten Fragebogen, zudem wurde ein strukturiertes Interview zur quantitativen Erhebung des psychopathologischen Befundes geführt (s. 2.3.5.). Für diese Einschätzung wurden gemäß dem zugehörigen Manual auch Angaben einer Bezugsperson des jeweils behandelnden Teams verwendet.

2.3. Verwendete Messinstrumente

Für die in der Einleitung formulierten Fragestellungen (s. 1.10.) sollten geeignete Erhebungsverfahren zur Anwendung kommen. Diese wurden anhand ihrer psychometrischen Eigenschaften ausgewählt, weiterhin musste jedoch berücksichtigt werden, dass das Interview eine für die Probanden akzeptable Länge nicht überschreiten sollte.

Tab. 1 bietet eine Übersicht über die verwendeten Dokumentationssysteme und Messinstrumente.

Tab. 1: Übersicht über verwendete Dokumentationssysteme und Messinstrumente bei der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation. VAS = Visuelle Analogskala

Erhebung soziodemografischer Daten bei allen Patienten der Stichprobe:
• Forensische Basisdokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa) • Krankenhausinformationssystem (NEXUS/KIS)
Nur bei Patienten mit Erteilung ihres schriftlichen Einverständnis erhoben:
Messinstrumente zur Selbstbeurteilung: • <i>Adaptierter Admission Experience Survey</i> • Visuelle Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt • <i>Drug Attitude Inventory</i> • <i>Fragebogen zur Krankheitseinsicht</i> • <i>Coercion Experience Scale</i>
Messinstrumente zur Fremdbeurteilung: • <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>

2.3.1. Adaptierter Admission Experience Survey

Validierte Skalen, die die Wahrnehmung von Zwang unter angeordneter Einnahme von Antipsychotika von stationär behandelten oder gar im Maßregelvollzug untergebrachten psychiatrischen Patienten erfassen, fehlen. Bei Recherchen in der Datenbank Medline fand sich ein etablierter Fragebogen, der untersucht, wie Patienten den Aufnahmeprozess in ein psychiatrisches Krankenhaus im Hinblick auf die Ausübung von Zwang erleben, der *MacArthur Admission Experience Survey* (AES).

Der AES wurde aus dem *Admission Experience Interview* (AEI) entwickelt. Beim Vergleich beider Instrumente korrelierten die Ergebnisse des AES hoch mit denen des AEI und zeigten eine gute interne Konsistenz, was die Anwendung des AES als eigenständiges Instrument vertretbar machte (Gardner et al. 1993; Nicholson et al.

1996). Entwickelt wurden die Instrumente vom *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* nach zahlreichen Befragungen von Patienten, Angehörigen und den einweisenden Ärzten zu ihren Erfahrungen und dem Erleben von Zwang beim Aufnahmeprozess in ein psychiatrisches Krankenhaus. Die Kurzversion besteht aus 16 dichotomen Fragen zur Wahrnehmung von Zwang und dem Gefühl, unter Druck gesetzt zu werden, zur emotionalen Reaktion auf die Krankenhauseinweisung und inwieweit das Aufnahmeverfahren als gerecht empfunden wird. Ein hoher Summenwert des AES entspricht einem hohen Maß an erlebtem Zwang.

Sowohl AES wie auch AEI wurden bereits in verschiedenen Forschungsprojekten adaptiert, um das Erleben von Zwang in anderen Situationen als dem Aufnahmeprozess in ein psychiatrisches Krankenhaus zu untersuchen (Jäger u. Rössler 2010; Patel et al. 2010; Ranieri et al. 2015).

Um in diesem Forschungsprojekt das Ausmaß von erlebtem Zwang in Bezug auf die Medikamenteneinnahme im Verlauf einer psychiatrischen Unterbringung zu erfassen, wurde der AES modifiziert: Die vorhandenen Items wurden inhaltlich umformuliert, anstelle von *„My opinion about coming into the hospital didn't matter“* wurde beispielsweise folgende Formulierung gewählt: *„Meine Meinung bezüglich der Medikamenteneinnahme spielte keine Rolle“*. Anstelle von *„I felt free to do what I wanted about coming into the hospital“* wurde die Formulierung *„Ich fühlte mich frei, über die Einnahme der Medikamente zu entscheiden“* gewählt. Außerdem wurde die Skala um sieben Aussagen erweitert, z. B. inwieweit der Patient mit Auswahl und Dosierung der Medikamente einverstanden ist oder ob die Medikamente nur angesichts bestimmter Konsequenzen bei einer Verweigerung eingenommen werden (s. Item 17 bis 23 des adaptierten *Admission Experience Survey* aAES im Anhang Nr. 3).

Der aAES besteht aus 23 dichotomen Items. Zur Berechnung des Summenwerts des aAES muss ein Teil der Items umcodiert werden, sodass am Ende das Bestätigen einer Aussage durch den Probanden für erlebten Zwang steht und ein hoher Summenwert des aAES einem hohen Maß an erlebtem Zwang entspricht.

2.3.2. Visuelle Analogskalen

Zusätzlich zur adaptierten Version des AES wurden zwei visuelle Analogskalen gebildet, um das Ausmaß von erlebtem Zwang durch die angeordnete Medikation

und durch die forensische Unterbringung als solche zu ermitteln (s. Anhang 5). Die Teilnehmenden sollten einen Wert zwischen 0 (kein Zwang) und 10 (extremer Zwang) für folgende Fragestellungen festlegen:

„Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihres Aufenthalts erfahren haben?“ und „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“.

Sowohl der aAES als auch die beiden visuellen Analogskalen wurden jeweils auf die ersten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie sowie in einem zweiten Durchgang auf die letzten vier Wochen vor dem Zeitpunkt des Interviews bezogen. In der ursprünglichen Version des Fragenkatalogs sollten sich alle Fragen auf die letzten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie beziehen. Vor Beginn der Patientenbefragung wurde jedoch je ein Probeinterview an den Standorten Bad Schussenried und Weissenau durchgeführt. Hierbei ergaben sich keine Einwände gegen den Umfang des Interviews oder die Auswahl der Fragebögen. Für die Teilnehmenden des Probeinterviews erwies es sich jedoch als schwierig, die Fragen zum erlebten Zwang durch die Medikation und den Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie nur in Bezug auf den aktuellen Zeitpunkt zu beantworten. Das Erleben während der Zeit nach der Aufnahme in die forensische Psychiatrie sei ebenso relevant und die Einstellung zur Medikation hätte sich im Verlauf des Aufenthalts teils deutlich geändert. Diese Anregungen wurden beim endgültigen Studiendesign berücksichtigt.

2.3.3. Drug Attitude Inventory

Eine der Fragestellungen der Studie war, inwieweit die Wahrnehmung von Zwang in Bezug auf die Einnahme von Antipsychotika mit der Einstellung der Patienten zu ihrer Medikation zusammenhängt. Um diese zu erfassen, wurden verschiedene Instrumente in Erwägung gezogen:

- das *Drug Attitude Inventory* (DAI),
- die *Subjective Wellbeing under Neuroleptics*-Skala (SWN),
- die *Satisfaction with Antipsychotic Medication*-Skala (SWAM) und
- die *Medication Adherence Rating Scale* (MARS).

DAI: Das *Drug Attitude Inventory* wurde entwickelt, um die Einstellung von an Schizophrenie erkrankten Patienten zu ihrer Krankheit und zur antipsychotischen Medikation anhand eines Patientenfragebogens untersuchen und anhand des Ergebnisses ihre Medikamentencompliance besser einschätzen zu können (Hogan et al. 1983). Die ursprüngliche 30 Item-Version wies in der Forschungsarbeit von Hogan et al. 1983 zufriedenstellende psychometrische Eigenschaften mit einer internen Konsistenz von 0,93 und einer Retest-Reliabilität von 0,82 auf. Für diese Studie wurde die Kurzversion mit zehn Aussagen (DAI-10) herangezogen. Dem DAI-10 wurden ebenfalls gute psychometrische Eigenschaften zugeschrieben und sein Summenwert korrelierte signifikant mit der Krankheitseinsicht der Patienten sowie mit dem Summenwert der Langversion, sodass kein Verlust an Messgenauigkeit bei Verwendung der Kurzversion zu erwarten ist (Nielsen et al. 2012).

Die Kurzversion der DAI besteht aus zehn dichotomen Aussagen (s. Anhang 5). Bei der positivsten mit dem DAI-10 messbaren Einstellung zur Medikation werden sechs Aussagen mit „Ja“ bekräftigt, vier mit „Nein“. Nach Umcodieren kann der DAI-Score Werte von -10 bis +10 annehmen. Je negativer der Score, desto ablehnender die erfasste Einstellung zur Medikation.

SWN: Die *Subjective Wellbeing under Neuroleptics*-Skala ist eines der neben dem DAI in Forschungsarbeiten am häufigsten verwendeten Instrumente zur Erfassung der Einstellung zu Antipsychotika mit guten psychometrischen Eigenschaften sowohl der 38 Item-Langversion wie auch der 20 Item-Kurzversion (Naber et al. 2005; Naber et al. 2001; Naber 1995).

SWAM: Die aus 23 Items bestehende *Satisfaction with Antipsychotic Medication*-Skala wies wie das DAI in Untersuchungen gute psychometrische Eigenschaften auf. Ein Vorteil dieses Instruments könnte die Unterscheidung zwischen Akzeptanz der Behandlung an sich und der Einsicht in die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung sein (Rofail et al. 2005).

MARS: Das DAI wurde zur Entwicklung einer neuen Skala zur Erfassung der Medikamentencompliance verwendet, in Kombination mit dem *Medication Adherence Questionnaire*, einem Fragebogen, der zur Untersuchung der Therapietreue von an arterieller Hypertonie Erkrankten entwickelt worden war (Morisky et al. 1986). Der Summenwert dieses neuen Instruments, der *Medication Adherence Rating Scale*, korrelierte hoch mit dem des DAI (Thompson et al. 2000).

In der Erstpublikation zu diesem Forschungsinstrument beschrieben Thompson et al. eine gute Reliabilität und Validität. Eine erneute Untersuchung mit wesentlich größerer Stichprobe zeigte nicht ganz so gute psychometrische Eigenschaften – eine ausreichende Reliabilität, aber eher schwache Validität (Fialko et al. 2008).

Für diese Studie wurde das DAI-10 als passendes Instrument gewählt, da es über gute psychometrische Eigenschaften verfügt, im Gegensatz zur SWN auch allgemeine Nebenwirkungen von Antipsychotika erfasst und zudem aus weniger Items als die anderen Skalen besteht, sodass der Fragenkatalog für die Probanden keinen unnötig großen Umfang annahm.

2.3.4. Fragebogen zur Krankheitseinsicht

Um die Einsichtsfähigkeit des Probanden in seine Krankheit und in die Behandlungsbedürftigkeit mit Medikamenten zu erfassen, wurde der *Fragebogen zur Krankheitseinsicht* (FKE-10) herangezogen (Pruß et al. 2013). Dieser recht „junge“ Fragebogen wurde von Pruß et al. als Screening-Instrument für Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen entwickelt, um in kurzer Zeit und auch bei akut psychotischen oder kognitiv eingeschränkten Patienten das vorhandene Maß an Krankheitseinsicht zu ermitteln. Anhand bisheriger Skalen zur Erfassung der Krankheitseinsicht wie der *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) und *Schedule in the Assessment of Insight* (SAI) wurden aus 43 Items diejenigen ermittelt, die Patientengruppen mit unterschiedlichem Maß an Krankheitseinsicht am besten trennen konnten. Bei der psychometrischen Testung des neuen Kurzfragebogens mit zehn Items ergaben sich eine gute Reliabilität, akzeptable Trennschärfen sowie eine gute Validität anhand hoher Korrelationen mit den etablierten Krankheitseinsichtsskalen SUMD, der Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), dem Item G12 der PANSS-Skala (Mangel an Einsicht) sowie der Frankness Scale des Eppendorfer Schizophrenie-Inventars.

Für jede der zehn Aussagen des FKE-10 entscheidet sich der Patient anhand einer fünfstufigen Skala, inwieweit die Aussage für ihn zutrifft (1 = „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 = „trifft vollständig zu“). Dabei können mit „trifft vollständig zu“ beantwortete Aussagen sowohl auf vorhandene als auch auf mangelnde Einsicht hinweisen. Nach Umcodieren erhält man einen FKE-10-Gesamtscore von 10 bis 50, wobei ein

hoher Score ein hohes Maß an Einsicht in die Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit widerspiegelt.

2.3.5. Positive and Negative Syndrome Scale

Um den Einfluss der Ausprägung der Symptomatik auf das Erleben von Zwang untersuchen zu können, wurde die *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) eingesetzt (für eine Übersicht der PANSS-Items s. Anhang 6). Die PANSS ist eine Fremdbeurteilungsskala, die in den 1980ern aus der *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) und dem *Psychopathology Rating Schedule* (PRS) entwickelt wurde (Kay et al. 1987) und seitdem häufig zur Erhebung des psychopathologischen Befundes bei Schizophrenie-Erkrankten verwendet wird. In der Forschungsarbeit zur Entwicklung der PANSS wies die Skala eine gute interne Konsistenz und eine akzeptable Retest-Reliabilität auf. Eine erneute Untersuchung von Kay et al. (1988) ergab hingegen eine gute Reliabilität, außerdem wurden Kriteriums- und Konstruktvalidität des Instruments untersucht mit guten Ergebnissen.

Ein Forschungsprojekt zum Vergleich von PANSS und der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), aus der die PANSS u. a. entwickelt worden war, ergab zwar eine vergleichbare sehr gute Interrater-Reliabilität für beide Instrumente, jedoch wies die PANSS durchweg eine bessere interne Konsistenz der Subskalen und des Instruments als Ganzes auf (Bell et al. 1992). Korrelationen der Items der PANSS, die nicht bereits in der BPRS verwendet wurden, mit denen der BPRS waren gering, weswegen für diese Untersuchung die PANSS verwendet wurde.

Grundlage der Beurteilung bilden ein formalisiertes Interview mit dem Patienten sowie fremdanamnestic Angaben. Letztere werden in einem strukturierten klinischen Interview (SCI-PANSS Pre-Interview) mit einer Bezugsperson des jeweils behandelnden Teams erhoben. Die in beiden Interviews erhaltenen Angaben werden auf die drei Subskalen der PANSS angewendet, die Positiv- und Negativsymptomskala mit jeweils sieben Items und die Allgemeinpsychopathologie-Skala aus 16 Items. Ob die einzelnen Symptome in der vergangenen Woche vorhanden und wie schwer sie ausgeprägt waren, wird anhand der im Manual genau erläuterten Ratingkriterien auf einer siebenstufigen Skala festgelegt, wobei der Wert 1 bedeutet, dass das Symptom bei der untersuchten Person nicht vorhanden ist, 7 in extremer Ausprägung.

Der PANSS-Gesamtscore liegt im Bereich zwischen 30 und 210, wobei hohe Werte für eine stark ausgeprägte Symptomatik stehen.

Vor Beginn der Probandeninterviews erhielt die Autorin durch eine in der Anwendung der PANSS geschulte und erfahrene Psychologin des ZfP Weissenau eine Raterschulung. Nach einer Einführung bestimmte die Doktorandin anhand von Videos mit Fallbeispielen den jeweiligen PANSS-Score, anschließend wurden die Ratings besprochen und etwaige Fragen geklärt.

2.3.6. Coercion Experience Scale

Falls es zu einer Zwangsmedikation im rechtlichen Sinne kam, wurde zusätzlich die Skala *Coercion Experience Scale* (CES) angewandt (s. Anhang 7). Diese wurde von Bergk et al. (2010) entwickelt, um die Einschränkung von Menschenrechten sowie Belastungen durch freiheitsbeschränkende Maßnahmen differenziert untersuchen und zudem die Wahrnehmung verschiedener Arten von Zwangsmaßnahmen vergleichen zu können. Die Items des Fragebogens, die sich auf die Einschränkung von Menschenrechten durch Zwangsmaßnahmen beziehen, wurden anhand einer Literaturrecherche und Diskussionen im Rahmen von Treffen einer Forschungsgruppe des ZfP Weissenau formuliert. Folgende Grundrechte wurden als die bedeutendsten durch Zwangsmaßnahmen verletzten Rechte festgelegt: die Würde des Menschen, das Recht auf Autonomie, Bewegungsfreiheit und körperliche Unversehrtheit sowie die Einschränkung des Kontakts zu Personal und Mitpatienten.

Die CES besteht aus 34 Items, davon zwei visuelle Analogskalen von 0 bis 100, anhand derer die Patienten angeben, wie gut sie sich an die jeweilige Zwangsmaßnahme erinnern können und wie belastend sie diese insgesamt empfunden haben. Danach wird anhand einer fünfstufigen Skala erfragt, in welchem Ausmaß sich die Patienten durch die Zwangsmaßnahme in ihren Grundrechten wie ihrer Menschenwürde oder dem Recht auf Autonomie eingeschränkt fühlten und als wie unangenehm diese Einschränkung jeweils empfunden wurde. Im letzten Teil des Fragebogens wird auf einer Likert-Skala erfasst, wie belastend verschiedene Stressfaktoren wie Schmerzen oder das Gefühl der Entwürdigung von den Patienten empfunden wurden.

In der ersten Version der CES waren noch keine Items enthalten, die sich konkret auf eine Zwangsmedikation beziehen. Diese wurden von Georgieva et al. (2012a) für ein Forschungsprojekt hinzugefügt:

- „Ich wurde von Mitarbeitern festgehalten“,
- „Ich bekam Medikamente gegen meinen Willen“ sowie
- „Mein Befinden war durch die Medikation beeinträchtigt“.

Bei der in dieser Dissertation beschriebenen Studie wurde bei Probanden, die eine Zwangsmedikation im rechtlichen Sinne während der studienrelevanten Zeiträume der ersten bzw. letzten vier Wochen der forensischen Unterbringung erhalten hatten, die CES für diese Art der Freiheitseinschränkung sowie für andere Formen von erlebten Zwangsmaßnahmen wie Isolierung oder Fixierung gesondert durchgeführt.

2.4. Datenanalyse

Die im Interview und aus der forensischen Basisdokumentation erhobenen Daten wurden in pseudonymisierter Form in eine Excel-Tabelle übertragen (s. 2.2.1.). Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 21.0 (IBM Corp. 2012). Zur Veranschaulichung wurden die verwendeten statistischen Methoden in Tab. 2 zusammengefasst.

Tab. 2: Auswertungsschritte und verwendete statistische Methoden bei der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation. aAES = adaptierter *Admission Experience Survey*, ANOVA = *analysis of variance*, CES = *Coercion Experience Scale*, DAI-10 = *Drug Attitude Inventory*, FKE-10 = *Fragebogen zur Krankheitseinsicht*, PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*, VAS = Visuelle Analogskalen

Auswertungsschritt	Verwendete Daten	Statistischer Test
Beschreibung der Stichprobe	Soziodemografische Daten	Häufigkeitstabellen
Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden	Soziodemografische Daten	
	Nominalskaliert	Chi-Quadrat-Test/Exakter Test nach Fisher
	Ordinalskaliert	Mann-Whitney-U-Test
	Metrisch	Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung T-Test für unabhängige Stichproben/Mann-Whitney-U-Test
Skalenauswertung	aAES, VAS_Medikation, VAS_Aufenthalt, DAI-10, FKE-10, PANSS	Summenwertbestimmung Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung
	Item 16 des aAES	Deskriptive Auswertung
	Item 16 des aAES, aAES-Summenwert	T-Test für unabhängige Stichproben/Mann-Whitney-U-Test
	CES	Deskriptive Auswertung

Auswertungsschritt	Verwendete Daten	Statistischer Test
Vergleich des Erlebens von Zwang durch die antipsychotische Medikation je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen der Probanden	Soziodemografische Daten, aAES	
	Variablen mit zwei Kategorien	T-Test für unabhängige Stichproben/Mann-Whitney-U-Test
	Variablen mit > zwei Kategorien	Einfaktorielle ANOVA/Kruskal-Wallis-Test
Zusammenhang zwischen Erleben von Zwang durch die antipsychotische Medikation und Einstellung zur Medikation und Einsicht in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit	aAES, DAI-10/FKE-10	Korrelationskoeffizient nach Spearman
Zusammenhang zwischen Erleben von Zwang durch die antipsychotische Medikation und Symptomschwere	aAES, PANSS	
Zusammenhang zwischen beiden zur Erfassung von erlebtem Zwang verwendeten Skalen	aAES, VAS_Medikation/VAS_Aufenthalt	
Veränderung des Zwangserlebens über die Zeit des Aufenthalts	aAES der ersten und letzten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie	T-Test für verbundene Stichproben/Wilcoxon-Test
	Differenz aAES (erste – letzte vier Wochen)	Summenwertbestimmung Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung
Vergleich der Veränderung des Zwangserlebens über die Zeit des Aufenthalts je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen der Probanden	Soziodemografischen Daten, Differenz aAES (erste – letzte vier Wochen)	
	Variablen mit zwei Kategorien	T-Test für unabhängige Stichproben/Mann-Whitney-U-Test
	Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen	Einfaktorielle ANOVA/Kruskal-Wallis-Test
Zusammenhang der Veränderung des Zwangserlebens über die Zeit des Aufenthalts mit Einstellung zur Medikation, Einsicht in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit sowie Symptomschwere	Differenz aAES (erste – letzte vier Wochen) und DAI-10/FKE-10/PANSS	Korrelationskoeffizient nach Spearman
Prädiktoren für das Erleben von Zwang	aAES (letzte vier Wochen), DAI-10, FKE-10, PANSS	Lineares Regressionsmodell

Voraussetzung des T-Tests ist eine Normalverteilung der Daten. Lag diese nicht vor, wurden sowohl T-Test wie auch die entsprechende nichtparametrische Testalternative gerechnet. Lagen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Ergebnissen vor, wurden die Ergebnisse des T-Tests verwendet. Dieser gilt als robust gegen Abweichungen von der Normalverteilung, wenn die Stichproben annähernd gleich groß sind, eine genügend große Fallzahl vorhanden ist (ca. 25 bis 30) und der zweiseitige T-Test durchgeführt wird, wie es bei dieser Untersuchung außer bei dem Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Fall war (Sawilowsky u. Blair 1992).

2.4.1. Deskriptive Statistik der soziodemografischen Daten

Zunächst wurden die erhobenen soziodemografischen Daten deskriptiv mithilfe von Häufigkeitstabellen ausgewertet.

2.4.2. Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

Es folgte die Analyse der Häufigkeitsunterschiede zwischen den Gruppen der Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden, um die Repräsentativität der Stichprobe einschätzen zu können. Die Häufigkeitsunterschiede wurden bei nominalskalierten Daten wie dem Geschlecht oder dem Familienstand mit dem Chi-Quadrat-Test durchgeführt. War dessen Voraussetzung nicht erfüllt, dass bei höchstens 20 % der Kategorien die erwartete Häufigkeit unter 5 liegt, kam der Exakte Test nach Fisher zur Anwendung. Bei ordinalskalierten Daten wie der Ausgangsstufe wurde der Mann-Whitney-U-Test gewählt. Bei den beiden metrischen Variablen, dem Alter und der Dauer des bisherigen Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie, wurde mittels explorativer Datenanalyse (Kolmogorov-Smirnov-Test) geprüft, ob eine Normalverteilung der Daten vorlag. Bei beiden Variablen war dies nicht der Fall, sodass zusätzlich zum T-Test für unabhängige Stichproben der Mann-Whitney-U-Test als Kontrolle durchgeführt wurde.

2.4.3. Auswertung der einzelnen Skalen des Fragenkatalogs

Als nächster Schritt wurden die Summenwerte der einzelnen verwendeten Skalen berechnet und mittels explorativer Datenanalyse (Kolmogorov-Smirnov-Test) auf Vorliegen einer Normalverteilung geprüft.

Die Originalskala *Admission Experience Survey* wird nach verschiedenen Subskalen ausgewertet. Der AES musste für diese Forschungsarbeit jedoch zur Anwendung auf Zwang bei der Medikamenteneinnahme umgeschrieben werden. Deswegen konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Faktorenstruktur des aAES mit dem Originalfragebogen übereinstimmt. Bei Proberechnen mit Faktoren- oder Clusteranalyse ließen sich die Items des aAES nicht entsprechend denen des AES den einzelnen Subskalen zuordnen.

Das Item 16 des aAES erfragt verschiedene angenehme und unangenehme Gefühle in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Diese ließen sich nicht ohne Bedenken in den Gesamtsummenwert des aAES integrieren. Aus diesem Grund wurde der Gesamtsummenwert ohne das Item 16 berechnet. Der

Gesamtsummenwert wurde für die weitere Auswertung des Zusammenhangs des aAES mit soziodemografischen Daten, den weiteren Skalen des Fragebogens sowie dem Item 16 des aAES verwendet.

Die Fragestellung von Item 16 des aAES lautet: „Was für Gefühle erzeugte es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“. Zu folgenden sieben Antwortmöglichkeiten geben die Probanden jeweils an, ob das Gefühl für sie zutrifft oder nicht: wütend, traurig, erfreut, erleichtert, verwirrt, erschrocken, keine besonderen Gefühle. Zur sinnvollen Auswertung wurden die Antworten in „mindestens ein angenehmes“ und „mindestens ein unangenehmes“ Gefühl aufgeteilt. Als angenehm wurden „erfreut“ und „erleichtert“ eingestuft, als unangenehm „wütend“, „traurig“, „verwirrt“ und „erschrocken“. Das Item 16 g) „keine besonderen Gefühle“ wurde nicht umcodiert. Zu diesen drei Kategorien wurde eine explorative Datenanalyse mit Häufigkeitstabellen und Tests auf Normalverteilung (Kolmogorov-Smirnov-Test) gerechnet.

Da der aAES ohne das Item 16 „Gefühle“ für weitere statistische Analysen verwendet worden war, wurde mittels T-Test für unabhängige Stichproben geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen Angaben der Probanden bei Item 16 mit ihrem Summenwert des aAES bestand. Dieser Zusammenhang wurde für die zu beiden Zeiträumen erhobenen Daten bestimmt.

Die CES war in dieser Studie nur bei Probanden mit erfahrener Zwangsmedikation im rechtlichen Sinne während der studienrelevanten Zeiträume der ersten bzw. letzten vier Wochen der forensischen Unterbringung angewandt worden. Aufgrund der geringen Fallzahl von drei Probanden, die in den studienrelevanten Zeiträumen eine Zwangsmedikation erfahren hatten, wurden die mit der CES erhobenen Daten nur deskriptiv ausgewertet.

2.4.4. Unterschiede der Probanden hinsichtlich des adaptierten Admission Experience Survey je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen

Nun sollten mögliche Einflussfaktoren auf das Erleben von Zwang analysiert werden. Zunächst wurden Unterschiede der Probanden hinsichtlich des aAES-Summenwerts je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen ausgewertet. Dafür wurde bei Variablen mit zwei Kategorien der T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Lag keine Normalverteilung des aAES vor,

wurde der Mann-Whitney-U-Test zur Kontrolle gerechnet. Bei Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen kamen die einfaktorielle ANOVA sowie der Kruskal-Wallis-Test bei nicht normalverteilten Daten zur Anwendung.

2.4.5. Korrelation des adaptierten Admission Experience Survey mit den weiteren Skalen des Fragenkatalogs

Als nächster Schritt sollte der Zusammenhang zwischen erlebtem Zwang durch die Medikamenteneinnahme, erfasst durch den aAES, und folgenden Faktoren bestimmt werden:

- der Einsicht in die Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit
- der Einstellung zur Medikation
- der Ausprägung der Symptomatik sowie
- dem mit den visuellen Analogskalen erfassten Zwang durch Medikation und den Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie als solchen.

Hierfür wurde der Summenwert des aAES mit den Skalen DAI-10, FKE-10, PANSS und den beiden visuellen Analogskalen korreliert. Für diese Berechnungen wurde nur der aAES, der sich auf die letzten vier Wochen vor dem Interviewzeitpunkt bezog, verwendet, da die anderen Skalen sich ebenfalls auf diesen Zeitraum bezogen. Eine Korrelation der Skalen mit dem aAES, der für die ersten Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie erhoben worden war, erschien nicht sinnvoll. Da der aAES der letzten vier Wochen nicht normalverteilt war, wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman bestimmt.

2.4.6. Veränderung des adaptierten Admission Experience Survey über die Zeit des Aufenthalts

Der aAES war jeweils für die ersten und letzten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie erhoben worden, um eine Veränderung des erlebten Zwangs über die Zeit des Aufenthalts feststellen zu können. Hierfür wurde der T-Test für verbundene Stichproben mit den Summenwerten der beiden Zeiträume gerechnet, außerdem der Wilcoxon-Test, da bei dem aAES der letzten vier Wochen keine Normalverteilung vorlag.

Weiterhin sollte untersucht werden, ob eine etwaige Veränderung über die Zeit von Einflussfaktoren wie soziodemografischen Merkmalen abhing. Hierfür wurde die

Differenz der Summenwerte der Skalen von beiden Zeiträumen berechnet (Summenwert (aAES der ersten vier Wochen) – Summenwert (aAES der letzten vier Wochen)). Ein positiver Wert bedeutet also, dass der Summenwert des zweiten Zeitraums geringer war als der des ersten. Als Nächstes wurde auf Vorliegen einer Normalverteilung untersucht. Da bei der Veränderung des aAES über die Zeit keine Normalverteilung vorlag, wurden sowohl parametrische als auch nichtparametrische Tests zur Kontrolle gerechnet. Bei binären Variablen wurden der T-Test für unabhängige Stichproben sowie der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Bei Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen kamen die einfaktorielle ANOVA sowie der Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Unterschieden sich die Ergebnisse zwischen parametrischem und nichtparametrischem Testverfahren nicht wesentlich und lag im Falle der ANOVA Varianzhomogenität vor, wurden die Ergebnisse von T-Test bzw. ANOVA verwendet.

Weiterhin sollte untersucht werden, ob die Veränderung des Zwangserlebens über die Zeit des Aufenthalts mit anderen Faktoren wie der Krankheitseinsicht, der Einstellung zur Medikation und der Symptomschwere zusammenhängt. Hierfür wurden Korrelationen zwischen der Differenz des aAES und den Summenwerten der anderen Skalen mit dem Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet, da keine Normalverteilung vorlag.

Um festzustellen, wie stark die Veränderung des aAES-Summenwerts über die Zeit mit dem Ausgangswert des aAES der ersten vier Wochen zusammenhängt, wurde die Korrelation des Summenwerts des aAES der ersten vier Wochen mit der Differenz der Summenwerte beider Zeiträume gerechnet. Da die Differenz nicht normalverteilt war, wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman bestimmt.

Als Signifikanzniveau wurde für die bisher beschriebene Auswertung eine maximale Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ festgelegt.

2.4.7. Lineares Regressionsmodell

Als letzter Schritt der Datenanalyse sollte ein lineares Regressionsmodell entwickelt werden, um Prädiktoren für den durch die antipsychotische Medikation erlebten Zwang zu ermitteln. Abhängige Variable war der Summenwert des aAES, der für den Zeitraum von vier Wochen vor der Patientenbefragung erhoben worden war. Variablen, die bivariat einen signifikanten Zusammenhang mit dem aAES-

Summenwert aufwiesen, wurden als unabhängige Variablen in ein lineares Regressionsmodell aufgenommen. Aufgrund der Fallzahl von 56 Probanden sollten maximal fünf Prädiktoren in das Regressionsmodell eingeschlossen werden.

2.4.8. Umgang mit fehlenden Daten

Fehlende Angaben wurden mit der *person mean imputation* ersetzt. Für diese Methode fanden Shrive et al. bei über 20 % fehlenden Angaben noch eine zufriedenstellende Vorhersagekraft der fehlenden Daten (Shrive et al. 2006). In der in dieser Dissertation beschriebenen Untersuchung fehlten pro Proband und Skala max. 10 %, bei einem Probanden 20 % der Angaben einer Skala. Für die *person mean imputation* wurde der Mittelwert des Probanden bei der betreffenden Skala anhand der vorhandenen Angaben berechnet und dieser in die Felder mit fehlenden Angaben eingetragen.

3. Ergebnisse

3.1. Beschreibung der Stichprobe

In den forensischen Psychiatrien der ZfP-Standorte Weissenau und Bad Schussenried befanden sich im Untersuchungszeitraum 133 Patienten mit den für die Studie vorausgesetzten Diagnosen F20–29 in Behandlung. 124 Patienten entsprachen den Einschlusskriterien der Studie. Bei 12 Patienten war eine Befragung aufgrund von Beurlaubung, Entweichung aus der Psychiatrie u. Ä. nicht möglich. Von den also insgesamt 112 Patienten, bei denen eine Befragung möglich gewesen wäre, stimmten 56 Patienten (50 %) der Befragung zu (s. Abb. 1).

Einrichtung:

35 (43 %) der infrage kommenden Patienten der forensischen Psychiatrie Weissenau haben an der Befragung teilgenommen, 21 (40 %) der forensischen Psychiatrie Bad Schussenried. Im Chi-Quadrat-Test ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Untersuchungsorten hinsichtlich der Teilnahmequote ($p = .747$). Die Stichprobe bestand zu knapp zwei Dritteln ($N = 35$) aus Patienten des Standorts Weissenau.

Soziodemografische/klinische Merkmale:

Geschlecht: 49 Teilnehmende (87,5 %) waren männlich, 7 (12,5 %) weiblich.

Familienstand: Zum Zeitpunkt der Befragung waren 43 Probanden (77 %) ledig, 9 (16 %) geschieden oder verwitwet und 4 (7 %) verheiratet.

Alter zum Zeitpunkt der Rekrutierung: Das Durchschnittsalter bei Rekrutierung lag bei $38,5 \pm 10,5$ Jahren. Abb. 2 zeigt die Altersverteilung der Probanden. Der jüngste Proband war 21 Jahre alt, der älteste 62.

Soziale Lebenssituation bei Straftat: 26 Teilnehmende (46 %) waren zum Zeitpunkt der Straftat ledig und lebten allein, 16 (29 %) lebten in Partnerschaft, Ehe oder bei ihren Eltern, 7 (13 %) in einem Eingliederungsheim/Pflegeheim oder in betreutem Wohnen. Weitere 7 waren zum Zeitpunkt der Straftat wohnsitzlos oder lebten in anderen Verhältnissen als den oben genannten.

Abgeschlossene Berufsausbildung: 13 Teilnehmende (23 %) hatten die Fachhochschulreife oder ein (Fach-)Abitur abgelegt, 32 (57 %) die Mittlere Reife oder einen Hauptschulabschluss und 11 (20 %) keinen Schulabschluss oder einen Sonderschulabschluss.

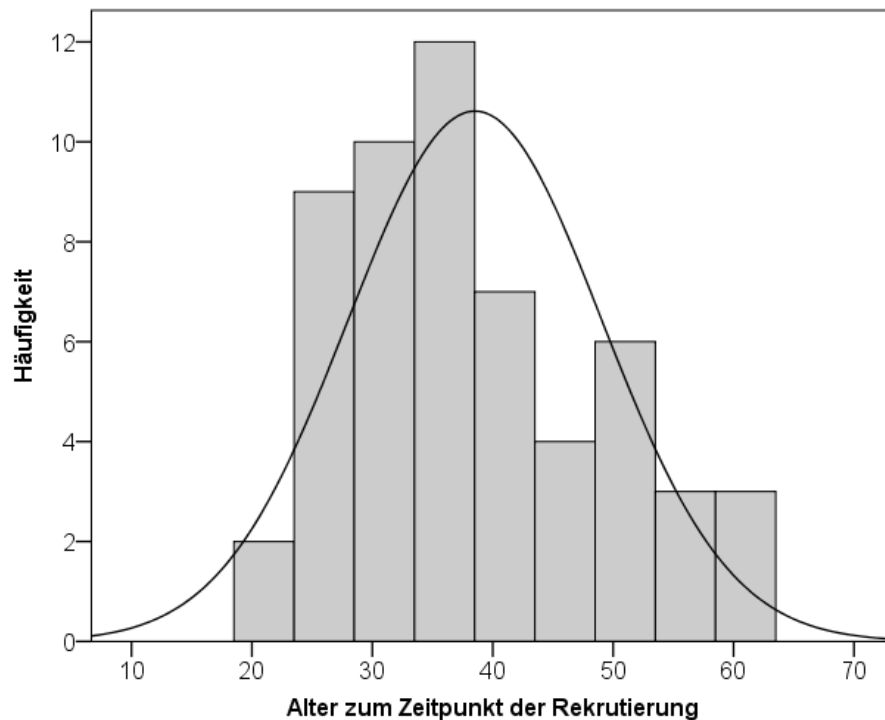


Abb. 2: Altersverteilung der Probanden der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation (Alter in Jahren)

Anzahl der Monate seit Aufnahme: Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden seit 2 Jahren und 3 Monaten ($26,5 \pm 19,0$ Monate) im Maßregelvollzug untergebracht. In Abb. 3 wird die Datenverteilung der Variable dargestellt.

Migrationshintergrund: 34 Teilnehmende (61 %) hatten keinen Migrationshintergrund, 3 (5 %) mindestens ein Elternteil mit Migrationshintergrund. 13 (23 %) waren in Deutschland geborene Ausländer, eingebürgerte Ausländer oder Spätaussiedler. 6 Probanden (11 %) waren zugewanderte Ausländer.

Übernahme aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs: 4 der befragten Probanden (7 %) waren aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs übernommen worden.

Erstaufnahme in die forensische Psychiatrie: Für 48 Teilnehmende (86 %) war der Aufenthalt zum Zeitpunkt der Befragung der erste Aufenthalt in einer forensischen Psychiatrie.

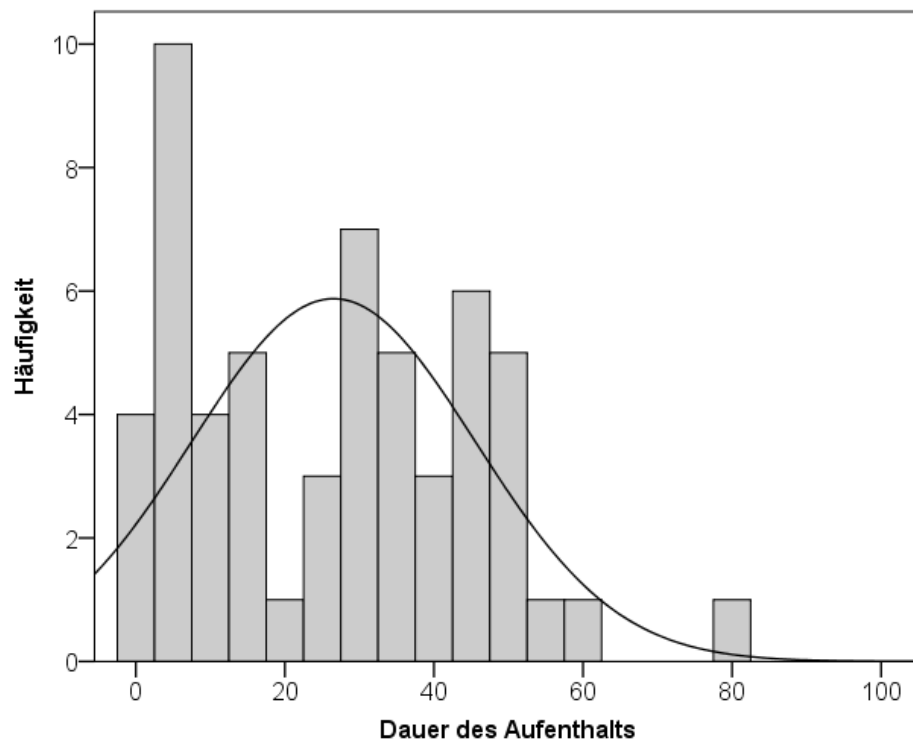


Abb. 3: Dauer des Aufenthalts von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried von der Klinikaufnahme bis zum Zeitpunkt ihrer Befragung im Jahr 2014 zu ihrem Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation (Dauer in Monaten)

Rechtsgrundlage der Unterbringung: 45 Probanden (80 %) waren nach § 63 StGB untergebracht, 8 (14 %) nach § 126a der StPO vorläufig untergebracht und 3 (5 %) nach §67h StGB (in Bewährung nach § 63 StGB).

Hauptdelikt laut rechtskräftigem Urteil/nach voraussichtlichem Urteil: Hauptdelikt laut rechtskräftigem Urteil bzw. nach voraussichtlichem Urteil war bei 28 (50 %) ein Körperverletzungsdelikt oder sonstiges Gewaltdelikt, bei 16 (29 %) ein versuchtes Tötungsdelikt und bei 4 Probanden (7 %) ein Tötungsdelikt. Bei 6 Probanden (11 %) lag ein Eigentumsdelikt, Verkehrsdelikt, Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Brandstiftung oder ein sonstiges Delikt vor. 2 Probanden (3 %) waren wegen eines Sexualdelikts gegen Erwachsene oder Minderjährige verurteilt worden.

Relevante weitere Delikte: Bei 33 Teilnehmenden (59 %) lagen neben dem Hauptdelikt relevante weitere Delikte vor.

Schuldfähigkeit: 40 Probanden (71,4 %) waren nach § 20 StGB für schuldunfähig befunden worden, 8 (14 %) nach § 21 StGB für vermindert schuldfähig. Bei den

verbleibenden 8 Teilnehmenden stand zum Zeitpunkt der Rekrutierung noch kein Urteil fest.

Psychiatrische Hauptdiagnose: Bei 47 Teilnehmenden (84 %) lag als psychiatrische Hauptdiagnose eine Schizophrenie vor, nach ICD-10 mit F20 kodiert. Bei 8 Teilnehmenden (14 %) war eine schizoaffektive Störung diagnostiziert worden (F25-Kategorie). Bei einem Probanden lag eine anhaltende wahnhafte Störung der F22-Kategorie als Hauptdiagnose vor.

Psychiatrische Nebendiagnosen: Bei 32 Teilnehmenden (57 %) lag zusätzlich zu der Hauptdiagnose mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose nach ICD-10 vor. Bei 30 Teilnehmenden (54 %) war eine psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen diagnostiziert worden (F1-Diagnosegruppe in der ICD-10). Bei einem Probanden lag eine Störung der Kategorie F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) als Nebendiagnose vor, bei 3 Probanden (5 %) eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (Kategorie F6).

Somatische Diagnosen: Bei der Hälfte der Probanden ($N = 28$) war mindestens eine somatische Erkrankung gemäß ICD-10 diagnostiziert worden.

Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie (außer Sucht): 51 Probanden (91 %) waren vor der Einweisung in die Klinik für forensische Psychiatrie bereits in einer Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt worden, am häufigsten (ein Viertel der Probanden) im Rahmen von 10 oder mehr Aufenthalten. Der Median lag bei 4 Aufenthalten.

Alter bei erster stationärer Aufnahme: Zwei Drittel der Teilnehmenden ($N = 37$) waren zum Zeitpunkt der ersten stationären Aufnahme in eine Allgemeinpsychiatrie zwischen 18 und 39 Jahre alt gewesen.

Suchtmedizinische Auffälligkeiten: Knapp zwei Drittel der Teilnehmenden ($N = 36$) wiesen suchtmedizinische Auffälligkeiten wie Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit auf.

Lockerungen zum Zeitpunkt der Rekrutierung: Zum Zeitpunkt der Rekrutierung war zwei Dritteln der Probanden Ausgang ohne Personal genehmigt worden, 13 (23 %) Ausgang mit Personal. 5 Probanden (9 %) war keine Lockerung oder nur Ausgang auf eingezäuntem Gelände bewilligt worden. Ein Proband befand sich in Beurlaubung/außerklinischer Erprobung.

Zwangsmaßnahmen:

In den ersten vier Wochen der Unterbringung in der forensischen Klinik waren bei 25 Befragten (45 %) Zwangsmaßnahmen angewendet worden, in den letzten vier Wochen vor der Befragung bei 2 (4 %). Während des gesamten Zeitraums der forensischen Unterbringung waren bei 39 Probanden (70 %) Zwangsmaßnahmen angewendet worden.

Tab. 3 zeigt eine detaillierte Auflistung nach Art der Zwangsmaßnahme und Zeitraum, in dem diese stattgefunden hatte.

Tab. 3: Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried in den ersten vier Wochen nach ihrer Klinikaufnahme sowie in den letzten vier Wochen vor ihrer Befragung im Jahr 2014 zu ihrem Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation. *N* = Fallzahl, StGB = Strafgesetzbuch, UBG = Unterbringungsgesetz. ¹ höher als die Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Probanden (*N* = 25), da verschiedene Maßnahmen pro Patient möglich

Zwangsmaßnahme	Erste vier Wochen		Letzte vier Wochen	
	<i>N</i>	% aller Probanden	<i>N</i>	% aller Probanden
Isolierung	21	37,5	1	1,9
Fixierung	6	10,7	-	-
1:1-Überwachung	3	5,3	-	-
Zwangsmedikation gemäß § 8 UBG	1	1,8	1	1,9
Medikation unter physischem Zwang	1	1,8	-	-
Notfallmedikation gemäß § 34 StGB	-	-	-	-
Einschluss	-	-	-	-
Gesamt	32 ¹	-	2	-

3.2. Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

Teilnehmende und Nichtteilnehmende unterschieden sich hinsichtlich ihres Migrationshintergrundes signifikant. Die Häufigkeitsverteilungen werden in Tab. 4 dargestellt.

Tab. 4: Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden hinsichtlich ihres Migrationshintergrundes im Rahmen der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation. Mind. = mindestens, N = Fallzahl

Migrationshintergrund	Nichtteilnehmende	Teilnehmende	Gesamt N (% spaltenweise)
	N (% spaltenweise)		
Kein Migrationshintergrund	35 (45,5)	34 (60,7)	69 (51,9)
Zugewanderter Ausländer (mit/ohne Aufenthaltserlaubnis)	24 (31,2)	6 (10,7)	30 (22,6)
In Deutschland geborener Ausländer/eingebürgerter Ausländer/Spätaussiedler	11 (14,3)	13 (23,2)	24 (18,0)
Person mit mind. einem Elternteil, das den genannten Kriterien entspricht	7 (9,1)	3 (5,4)	10 (7,5)
Gesamt	77 (100,0)	56 (100,0)	133 (100,0)

Gemäß dem Chi-Quadrat-Test waren die Unterschiede signifikant ($\chi^2 = 9,502$; $df = 3$; $p < .05$).

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden festgestellt werden hinsichtlich weiterer soziodemografischer, klinischer und deliktbezogener Daten. Zwar hatten 66 % der Teilnehmenden und nur 44 % der Nichtteilnehmenden zum Untersuchungszeitpunkt freien Geländeausgang, auch dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der Prüfung auf statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen wurden in Tab. 12 zusammengefasst. Die Tabelle findet sich aufgrund des großen Umfangs im Anhang (s. Anhang 8).

3.3. Skalenauswertung: Summenwertberechnung und Testen auf Normalverteilung

Als nächster Schritt folgte die explorative Datenanalyse der Skalen aAES, DAI-10, FKE-10, PANSS und der visuellen Analogskalen. Mittels Kolmogorov-Smirnov-Test wurde auf Normalverteilung der Daten geprüft. Weiterhin wurden Mittelwert und Standardabweichung der Summenscores berechnet.

3.3.1. Adaptierter Admission Experience Survey

Der Summenwert des aAES – wie unter 2.4.3. beschrieben ohne das Item 16 „Gefühle“ berechnet – kann Werte von 0 bis 22 annehmen, wobei hohe Werte für ein hohes Ausmaß an erlebtem Zwang bezüglich der Einnahme der verordneten Medikamente stehen. Die Analyse des Summenwerts des aAES zu den ersten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie ergab einen Mittelwert von 8,9 mit einer Standardabweichung von 5,6. Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab einen p -Wert größer als .05, sodass von einer Normalverteilung der Werte ausgegangen werden kann. Abb. 4 zeigt die Verteilung des Summenscores.

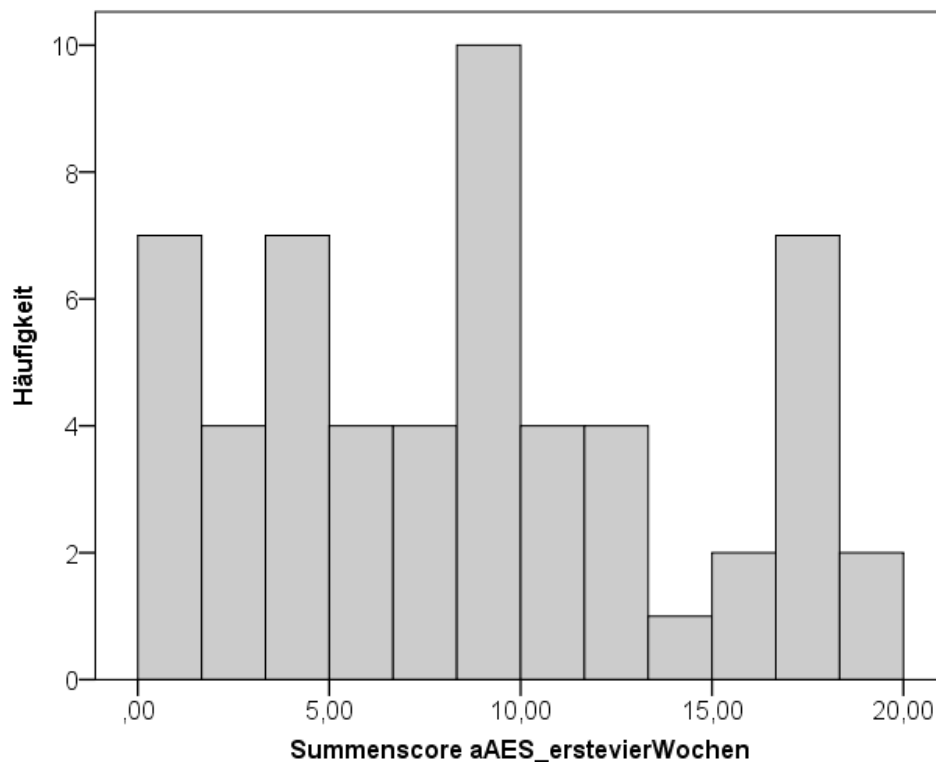


Abb. 4: Datenverteilung des Summenscores des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) zum Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den ersten vier Wochen ihres Aufenthalts in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried, erhoben im Jahr 2014

Der Summenwert des aAES zu den letzten vier Wochen vor dem Befragungszeitpunkt betrug im Mittel 6,5 bei einer Standardabweichung von 5,2, also um 2,4 Punktwerte geringer als der Mittelwert zum ersten Zeitraum. Es lag keine Normalverteilung vor, sondern nach links verschobene Werte (s. Abb. 5). Der Kolmogorov-Smirnov-Test ergab einen p -Wert von .001, was ebenfalls auf nicht normalverteilte Daten hinwies.

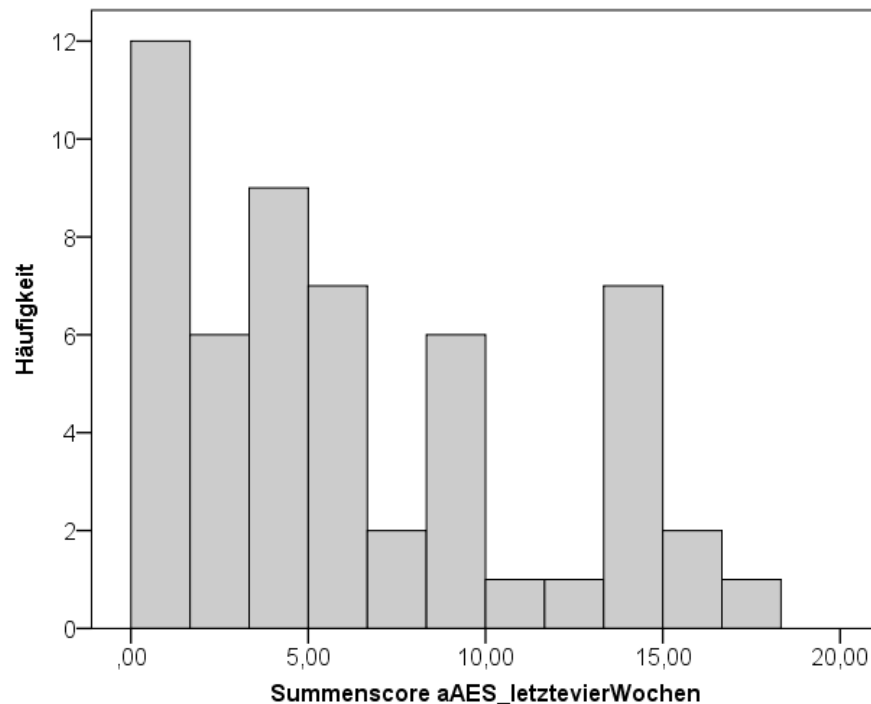


Abb. 5: Datenverteilung des Summenscores des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) zum Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den letzten vier Wochen ihres Aufenthalts in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried vor ihrer Befragung im Jahr 2014

Auswertung des Item 16 des aAES – Gefühle:

Die Fragestellung von Item 16 des aAES lautete: „Was für Gefühle erzeugte es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“. 40 Probanden (71,4 %) hatten angenehme Gefühle in Bezug auf die Medikamenteneinnahme in den ersten vier Wochen des Aufenthalts verneint, bezüglich der letzten vier Wochen sank dieser Anteil auf 60,7 % ($N = 34$). Hinsichtlich der ersten vier Wochen gaben 25 Probanden (44,6 %) mindestens ein unangenehmes Gefühl an, in Bezug auf die letzten vier Wochen war der Anteil der Probanden, die mindestens ein unangenehmes Gefühl

durch die Medikamenteneinnahme bestätigten, um mehr als die Hälfte auf 17,9 % gesunken ($N = 10$).

Keine besonderen Gefühle in Bezug auf die Medikamenteneinnahme nannten zum ersten Zeitraum 17 Probanden (30,4 %), zum zweiten Zeitraum 21 (37,5 %).

Bei dem auf die ersten vier Wochen der Unterbringung bezogenen aAES hatte ein Proband keine Angaben zu Item 16 gemacht. Zu 3 bzw. 4 Probanden lagen keine Angaben zu angenehmen bzw. unangenehmen Gefühlen zum zweiten Zeitraum vor. Zwei dieser Probanden befanden sich noch keine zwei Monate in der forensischen Psychiatrie, die anderen hatten keine Angaben zu diesem Item gemacht.

Vergleich von Item 16 und aAES-Gesamtscore:

Aus den unter 2.4.3. beschriebenen Gründen war der aAES ohne das Item 16, das verschiedene Gefühle bei der Medikamenteneinnahme erfragt, analysiert worden. Nun wurde untersucht, ob sich die Probanden je nach Angabe zu Item 16 hinsichtlich ihres aAES-Gesamtsummenwerts zum jeweiligen Zeitraum unterschieden. Wichtige statistische Kenngrößen sind in Tab. 5 dargestellt.

Tab. 5: Vergleich von Probandenangaben zu Item 16 „Was für Gefühle erzeugte es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) mit dem Summenwert des aAES, erhoben an Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014. Verwendeter Test: T-Test für unabhängige Stichproben. df = Freiheitsgrade, mind. = mindestens, MW = Mittelwert, ns = nicht signifikant ($p > .05$), SD = Standardabweichung. * $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$

Angegebene Gefühle	aAES erste vier Wochen			aAES letzte vier Wochen		
	MW	SD	$t (53)$	MW	SD	$t (df)$
Mind. ein angenehmes	5,8	3,9	2,61***	3,6	2,8	3,89 (51)*
Kein angenehmes	10,0	5,8		8,1	5,6	
Mind. ein unangenehmes	11,2	5,5	2,88**	11,9	4,5	4,57 (50)*
Kein unangenehmes	7,0	5,1		5,0	4,3	
„Keine besonderen Gefühle“ zutreffend	7,9	6,3	0,87 (ns)	6,1	5,4	0,37 (51) (ns)
„Keine besonderen Gefühle“ nicht zutreffend	9,3	5,4		6,7	5,2	

Probanden, die kein angenehmes oder mindestens ein unangenehmes Gefühl angegeben hatten, wiesen einen höheren aAES-Score zu beiden Zeiträumen auf als die Probanden, die angenehme oder zumindest keine unangenehmen Gefühle berichtet hatten.

Zwischen Probanden, die das Item 16 g) „keine besonderen Gefühle“ bestätigt hatten, und solchen, die es als nicht zutreffend bezeichnet hatten, bestand kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des Summenwerts des aAES beider Zeiträume.

Da der aAES zum Zeitraum der letzten vier Wochen nicht normalverteilt war, wurde zur Kontrolle der Mann-Whitney-U-Test gerechnet, aus dessen Ergebnissen dieselben Schlussfolgerungen wie oben beschrieben abgeleitet werden konnten.

3.3.2. Visuelle Analogskalen

Die Fragestellung der ersten visuellen Analogskala lautete: „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihres Aufenthalts erfahren haben?“.

Die Probanden sollten hierzu einen Wert zwischen 0 und 10 angeben, 0 entsprach „gar nicht“, 10 „extrem“. Im Mittel gaben die Probanden einen Wert von 4,8 an mit einer Standardabweichung von 3,6. Abb. 6 zeigt die Verteilung der Daten. Der am häufigsten mit 21,4 % angegebene Wert war 0, gar keinem Zwang entsprechend; am zweithäufigsten hingegen der Wert 10 für extremen Zwang (17,9 %).

Mittels Kolmogorov-Smirnov-Test wurde für weitere Analysen auf Normalverteilung getestet, diese lag nicht vor ($p < .05$).

Die Frage zur zweiten visuellen Analogskala lautete: „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“. Die Skala umfasste ebenfalls Werte von 0 bis 10. Im Mittel legten sich die Probanden auf einen Wert von 5,8 fest, die Standardabweichung betrug 3,1. Abb. 7 zeigt die Verteilung der Daten. Der am häufigsten mit 23,2 % angegebene Wert war 5, einem mittleren Ausmaß an Zwang entsprechend; am zweithäufigsten der Wert 10 für extremen Zwang (19,6 %). Auch die VAS_Aufenthalt zeigte im Kolmogorov-Smirnov-Test keine Normalverteilung ($p < .05$).

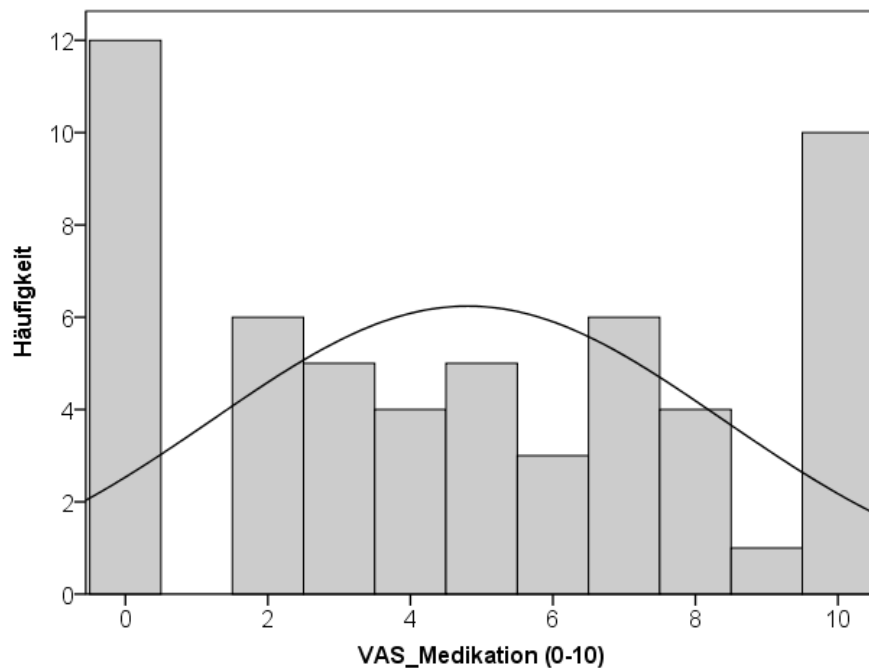


Abb. 6: Visuelle Analogskala (VAS): „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihres Aufenthalts erfahren haben?“ bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014

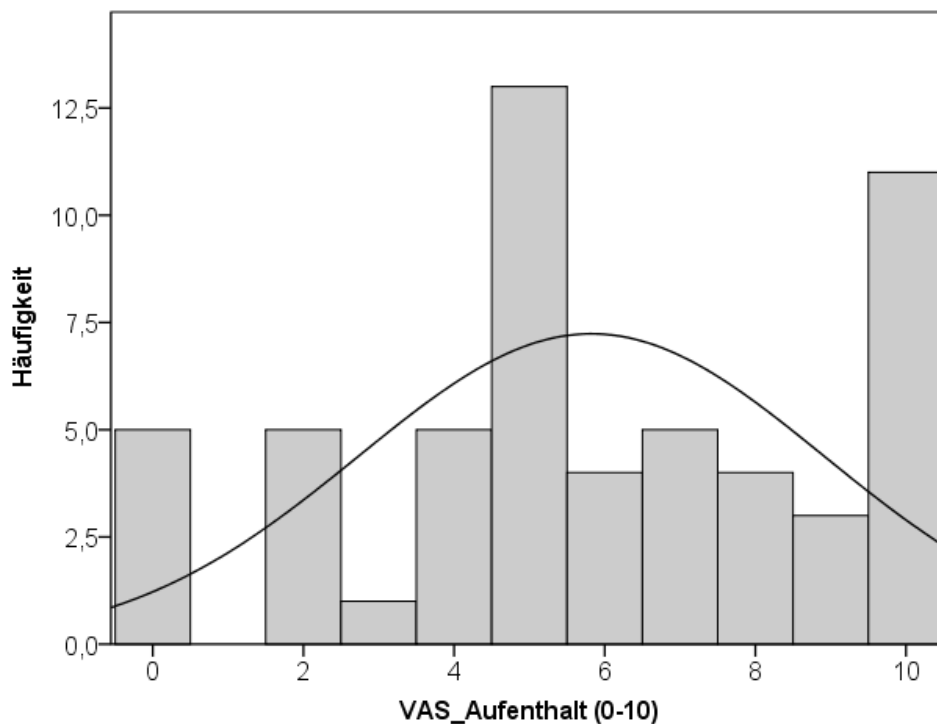


Abb. 7: Visuelle Analogskala (VAS): „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“ bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014

3.3.3. Drug Attitude Inventory

Der Summenwert der Kurzversion des *Drug Attitude Inventory* DAI-10 kann Werte von -10 bis +10 annehmen; je niedriger der Wert ist, desto ablehnender die erfasste Einstellung zur Medikation. Die Analyse des Skalensummenwerts ergab einen Mittelwert von 3,3 bei einer Standardabweichung von 6,0. Das Histogramm (s. Abb. 8) und der Kolmogorov-Smirnov-Test mit $p < .001$ zeigten nicht normalverteilte Daten.

3.3.4. Fragebogen zur Krankheitseinsicht

Der Summenwert des *Fragebogens zur Krankheitseinsicht* FKE-10 kann Werte von 10 bis 50 annehmen, wobei ein hoher Summenwert für ein hohes Maß an Einsicht in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit spricht. Der Summenwert betrug im Mittel 35,4 mit einer Standardabweichung von 8,6. Die Daten der Skala waren normalverteilt (s. Abb. 9), der Wert p im Kolmogorov-Smirnov-Test war größer als .05, der Test wurde somit nicht signifikant.

3.3.5. Positive and Negative Syndrome Scale

Der Gesamtscore der PANSS hat eine Spannbreite zwischen 30 und 210. Hohe Werte stehen für eine stark ausgeprägte Symptomatik. Der bei dieser Stichprobe berechnete Mittelwert der PANSS betrug 44,4, die Standardabweichung 10,9. Zehn der Probanden waren demnach mit einem Summenscore von 30 zum Untersuchungszeitpunkt bezüglich der Symptomatik vollständig remittiert.

Die Daten waren nicht normalverteilt; der Kolmogorov-Smirnov-Test wurde mit $p < .05$ signifikant. Abb. 10 zeigt nach links verschobene Werte.

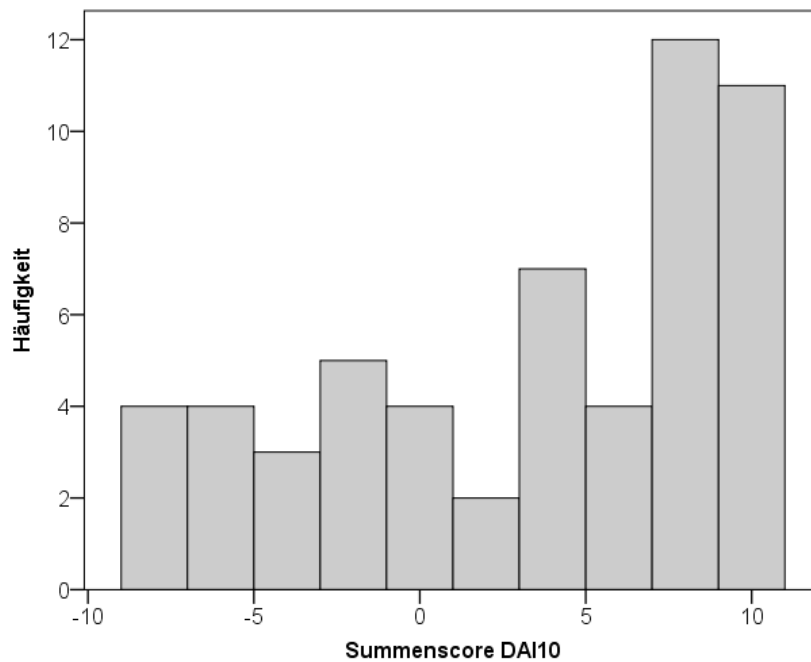


Abb. 8: Datenverteilung des Summenscores der Kurzversion des *Drug Attitude Inventory* (DAI10) bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014

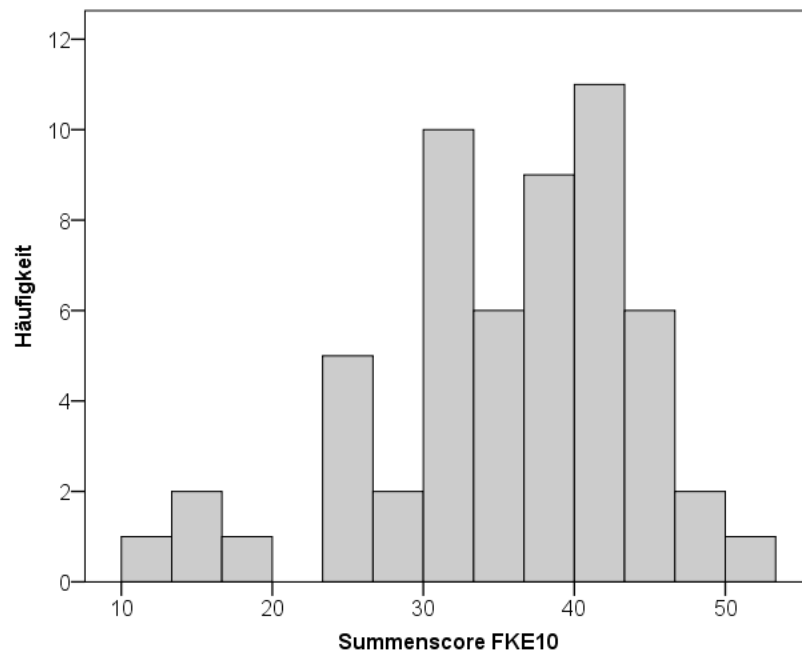


Abb. 9: Datenverteilung des Summenscores des *Fragebogens zur Krankheitseinsicht* (FKE10) bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014

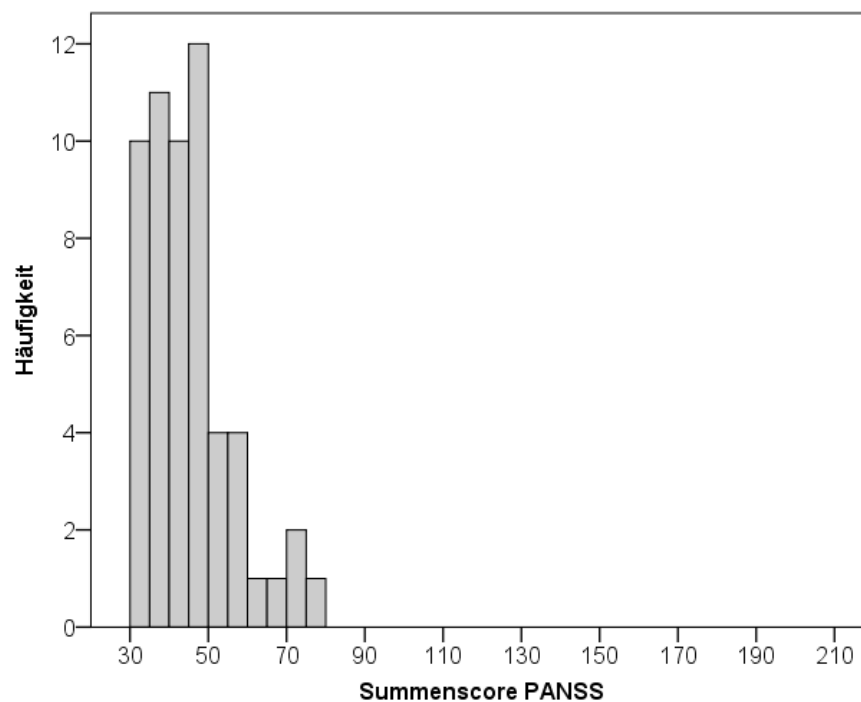


Abb. 10: Datenverteilung des Summenscores der *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014

3.3.6. Coercion Experience Scale

Ein Fragebogen des Fragenkatalogs, die *Coercion Experience Scale*, wurde nur angewandt, wenn der befragte Proband in den für die Studie relevanten Zeiträumen der ersten und letzten vier Wochen des forensischen Aufenthalts eine Zwangsmedikation im rechtlichen Sinne erfahren hatte. In diesem Fall war die CES jeweils für sämtliche Arten erlebter Zwangsmaßnahmen – beispielsweise für Zwangsmedikation, Fixierung und Isolierung – gesondert mit dem Studienteilnehmenden bearbeitet worden. In den studienrelevanten Zeiträumen hatten nur drei der 56 Teilnehmenden eine dokumentierte Zwangsmedikation erfahren, zwei nach der 2013 vom baden-württembergischen Landtag verabschiedeten Neufassung des § 8 UBG, einer eine Medikation unter physischem Zwang vor Verabschiedung der Neufassung. Ein weiterer Proband hatte im Interview angegeben, während der ersten vier Wochen nach seiner Aufnahme in die forensische Psychiatrie eine Medikation unter physischem Zwang erlebt zu haben. Diese ließ sich jedoch durch keine Dokumentation im Krankenhausinformationssystem bestätigen. Um ein standardisiertes Vorgehen bei der Datenerhebung zu gewährleisten, wurde bei diesem Probanden keine CES erhoben.

Drei weitere Probanden hatten während ihres aktuellen Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie Medikation unter physischem Zwang erhalten, jedoch nicht in den studienrelevanten Zeiträumen.

Aufgrund der geringen Fallzahl wurden die mit der CES erhobenen Daten nur rein deskriptiv ausgewertet. Zur Vereinfachung werden die drei betreffenden Probanden, zu denen CES-Daten vorliegen, im Folgenden mit Proband Nr. 1, 2 und 3 bezeichnet.

Proband Nr. 1

Bei Proband Nr. 1 war eine Zwangsmedikation nach § 8 UBG gerichtlich angeordnet worden, er nahm die angeordnete Medikation oral ein. Außerdem hatte er im studienrelevanten Zeitraum Isolierungen erlebt. Für beide Zwangsmaßnahmen beantwortete er die Fragen der CES. Ich beginne mit der Beschreibung seiner Erfahrungen mit der Zwangsmedikation.

Er erinnerte sich mit 90/100 auf der visuellen Analogskala noch sehr gut an die erfahrene Zwangsmedikation. Insgesamt hatte er die Zwangsbehandlung als stark belastend empfunden (75/100, 100 = extrem belastend). Durch sie fühlte er sich extrem eingeschränkt in seiner Menschenwürde, im Kontakt zu Mitarbeitern und in seiner Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung. Auch das Ausmaß von Zwang, das er durch die Zwangsmedikation empfand, gab er als „extrem“ an. Sowohl die Einschränkung des Kontakts zu Mitarbeitern als auch die Einschränkung seiner Bewegungsfreiheit, seiner Selbstbestimmung und den angewendeten Zwang empfand er als extrem unangenehm.

Belastungen durch verschiedene Umstände der Zwangsmaßnahme:

Im letzten Teil der CES, die erfragt, wie belastend 20 bzw. im Falle einer Zwangsmedikation 23 verschiedene Umstände der Zwangsmaßnahme wie Schmerzen, Körperhygiene, Angst oder die Räumlichkeiten für den Patienten sind, gab er bei allen Aspekten eine extreme Belastung an. Für eine genaue Auflistung aller thematisierten Umstände der Zwangsmaßnahme s. Anhang 7.

Auch in Bezug auf die erfahrenen Isolierungen gab Proband Nr. 1 an, sich sehr gut an die Zwangsmaßnahme erinnern zu können (85/100). Er habe sie als gleich belastend wie die Zwangsmedikation erlebt (75/100). Seine Menschenwürde empfand er als extrem eingeschränkt. Auch das Ausmaß von Zwang, dem er

ausgesetzt war, gab er als „extrem“ an. Im Kontakt zu Mitarbeitern, in seiner Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung fand er sich stark eingeschränkt, d. h. eine Skalenstufe weniger ausgeprägt als durch die angeordnete Zwangsbehandlung.

Die Einschränkung des Kontakts zu Mitarbeitern, seiner Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung empfand er als stark belastend, den angewendeten Zwang als extrem belastend.

Belastungen durch verschiedene Umstände der Zwangsmaßnahme:

Im letzten Abschnitt der CES beschrieb er

- das Gefühl der Entwürdigung,
- sich nach der Anweisung anderer richten zu müssen,
- sich nicht frei bewegen zu können und
- dass seine Wünsche in der Situation nicht berücksichtigt wurden

als extrem belastend.

Folgende Umstände nannte er sehr belastend:

- die Angst, umgebracht zu werden,
- dass die Maßnahme ewig andauere,
- unangenehme(s) Farben/Licht im Zimmer,
- unangenehme Zimmertemperatur und Raumluft,
- dass andere über ihn bestimmten,
- nicht zu wissen, was auf ihn zukommt,
- nicht zu verstehen, warum er zwangsbehandelt wird und
- dass er sich wie ein „Stück Vieh“ behandelt fühlte (Wortlaut CES).

Als mäßig unangenehm beschrieb Proband Nr. 1:

- Schmerzen während der Isolierung
- schlecht schlafen zu können
- die Angst zu sterben und
- dass Wasserlassen/Stuhlgang peinlich oder unbequem war.

Als gering stufte er die Angst umgebracht zu werden ein; der Umstand, dass Waschen nur in Anwesenheit von Personal möglich war, traf nicht auf ihn zu, sodass er auch keine Angaben zur Belastung hierdurch machen konnte.

Proband Nr. 2

Dem Probanden Nr. 2 war ebenfalls eine Zwangsmedikation nach § 8 UBG gerichtlich angeordnet worden. Außerdem hatte er im studienrelevanten Zeitraum Isolierungen erfahren. Während des Interviews weigerte er sich jedoch, die Fragen der CES in Bezug auf die erhaltenen Zwangsmedikationen zu bearbeiten. Als Begründung nannte er die für ihn sehr belastenden Erinnerungen und Erfahrungen, auf die sich die Fragen beziehen würden. Lediglich in Bezug auf die Isolierung beantwortete er die Fragen der CES.

Auf der Analogskala zum Erinnerungsvermögen an die Zwangsmaßnahme (0–100, 100 = maximales Erinnerungsvermögen) gab er mit 80 an, sich gut an die Isolierung erinnern zu können. Diese habe er als extrem belastend empfunden (100 auf einer Analogskala von 0 bis 100). Die Isolierung habe ihn mäßig in seiner Menschenwürde und gering in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, hingegen extrem in seinem Kontakt zu Mitarbeitern. Er habe sich durch die Isolierung extremem Zwang ausgesetzt gefühlt. Die Frage, inwieweit er seine Selbstbestimmung durch die Zwangsmaßnahme als eingeschränkt erlebt habe, beantwortete der Proband mit „gar nicht“.

Im folgenden Teil der CES musste der Proband angeben, wie stark belastend er verschiedene Aspekte der Isolierung erlebt hatte. Die Einschränkung des Kontakts zu Mitarbeitern beschrieb er als mäßig unangenehm, die Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung sowie den angewendeten Zwang als sehr unangenehm.

Im letzten Abschnitt der CES zu den Belastungen durch verschiedene Umstände benannte Proband Nr. 2 zwei Umstände als für ihn am stärksten belastend („extrem“ auf den Stufen von „gar nicht belastend“ bis „extrem belastend“):

- die Tatsache, dass er in der Isolierung schlecht schlafen konnte und
- dass er sich wie ein „Stück Vieh“ behandelt gefühlt hätte (Wortlaut CES).

Als überhaupt nicht belastend gab er

- Schmerzen,
- die Angst umgebracht zu werden oder zu sterben,
- die schlechte Luft im Isolationsraum und

- die Peinlichkeit von Wasserlassen/Stuhlgang unter den Umständen der Isolierung

an. Diese Umstände hätten auf seine Situation nicht zugetroffen. Auch die Tatsache, dass andere über ihn bestimmten, dass er nicht verstand, warum er isoliert wurde, und dass Waschen nur in Anwesenheit von Personal möglich war, empfand er als nicht belastend.

Als nur gering bis mäßig belastend benannte er folgende Umstände:

- das Gefühl der Entwürdigung,
- unangenehme Farben/Licht im Isolationszimmer,
- die Tatsache, sich nach den Anweisungen anderer richten zu müssen,
- ein zu warmes/kaltes Zimmer,
- die Ungewissheit, was auf einen zukommt sowie
- unbequemes Wasserlassen/Stuhlgang unter den Umständen der Isolierung.

Die Tatsache, sich nicht frei bewegen zu können, dass seine Wünsche nicht berücksichtigt wurden sowie die Angst, die Maßnahme dauere ewig an, empfand er als mäßig unangenehm.

Proband Nr. 3

Bei Proband Nr. 3 war eine Zwangsmedikation nach § 8 UBG gerichtlich angeordnet worden. Außerdem hatte er im studienrelevanten Zeitraum Isolierungen erlebt. Für beide Zwangsmaßnahmen beantwortete er die Fragen der CES. Ich beginne mit der Beschreibung seiner Erfahrungen mit der Zwangsmedikation.

Er erinnerte sich mit 5/100 auf der visuellen Analogskala sehr schlecht an die erfahrene Zwangsmedikation. Insgesamt hatte er die Zwangsbehandlung als extrem belastend empfunden (100/100). Durch sie fühlte er sich mäßig eingeschränkt in seiner Menschenwürde, auch das Ausmaß an Zwang, dem er sich durch die Zwangsmedikation ausgesetzt fühlte, stufte er als „mäßig“ ein. Im Kontakt zu Mitarbeitern fühlte er sich überhaupt nicht eingeschränkt. Seine Bewegungsfreiheit und seine Selbstbestimmung gab er als stark eingeschränkt an.

Da er den Kontakt zu Mitarbeitern durch die Zwangsmedikation gar nicht gemindert empfand, konnte er im folgenden Teil der CES, die erfragt, wie unangenehm bestimmte Belastungen der Zwangsmaßnahme empfunden wurden, zum Kontakt mit Mitarbeitern auch keinen Grad der Belastung angeben.

Die Einschränkung seiner Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung und den angewendeten Zwang empfand er als sehr unangenehm.

Belastungen durch verschiedene Umstände der Zwangsmaßnahme:

Als gar nicht belastend benannte er folgende Umstände:

- nicht zu verstehen, warum er zwangsbehandelt wurde,
- schlechte Luft im Zimmer und
- dass seine Wünsche nicht berücksichtigt wurden.

Als gering belastend stufte er die Angst zu sterben ein.

Mäßig belastend nannte er die Angst, keine Luft zu kriegen und nicht zu wissen was auf ihn zukam.

Als stark belastend beschrieb er folgende Umstände:

- Schmerzen,
- unangenehme Farben/Licht im Zimmer, in dem die Zwangsmaßnahme stattfand,
- eine zu warme/kalte Temperatur im Zimmer,
- dass Wasserlassen/Stuhlgang peinlich und unbequem war,
- sich nach der Anweisung anderer richten zu müssen,
- dass andere Personen über ihn bestimmten,
- die Angst, umgebracht zu werden und
- sich wie ein „Stück Vieh“ behandelt zu fühlen (Wortlaut der CES).

Als extrem belastend benannte er folgende Umstände:

- das Gefühl der Entwürdigung,
- schlecht schlafen zu können,
- sich nicht frei bewegen zu können,
- die Angst, dass die Maßnahme ewig dauern würde,
- dass Waschen nur in Anwesenheit von Personal möglich war,
- dass er von Mitarbeitern festgehalten wurde und Medikamente gegen seinen Willen bekam und
- sein beeinträchtigtes Befinden durch die Medikation.

Auch in Bezug auf die erfahrenen Isolierungen gab Proband Nr. 3 an, sich schlecht an die Zwangsmaßnahme erinnern zu können (10/100). Er habe sie wie die Zwangsmedikation als extrem belastend erlebt (100/100).

In seiner Menschenwürde fühlte er sich durch die Isolierung gering eingeschränkt, im Kontakt zu Mitarbeitern, in seiner Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung hingegen stark eingeschränkt und starkem Zwang ausgesetzt.

Die Belastung durch die Einschränkung des Kontakts zu Mitarbeitern stufte er, obwohl er sich in ihm stark eingeschränkt fühlte, als wenig unangenehm ein.

Die Belastungen durch die Einschränkung der Bewegungsfreiheit und Selbstbestimmung und durch den angewendeten Zwang habe er jedoch als extrem belastend empfunden.

Belastungen durch verschiedene Umstände der Zwangsmaßnahme:

Folgende Umstände benannte er als gar nicht belastend (da nicht auf ihn zutreffend):

- nicht zu verstehen warum man zwangsbehandelt wird,
- die Angst zu sterben und
- dass seine Wünsche in der Situation nicht berücksichtigt wurden.

Als gering belastend empfand er die schlechte Luft im Isolierzimmer.

Die unangenehmen Farben/Licht im Zimmer und die Tatsache, dass er nicht wusste, was auf ihn zukommt, nannte er mäßig belastend.

Folgende Umstände wurden als stark belastend eingestuft:

- die Angst keine Luft zu kriegen,
- Schmerzen während der Maßnahme,
- das Gefühl der Entwürdigung,
- die zu hohe/niedrige Raumtemperatur,
- die Angst umgebracht zu werden,
- peinliches und unbequemes Wasserlassen/Stuhlgang sowie
- die Tatsache, dass andere über ihn bestimmten und er sich wie ein „Stück Vieh“ behandelt fühlte (Wortlaut der CES).

Folgende Umstände wurden als extrem belastend beschrieben:

- schlecht schlafen zu können,
- sich nach der Anweisung anderer richten zu müssen,
- sich nicht frei bewegen zu können,
- die Angst, die Maßnahme dauere ewig sowie
- die Tatsache, dass Waschen nur in Anwesenheit von Personal möglich war.

3.4. Unterschiede hinsichtlich des adaptierten Admission Experience Survey je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen der Probanden

Probanden unterschieden sich hinsichtlich folgender soziodemografischer und klinischer Merkmale signifikant in ihren aAES-Summenwerten zum Zeitraum der ersten vier Wochen:

- der Übernahme aus einer anderen MRV-Einrichtung
- dem Alter zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in eine Allgemeinpsychiatrie
- Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen des Aufenthalts.

Zum Zeitraum der letzten vier Wochen vor der Befragung unterschieden sich die Probanden nicht in ihren aAES-Summenwerten je nach soziodemografischem Merkmal.

Zunächst beschreibe ich die statistisch signifikanten Unterschiede der Probanden hinsichtlich des aAES-Summenwerts der ersten vier Wochen nach Klinikaufnahme. Waren Probanden aus einer anderen Maßregelvollzugseinrichtung übernommen worden, wiesen diese einen signifikant niedrigeren aAES-Score zum Zeitraum der ersten vier Wochen nach Aufnahme auf als diejenigen, bei denen die Aufnahme direkt in die forensischen Psychiatrien Weissenau/Bad Schussenried erfolgte ($MW/SD(\text{Übernahme}) = 2,5/3,7$; $MW/SD(\text{keine Übernahme}) = 9,4/5,4$; $t(54) = 2,46$; $p < .05$). Hinsichtlich des aAES-Summenwerts der letzten vier Wochen bestand kein statistisch signifikanter Unterschied ($MW/SD(\text{Übernahme}) = 2,7/3,4$; $MW/SD(\text{keine Übernahme}) = 6,8/5,2$; $t(52) = 1,53$; $p < .05$).

Analysierte man die aAES-Summenwerte bezüglich des Alters, in dem der erste psychiatrische Aufenthalt erfolgt war, fielen stark unterschiedliche Mittelwerte auf (s. Tab. 6). Die Fallzahl von 48 bzw. 49 ist geringer als die Zahl der Teilnehmenden ($N = 56$), da nicht alle Teilnehmenden Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie aufwiesen.

Tab. 6: Vergleich des Summenwerts des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) je nach Alter zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme in die Allgemeinpsychiatrie von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014. Alter in Jahren. Verwendete Testmethode: Einfaktorielle ANOVA (= *analysis of variance*)/Kruskal-Wallis-Test. MW = Mittelwert, N = Fallzahl, ns = nicht signifikant ($p > .05$), SD = Standardabweichung. * $p < .05$

Alter zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme in die Allgemeinpsychiatrie	aAES der ersten vier Wochen				aAES der letzten vier Wochen			
	N	MW	SD	F(2, 46)	N	MW	SD	$\chi^2(2)$
< 18	8	13,0	5,6	3,2*	8	9,6	6,7	3,44 (ns)
18–39	37	7,8	5,3		36	5,7	4,8	
> 40	4	7,4	4,9		4	3,8	2,1	
Gesamt	49	8,6	5,5	-	48	6,2	5,2	-

Die Mittelwertunterschiede des aAES zum ersten Zeitraum waren statistisch signifikant. Probanden, die bereits im Jugendalter die erste psychiatrische Krankenhausaufnahme erfahren hatten, bewerteten das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme als deutlich stärker als jene, die erst im Erwachsenenalter erstmals stationär psychiatrisch behandelt wurden. Die Mittelwertunterschiede des aAES zum zweiten Zeitraum wurden statistisch nicht signifikant.

Der Mittelwert des aAES der ersten vier Wochen unterschied sich deutlich, je nachdem ob die Probanden in den ersten vier Wochen des Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme jeglicher Art erfahren hatten oder nicht. Dieser Unterschied war im T-Test statistisch signifikant (s. Tab. 7).

Tab. 7: Vergleich des Summenwerts des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) zwischen Probanden mit und ohne Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen ihres Aufenthalts in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried, erhoben im Jahr 2014 an Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Verwendete Testmethode: T-Test für unabhängige Stichproben. MW = Mittelwert, N = Fallzahl, ns = nicht signifikant ($p > .05$), SD = Standardabweichung. * $p < .05$

Zwangsmaßnahme in ersten vier Wochen vorgelegen	aAES der ersten vier Wochen				aAES der letzten vier Wochen			
	N	MW	SD	t(54)	N	MW	SD	t(52)
Ja	25	11,0	5,0	2,68*	23	7,0	5,5	0,70 (ns)
Nein	31	7,2	5,6		31	6,0	5,0	
Gesamt	56	8,9	5,6	-	54	6,5	5,2	-

Probanden, die in den ersten vier Wochen eine Zwangsmaßnahme erfahren hatten, wiesen einen um ca. 3,8 Punktwerte höheren aAES-Score für diesen Zeitraum auf als wenn keine Zwangsmaßnahme in den ersten vier Wochen vorgelegen hatte.

Hinsichtlich des aAES-Summenwerts der letzten vier Wochen gab es keinen signifikanten Unterschied.

Hinsichtlich der aAES-Summenwerte beider Zeiträume ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Kategorien folgender Variablen:

- Standort
- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Soziale Lebenssituation bei Straftat
- Migrationshintergrund
- Schulabschluss
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Dauer des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie
- Vorherige Aufenthalte in der forensischen Psychiatrie
- Rechtsgrundlage der Unterbringung
- Hauptdelikt
- Relevante weitere Delikte
- Schuldfähigkeit
- Psychiatrische Hauptdiagnose (aufgrund der geringen Fallzahl bei F2-Diagnosen außer F20 (Schizophrenie) wurden diese in eine Gruppe zusammengefasst)
- Psychiatrische Nebendiagnose
- Somatische Diagnose
- Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie
- Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie
- Suchtmedizinische Auffälligkeiten
- Lockerungsstufe zum Zeitpunkt der Rekrutierung
- Zwangsmaßnahmen insgesamt und in den letzten vier Wochen des Aufenthalts.

Das Ergebnis der Analyse ist in Tab. 13 zusammengefasst. Aufgrund des großen Umfangs der Tabelle befindet sie sich im Anhang 9. Unterschiedliche Fallzahlen zu beiden Zeiträumen erklären sich durch Probanden, die zum Zeitpunkt der Befragung weniger als acht Wochen in der forensischen Psychiatrie waren und für die dementsprechend kein aAES für die letzten vier Wochen des Aufenthalts erhoben werden konnte. Bezüglich der Variable „Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie“ muss erwähnt werden, dass sich die Summenwerte des aAES zwischen den einzelnen Kategorien stark unterscheiden (s. Tab. 13). Dass die Unterschiede statistisch nicht signifikant sind, könnte sich durch die geringe Fallzahl und starke Varianz erklären lassen.

3.5. Korrelation des adaptierten Admission Experience Survey mit den weiteren Skalen des Fragenkatalogs

Korrelationen mit anderen Skalen wurden nur mit dem aAES der letzten vier Wochen des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie gerechnet, da sich die anderen Skalen ebenfalls auf diesen Zeitraum bezogen (s. 2.3.2.). Die Korrelationen wurden nach Spearman berechnet (s. Tab. 8). Alle Angaben zur statistischen Signifikanz beziehen sich auf ein Signifikanzniveau von .01 (zweiseitiger Signifikanztest).

Tab. 8: Spearman-Korrelation zwischen adaptiertem *Admission Experience Survey* (aAES) und visuellen Analogskalen (VAS), *Drug Attitude Inventory* (DAI-10), *Fragebogen zur Krankheitseinsicht* (FKE-10) und *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), erhoben an Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014. Zweiseitige Korrelationen: * $p < .001$, ** $p < .01$

Spearman-Korrelationskoeffizient	aAES der letzten vier Wochen
VAS_Medikation	.681*
VAS_Aufenthalt	.434**
DAI-10	-.652*
FKE-10	-.570*
PANSS	.379**

VAS: Das auf beiden Skalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt angegebene Ausmaß an Zwang korrelierte moderat mit dem Summenscore des aAES der letzten

vier Wochen. Probanden, die auf den visuellen Analogskalen ein hohes Maß an Zwang angaben, wiesen also auch höhere Summenwerte des aAES auf und umgekehrt.

DAI-10: Die Summenwerte des DAI-10 und aAES korrelierten ebenfalls moderat. Ein niedrigerer Summenwert des DAI-10, der für eine ablehnendere Einstellung zur Medikation steht, lässt also auf ein höheres Ausmaß an wahrgenommenem Zwang durch die Medikation schließen und umgekehrt.

FKE-10: Die Summenwerte von FKE-10 und aAES korrelierten ebenfalls moderat, d. h. ein höheres mit dem FKE-10 erfasstes Maß an Einsicht in Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit korreliert mit einem niedrigeren Maß an erlebtem Zwang durch die Medikation und umgekehrt.

PANSS: Die mit der PANSS erfasste Symptomschwere und das Zwangserleben durch die Medikation korrelierten signifikant, aber eher schwach. Probanden mit stärker ausgeprägter Symptomatik schienen mehr Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation zu empfinden als jene mit geringer ausgeprägter Symptomatik.

3.6. Veränderung des adaptierten Admission Experience Survey über die Zeit des Aufenthalts

Um zu erkennen, ob sich das Erleben von Zwang über die Zeit des Aufenthalts ändert und womit die Stärke dieser Veränderung zusammenhängt, wurde die Veränderung des Summenwerts des aAES über die Zeit des Aufenthalts betrachtet. Im Mittel war der Summenwert des aAES der letzten vier Wochen um 2,4 Punktwerte niedriger als der der ersten vier Wochen (MW 8,9 → 6,5). Die Differenz der beiden Summenwerte war nicht normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov-Test: $p = .001$), d. h. bei einigen Patienten hatten sich sehr starke, bei anderen dagegen nahezu überhaupt keine Änderungen ergeben. Abb. 11 zeigt eine Linksverschiebung der Daten.

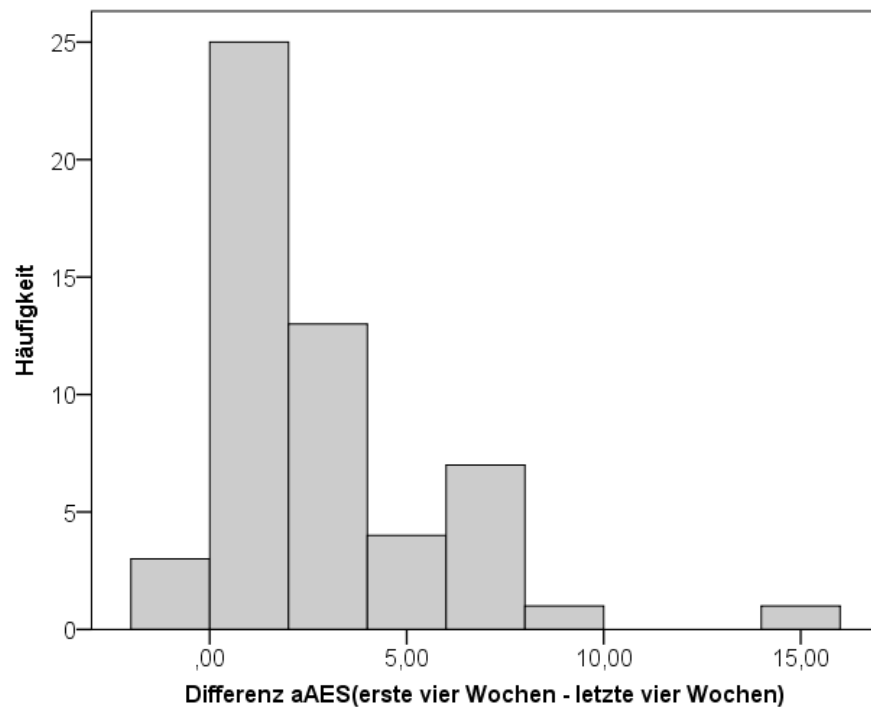


Abb. 11: Veränderung des Summenwerts des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) vom Zeitraum der ersten vier Wochen nach Aufnahme von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in die Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried bis zu den letzten vier Wochen vor ihrer Befragung im Jahr 2014

Im T-Test für gepaarte Stichproben nahm p einen Wert kleiner .001 an, sodass es unwahrscheinlich ist, dass der Unterschied im Mittelwert zwischen beiden Zeiträumen zufällig entstanden ist. Es scheint also eine signifikante Reduktion des erlebten Zwangs über die Zeit des Aufenthalts zu geben. Auch im Wilcoxon-Test wurde der Unterschied zwischen den Messzeitpunkten statistisch signifikant ($p < .001$).

Als nächster Schritt wurde mittels bivariater Analysen untersucht, ob sich die Probanden je nach soziodemografischem Merkmal hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderung des aAES-Summenwerts über die Zeit signifikant unterschieden. Dabei wurden nacheinander alle verfügbaren Variablen geprüft.

Bei den folgenden fünf Variablen fand sich ein signifikanter Unterschied: der sozialen Lebenssituation bei Straftat (bei betreutem Wohnverhältnis geringere Abnahme), der Übernahme aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs (geringere Reduktion), der Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie sowie erfahrene Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen und insgesamt während des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie (jeweils stärkere

Reduktion). In Tab. 9 sind zu diesen Variablen die Mittelwerte der Differenz des aAES und der p -Wert zusammengefasst.

Tab. 9: Vergleich der Veränderung des Summenwerts des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) über die Zeit des Aufenthalts von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried je nach soziodemografischem/klinischem Merkmal, erhoben im Jahr 2014. MW = Mittelwert, N = Fallzahl, SD = Standardabweichung. * $p < .001$, ** $p < .05$

Soziodemografisches/ Klinisches Merkmal	Differenz aAES (erste – letzte vier Wochen)			Verwendete Testmethode	Ergebnis
	N	MW	SD		
Soziale Lebenssituation bei Straftat:				Kruskal- Wallis-Test	$\chi^2(3) =$ 8,39**
Ledig-allein lebend	26	3,6	3,7		
In Partnerschaft/Ehe/bei Eltern lebend	14	1,9	2,1		
Eingliederungsheim/Pflegeheim/ betreutes Wohnen	7	1,2	2,5		
Wohnsitzlos/sonstiges	7	0,3	0,8		
Gesamt	54	2,4	3,2		
Übernahme aus anderer Einrichtung des Maßregelvollzugs:				Mann- Whitney-U- Test	$U(50, 4)$ = 39,00**
Nein	50	2,6	3,2		
Ja	4	-0,2	0,6		
Gesamt	54	2,4	3,2		
Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie:				Kruskal- Wallis-Test	$\chi^2(8) =$ 19,99**
1	8	-0,1	0,4		
2	8	3,6	5,1		
3	6	1,8	1,7		
4	5	1,8	3,3		
5	4	3,7	2,1		
6	2	5,6	2,8		
7	2	4,9	4,3		
8	2	-1,0	1,4		
9	-	-	-		
10 und mehr	13	3,1	2,8		
Gesamt	50	2,4	3,2		
Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen:				T-Test für unabhängige Stichproben	$t(52) =$ 3,79*
Ja	23	4,1	3,5		
Nein	31	1,1	2,2		
Gesamt	54	2,4	3,2		
Zwangsmaßnahmen insgesamt während des Aufenthalts:				T-Test für unabhängige Stichproben	$t(52) =$ 2,35**
Ja	37	3,1	3,4		
Nein	17	1,0	2,1		
Gesamt	54	2,4	3,2		

Bei Straftat ledige und allein lebende Probanden wiesen mit 3,6 die größte Reduktion des aAES-Summenwerts über die Zeit auf, während sich bei Wohnsitzlosen oder Probanden in sonstigen Wohnformen mit 0,3 die geringste Reduktion des aAES-Summenwerts feststellen ließ. Hatte eine Übernahme aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs stattgefunden, zeigten diese Probanden eine wenn auch sehr geringfügige Zunahme des aAES-Summenwerts über die Zeit des Aufenthalts. Je nach Anzahl der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie unterschied sich die Differenz des aAES ebenfalls statistisch signifikant. Die Korrelation nach Spearman zwischen der Variable „Häufigkeit der Voraufenthalte“ und der Differenz des aAES-Summenwerts ergab einen Koeffizienten von .34, p (zweiseitig) $< .05$; je mehr Aufenthalte, desto größer sollte die Abnahme des aAES-Summenwerts über die Zeit sein. Bei Betrachtung der entsprechenden Werte (s. Tab. 13 Anhang 9) ist dieser Zusammenhang jedoch nicht ersichtlich.

Hatten Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen stattgefunden, nahm der Summenwert des aAES vom ersten zum zweiten Zeitraum um drei Punkte mehr ab als bei den Probanden, die keine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Gleiches gilt für insgesamt während des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie erlebte Zwangsmaßnahmen. Diese Unterschiede wurden im T-Test signifikant.

Hinsichtlich weiterer soziodemografischer Variablen bestand kein statistisch signifikanter Unterschied der Veränderung des aAES über die Zeit des Aufenthalts. Auch bestand kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Differenz des aAES und den Skalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt, DAI-10, FKE-10 und PANSS.

Um zu prüfen, wie stark die Veränderung des aAES-Summenwerts über die Zeit des Aufenthalts mit dem Ausgangswert des aAES der ersten vier Wochen nach Klinikaufnahme zusammenhängt, wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman bestimmt, der einen Wert von .52 (p (zweiseitig) $< .001$) annahm. Hohes initiales Zwangserleben korreliert also mit einer stärkeren Reduktion über die Zeit des Aufenthalts. Bei allen genannten Ergebnissen bezüglich der Differenz der gemessenen aAES-Scores ist ein Bodeneffekt (bei niedrigem Ausgangswert nur noch geringe Reduktion möglich) in Rechnung zu stellen.

3.7. Lineares Regressionsmodell

Letzter Schritt der Datenauswertung war die Entwicklung eines linearen Regressionsmodells, um Prädiktoren für den durch die antipsychotische Medikation erlebten Zwang zu ermitteln. Abhängige Variable war der Summenwert des aAES der letzten vier Wochen. Als Prädiktoren wurden Variablen herangezogen, die bei der bivariaten Analyse einen signifikanten Zusammenhang mit dem aAES-Summenwert aufgewiesen hatten, d. h. Variablen, die auf das Zwangserleben der Patienten einen Einfluss haben könnten. In dieser Untersuchung waren es die Summenwerte von DAI-10 (Einstellung zu Medikamenten), FKE-10 (Krankheitseinsicht) und PANSS (Symptomschwere). Zwischen dem Zwangserleben und soziodemografischen Daten war kein Zusammenhang festgestellt worden (s. 3.4.), sodass eine Integration derselben in das Modell nicht sinnvoll erschien. Die Anzahl von drei Prädiktoren konnte hinsichtlich der Fallzahl von 56 Probanden ohne Bedenken, ein künstlich erhöhtes Ergebnis für die erklärte Varianz zu erhalten, in das Modell aufgenommen werden. Das Regressionsmodell wurde in Tab. 10 zusammengefasst.

Tab. 10: Lineares Regressionsmodell. Abhängige Variable: Summenwert des adaptierten *Admission Experience Survey* der letzten vier Wochen des Aufenthalts von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried vor ihrer Befragung im Jahr 2014. DAI-10 = *Drug Attitude Inventory*, FKE-10 = *Fragebogen zur Krankheitseinsicht*, PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*. * $p < .001$

Prädiktoren	Regressionskoeffizient b	Standardfehler	Standardisierter β -Koeffizient	R^2
FKE-10	-.14	.07	-.24	.565*
DAI-10	-.47	.10	-.55	
PANSS	.03	.05	.06	

R^2 beschreibt die Güte der Regression. Der Wert von .565 sagt aus, dass etwa 57 % der Varianz des aAES-Summenwerts durch den Einfluss der in das Modell integrierten Prädiktoren erklärt werden. Der F-Wert wurde statistisch signifikant, d. h. es ist unwahrscheinlich, dass der festgestellte Zusammenhang zwischen Prädiktoren und abhängiger Variable zufällig entstanden ist.

Die Summenwerte von FKE-10 und DAI-10 zeigen recht hohe Vorhersagekraft für das Ausmaß des Zwangserlebens, das DAI-10 die stärkste. Der Summenwert der

PANSS besitzt eine eher geringe Vorhersagekraft. Das bedeutet, dass das Zwangserleben laut diesem Modell vor allem von der Einstellung zur Medikation und der Einsicht in die Krankheit und ihre Behandlungsbedürftigkeit abhängt, weniger von der Ausprägung der Symptomatik.

3.8. Weitere Berechnungen

Folgende Berechnungen gehen über die unter 2.4. geplante statistische Auswertung hinaus und sind nicht unmittelbar für die Fragestellungen dieser Studie erforderlich, weswegen sie hier am Ende des Ergebnisteils angefügt wurden.

Korrelation der visuellen Analogskalen untereinander und mit allen weiteren Skalen des Fragenkatalogs:

Um zu analysieren, ob ein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Zwang durch die antipsychotische Medikation und durch den Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie als solchen besteht, wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman zwischen beiden visuellen Analogskalen berechnet (beide Skalen waren nicht normalverteilt). Auch wurden für beide VAS Korrelationen mit den Skalen DAI-10, FKE-10 und PANSS gerechnet, um den Zusammenhang zwischen Zwangserleben und der Einsicht in die Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit, der Einstellung zur Medikation und der Ausprägung der Symptomatik zu analysieren.

Ergebnis:

Zwischen beiden visuellen Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt bestand ein schwacher bis mittlerer positiver Zusammenhang. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman betrug .475. Die Korrelation war auf dem .01-Niveau statistisch signifikant (zweiseitiger Signifikanztest). Höhere Werte auf der ersten visuellen Analogskala lassen folglich auf höhere Werte auf der zweiten schließen und umgekehrt.

Tab. 11 zeigt die Ergebnisse der Korrelationen nach Spearman der visuellen Analogskalen mit den Skalen DAI-10, FKE-10 und PANSS. Es wurden zweiseitige Signifikanztests durchgeführt. Zum Zusammenhang von VAS und aAES s. 3.5.

Tab. 11: Spearman-Korrelation beider visueller Analogskalen (= VAS) zum Ausmaß des erlebten Zwangs durch die angeordnete antipsychotische Medikation und durch die Unterbringung im Maßregelvollzug mit dem *Drug Attitude Inventory* (= DAI-10), dem *Fragebogen zur Krankheitseinsicht* (FKE-10) und der *Positive and Negative Syndrome Scale* (= PANSS) bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014. ns = nicht signifikant ($p > .05$). * $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$

Spearman-Korrelationskoeffizient	VAS_Medikation	VAS_Aufenthalt
DAI-10	-.673*	-.363**
FKE-10	-.433**	-.324***
PANSS	.266***	.137 (ns)

Ein niedrigerer Summenwert des DAI-10, der für eine ablehnendere Einstellung zur Medikation steht, lässt also auf ein höheres Ausmaß an wahrgenommenem Zwang durch den Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie und durch die Einnahme von Medikamenten – wie mit VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt erfasst – schließen und umgekehrt. Gleiches gilt für die Einsicht in die Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit, gemessen mit dem FKE-10.

Die PANSS korrelierte signifikant mit der VAS_Medikation, allerdings nur schwach. Probanden mit einer stärker ausgeprägten Symptomatik empfanden mehr Zwang durch die angeordnete Medikation. Zwischen der Symptomschwere und dem auf der VAS_Aufenthalt angegebenen Ausmaß an erlebtem Zwang durch die Unterbringung im Maßregelvollzug bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

4. Diskussion

4.1. Ergebniskritik

Die in dieser Dissertation beschriebene Studie wurde als Vollerhebung an Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in zwei Einrichtungen des Maßregelvollzugs durchgeführt. Sie untersucht das Erleben von Zwang in Bezug auf die Medikamenteneinnahme.

Von den insgesamt 112 Patienten, die für die Teilnahme infrage kamen, stimmten 50 % dieser zu. Wie ist diese Teilnahmequote einzuordnen? Die Meinungen zu der Überlegung, welche Teilnahmequoten bei Studien akzeptabel sind, sind geteilt. In der wissenschaftlichen Literatur finden sich widersprüchliche Angaben, 50 % scheinen jedoch eine akzeptable Quote darzustellen (Galea u. Tracy 2007; Morton et al. 2012). Niedrige Teilnahmequoten verstärken die Gefahr einer Verzerrung der Ergebnisse, beispielsweise durch Selektionsbias (Armstrong et al. 1992). Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die belegen, dass eine niedrigere Teilnahmequote nicht automatisch die Validität mindert (Galea u. Tracy 2007; Morton et al. 2012). Keeter et al. verglichen 2006 zwei Fragebogenerhebungen, die sich nicht in den untersuchten Inhalten, sondern im Aufwand und in der Methodik der Rekrutierung der teilnehmenden Personen unterschieden, wodurch die eine Erhebung eine Teilnahmequote von 25 % erreichte, die andere eine Quote von 50 %. Die Auswertungen beider Studien ergaben größtenteils übereinstimmende Ergebnisse und bei den wenigen signifikant unterschiedlichen Ergebnissen keine großen Abweichungen. Manche Forschungsarbeiten kamen sogar zu dem Schluss, dass Befragungen mit niedrigerer Teilnahmequote präzisere Ergebnisse erzielten als diejenigen mit höherer Quote – angemerkt sei, dass es sich hierbei nicht um medizinische Studien handelte (Visser et al. 1996).

Zur Teilnahmequote der in dieser Dissertation beschriebenen Studie von 50 % muss angeführt werden, dass es sich bei den zwangsweise in den forensischen Psychiatrien untergebrachten Patienten um eine besonders schwierig zugängliche Stichprobe handelt. Auch bei einer kürzlich durchgeführten multizentrischen Befragung öffentlich-rechtlich untergebrachter Patienten in mehreren Bundesländern lag die Teilnahmequote unter 50 % (Brieger et al. 2014).

Niedrigere Teilnahmequoten bedingen natürlich geringere Stichprobengrößen. Eine Berechnung der für diese Studie notwendigen Stichprobengröße anhand von u. a.

den zu verwendenden statistischen Tests im Vorfeld der Studiendurchführung kam bei diesem Studiendesign nicht infrage.

Mit 56 Probanden handelt es sich um eine relativ kleine Stichprobe.

4.1.1. Stichprobenmerkmale

Wenn nicht weiter angegeben, stammen die im Folgenden genannten Daten zum baden-württembergischen Maßregelvollzug aus der Forensik-Fibel des ZfP Südwürttemberg (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg 2012).

Bei der Betrachtung der Stichprobe fällt auf, dass nur 7 Teilnehmende (12,5 %) Frauen waren. Dieser Anteil liegt gering höher als der durchschnittliche Frauenanteil in baden-württembergischen Maßregelvollzugseinrichtungen von 8 %. Das mittlere Alter der Probanden betrug 39 Jahre, was geringfügig über dem mittleren Alter der Patienten im Maßregelvollzug von 35 Jahren liegt. In einer Arbeit von Weithmann und Traub (2008), die gezielt Patienten im baden-württembergischen Maßregelvollzug mit F2-Diagnosen untersuchte, lag das durchschnittliche Alter bei 33 Jahren. Der Bildungsstand der Probanden lag höher als der der durchschnittlichen Patienten des baden-württembergischen Maßregelvollzugs: 80 % der Befragten hatten mindestens einen Hauptschulabschluss erreicht, der Durchschnitt liegt hier bei etwa 50 %.

Das häufigste bei den Probanden vorliegende Hauptdelikt laut rechtskräftigem bzw. voraussichtlichem Urteil war mit 50 % ein Körperverletzungsdelikt oder sonstiges Gewaltdelikt (Tötungsdelikte ausgenommen). An zweiter Stelle folgte mit 36 % die Kategorie „vollendetes oder versuchtes Tötungsdelikt“. In der Stichprobe der Arbeit von Weithmann und Traub war der Anteil der vollendeten und versuchten Tötungsdelikte an allen Delikten mit 28 % etwas geringer (Weithmann u. Traub 2008). Beide Deliktkategorien sind bei den Probanden deutlich häufiger zu finden als bei der durchschnittlichen Population im baden-württembergischen Maßregelvollzug (Körperverletzungsdelikt oder sonstiges Gewaltdelikt: 41 %, vollendetes oder versuchtes Tötungsdelikt: 19 %). Sexual-, Eigentums- und sonstige Delikte lagen bei den Probanden hingegen seltener vor (14 % bei den Probanden vs. 29 % durchschnittlich im baden-württembergischen Maßregelvollzug). Die Deliktverteilung der Stichprobe ist jedoch bei isolierter Betrachtung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Maßregelvollzug zu erwarten.

Über 90 % der Probanden waren vor der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie bereits in einer Allgemeinpsychiatrie stationär behandelt worden, ein Viertel sogar mindestens zehn Mal (keine Aufenthalte in Suchtabteilungen erfasst). Dieser Anteil findet sich auch in der Arbeit von Weithmann und Traub (2008) wieder, hier waren 95 % der Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen im Maßregelvollzug bereits vor der Aufnahme in die forensische Psychiatrie allgemeinpsychiatrisch vorbehandelt worden. Der Anteil liegt deutlich höher als der Durchschnitt von 74 % der Patienten aller Diagnosen im baden-württembergischen Maßregelvollzug, die vor der Unterbringung bereits in einem allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus behandelt worden waren (Arbeitsgruppe Prozessoptimierung Forensische Psychotherapie 2014).

Es lassen sich also teils deutliche Unterschiede zwischen der Probandengruppe und der durchschnittlichen Patientenpopulation des baden-württembergischen Maßregelvollzugs feststellen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich die Probandengruppe auf Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen beschränkte. Hinsichtlich der Stichprobenmerkmale, zu denen Vergleichsdaten von Patienten mit F2-Diagnosen im Maßregelvollzug vorliegen, ließen sich keine großen Unterschiede feststellen.

Für diese Untersuchung wurden auch von den ausgeschlossenen oder die Teilnahme verweigernden Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen soziodemografische Daten erhoben, sodass die Repräsentativität der Stichprobe für die untersuchte Patientenpopulation in den Untersuchungseinrichtungen eingeschätzt werden kann. Die einzige soziodemografische Variable, hinsichtlich der ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden festgestellt werden konnte, war der Migrationshintergrund. Der Anteil an Probanden mit Migrationshintergrund war geringer als der Anteil in der Gruppe der Nichtteilnehmenden. Dies ist dadurch zu erklären, dass fehlende Sprachkenntnisse ein explizites Ausschlusskriterium für die Studie waren. Die Repräsentativität der Probandengruppe für alle Patienten mit den untersuchten Diagnosen in den Untersuchungseinrichtungen ist also als hoch einzuordnen, ebenso gesamthaft beurteilt die Repräsentativität der Probandengruppe für Patienten mit schizophrenen Störungen im Maßregelvollzug in Baden-Württemberg.

4.1.2. Die Prävalenz von Zwangsmaßnahmen

Von den Probanden hatten 70 % Zwangsmaßnahmen von der Aufnahme in die forensische Psychiatrie bis zum Befragungszeitpunkt erfahren, 45 % der Probanden in den ersten vier Wochen seit der Aufnahme, nur 4 % in den letzten vier Wochen vor der Befragung. Von einer oder mehreren Isolierungen waren in den ersten vier Wochen 38 % der Probanden betroffen, in den letzten vier Wochen nur ein Proband. Bei den Fixierungen betrug der Anteil der betroffenen Probanden in den ersten vier Wochen 11 %, in den letzten vier Wochen vor der Befragung war keine Fixierung erfolgt. Von Zwangsmedikationen betroffen waren in den ersten vier Wochen zwei Probanden (3,6 %), in den letzten vier Wochen ein Proband. Lässt sich dieser Anteil betroffener Probanden mit der durchschnittlichen Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie vergleichen?

Angaben zur Prävalenz von Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie zu finden, gestaltet sich schwierig (Steinert 2016; Hui et al. 2013), vor allem für den deutschsprachigen Raum. Für die Allgemeinpsychiatrie finden sich mehr Untersuchungen zur Prävalenz von Zwangsmaßnahmen, jedoch herrscht wenig Übereinstimmung der Daten zwischen verschiedenen Studien, Ländern, Regionen und Einrichtungen. Zudem beziehen sich die Studien zur Prävalenz von Zwangsmaßnahmen auf unterschiedliche Arten von Zwangsmaßnahmen, je nach Gebräuchlichkeit im jeweiligen Land. Auch die Definitionen einzelner Zwangsmaßnahmen unterscheiden sich zwischen Ländern oder sogar zwischen Kliniken einer Region.

In der EUNOMIA-Studie (*European evaluation of coercion in psychiatry and harmonisation of best clinical practice*) zur Prävalenz von Zwangsmaßnahmen in zehn europäischen Staaten lag Deutschland mit einem Durchschnitt von 43 % unfreiwillig stationär psychiatrisch behandelter Patienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren hatten, im mittleren Bereich der teilnehmenden Länder (Raboch et al. 2010). Allerdings wurden diese Daten nur an einem einzigen Krankenhaus in Dresden erhoben. Bruns und Henking zufolge erfahren etwa 10 % der in Deutschland stationär psychiatrisch behandelten Patienten Zwangsmaßnahmen (Bruns u. Henking 2015). Am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, an dessen Einrichtungen auch die Durchführung der in dieser Dissertation beschriebenen Studie erfolgte, wurden in zwei Arbeiten die Klinikdaten zu den routinemäßig

dokumentierten Zwangsmaßnahmen erhoben und ausgewertet (Flammer u. Steinert 2015; Flammer et al. 2013). In der neueren Arbeit von 2015 wurden die Klinikdaten zu Zwangsmaßnahmen nach der Änderung der Gesetzgebung im Jahr 2013 ausgewertet. Die Daten wurden zu allgemein- und forensisch-psychiatrischen Patienten der Untersuchungseinrichtungen erhoben. Insgesamt erfuhren 6 % der aufgenommenen Patienten Zwangsmaßnahmen, 4 % Isolierung(en), 3 % Fixierung(en) und 0,5 % Zwangsmedikation(en). Zwei Drittel der Zwangsmedikationen erfolgten in Notfallsituationen, das verbleibende Drittel wurde gerichtlich angeordnet. Die Daten wurden auch nach Diagnosen nach ICD-10 unterteilt ausgewertet. Von den aufgenommenen Patienten mit F2-Diagnosen, wie die Stichprobe der in dieser Dissertation beschriebenen Studie, waren 15 % von Zwangsmaßnahmen betroffen, 11 % von einer oder mehreren Isolierungen, 7 % von Fixierung(en) und 1,5 % von einer Zwangsmedikation (hiervon zwei Drittel auf richterliche Anordnung). Eine Auswertung des Zwangsregisters Baden-Württemberg, in dem eine Vollerhebung aller Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern gesetzlich verbindlich stattfindet, ergab, dass 2015 in den forensisch-psychiatrischen Einrichtungen bei 560 Behandlungsfällen in der Diagnosegruppe F2 27 Fälle von Zwangsmedikation registriert wurden, 4,8 % entsprechend (Flammer u. Steinert 2016). 26,4 % der Fälle mit Schizophrenie waren von mechanischen Zwangsmaßnahmen innerhalb dieses Jahres betroffen.

Mit 70 % Probanden, die seit der Aufnahme bis zum Befragungszeitpunkt von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, erscheint die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Stichprobe sehr hoch. Ein Vergleich mit den durchschnittlich in der Literatur gefundenen Angaben ist jedoch nicht möglich, da sich die Zahl von 70 % auf den gesamten Zeitraum von der Aufnahme des Probanden bis zum Befragungszeitpunkt bezieht, die durchschnittlichen Häufigkeitsangaben zu Zwangsmaßnahmen jedoch meist über einen Zeitraum von einem Jahr erhoben werden. Betrachtet man die Häufigkeit der einzelnen Zwangsmaßnahmen zu den beiden relevanten Zeiträumen, den ersten und letzten vier Wochen des Aufenthalts, so liegt zwar der Anteil der von Isolierung(en) und Fixierung(en) betroffenen Probanden in den ersten vier Wochen höher als die in den zitierten Arbeiten gefundenen Werte, der Anteil betroffener Probanden in den letzten vier Wochen der Befragung jedoch deutlich unter dem Durchschnitt. Die

Häufigkeit erfolgter Zwangsmedikationen liegt im Bereich der zitierten Angaben zur durchschnittlichen Häufigkeit von Zwangsmedikationen bei Patienten mit F2-Diagnosen. Da die Häufigkeit von einzelnen Zwangsmaßnahmen für diese Studie nur zu den beiden studienrelevanten Zeiträumen erhoben wurde, lassen sich diese Daten nur mit Vorbehalt mit den Angaben der zitierten Arbeiten vergleichen, die über einen längeren Zeitraum erhoben wurden.

4.1.3. Prädiktoren für das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme

Wieviel Zwang die Probanden durch die Medikamenteneinnahme wahrnahmen, hing gemäß den Ergebnissen nicht mit ihren Lebensumständen vor der Aufnahme zusammen, sondern in erster Linie mit ihrer Krankheits- und Behandlungseinsicht und ihrer Einstellung zur Medikation. Der nur durch diese beiden Variablen und zu einem wesentlich geringeren Teil durch die psychopathologische Symptomatik erklärte Anteil der Varianz war mit 57 % wesentlich höher als dies in den meisten multivariaten Analysen zu psychologischen und sozialwissenschaftlichen Fragestellungen üblicherweise der Fall ist. Dies legt die Überlegung nahe, dass die Konstrukte erhebliche Überlappungen aufweisen könnten. Jedoch beinhalten die Fragebögen zur Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft und zur Einstellung zur Medikation den hier interessierenden Aspekt des Zwangs nicht. So liegt eher der Schluss nahe, dass die in manchen Fällen überdauernd fehlende Einsicht auch der plausible psychologische Grund für die überdauernde Ablehnung und das dementsprechend ausgeprägte Erleben von Zwang ist. In anderen Fällen scheint sich dagegen die Krankheits- und Behandlungseinsicht im Verlauf der Behandlung grundlegend zu ändern mit der Folge, dass die Medikamenteneinnahme auch nicht mehr als Zwang erlebt wird. Diese Ergebnisse sind insofern keineswegs trivial als der Zusammenhang mit der eigentlichen Krankheitssymptomatik nur schwach ausgeprägt ist. Die Annahme, fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie das Erleben von Zwang seien quasi ein Symptom der Erkrankung und besserten sich zwangsläufig mit der erfolgreichen Behandlung, ist demnach so nicht zutreffend. Die genannten Einstellungen scheinen vielmehr von der Krankheitsausprägung relativ unabhängige Dimensionen zu sein. Diese Befunde werden durch eine Arbeit von Jaeger et al. (2013) unterstützt, die die Langzeitauswirkungen unfreiwilliger psychiatrischer

Klinikaufenthalte auf die Medikamentencompliance und das Erleben von Zwang im weiteren Krankheits- und Behandlungsverlauf untersucht. Unfreiwillig behandelte Patienten fühlten sich im Vergleich zu freiwillig behandelten auch bei Folgeuntersuchungen über zwei Jahre hinweg mehr Zwang unterworfen, wobei ein Einfluss der Ausprägung der Symptomatik auf dieses Ergebnis recht sicher ausgeschlossen werden kann – beide Gruppen unterschieden sich initial kaum in der Ausprägung ihrer Symptomatik. Auch hinsichtlich der Höhe der Veränderung des erlebten Zwangs über den Zeitraum von zwei Jahren unterschieden sich die Gruppen der unfreiwillig und freiwillig behandelten Teilnehmer nicht.

In einer Studie von Mielau et al. (2016) wurde der Einfluss des Maßes an Krankheitseinsicht auf die Beurteilung der Probanden, wie gerechtfertigt sie die Anwendung von Zwang bei der Klinikaufnahme und während des Aufenthalts anhand von geschilderten psychiatrischen Fallszenarien empfanden, untersucht. Das Maß an Krankheitseinsicht zeigte in einem linearen Regressionsmodell entgegen den Erkenntnissen dieser Studie keinen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung der Probanden.

Auch bei der bivariaten Analyse zeigten alle neben dem aAES verwendeten Skalen im Gegensatz zu soziodemografischen Daten einen signifikanten Zusammenhang mit dem Zwangserleben der Probanden zum Befragungszeitpunkt.

Probanden, die auf den visuellen Analogskalen ein hohes Maß an Zwang angaben, wiesen höhere Summenwerte des aAES auf. Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen der VAS_Medikation und dem aAES betrug .681 und wurde auf einem Signifikanzniveau von .01 signifikant. Dies spricht für die Validität des aAES, der für diese Studie aus der Originalversion AES entwickelt worden war. Die adaptierte Version scheint tatsächlich das Erleben von Zwang durch die Medikation zu erfassen.

Zum Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Medikation und dem Erleben von Zwang findet sich eine Studie von Day et al. (2005), jedoch wurde das Erleben von Zwang nur in Bezug auf den Aufnahmeprozess in ein psychiatrisches Krankenhaus erhoben. Hierfür kam die Originalversion des für die hier beschriebene Studie modifizierten aAES zur Anwendung. Patienten, die stärkeren Zwang durch die Krankenhauseinweisung erlebt hatten, wiesen eine ablehnendere Haltung zu

ihrer Medikation auf. Der erlebte Zwang durch die Medikation während des Krankenhausaufenthalts wurde jedoch leider nicht untersucht.

Gowda et al. untersuchten das Erleben von Zwang durch die Klinikaufnahme und durch die medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung von psychiatrischen Patienten verschiedener Diagnosen (Gowda et al. 2016). Patienten mit einer stärker ausgeprägten Krankheitseinsicht empfanden weniger Zwang durch ihre Behandlung als jene mit einem geringeren Maß an Einsicht.

Auch die Ausprägung der Symptomatik der Probanden dieser Stichprobe hing signifikant mit ihrem Zwangserleben zusammen. Patienten mit stärker ausgeprägter Symptomatik scheinen mehr Zwang durch die Medikamenteneinnahme zu empfinden. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman lag hier aber eher im niedrigeren Bereich und war mit .379 geringer als die Korrelation von Krankheitseinsicht bzw. Einstellung zur Medikation mit dem Zwangserleben. Im linearen Regressionsmodell zeigte die Ausprägung der Symptomatik ebenfalls einen eher geringen Einfluss auf das Erleben von Zwang. Hier sollte aber im Hinterkopf behalten werden, dass sich keine stark symptomatischen Patienten unter den Probanden befanden, der durchschnittliche PANSS-Summenwert der Probanden war sehr niedrig (s. 4.1.5.). Die Befundlage wird gestützt durch die Arbeit von Gowda et al. (2016), bei der die Ausprägung der Symptomatik der Probanden in einem linearen Regressionsmodell keinen signifikanten Einfluss auf das Ausmaß an erlebtem Zwang durch die psychiatrische Behandlung zeigte. Jedoch korrelierte die Abnahme des erlebten Zwangs über die Zeit des Aufenthalts signifikant mit einer Besserung der Symptomatik der Probanden.

Dem widersprechende Befunde wurden allerdings von Fiorillo et al. veröffentlicht, in deren Arbeit das Erleben von Zwang durch die Aufnahme und den Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus sowie mögliche Einflussfaktoren untersucht wurden (Fiorillo et al. 2012). Die Daten entstammen dem bereits unter 4.1.2. erwähnten EUNOMIA-Projekt und wurden an unfreiwillig eingewiesenen sowie freiwillig eingewiesenen psychiatrischen Patienten, die sich jedoch zur Aufnahme gezwungen fühlten, erhoben. Bei den Probanden der Studie empfanden diejenigen mehr Zwang beim Aufnahmeprozess, die eine stärker ausgeprägte Positivsymptomatik aufwiesen. Eine Abnahme des Ausmaßes von erlebtem Zwang

korrelierte signifikant mit einer Besserung der Positivsymptomatik. Der Unterschied zwischen den Ergebnissen von Fiorillo et al. und denen der dieser Dissertation zugrunde liegenden Studie könnte daraus resultieren, dass es sich bei den von Fiorillo et al. untersuchten unfreiwilligen Aufnahmen um relativ akute und vorübergehende Ereignisse handelte, während die forensisch-psychiatrische Stichprobe sich durch ein hohes Maß an Chronifizierung auszeichnet – am häufigsten (bei einem Viertel der Probanden) lagen sogar zehn oder mehr Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie vor. Patienten, bei denen sich die Krankheitseinsicht mit der Symptomatik bessert und die sich fortan bereitwillig behandeln lassen, sind in dieser forensisch-psychiatrischen Stichprobe wahrscheinlich wesentlich seltener vertreten als in der Stichprobe von Fiorillo et al.

4.1.4. Vergleich des Zwangserlebens der Probanden je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen

Das Erleben von Zwang durch die Medikamenteneinnahme in den ersten vier Wochen nach der Aufnahme in die forensische Psychiatrie zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Übernahme aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs. Dieses Ergebnis kann jedoch schwer verwertet werden, da der aAES für die ersten vier Wochen in der Untersuchungseinrichtung erfasst wurde, nicht für die ersten vier Wochen nach Aufnahme in die forensische Psychiatrie, aus der die Übernahme erfolgte (s. 4.1.5.). Außerdem war nur eine sehr geringe Anzahl von Probanden aus anderen Einrichtungen übernommen worden. Weiterhin zeigte sich ein Zusammenhang mit dem Alter zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in eine Allgemeinpsychiatrie. Probanden, die bereits im Jugendalter stationäre psychiatrische Aufenthalte erfahren hatten, bewerteten das Erleben von Zwang durch die Medikamenteneinnahme als stärker ausgeprägt als jene, die erst im Erwachsenenalter erstmals stationär psychiatrisch behandelt worden waren. Allerdings war dieser Zusammenhang nicht stabil, er war für den Zeitraum der letzten vier Wochen vor der Untersuchung nicht mehr nachzuweisen. Möglicherweise ist der signifikante Zusammenhang durch nicht berücksichtigte konfundierende Variablen entstanden.

Der Zusammenhang zwischen dem Alter zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Erkrankung und dem Erleben von Zwang durch die psychiatrische Behandlung wurde in einer Arbeit von Mielau et al. (2016) untersucht. Hierfür wurde der AES wie

bei dem in dieser Dissertation beschriebenen Forschungsprojekt für die Erfassung von Zwang durch die psychiatrische Behandlung modifiziert. Abhängige Variable war jedoch nicht der modifizierte AES wie bei der in dieser Dissertation beschriebenen Studie, sondern inwieweit Patienten verschiedene Anwendungen von Zwang für gerechtfertigt hielten. Das Alter bei Erstmanifestation wurde im linearen Regressionsmodell kein signifikanter Prädiktor für die Beurteilung der Patienten, wie gerechtfertigt sie die Anwendung von Zwang bei der Klinikaufnahme und während des Aufenthalts empfanden. Ein Ergebnis der bivariaten Analyse des Zusammenhangs wird in der Studie nicht genannt. Man beachte, dass in der Arbeit von Mielau et al. das Alter zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns erhoben wurde, nicht das Alter zum Zeitpunkt der Erstaufnahme in eine Allgemeinpsychiatrie wie in der für diese Dissertation herangezogenen FoDoBa dokumentiert.

Weitere Literatur findet sich nicht zum Zusammenhang des Alters bei Erstaufnahme in eine Allgemeinpsychiatrie mit dem Erleben von Zwang. Zum Zusammenhang mit der Medikamentencompliance sowie der Einstellung zur Medikation und Krankheitseinsicht, die in dieser Arbeit mit dem Erleben von Zwang korrelierten, finden sich mehr Forschungsarbeiten. Diese unterscheiden sich in ihren Schlussfolgerungen. Bei Bajaj et al. (2009), Levin et al. (2014) und Dassa et al. (2010) fand sich kein Zusammenhang des Alters bei Erstmanifestation mit der Krankheitseinsicht der Patienten bzw. ihrer Einstellung zur Medikation und Medikamentencompliance. In einer anderen Arbeit hingen die Medikamentencompliance und die Einstellung zur Medikation hingegen signifikant mit dem Alter bei Erstmanifestation zusammen, zu diesem Zeitpunkt ältere Probanden wiesen eine höhere Medikamentencompliance und eine positivere Einstellung zur Medikation auf (Kamaradova et al. 2016), was mit dem verstärkten Erleben von Zwang bei den älteren Probanden der in dieser Dissertation beschriebenen Forschungsarbeit in Einklang zu bringen wäre. Die Stichprobe der Arbeit von Kamaradova et al. bestand jedoch aus psychiatrischen Patienten verschiedener Diagnosegruppen, von denen die Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie durchschnittlich eine geringer ausgeprägte Compliance aufwiesen als andere Diagnosegruppen. Bei einer anderen Studie wiesen bei Erstmanifestation ältere Patienten jedoch eine negativere Einstellung zur Medikation auf (Rocca et al. 2008), was dem in dieser Arbeit gefundenen Zusammenhang eher widerspricht. Es lässt sich also festhalten, dass die wenige

Literatur zu dem Zusammenhang zwischen Alter bei Erstmanifestation und Einstellung zur Medikation und Medikamentencompliance widersprüchliche Ergebnisse beschreibt.

Probanden, die in den ersten vier Wochen Zwangsmaßnahmen erfahren hatten, empfanden in diesem Zeitraum auch signifikant mehr Zwang durch die angeordnete Medikation. Auch hier wäre zu erwarten, dass dies bei den Patienten, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung Zwangsmaßnahmen erfahren hatten, ebenfalls der Fall ist. Es zeigte sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang. Beachtet werden muss, dass in diesem Zeitraum nur zwei Probanden überhaupt Zwangsmaßnahmen erfahren hatten, was natürlich eine zu geringe Fallzahl für aussagekräftige statistische Analysen darstellt.

Interessanterweise unterschieden sich die Probanden hinsichtlich ihres Erlebens von Zwang durch die angeordnete Medikation zum Befragungszeitpunkt je nach vorliegendem soziodemografischem und klinischem Merkmal nicht. In der bereits erwähnten Arbeit von Gowda et al. (2016) hatte eine multivariate Analyse dagegen das Ergebnis gezeigt, dass das Erleben von Zwang signifikant mit Arbeitslosigkeit der Patienten, einem höheren sozioökonomischen Status sowie der Abstammung aus einer Großfamilie zusammenhing.

4.1.5. Die Skalenauswertung

Der **adaptierte *Admission Experience Survey*** diente dem Erfassen des durch die Medikamenteneinnahme erlebten Zwangs. Er wurde für den Zweck dieser Studie aus der Originalversion *Admission Experience Survey* erstellt, um auf das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme anstelle des Aufnahmeprozesses angewandt werden zu können. Um die Validität des adaptierten Fragebogens einschätzen zu können, wurde bei der Befragung außerdem eine visuelle Analogskala zum Zwang durch die Medikamenteneinnahme verwendet (VAS_Medikation). Die Korrelation der Ergebnisse beider Skalen diente der ersten Validierung des aAES. Aufgrund der hohen Korrelation von aAES und VAS_Medikation ist davon auszugehen, dass der aAES tatsächlich geeignet ist, das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme zu erfassen. Weitere Untersuchungen der psychometrischen Eigenschaften des aAES sind natürlich wünschenswert.

Der aAES wurde mit den Probanden jeweils auf die ersten und die letzten vier Wochen der Unterbringung in der forensischen Psychiatrie bezogen bearbeitet. Zur Auswertung wurde ein Gesamtsummenwert ohne Berücksichtigung der ursprünglichen Subskalen des Fragebogens gebildet. Grund war, dass die Originalskala AES für diese Studie zur Anwendung auf die Medikamenteneinnahme umformuliert wurde und eine Analyse der Subskalenstruktur für die adaptierte Version nicht vorlag. Der Summenwert wurde ohne Item 16 berechnet (s. 2.4.3.).

Die durchschnittlichen Summenwerte des aAES beider Zeiträume nahmen relativ geringe Werte an, auf den Zeitraum nach der Aufnahme bezogen 8,9, auf die letzten vier Wochen vor der Befragung bezogen 6,5 (von maximal 22 Punkten). Das Ausmaß des erlebten Zwangs nahm also über die Zeit des Aufenthalts ab, ebenso wie die Angabe unangenehmer Gefühle in Bezug auf die Medikamenteneinnahme. Hierbei muss beachtet werden, dass ein hohes initiales Zwangserleben mit einer stärkeren Reduktion des Zwangserlebens über die Zeit des Aufenthalts zusammenhing.

Diese Reduktion des Erlebens von Zwang könnte einerseits durch Gewöhnung der Probanden an die Medikamenteneinnahme erklärt werden, andererseits durch steigende bzw. sich während des Aufenthalts bildende Einsicht in die Krankheit und ihre Behandlungsbedürftigkeit. Hierzu wäre eine weitere Untersuchung nötig, die prospektiv zu beiden Zeiträumen auch Krankheitseinsicht u. Ä. erfasst. Für diese Studie erschien eine retrospektive Erfassung der Krankheitseinsicht zum Aufnahmezeitpunkt als nicht sinnvoll, da dieser stellenweise über zwei Jahre zurücklag (s. u.). In einer Arbeit von Gowda et al. (2016) wurde die Veränderung des Erlebens von Zwang von der Krankenhausaufnahme über die Zeit des Aufenthalts im psychiatrischen Krankenhaus untersucht, allerdings nicht an forensisch-psychiatrischen Patienten. Das Ausmaß des erlebten Zwangs nahm über die Zeit des Aufenthalts ab, ebenso wie die Ausprägung der Symptomatik der Probanden, während das Maß an Krankheitseinsicht zunahm. Eine Abnahme des erlebten Zwangs über die Zeit des Aufenthalts wurde auch in einer Studie von Fiorillo et al. (2012) beobachtet, eine Besserung der Positivsymptomatik der Probanden über die Zeit des Aufenthalts zeigte hierzu einen signifikanten Zusammenhang.

Neben der Betrachtung der durchschnittlichen aAES-Summenwerte und ihrer Veränderung über die Zeit des Aufenthalts sollte jedoch auch die starke Varianz der Summenwerte beachtet werden (s. Abb. 4 und 5). Ein Teil der Probanden, die in den Wochen nach der Aufnahme die Medikation ablehnen und starken Zwang durch ihre Einnahme empfinden, empfinden auch zum Befragungszeitpunkt noch starken Zwang durch die Medikamenteneinnahme. Vermutlich befinden sich unter diesen Probanden auch die wenigen, die zum Befragungszeitpunkt eine recht starke Ausprägung der Symptomatik aufwiesen und denen keine Lockerung genehmigt worden war. Ein anderer Teil empfand bereits bei Aufnahme recht wenig Zwang durch die Medikamenteneinnahme, bei diesen Probanden kann sich über die Zeit des Aufenthalts dementsprechend auch keine starke Besserung zeigen. Dies wird durch die reine Betrachtung der Entwicklung der aAES-Summenmittelwerte über die Zeit des Aufenthalts nicht berücksichtigt.

Wesentlich mehr Probanden erfuhren Zwangsmaßnahmen in den ersten vier Wochen des Aufenthalts als gegen Ende (45 % vs. 4 %). Bei den betroffenen Probanden nahm das Ausmaß des erlebten Zwangs über die Zeit stärker ab als bei denjenigen, die keine Zwangsmaßnahmen erfahren hatten. Hier muss ein möglicher Bodeneffekt berücksichtigt werden, da die betroffenen Probanden auch ein signifikant stärkeres Erleben von Zwang durch die Medikation in den ersten vier Wochen aufwiesen als diejenigen, die keine Zwangsmaßnahmen erfahren hatten. Bei ihnen ist folglich auch eine stärkere Abnahme des Werts über die Zeit möglich als bei denjenigen, die bereits in den Wochen nach der Aufnahme wenig Zwang bei der Medikamenteneinnahme empfanden. Bei Gowda et al. (2016) nahm bei Patienten, die während des Aufenthalts Zwangsmedikationen erfahren hatten, das Ausmaß des durch die Behandlung erlebten Zwangs ab. Bei anderen Arten von Zwangsmaßnahmen fand sich in der Studie kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Auch für weitere soziodemografische Variablen wurde ein Zusammenhang mit der Stärke der Abnahme des Zwangserlebens festgestellt. Bei Straftat ledige und allein lebende Probanden wiesen die größte Reduktion des Zwangserlebens über die Zeit auf, während sich bei Wohnsitzlosen oder Probanden in sonstigen Wohnformen die geringste Reduktion feststellen ließ. Eventuell waren die Probanden, die bei

Aufnahme wohnsitzlos oder in Notunterkünften u. Ä. lebten, schwerer von der Krankheit betroffen und weniger einsichtig, weswegen sie auch während des Aufenthalts weniger Akzeptanz der Therapiemaßnahmen bildeten. Um diese Hypothese weiter zu untersuchen, wären natürlich Informationen zur klinischen Einschätzung bei Aufnahme in die forensische Psychiatrie nötig. Bei Gowda et al. (2016) wiesen interessanterweise verheiratete Patienten eine Abnahme des erlebten Zwangs über die Zeit des Klinikaufenthalts auf.

Hatte eine Übernahme aus einer anderen Einrichtung des Maßregelvollzugs stattgefunden, zeigten die Probanden keine Besserung, sondern eine wenn auch sehr geringfügige Zunahme des aAES-Summenwerts vom ersten zum zweiten Zeitraum. Dies ist am ehesten dadurch zu erklären, dass sie bereits anbehandelt waren und die günstigen Effekte einer aufgenommenen Behandlung deshalb in dieser Teilgruppe nicht zur Abbildung kamen. Die Zahl der aus anderen Einrichtungen übernommenen Probanden war mit vier sehr gering.

Betrachtet man die Ergebnisse der Auswertung der **visuellen Analogskalen** zum Ausmaß des durch die Medikamenteneinnahme erlebten Zwangs, so fällt auf, dass die Probanden vor allem die extremen Werte der Skala wählten. Am häufigsten – von einem Fünftel der Probanden – wurde interessanterweise gar kein Zwang durch die Medikation angegeben, als zweithäufigster Wert folgte die Angabe von extremem Zwang durch die Medikamenteneinnahme durch knapp ein Fünftel der Probanden. Dementsprechend ergab sich ein Mittelwert im mittleren Bereich der Skala (4,8).

Etwas höher wurde das Ausmaß von Zwang durch die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie eingestuft (5,8). Hier lag wie der Mittelwert auch der am häufigsten gewählte Skalenwert von 5 im mittleren Bereich, während an zweiter Stelle, wie bei der VAS_Medikation, der Wert 10 für extremen Zwang bei knapp einem Fünftel der Probanden folgte. Die Patienten scheinen den gerichtlich angeordneten Aufenthalt in der Einrichtung des Maßregelvollzugs als solchen als einschränkender zu erleben als die angeordnete Einnahme von Antipsychotika, was angesichts oft mehrjähriger unfreiwilliger Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung nicht überrascht. 5 Probanden gaben interessanterweise den Wert 0 an, d. h. dass sie durch den Aufenthalt in der

forensischen Psychiatrie überhaupt keinem Zwang unterworfen worden seien, was einem freiwilligen Aufenthalt entspräche.

Mit dem ***Drug Attitude Inventory*** wurde die Einstellung zur Medikation erfasst. Der Mittelwert von 3,3 ist bei möglichen Summenwerten von -10 bis +10 als eher positive Einstellung zur Medikation einzuordnen. Jedoch zeigte sich eine nach rechts verschobene Verteilung der Werte (s. Abb. 8). Wie ist dies hinsichtlich der bisherigen Ergebnisse zum Ausmaß des Zwangs durch die Medikamenteneinnahme einzuordnen? Bei eher positiver Einstellung zur Medikation lässt sich das Ausmaß an Zwang, wie es beispielsweise auf der visuellen Analogskala zur Medikation angegeben wurde, zunächst nicht erklären. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Rechtsverschiebung der Werte durch sozial erwünschtes Antworten von Probanden entstanden sein könnte. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass das Problem sozial erwünschten Antwortens nur bei dieser Skala aufgetreten ist. Dieses Problem ist auch bei den übrigen Skalen in Betracht zu ziehen, bei welchen sich jedoch kein Hinweis darauf ergeben hat.

Mithilfe des ***Fragebogens zur Krankheitseinsicht*** FKE-10 wurde die Einsicht der Probanden in die Krankheit und ihre Behandlungsbedürftigkeit untersucht. Je höher der Summenwert, als umso stärker ausgeprägt ist die Einsicht der Patienten einzuordnen. Der mittlere Summenwert befand sich mit 35,4 bei möglichen Summenwerten zwischen 10 und 50 im mittleren Bereich mit Tendenz zu eher stärker ausgeprägter Krankheitseinsicht. Bei den Probanden bestand folglich durchaus Krankheitseinsicht, wenn auch eher mäßig ausgeprägt. Auffallend ist die Rechtsverteilung der Summenwerte des DAI-10 im Vergleich zur Normalverteilung des FKE-10 (s. Abb. 8 und 9). Eine positive Einstellung zu Medikamenten scheint bei den Probanden stärker ausgeprägt zu sein als die Einsicht in ihre Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit.

Mithilfe der ***Positive and Negative Syndrome Scale*** wurde die Ausprägung der Symptomatik der Probanden eingestuft. Mit 44,4 bei möglichen Werten zwischen 30 und 210 wiesen die Probanden zum Befragungszeitpunkt im Durchschnitt nur noch eine geringe Ausprägung der Symptomatik ihrer psychotischen Erkrankung auf. Dies lässt sich dadurch erklären, dass bei akut psychotischen Patienten kurz

nach Begehen der Straftat und Aufnahme in die forensische Psychiatrie meistens keine Befragung durchführbar war. Weiterhin ist die forensische Psychiatrie im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie durch weniger Neuaufnahmen und längere Behandlungsdauern der Patienten gekennzeichnet. Zum Befragungszeitpunkt befanden sich die Probanden durchschnittlich bereits über zwei Jahre in der Einrichtung und waren dementsprechend schon längere Zeit medikamentös behandelt, ein Teil der Patienten befand sich sogar in Vollremission.

Ein Ziel der Studie war, die Erfahrungen von Patienten, bei denen eine Zwangsmedikation erfolgt war, mit ihren Erfahrungen mit mechanischen Zwangsmaßnahmen zu vergleichen. Bei Durchsicht des Krankenhausinformationssystems waren von insgesamt 133 Patienten nur drei in den studienrelevanten Zeiträumen von einer dokumentierten Zwangsmedikation betroffen, hiervon zwei nach den Reformen des Maßregelvollzugsrechts. Diese drei von einer Zwangsmedikation betroffenen Patienten erklärten sich erfreulicherweise alle dazu bereit, an der Befragung teilzunehmen. Der geringe Anteil an von den Reformen betroffenen Patienten überrascht angesichts der angeregten Diskussionen zu diesem Thema. In der Zeit seit der in dieser Dissertation beschriebenen Untersuchung wurden jedoch vermehrt problematische Situationen in Maßregelvollzugseinrichtungen bekannt, in denen Patienten eine Behandlung verweigerten und die zuständigen Gerichte eine Zwangsmedikation nicht genehmigten. Möglich ist, dass dieses Problem die forensische Psychiatrie mit Verzögerung erreicht hat, beispielsweise, weil Patienten erst spät auf die geänderte Rechtsprechung und gestärkte Patientenrechte hinsichtlich einer Verweigerung der Medikation aufmerksam wurden oder weil die gesetzlichen Bestimmungen den Erfahrungen zufolge in der forensischen Psychiatrie wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der Patienten und der langen Aufenthaltsdauer noch wesentlich restriktiver ausgelegt werden als in der Allgemeinpsychiatrie (mdl. Auskunft U. Frank, ärztlicher Leiter der forensischen Psychiatrien Südwürttemberg, bisher keine Literatur zu dieser Frage). Eine weitere Möglichkeit wäre, dass Patienten, die durch ihre Behandlungsverweigerung eine Herausforderung in der forensischen Psychiatrie darstellen, nicht durch die Studie erfasst wurden, entweder, weil sie nicht den Einschlusskriterien hinsichtlich der Diagnose entsprachen oder weil sie die Teilnahme verweigerten. Träfe letztere Option zu, dass weniger kooperative

Patienten nicht an der Befragung teilgenommen haben, müsste das Bestehen eines Bias in Erwägung gezogen werden. Hinsichtlich der zu Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden erhobenen soziodemografischen Daten und vorliegenden Zwangsmaßnahmen hatten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede gezeigt abgesehen vom Migrationshintergrund (s. 4.1.1.). Neueste Daten des Zwangsregisters Baden-Württemberg zeigen, dass 2015 bei 560 Behandlungsfällen in der Diagnosegruppe F2 27 Fälle von Zwangsmedikationen registriert wurden (Flammer u. Steinert 2016). Demnach dürfte die Häufigkeit in der hier untersuchten Stichprobe durchaus repräsentativ sein.

Aufgrund der geringen von Zwangsmedikationen betroffenen Probandenzahl konnte der mit ihnen zusätzlich bearbeitete Fragebogen, die **Coercion Experience Scale** (s. 3.3.6.), nur deskriptiv ausgewertet werden. Drei Probanden waren betroffen, ein weiterer Proband hatte im Interview angegeben, während der ersten vier Wochen nach seiner Aufnahme in die forensische Psychiatrie eine Medikation unter physischem Zwang erlebt zu haben. Im Krankenhausinformationssystem fand sich jedoch keine Dokumentation der vom Probanden angegebenen Maßnahmen. Bei diesem Probanden wurde keine CES erhoben, um ein standardisiertes Vorgehen bei der Datenerhebung zu gewährleisten. Dass sich Angaben von Patienten zur Erfahrung von Zwangsmaßnahmen mit den dokumentierten Zwangsmaßnahmen unterscheiden, wurde z. B. auch von Poulsen und Engberg (2001) berichtet. Patienten gaben in dieser Untersuchung an, mehr Zwang erfahren zu haben, als aus den Klinikakten hervorging, v. a. in Bezug auf die gesetzliche Grundlage ihres Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik sowie das Erleben von Zwangsmedikationen. Ein Problem ist sicherlich, dass der Übergang von Überzeugungsversuchen des Personals zur Einnahme von Medikamenten zur Medikation gegen den Willen des Patienten fließend ist, v. a. wenn als Zwangsmedikation nicht nur die Einnahme von Medikamenten unter physischem Zwang definiert wird (s. 1.4.1.)

An dieser Stelle erfolgt eine Zusammenfassung der unter 3.3.6. ausführlich beschriebenen Erfahrungen der Probanden. Keiner der drei Probanden hatte in den studienrelevanten Zeiträumen Fixierungen erfahren, alle drei hingegen sowohl eine Zwangsbehandlung wie auch Isolierung(en). Proband Nr. 1 empfand sowohl die Isolierung wie auch die Zwangsbehandlung als sehr belastend, im Befragungsteil

zu spezifischen Umständen der Zwangsmaßnahme nannte er einige Umstände der Isolierung als geringer belastend als die der Zwangsbehandlung. Proband Nr. 2 verweigerte Angaben zu den erhaltenen Zwangsmedikationen aufgrund belastender Erinnerungen, die Isolierung beschrieb er als extrem belastend. Proband Nr. 3 gab leider an, sich nicht mehr genau an die Zwangsmaßnahmen erinnern zu können. Er beschrieb beide Maßnahmen als vergleichbar extrem belastend. Aufgrund der geringen Probandenzahl können anhand der erhaltenen Aussagen leider keine weiteren Analysen und Schlussfolgerungen erfolgen. Im Folgenden wird zur Vollständigkeit auf drei Arbeiten eingegangen, die die CES zum Vergleich von Zwangsmaßnahmen verwendet haben.

Erstere ist ein am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg durchgeführtes Forschungsprojekt, für das der CES-Fragebogen zum Vergleich von Fixierungen und Isolierungen ausgewählt wurde. In einer Erstbefragung kurz nach der erlebten Zwangsmaßnahme fanden sich keine signifikanten Unterschiede, wie Patienten die beiden mechanischen Zwangsmaßnahmen erlebt hatten (Bergk et al. 2011). In einer Nachuntersuchung ein Jahr später unterschieden sich die CES-Werte zwischen Isolierungen und Fixierungen, die Probanden gaben signifikant mehr Zwang und stärkere Belastungen durch Fixierungen als durch Isolierungen an (Steinert et al. 2013). In einer Arbeit aus den Niederlanden wurden die Belastungen von Patienten durch Isolierung, Fixierung, Zwangsbehandlung und kombinierte Maßnahmen ebenfalls mit der CES untersucht (Georgieva et al. 2012a). Bei der Auswertung ergaben sich für die Zwangsbehandlung signifikant niedrigere CES-Werte als für Isolierungen oder Fixierungen, d. h. die Patienten erlebten diese Maßnahme als weniger belastend. Für kombinierte Zwangsmaßnahmen ergaben sich deutlich höhere Werte als wenn „nur“ eine Zwangsmaßnahmenart angewandt worden war.

4.2. Methodenkritik

Für diese Untersuchung wurden Patienten mithilfe von ausgewählten Fragebögen zu ihrem Erleben von Zwang in Bezug auf die Medikamenteneinnahme befragt. Die Datenerhebung erfolgte retrospektiv. Die meisten Skalen wurden zum Zeitraum direkt vor der Befragung erhoben. Zum Vergleich der Situation kurz nach Aufnahme in die Klinik mit der zum Befragungszeitpunkt wurde der aAES jedoch auch zu den ersten vier Wochen nach Aufnahme in die Maßregelvollzugseinrichtung erhoben.

Problematisch ist, dass die Aufnahmen zum einen je nach Proband unterschiedlich lang zurücklagen – zwischen weniger als zwei bis zu 80 Monaten (Aufenthalte über 60 Monate sehr selten). Zum anderen kann die Erinnerung an das Erleben von Situationen eingeschränkt sein, vor allem, wenn diese längere Zeit zurückliegen. Aus diesen Gründen war ursprünglich geplant, die Skalen nur bezogen auf die Situation der Probanden zum Befragungszeitpunkt zu erheben. Wäre der aAES jedoch nur zum Befragungs- und nicht zum Aufnahmezeitpunkt erhoben worden, hätten sich für Probanden die unter 2.3.2. beschriebenen Schwierigkeiten ergeben. Die mit dem aAES zum Zeitraum direkt nach der Aufnahme in die forensische Psychiatrie erhobenen Daten wurden nur zur Analyse von Zusammenhängen mit soziodemografischen Daten und dem aAES zum Befragungszeitpunkt verwendet. Auf weitere Analysen mit den anderen Skalen des Fragenkatalogs wurde verzichtet, ebenso auf die Erhebung der Fragebögen zur Krankheitseinsicht und Einstellung zur Medikation bezogen auf den Aufnahmezeitpunkt.

Die hier vorliegende Untersuchung ist eine Querschnittstudie. Diese wird meist als der randomisierten kontrollierten Studie, dem Goldstandard der medizinischen Forschung, und der prospektiven Beobachtungsstudie unterlegen angesehen. Beispielsweise gilt die Querschnittstudie als anfälliger für Störfaktoren oder weniger geeignet, um Kausalitäten zu untersuchen, wie von Setia 2016 oder Trentino et al. 2016 beschrieben. Eine randomisierte kontrollierte Studie wäre für die Fragestellungen dieser Forschungsarbeit jedoch nicht infrage gekommen. Als Alternative wäre eine prospektive Beobachtungsstudie geeignet gewesen, bei der die Probanden jeweils bei Aufnahme und in konstanten Abständen nach der Aufnahme befragt worden wären. Angesichts der hierfür benötigten Zeitspanne von mehreren Jahren und des entsprechenden Aufwandes wurde jedoch bei der Planung der dieser Dissertation zugrunde liegenden Studie die Querschnittstudie als praktikablere Methode gewählt.

Wie sich bei der Datenauswertung ergeben hat, befanden sich stärker symptomatische Patienten nicht unter den Probanden. Dies kann ein grundsätzliches Problem bei einer Befragung wie der hier vorliegenden darstellen, da die Befragten sich über einen bestimmten Zeitraum konzentrieren, die Fragen verstehen und abwägen und sich eine Antwort bilden müssen. Gerade bei

psychiatrischen Erkrankungen kann dies bei stärkerer Ausprägung der Symptomatik erschwert sein. Hinzu kam bei dieser Studie noch der Umstand, dass eine Befragung akut psychotischer Patienten kurz nach ihrer Straftat in manchen Fällen nicht ohne zu starke Bedenken um die Sicherheit der die Befragung ausführenden Doktorandin durchführbar gewesen wäre.

Bei den Aufklärungsgesprächen über die Studie wurden die potentiellen Probanden darauf hingewiesen, dass die die Befragung durchführende Doktorandin auch gegenüber dem Klinikpersonal zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Nichtsdestotrotz ist natürlich nicht auszuschließen, dass manche Probanden die Fragen sozial erwünscht beantwortet haben. Beweggründe hierfür können beispielsweise die Angst vor negativen Auswirkungen auf die ihnen genehmigten Lockerungen sein, falls das Stationsteam ihre Ansichten zur Medikation oder zur Behandlungsbedürftigkeit ihrer Erkrankung erfahren sollte. In den Befragungen wurde diese Sorge nie geäußert. Ein den Einschlusskriterien entsprechender Patient hatte jedoch geäußert, aus Misstrauen gegenüber der Datenverwendung der Studienteilnahme nicht einwilligen zu wollen.

Nicht auszuschließen ist neben potentiell sozial erwünschten Antworten auch die Möglichkeit, dass manche Probanden das Ausmaß des von ihnen erlebten Zwangs durch die Medikation eher höher als eigentlich erlebt angaben, um die Notwendigkeit, die Verordnungen von Medikamenten zu reduzieren, zu unterstreichen.

Im Folgenden möchte ich auf Einschränkungen in Bezug auf einzelne für die Befragung verwendete Skalen eingehen.

Der **Admission Experience Survey** (s. 2.3.1.) wurde ursprünglich entwickelt, um die Erfahrung mit Zwang beim Krankenhauseinweisungsprozess zu untersuchen. Mangels passender Skalen zum Erleben von Zwang durch die Medikamenteneinnahme wurde der AES für diese Fragestellung umformuliert. Untersuchungen zu den psychometrischen Eigenschaften des adaptierten AES fehlen demzufolge. Entsprechende Studien wären angesichts des Mangels an Instrumenten zu diesem Thema wünschenswert.

Visuelle Analogskalen sind vor allem als Skalen zur Messung der Schmerzintensität von Patienten bekannt. An dieser Form der Datenerfassung mag bemängelt werden, dass Konstrukte wie der Schmerz – oder Zwang, wie in dieser Studie – nicht auf einer einzelnen unidimensionalen Skala von 0 bis 10 erfasst werden können (Myles et al. 1999). Diese Kritik ist nachvollziehbar, jedoch dienten in der in dieser Dissertation beschriebenen Studie andere Skalen der differenzierten Untersuchung des Zwangserlebens. Die visuellen Analogskalen wurden in erster Linie konstruiert, um ein Maß für die externe Validität des für die Zwecke dieser Untersuchung veränderten aAES zu erhalten. Ein weiteres bekanntes Problem bei visuellen Analogskalen stellt die Frage dar, ob die Skala als linear oder nicht linear einzuordnen ist und ob mit ihren Werten parametrische oder nichtparametrische Testverfahren durchgeführt werden müssen (Myles et al. 1999). Diese Frage war für die in dieser Dissertation beschriebene Studie nicht von Bedeutung, da mit den visuellen Analogskalen nur Korrelationen nach Spearman mit dem aAES gerechnet wurden (s. 2.4.5.).

Das ***Drug Attitude Inventory*** wurde in seiner Kurzversion für die Untersuchung der Einstellung zur Medikation verwendet (s. 2.3.3.). Ein Nachteil der Kurzversion könnte die ungleiche Verteilung von bejahenden und verneinenden Aussagen (sechs vs. vier) im Vergleich zur Langversion mit je 15 positiven und negativen Aussagen sein.

Die Kritik an der Validität des DAI bzw. vielmehr an der Testung der Validität wurde in einem Artikel von Thompson et al. 2000 zusammengefasst: Zur Testung der Validität wurde die nur durch Therapeuten eingeschätzte Medikamentencompliance verwendet, wobei hierdurch die Compliance häufig über- bzw. falsch eingeschätzt wird (Norell 1981; McClellan u. Cowan 1970). Außerdem wurden die Probanden für die Untersuchung der Validität lediglich in Gruppen von „compliers“ und „non-compliers“ eingeordnet, was dem vielschichtigen Thema der Compliance nicht gerecht wird (Thompson et al. 2000).

Mit dem ***Fragebogen zur Krankheitseinsicht*** FKE-10 wurde ein recht neues Instrument für die Befragung verwendet. Es zählt nicht zu seit längerer Zeit etablierten Forschungsinstrumenten wie beispielsweise die PANSS. Die in dieser Dissertation beschriebene Studie war eine der ersten, die auf den FKE-10 zur

Erfassung der Krankheitseinsicht von Patienten zurückgriff. Die Erstuntersuchung der psychometrischen Eigenschaften dieser Skala ergab zufriedenstellende Ergebnisse, die ihre Anwendung befürworteten (s. 2.3.4.). Folgeuntersuchungen zu den Eigenschaften der Skala fehlen.

Zur Einordnung der Symptomintensität von schizophrenen Patienten wurde in dieser Studie die **Positive and Negative Syndrome Scale** als eines der häufig für diese Fragestellung verwendeten Instrumente ausgewählt. Es muss angemerkt werden, dass das Rating nicht von einer seit Jahren im psychiatrischen Bereich tätigen Person durchgeführt wurde, sondern wie die restliche Befragung von der Doktorandin selbst. Vor Beginn der Befragung hatte sie eine Raterschulung erhalten (s. 2.3.5.), diese ersetzt aber selbstverständlich nicht jahrelange klinische Erfahrung.

Fehlende Angaben wurden mit der *person mean imputation* ersetzt (s. 2.4.8.). Zu dieser Methode, um für fehlende Daten einen möglichst genaue Ersatzwert zu ermitteln, finden sich Studien, laut deren Ergebnissen andere Imputationsmethoden wie die *multiple imputation* der *person mean imputation* überlegen sind, beispielsweise die Arbeit von Peyre et al. 2011. Jedoch ist die *person mean imputation* eine relativ einfach durchzuführende Imputationsmethode und zeigte u. a. bei Shrive et al. (2006) und Hawthorne und Elliott (2005) eine zufriedenstellende Vorhersagekraft der fehlenden Daten, weswegen sie für diese Studie ausgewählt wurde.

4.3. Schlussfolgerungen

Die in dieser Dissertation beschriebene Studie untersucht das Erleben von Zwang durch die Medikamenteneinnahme bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in zwei Einrichtungen des baden-württembergischen Maßregelvollzugs. Inwieweit die Ergebnisse dieser Studie auf Patienten in anderen Regionen Deutschlands übertragbar sind, ist unklar und müsste durch Studien an anderen Einrichtungen bestätigt bzw. widerlegt werden.

Ziel war es, die von den Gesetzesreformen zur Zwangsbehandlung Betroffenen im Maßregelvollzug zu befragen. Eine der zu nennenden Erkenntnisse der Studie war, dass nur ein minimaler Anteil der Patienten in den Untersuchungseinrichtungen

überhaupt eine gerichtlich angeordnete Zwangsmedikation in den studienrelevanten Zeiträumen erfahren hatte.

Das Erleben von Zwang hing bei den Probanden nicht von soziodemografischen Faktoren ab, sondern vielmehr von ihrer Einstellung zur Medikation und ihrer Krankheitseinsicht, zu einem geringeren Teil von der Ausprägung ihrer Symptomatik. Diese drei signifikanten Prädiktoren des Erlebens von Zwang wären klinisch beeinflussbar, sodass mit entsprechenden Maßnahmen zumindest bei einem Teil der Patienten eine Reduktion des Zwangs, den diese durch die angeordnete Medikamenteneinnahme empfinden, bewirkt werden könnte.

Ein Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit anderen Arbeiten zum Thema fiel schwer, da es stark an solchen Arbeiten mangelt. Zu der untersuchten Population, den Patienten des Maßregelvollzugs, gibt es bedeutend weniger Studien als zu allgemeinspsychiatrischen Patienten, v. a. im deutschsprachigen Raum. Diese Tatsache war auch Anlass dieser Dissertation.

Auch wenn der Mangel an Untersuchungen zu Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie am stärksten ausgeprägt ist, wäre es ebenso relevant, diese Untersuchung im allgemeinspsychiatrischen Bereich zu wiederholen, da dieser ebenso wie die forensische Psychiatrie von den Gesetzesreformen betroffen ist.

Ein weiteres Anliegen zukünftiger Forschungsarbeiten sollte sein, geeignete Instrumente zu entwickeln, um das Zwangserleben von Patienten durch die ihnen angeordnete Medikation zu untersuchen. Erstaunlicherweise existieren diese noch nicht, weswegen für diese Studie der *Admission Experience Survey* adaptiert wurde. Der adaptierte Fragebogen erwies sich in dieser Untersuchung als hilfreich und, soweit anhand der durchgeführten Analysen zu beurteilen, als valides Instrument. Die Validität des adaptierten *Admission Experience Survey* müsste jedoch noch weitergehend untersucht werden, bevor es als Forschungsinstrument für das Zwangserleben von Patienten durch die ihnen angeordnete Medikation etabliert werden könnte.

5. Zusammenfassung

Die in dieser Dissertation beschriebene Studie untersucht das Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation bei im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten. Sie wurde als Vollerhebung an allen teilnahmebereiten Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in zwei forensischen Psychiatrien Baden-Württembergs durchgeführt (Diagnosen F20–29 nach der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* ICD-10). Anlass waren die Gesetzesreformen zur Zwangsbehandlung in Baden-Württemberg und der Mangel an Befragungen betroffener Patienten im Maßregelvollzug.

Soziodemografische Daten und das Vorliegen von Zwangsmaßnahmen wurden der forensischen Basisdokumentation Baden-Württemberg (FoDoBa) und dem Krankenhausinformationssystem (NEXUS/KIS) entnommen, auch für Patienten, welche die Teilnahme verweigerten, um die Repräsentativität der Stichprobe einschätzen zu können. Die Probanden wurden mit folgenden Fragebögen befragt: dem adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) zum Erleben von Zwang durch die angeordnete antipsychotische Medikation; zwei visuellen Analogskalen zum Ausmaß des erlebten Zwangs durch die Medikation und durch die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie (VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt); dem *Drug Attitude Inventory* (DAI-10) zum Erfassen der Einstellung zur Medikation; dem *Fragebogen zur Krankheitseinsicht* (FKE-10) zum Erfassen der Einsicht in die Krankheit und ihre Behandlungsbedürftigkeit sowie der *Coercion Experience Scale* (CES) zu den Belastungen durch verschiedene Zwangsmaßnahmen bei denjenigen Probanden, die Zwangsbehandlungen erfahren hatten. Außerdem wurde die Ausprägung der Symptomatik der Probanden mit der *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) anhand eines strukturierten klinischen Interviews beurteilt. Die Datenauswertung erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 21.0.

Von 112 Patienten, bei denen eine Befragung möglich gewesen wäre, erklärten sich 56 (50 %) zur Teilnahme bereit. Von den Probanden waren 88 % männlich. Im Durchschnitt waren die Probanden 39 Jahre alt und befanden sich seit zwei Jahren und drei Monaten in der Maßregelvollzugseinrichtung. Als häufigste Hauptdeliktart lagen bei 86 % ein Körperverletzungsdelikt, versuchtes oder vollendetes Tötungsdelikt vor. Insgesamt hatten 70 % der Probanden während ihres Aufenthalts

in der forensischen Psychiatrie Zwangsmaßnahmen erfahren. Die Repräsentativität der Stichprobe ist als hoch einzuordnen, Teilnehmende und Nichtteilnehmende unterschieden sich nur hinsichtlich ihres Migrationshintergrundes signifikant, was durch mangelnde Sprachkenntnisse als Ausschlusskriterium der Studie erklärt werden kann (weniger Personen mit Migrationshintergrund unter den Teilnehmenden).

Der aAES war zu den ersten vier Wochen des Aufenthalts und den letzten vier Wochen vor der Befragung erhoben worden, um eine Veränderung des Ausmaßes des erlebten Zwangs über die Zeit des Aufenthalts feststellen zu können. Die übrigen Fragebögen waren bezogen auf die letzten vier Wochen vor der Befragung bearbeitet worden. In Bezug auf die letzten vier Wochen vor der Befragung gaben die Probanden ein eher geringes Ausmaß von Zwang durch die angeordnete Medikation an (6,5 bei möglichen Summenwerten des aAES von 0 bis 22). Der Spearman-Korrelationskoeffizient von aAES und VAS_Medikation betrug .681, was für die Validität des aAES spricht. Die Einstellung der Probanden zu ihrer Medikation lässt sich als eher positiv einordnen (3,3 bei möglichen Summenwerten des DAI-10 von -10 bis +10). Die Probanden zeigten sich im Durchschnitt trotz bereits langer Behandlung und Psychoedukation nur mäßig einsichtig in ihre Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit (35,4 bei möglichen Summenwerten des FKE-10 von 10 bis 50). Ihre Symptomatik war nur gering ausgeprägt (44,4 bei möglichen Summenwerten der PANSS von 30 bis 210). In den studienrelevanten Zeiträumen waren nur drei Probanden von einer Zwangsbehandlung betroffen, die in diesen Fällen angewandte CES konnte deswegen nur deskriptiv ausgewertet werden. Prädiktoren des Erlebens von Zwang in Bezug auf die Medikamenteneinnahme wurden zunächst bivariat mit geeigneten statistischen Verfahren geprüft. Anschließend wurde ein multivariates lineares Regressionsmodell mit dem aAES als abhängiger und den bivariat signifikant korrelierenden Variablen als unabhängigen Variablen gerechnet. Dabei zeigte sich, dass das Erleben von Zwang in erster Linie durch die Krankheitseinsicht (FKE-10) und die Einstellung zu Medikamenten (DAI-10) sowie in geringerem Maße durch die psychopathologische Symptomatik (PANSS) prädiziert wurde, während alle verfügbaren soziodemografischen und anamnestischen Daten keinen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der Varianz lieferten. Die erklärte Varianz war mit $R^2 = .565$ vergleichsweise hoch.

6. Literaturverzeichnis

1. Altenor A: Past and Current Views on the Use of Seclusion and Restraint in Treatment. Psychiatr Serv 56: 1622 (2005)
2. Arbeitsgruppe Prozessoptimierung Forensische Psychotherapie: (unveröffentlichte Befunde) (19.08.2015) (2014)
3. Armstrong BK, White E, Saracci R: Principles of exposure measurement in epidemiology, 1. Aufl, Oxford University Press, Oxford, S. 294-321 (1992)
4. Bajaj V, Sengupta S, Gupta DK: Psychopathology, insight and compliance in schizophrenia. Ir J Psychol Med 26: 12–15 (2009)
5. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, New York, S. 101-301 (2013)
6. Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, Lysaker P, Cicchetti D: The Positive and Negative Syndrome Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale. Reliability, comparability, and predictive validity. J Nerv Ment Dis 180: 723–728 (1992)
7. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T: A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. Psychiatr Serv 62: 1310–1317 (2011)
8. Bergk J, Einsiedler B, Steinert T: Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. Clin Trials 5: 356–363 (2008)
9. Bergk J, Flammer E, Steinert T: "Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures. BMC Psychiatry 10: 5 (2010)
10. BGH: Beschluss vom 20. Juni 2012. XII ZB 130/12. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60971&pos=0&anz=1> (07.09.16) (2012a)
11. BGH: Beschluss vom 20. Juni 2012. XII ZB 99/12. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi->

bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&Seite=2&nr=60970&pos=74&anz=629 (07.09.16) (2012b)

12. Brieger P, Kling Lourenco P, Steinert T, Langle G, Lemke U, Herpertz SC, Croissant D, Becker T, Kilian R: Psychiatrische Unterbringungspraxis. *Nervenarzt* 85: 606–613 (2014)

13. Bruns H, Gather J, Henking T, Vollmann J: Überlegungen aus klinisch-ethischer Perspektive. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*, 1. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg, S. 91–116 (2015)

14. Bruns H, Henking T: Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*, 1. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg, S. 19–28 (2015)

15. Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften. http://www.bmjbv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RegE_Aenderung_Paragraph63StGB.pdf (16.09.2016) (2015)

16. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.: Bundestag missachtet Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts! Presseerklärung zu Zwangsbehandlung. http://www.bpe-online.de/verband/vorstandsmitteilungen/Bundestag_missachtet_Rechtsprechung_des_BVerfG_1-2013.pdf (14.09.2016) (2013)

17. BVerfG: Beschluß des Zweiten Senats vom 7. Oktober 1981. 2 BvR 1194/80. <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv058208.html> (07.09.16) (1981)

18. BVerfG: Beschluss des Zweiten Senats vom 12. Oktober 2011. 2 BvR 633/11. http://www.bverfg.de/e/rs20111012_2bvr063311.html (06.09.16) (2011a)

19. BVerfG: Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011. 2 BvR 882/09. http://www.bverfg.de/e/rs20110323_2bvr088209.html (06.09.16) (2011b)

20. BVerfG: Beschluss des Zweiten Senats vom 20. Februar 2013. 2 BvR 228/12. http://www.bverfg.de/e/rs20130220_2bvr022812.html (06.09.16) (2013)
21. Commission of the European Communities: Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union, Brüssel, 14.10.2005. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf (14.09.2016) (2005)
22. Council of Europe, Steering Committee on Bioethics: "White Paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016804553af> (15.09.2016) (2000)
23. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T: Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry* 44: 921–928 (2010)
24. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, Healy D, Rae P, Power C: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 62: 717–724 (2005)
25. Degl' Innocenti A, Hassing LB, Lindqvist AS, Andersson H, Eriksson L, Hanson FH, Moller N, Nilsson T, Hofvander B, Anckarsater H: First report from the Swedish National Forensic Psychiatric Register (SNFPR). *Int J Law Psychiatry* 37: 231–237 (2014)
26. Deutsches Institut für Menschenrechte: Stellungnahme der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der Öffentlichen Anhörung am Montag, den 10. Dezember 2012, im Rahmen der 105. Sitzung des Rechtsausschusses. http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/MSt_2012_Stellungnahme_Psychiatrie_und_Menschenrechte.pdf (23.01.2017) (2012)

27. Dickson BC, Pollanen MS: Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. *J Forensic Leg Med* 16: 284–286 (2009)
28. Donat DC: Encouraging Alternatives to Seclusion, Restraint, and Reliance on PRN Drugs in a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatr Serv* 56: 1105–1108 (2005)
29. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, Freeman D: A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res* 100: 53–59 (2008)
30. Fiorillo A, Giacco D, Rosa C de, Kallert T, Katsakou C, Onchev G, Raboch J, Mastrogianni A, Del Vecchio V, Luciano M, Catapano F, Dembinskas A, Nawka P, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Maj M, Priebe S: Patient characteristics and symptoms associated with perceived coercion during hospital treatment. *Acta Psychiatr Scand* 125: 460–467 (2012)
31. Flammer E, Steinert T: Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. *Psychiatr Prax* 42: 260–266 (2014)
32. Flammer E, Steinert T: Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Front Psychiatry* 6: 153 (2015)
33. Flammer E, Steinert T: Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg. Auswertung des Melderegisters für das Berichtsjahr 2015. Vortrag bei der 39. Tagung des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang, Calw-Hirsau (20.10.2016)
34. Flammer E, Steinert T, Eisele F, Bergk J, Uhlmann C: Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 9: 110–119 (2013)
35. Galea S, Tracy M: Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 17: 643–653 (2007)

36. Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP: Two Scales for Measuring Patients' Perceptions for Coercion During Mental Hospital Admission. *Behav Sci Law* 11: 307–321 (1993)
37. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R: Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry* 12: 54 (2012a)
38. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A: Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q* 83: 1–13 (2012b)
39. Gowda GS, Noorthoorn EO, Kumar CN, Nanjegowda RB, Math SB: Clinical correlates and predictors of perceived coercion among psychiatric inpatients: A prospective pilot study. *Asian J Psychiatr* 22: 34–40 (2016)
40. Graumann S: Kann Zwang gerechtfertigt sein? Ethische Überlegungen zu unfreiwilligen psychiatrischen Behandlungen. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Gewalt und Psyche*, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 123–152 (2014)
41. Harris GT, Rice ME, Preston DL: Staff and patient perceptions of the least restrictive alternatives for the short-term control of disturbed behavior. *J Psychiatry Law* 17: 239–263 (1989)
42. Hawthorne G, Elliott P: Imputing cross-sectional missing data: comparison of common techniques. *Aust N Z J Psychiatry* 39: 583–590 (2005)
43. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E: Decreasing the Use of Restraint and Seclusion Among Psychiatric Inpatients. *J Psychiatr Pract* 13: 308–317 (2007)
44. Henking T, Mittag M: Rechtliche Rahmenbedingungen. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen*, 1. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg, S. 29–90 (2015)
45. Herpertz SC, Maier W, Müller J, Nedopil N, Schneider F, Falkai P: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Zum Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 20.06.2012, veröffentlicht am 17.07.2012, Stellungnahme Nr. 13.

<https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//zum-beschluss-2.html> (21.01.2017) (2012)

46. Höffler K: Kriminologische und rechtstatsächliche Überlegungen zur Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. In: Dudeck M, Kaspar J, Lindemann M (Hrsg) Verantwortung und Zurechnung im Spiegel von Strafrecht und Psychiatrie, Augsburger Rechtsstudien, Bd 79, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 193–204 (2014)

47. Hogan TP, Awad AG, Eastwood R: A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 13: 177–183 (1983)

48. Hui A, Middleton H, Völlm B: Coercive Measures in Forensic Settings: Findings from the Literature. *Int J Forensic Ment Health* 12: 53–67 (2013)

49. IBM Corp.: IBM SPSS Statistics, IBM Corp. (2012)

50. Jaeger S, Pfiffner C, Weiser P, Langle G, Croissant D, Schepp W, Kilian R, Becker T, Eschweiler G, Steinert T: Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48: 1787–1796 (2013)

51. Jäger M, Rössler W: Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Res* 180: 48–53 (2010)

52. Jarrett M, Bowers L, Simpson A: Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *J Adv Nurs* 64: 538–548 (2008)

53. Jones K: Robert Gardiner Hill and the non-restraint movement. *Can J Psychiatry* 29: 121–124 (1984)

54. Jonikas JA, Cook JA, Rosen C, Laris A, Kim JB: A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv* 55: 818–820 (2004)

55. Kaltiala-Heino R, Valimaki M, Korkeila J, Tuohimaki C, Lehtinen V: Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 18: 290–295 (2003)
56. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, Cinculova A, Ociskova M, Holubova M, Smoldasova J, Tichackova A: Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence* 10: 1289–1298 (2016)
57. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 13: 261–276 (1987)
58. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP: Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Res* 23: 99–110 (1988)
59. Keeter S, Kennedy C, Dimock M, Best J, Craighill P: Gauging the Impact of Growing Nonresponse on Estimates from a National RDD Telephone Survey. *Public Opin Q* 70: 759–779 (2006)
60. Landtag von Baden-Württemberg: Gesetz zur Änderung des Unterbringungsgesetzes und des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg vom 2. Juli 2013. Drucksache 15/3668. https://www.landtag-bw.de/files/live/sites/LTBW/files/dokumente/WP15/Drucksachen/3000/15_3668_D.pdf (21.01.2017) (2013)
61. Levin JB, Seifi N, Cassidy KA, Tatsuoka C, Sams J, Akagi KK, Sajatovic M: Comparing medication attitudes and reasons for medication nonadherence among three disparate groups of individuals with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 202: 769–773 (2014)
62. Lipp V: Erwachsenenschutz und Verfassung - Betreuung, Unterbringung und Zwangsbehandlung. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Gewalt und Psyche*, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 69–102 (2014)
63. McClellan TA, Cowan G: Use of Antipsychotic and Antidepressant Drugs by Chronically Ill Patients. *Am J Psychiatry* 126: 1771–1773 (1970)

64. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, BERPohl F, Lehmann A, Montag C: Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266: 337–347 (2016)
65. Moher D, Jones A, Lepage L, for the CONSORT Group: Use of the CONSORT Statement and Quality of Reports of Randomized Trials. *JAMA* 285: 1992 (2001)
66. Morisky DE, Green LW, Levine DM: Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 24: 67–74 (1986)
67. Morton SMB, Bandara DK, Robinson EM, Carr PEA: In the 21st Century, what is an acceptable response rate? *Aust N Z J Public Health* 36: 106–108 (2012)
68. Myles PS, Troedel S, Boquest M, Reeves M: The pain visual analog scale: is it linear or nonlinear? *Anesth Analg* 89: 1517–1520 (1999)
69. Naber D: A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol* 10: 133–138 (1995)
70. Naber D, Karow A, Lambert M: Subjective well-being under the neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatr Scand Suppl*: 29–34 (2005)
71. Naber D, Moritz S, Lambert M, Pajonk FG, Holzbach R, Mass R, Andresen B: Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophr Res* 50: 79–88 (2001)
72. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S: Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry* 19: 201–217 (1996)
73. Nielsen RE, Lindstrom E, Nielsen J, Levander S: DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 22: 747–750 (2012)
74. Norell SE: Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance. *Soc Sci Med E* 15: 57–61 (1981)

75. Norman HJ: Some Factors in the Reform in the Treatment of the Insane. *Proc R Soc Med* 24: 1068–1074 (1931)
76. Patel MX, Zoysa N de, Bernadt M, Bindman J, David AS: Are depot antipsychotics more coercive than tablets? The patient's perspective. *J Psychopharmacol* 24: 1483–1489 (2010)
77. Peyre H, Lepage A, Coste J: Missing data methods for dealing with missing items in quality of life questionnaires. A comparison by simulation of personal mean score, full information maximum likelihood, multiple imputation, and hot deck techniques applied to the SF-36 in the French 2003 Decennial Health Survey. *Qual Life Res* 20: 287–300 (2011)
78. Pollähne H: Hat das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten? Die Rechtsprechung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Gewalt und Psyche*, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 17–40 (2014)
79. Pollmächer T: Die Behandlung Einwilligungsunfähiger gegen ihren natürlichen Willen aus medizinischer Sicht. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) *Gewalt und Psyche*, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 169–186 (2014)
80. Poulsen HD, Engberg M: Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatr Scand* 103: 60–65 (2001)
81. Pruß L, Wiedl KH, Dudenborstel L, Waldorf M: Einsicht in zwei Minuten. Vorstellung eines Screenings zur Erfassung von Krankheitseinsicht bei Schizophrenie: FKE-10 (unveröffentlichte Befunde) (2013)
82. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyanen OP, Kautiainen H, Tiihonen J: Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 64: 850–855 (2013)
83. Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert

TW: Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 61: 1012–1017 (2010)

84. Ranieri V, Madigan K, Roche E, Bainbridge E, McGuinness D, Tierney K, Feeney L, Hallahan B, McDonald C, O'Donoghue B: Caregivers' perceptions of coercion in psychiatric hospital admission. *Psychiatry Res* 228: 380–385 (2015)

85. Rocca P, Crivelli B, Marino F, Mongini T, Portaleone F, Bogetto F: Correlations of attitudes toward antipsychotic drugs with insight and objective psychopathology in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 49: 170–176 (2008)

86. Rofail D, Gray R, Gournay K: The development and internal consistency of the Satisfaction with Antipsychotic Medication Scale. *Psychol Med* 35: 1063–1072 (2005)

87. Sailas E, Wahlbeck K: Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry* 18: 555–559 (2005)

88. Sawilowsky SS, Blair RC: A more realistic look at the robustness and Type II error properties of the t test to departures from population normality. *Psychol Bull* 111: 352–360 (1992)

89. Seifert D, Jahn K, Bolten S: Zur momentanen Entlassungssituation forensischer Patienten (§ 63 StGB) und zur Problematik der Gefährlichkeitsprognose. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 245–255 (2001)

90. Setia M: Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian J Dermatol* 61: 261–264 (2016)

91. Shrive FM, Stuart H, Quan H, Ghali WA: Dealing with missing data in a multi-question depression scale: a comparison of imputation methods. *BMC Med Res Methodol* 6: 57 (2006)

92. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, Hardentstine BD, Kopchick GA: Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv* 56: 1115–1122 (2005)

93. Steinert T: Die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und in der klinischen Psychiatrie nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts. In: Dudeck M, Kaspar J, Lindemann M (Hrsg) Verantwortung und Zurechnung im Spiegel von Strafrecht und Psychiatrie, Augsburger Rechtsstudien, Bd 79, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 167–192 (2014)
94. Steinert T: Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive der klinischen Psychiatrie: Evidenz und Good Clinical Practice. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen, 1. Aufl, Springer, Berlin Heidelberg, S. 1–18 (2015)
95. Steinert T: An International Perspective on the Use of Coercive Measures. In: Völlm B, Nedopil N (Hrsg) The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges, 1. Aufl, Springer International Publishing, Cham, S. 87–100 (2016)
96. Steinert T: Ethics of Coercive Treatment and Misuse of Psychiatry. Psychiatr Serv [Epub ahead of print] (2016b)
97. Steinert T, Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie: Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? Psychiatr Prax 38: 348–351 (2011)
98. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J: Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. Psychiatr Serv 64: 1012–1017 (2013)
99. Steinert T, Borbé R: Zwangsbehandlung. PSYCH up2date 7: 185–196 (2013)
100. Steinert T, Ketelsen R: Fixierungen im somatischen Krankenhaus häufiger als in der Psychiatrie? Psychiatr Prax 41: 52–53 (2014)
101. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, Schwink A, Voigtlander W: Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42: 140–145 (2007)

102. Steinert T, Müller J, Finzen A, Gründer G, Pollmächer T, Simon A, Spengler A, Maier W, Falkai P: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen. http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahme_n/2012/stn-2012-10-18-memorandum_patientenautonomie.pdf (08.09.2016) (2012)
103. Steinert T, Schmid P: Effect of voluntariness of participation in treatment on short-term outcome of inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 55: 786–791 (2004)
104. Steinert T, Traub HJ: Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59: 98–104 (2016)
105. Szmukler G: 'Coercive' Measures. In: Helmchen H, Sartorius N (Hrsg) *Ethics in Psychiatry: European Contributions, International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*, Bd 45, Springer Netherlands, Dordrecht, S. 321–340 (2010)
106. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA: Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 42: 241–247 (2000)
107. Trentino K, Farmer S, Gross I, Shander A, Isbister J: Observational studies - should we simply ignore them in assessing transfusion outcomes? *BMC Anesthesiol* 16: 96 (2016)
108. United Nations: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf> (14.09.2016) (2009)
109. United Nations: Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. Human Rights Council, 22nd session, 01.02.2013. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (14.09.2016) (2013)

110. United Nations - Committee on the Rights of Persons with Disabilities: General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal recognition before the law. [https://documents-dds-](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement)

[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement](https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement)
(23.01.2017) (2014)

111. Visser P, Krosnick JA, Marquette J, Curtin M: Mail Surveys for Election Forecasting? Public Opin Q 60: 181 (1996)

112. Vollmann J: Handeln gegen den Willen des Patienten. Lassen sich Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie ethisch rechtfertigen? In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) Gewalt und Psyche, 1. Aufl, Nomos, Baden-Baden, S. 153–168 (2014)

113. Weithmann G, Traub HJ: Die psychiatrische Vorgeschichte schizophrener Maßregelpatienten - Rahmenbedingungen der Deliktprävention durch die Allgemeinpsychiatrie. Forens Psychiatr Psychol Krimino 2: 38–45 (2008)

114. Weltgesundheitsorganisation: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg.), 8. überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM 2016, hogrefe, Bern, S. 91-118 (2016)

115. Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg: Forensik-Fibel. Kleines ABC des Maßregelvollzugs. [https://www.zfp-](https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forensik_Infos/Forensikfibel_2012_Aufl3.pdf)

[web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forensik_Infos/Forensikfibel_2012_Aufl3.pdf](https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forensik_Infos/Forensikfibel_2012_Aufl3.pdf) (23.01.2017) (2012)

Anhang

Anhang 1 Patienteninformation

Anhang 2 Einwilligungserklärung

Anhang 3 Adaptierter Admission Experience Survey (aAES)

Anhang 4 Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10)

Anhang 5 Drug Attitude Inventory (DAI-10) und Visuelle Analogskalen

Anhang 6 Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – Übersicht

Anhang 7 Coercion Experience Scale (CES)

Anhang 8 **Tab. 12:** Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden

Anhang 9 **Tab. 13:** Vergleich der Summenwerte des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) je nach soziodemografischen und klinischen Merkmalen der Probanden

Anhang 1

ZfP Südwürttemberg • Weingartshofer Straße 2 • 88214 Ravensburg

Patienteninformation**Zwangsbehandlung nach der Reform des
Maßregelvollzugsrechts in Baden-
Württemberg am Beispiel der Betroffenen
zweier forensischer Zentren****Forschung und Lehre**

Prof. Dr. med. Tilman Steinert
Leiter des Zentralbereichs Forschung und
Lehre

Weingartshofer Straße 2
88214 Ravensburg
Telefon 0751-7601 2738
Telefon 0751-7601 2364
Telefax 0751-7601-2790
E-Mail tilman.steinert@zfp-zentrum.de

Weissenau, 8. Januar 2014

Unser Zeichen Prof. Dr. Steinert/Gn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in den letzten Jahren wurde in der Öffentlichkeit viel über das Thema Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken diskutiert. Es kam zu gesetzlichen Neuerungen. Über die Praxis der Behandlung im Maßregelvollzug ist jedoch bisher wenig bekannt. Insbesondere wurde bisher noch nie untersucht, wie die Betroffenen, die Patienten selbst, ihre Medikation erleben. Dafür interessieren wir uns und dafür benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir wollen im Rahmen dieses Projekts alle Patienten befragen, die wegen einer psychotischen Erkrankung in zwei Kliniken des Maßregelvollzugs im ZfP Südwürttemberg behandelt werden.

Antipsychotische Medikamente sind auch Teil Ihres Therapieplans. Mit dieser Studie möchten wir untersuchen, wie Sie als Patient im Maßregelvollzug die verordnete Einnahme von Antipsychotika (= Neuroleptika) erleben, ob Sie Zwang bei der Einnahme der Medikamente empfinden, ggf. in welcher Weise und was mögliche Einflussfaktoren dafür sein können.

Falls Sie bereits eine tatsächliche Zwangsbehandlung im rechtlichen Sinne erlebt haben, interessiert uns auch hier, wie Sie diese im Hinblick auf das Ausmaß von Zwang und als Eingriff in die Menschenwürde erlebt haben. Dies soll, falls Sie derartige Erfahrungen haben, mit Ihren Erfahrungen in Bezug auf andere Zwangsmaßnahmen verglichen werden.

Durch die Teilnahme an dieser Studie könnten Sie eventuell an unangenehme Erlebnisse erinnert werden. Falls unsere Fragen dazu führen, dass Sie sich von unangenehmen Erinnerungen belastet fühlen, können Sie sich an Ihren behandelnden Arzt oder Psychologen wenden. Sonstige Nebenwirkungen sind bei dieser Art von Studie, die nur aus einer Befragung besteht, nicht zu erwarten.

Wenn Sie bereit sind, an dieser Studie teilzunehmen, werden Sie an einem einzigen Termin anhand eines Fragenkatalogs/Fragebogens befragt. Das Interview wird etwa 45 Minuten dauern. Zusätzlich werden die Daten aus der sog. forensischen Basisdokumentation für die Auswertung benötigt. Dieses Formblatt wird jährlich bei allen Patienten des Maßregelvollzugs von dem behandelnden Therapeuten ausgefüllt. Darüber hinaus hat die Doktorandin keinen Zugang zu Ihrer Krankenakte und zu darin

enthaltenen Gutachten. Die im Interview und aus der forensischen Basisdokumentation erhobenen Daten werden in anonymisierter Form ausgewertet.

FREIWILLIGKEIT:

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin studienbedingt erhobenen Daten gelöscht und die entsprechenden Proben werden vernichtet. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Betreuung.

ERREICHBARKEIT DES STUDIENARZTES:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende(n) Ansprechpartner: Prof. Dr. Tilman Steinert unter der Telefonnummer 0751 7601 2738 erreichen. Ansonsten ist wie immer der ärztlich-therapeutische Dienst Ihrer Station für Ihre gesamte Behandlung zuständig.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Studienarzt.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projekts betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse sollen in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden.

Soweit es zur Kontrolle der korrekten Datenerhebung erforderlich ist, dürfen autorisierte Personen (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) Einsicht in die studienrelevanten Teile der Akte nehmen. Das ist in Ihrem Fall allerdings nur die forensische Basisdokumentation, zumal die Doktorandin ansonsten auch keinen Einblick in die Krankenakte erhält.

Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der obengenannten ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

.....
Ort, Datum

.....
Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Anhang 2**Einwilligungserklärung****Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren**

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir Frau cand. med. Juliane Horvath ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Speicherung, Auswertung und Weitergabe dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden
2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name Patient/in)

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift Patient/in)

Anhang 3**Adaptierter Admission Experience Survey (aAES)**

Die Fragen beziehen sich jeweils auf die ersten und die letzten vier Wochen des Aufenthalts.

	Erste vier Wochen	Letzte vier Wochen
1. Ich fühlte mich frei, über die Einnahme der Medikamente zu entscheiden.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
2. Man versuchte mich zur Einnahme der Medikamente zu zwingen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
3. Ich hatte genug Gelegenheit mich zu äußern, ob ich die Medikamente nehmen möchte.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
4. Ich habe mich selbst entschieden, die Medikamente zu nehmen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
5. Ich hatte Gelegenheit, meine Meinung über die Medikamente zu sagen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
6. Man drohte mir, dass man mich dazu bringen würde, die Medikamente zu nehmen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
7. Es war meine Idee, diese Medikamente zu nehmen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
8. Ich wurde mit körperlicher Gewalt gezwungen, die Medikamente zu nehmen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
9. Niemand schien sich dafür zu interessieren, ob ich die Medikamente nehmen will.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
10. Mir wurde mit anderen Formen von Zwangsmaßnahmen gedroht, wenn ich die Medikamente nicht nehme.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
11. Man sagte mir, dass ich die Medikamente zwangsweise gespritzt bekomme, wenn ich sie nicht nehme.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
12. Niemand versuchte mich zu zwingen, die Medikamente zu nehmen.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
13. Meine Meinung bezüglich der Medikamenteneinnahme spielte keine Rolle.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
14. Ich konnte selber bestimmen, ob ich die Medikamente einnehme.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe

15. Ich hatte mehr Einfluss als irgendjemand sonst darüber, ob ich die Medikamente einnehme.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
16. Was für Gefühle erzeugte es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen: a) wütend b) traurig c) erfreut d) erleichtert e) verwirrt f) erschrocken g) keine besonderen Gefühle	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
17. Ich nahm die Medikamente, weil ich sonst erhebliche andere Freiheitseinschränkungen zu erwarten hätte.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
18. Ich nahm die Medikamente, weil mir mit negativen Konsequenzen bei einer Verweigerung gedroht wurde.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
19. Ich war eigentlich nicht mit der Medikamenteneinnahme einverstanden, nahm sie aber ein, weil ich weiß, dass das die Voraussetzung für meine Entlassung ist.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
20. Die antipsychotischen Medikamente sind für mich in dieser Auswahl und Dosierung genau richtig.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
21. Eigentlich glaube ich, dass ich gar keine antipsychotischen Medikamente brauche.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
22. Mit dem antipsychotischen Medikament/den antipsychotischen Medikamenten bin ich im Grunde einverstanden, aber nicht mit der verordneten Dosierung.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe
23. Ich bin im Grunde einverstanden mit der Dosis der antipsychotischen Medikamente, die ich bekomme, hätte aber gerne ein anderes Präparat.	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe	Trifft zu Trifft nicht zu Keine Angabe

Anhang 4

Kurzfragebogen zum Erleben seelischer Schwierigkeiten (FKE-10)

Die Skala wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Anhang 5**Drug Attitude Inventory (DAI-10)**

Die Skala wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Visuelle Analogskalen:**VAS_Medikation**

Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihres Aufenthalts erfahren haben?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (extrem)

VAS_Aufenthalt

Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (extrem)

Anhang 6

Positiv- und Negativ-Syndrom-Skala (PANSS) – Übersicht

Die Skala wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Anhang 7

**Coercion Experience Scale (CES) bei Zwangsmedikation und mechanischen
Zwangsmaßnahmen**

Die Skala wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Die Skala wurde aus Gründen des Urheberrechts entfernt.

Anhang 8

Tab. 12: Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Untersuchung von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014. BtMG = Betäubungsmittelgesetz, Fxx entspricht Codierung gemäß ICD-10, ICD = *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, MW = Mittelwert, N = Fallzahl, SD = Standardabweichung, StGB = Strafgesetzbuch, StPO = Strafprozessordnung. Alle Ergebnisse nicht signifikant ($p > .05$). ¹Daten nicht normalverteilt, Mann-Whitney-U-Test zur Kontrolle des T-Tests gerechnet

Skalen-niveau	Soziodemografisches/ klinisches Merkmal	Nicht- teilnehmende	Teil- nehmende	Testmethode	Ergebnis
		N (% spaltenweise)			
Nominalskala	Ort der Unterbringung: Weissenau Bad Schussenried	46 (59,7) 31 (40,3)	35 (62,5) 21 (37,5)	Chi-Quadrat-Test	$\chi^2(1) = 0,10$
	Geschlecht: Männlich Weiblich	69 (89,6) 8 (10,4)	49 (87,5) 7 (12,5)		$\chi^2(1) = 0,14$
	Familienstand zum Erhebungszeitpunkt: Ledig Verheiratet Geschieden/verwitwet	60 (78,9) 7 (9,2) 9 (11,8)	43 (76,8) 4 (7,1) 9 (16,1)		$\chi^2(2) = 0,61$
	Soziale Lebenssituation bei Straftat: Ledig-allein lebend In Partnerschaft/Ehe/bei Eltern lebend Eingliederungs-/Pflegeheim/betreutes Wohnen Wohnsitzlos/Sonstiges	21 (27,3) 31 (40,3) 13 (16,9) 12 (15,6)	26 (46,4) 16 (28,6) 7 (12,5) 7 (12,5)		$\chi^2(3) = 5,25$
	Abgeschlossene Berufsausbildung: Nein Ja	43 (57,3) 32 (42,7)	34 (61,8) 21 (38,2)		$\chi^2(1) = 0,26$
	Übernahme aus anderer Einrichtung des Maßregelvollzugs: Nein Ja	69 (89,6) 8 (10,4)	52 (92,9) 4 (7,1)		$\chi^2(1) = 0,42$
	Erstaufnahme in forensische Psychiatrie: Nein Ja	12 (15,6) 65 (84,4)	8 (14,3) 48 (85,7)		$\chi^2(1) = 0,04$
	Rechtsgrundlage der Unterbringung: § 63 StGB nach Strafrecht § 126a StPO nach § 67h StGB (in Bewährung nach §63 StGB)	60 (77,9) 14 (18,2) 3 (3,9)	45 (80,4) 8 (14,3) 3 (5,4)	Exakter Test nach Fisher (2-seitige Signifikanz)	$p = .78$
	Hauptdelikt laut rechtskräftigem Urteil/nach voraussichtlichem Urteil: Tötungsdelikt Versuchtes Tötungsdelikt Körperverletzungsdelikt/ Sonstiges Gewaltdelikt Sexualdelikt gegen Erwachsene/ Minderjährige Eigentumsdelikt/Brandstiftung/ Verkehrsdelikt/Vergehen gegen BtMG/Sonstiges Delikt	11 (14,3) 20 (26,0) 36 (46,8) 1 (1,3) 9 (11,7)	4 (7,1) 16 (28,6) 28 (50,0) 2 (3,6) 6 (10,7)		$p = .68$
	Relevante weitere Delikte: Nein Ja	37 (48,1) 40 (51,9)	23 (41,1) 33 (58,9)		Chi-Quadrat-Test
		Schuldfähigkeit: § 20 StGB	50 (64,9)	40 (71,4)	Exakter Test nach Fisher (2-

Skalen-niveau	Soziodemografisches/ klinisches Merkmal	Nicht- teilnehmende	Teil- nehmende	Testmethode	Ergebnis	
		N (% spaltenweise)				
	§ 21 StGB Voll schuldfähig Noch ohne Urteil	12 (15,6) 1 (1,3) 14 (18,2)	8 (14,3) - 8 (14,3)	seitige Signifikanz)	$p = .45$	
	Psychiatrische Hauptdiagnose: F20 F22 F25	68 (88,3) 3 (3,9) 6 (7,8)	47 (83,9) 1 (1,8) 8 (14,3)			
	F1-Nebendiagnose: Nein Ja	44 (57,1) 33 (42,9)	26 (46,4) 30 (53,6)			Chi-Quadrat-Test
	F2-Nebendiagnose: Nein Ja	74 (96,1) 3 (3,9)	56 (100,0) -	Exakter Test nach Fisher	$p = .26$	
	F4-Nebendiagnose: Nein Ja	76 (98,7) 1 (1,3)	55 (98,2) 1 (1,8)		$p = 1.00$	
	F6-Nebendiagnose: Nein Ja	73 (94,8) 4 (5,2)	53 (94,6) 3 (5,4)		$p = 1.00$	
	F7-Nebendiagnose: Nein Ja	75 (97,4) 2 (2,6)	56 (100,0) -		$p = .51$	
	Somatische Diagnose: Nein Ja	48 (62,3) 29 (37,7)	28 (50,0) 28 (50,0)	Chi-Quadrat-Test	$\chi^2(1) = 2,02$	
	Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie: Nein Ja	7 (9,5) 67 (90,5)	4 (7,3) 51 (92,7)	Exakter Test nach Fisher	$p = .76$	
	Suchtmedizinische Auffälligkeiten: Nein Ja	30 (39,0) 47 (61,0)	20 (35,7) 36 (64,3)		$p = .70$	
	Zwangsmaßnahme in den ersten vier Wochen des Aufenthalts: Nein Ja	43 (55,8) 34 (44,2)	31 (55,4) 25 (44,6)	Chi-Quadrat-Test	$\chi^2(1) = 0,003$	
	Zwangsmaßnahme in den letzten vier Wochen des Aufenthalts: Nein Ja	74 (96,1) 2 (2,6)	54 (96,4) 2 (3,6)	Exakter Test nach Fisher	$p = 1.00$	
	Zwangsmaßnahmen während des gesamten Forensik- Aufenthalts: Nein Ja	32 (41,6) 45 (58,4)	17 (30,4) 39 (69,6)	Chi-Quadrat-Test	$\chi^2(1) = 1,75$	
	Ordinalskala	Lockerungsstufe zum Zeitpunkt der Rekrutierung: Keine/Ausgang auf eingezäuntem Gelände Ausgang mit Personal Ausgang ohne Personal Beurlaubt/außerklinische Erprobung	7 (9,1) 29 (37,7) 34 (44,2) 6 (7,8)	5 (8,9) 13 (23,2) 38 (66,1) 1 (1,8)	Mann-Whitney-U- Test	$U(76, 56) = 1925$
		Alter bei erster stationärer Aufnahme (in Jahren): < 18 18–39 > 40 (ältester Patient 59)	7 (9,1) 57 (74,0) 3 (3,9)	8 (14,3) 37 (66,1) 4 (7,1)		$U(67, 49) = 1603$
Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 und mehr		15 (19,5) 5 (6,5) 8 (10,4) 7 (9,1) 2 (2,6) 2 (2,6) 6 (7,8) 1 (1,3) - 20 (26,0)	8 (14,3) 8 (14,3) 6 (10,7) 5 (8,9) 4 (7,1) 2 (3,6) 2 (3,6) 3 (5,4) - 13 (23,2)	$U(67, 51) = 1696$		
Schulabschluss: Keiner/Sonderschule		8 (10,4)	11 (19,6)	$U(73, 56) = 2024$		

Skalen-niveau	Soziodemografisches/ klinisches Merkmal	Nicht- teilnehmende	Teil- nehmende	Testmethode	Ergebnis
		N (% spaltenweise)			
	Hauptschulabschluss/Mittlere Reife Fachhochschulreife/(Fach-)Abitur	55 (71,4) 10 (13,0)	32 (57,1) 13 (23,2)		
Intervallskala	Alter zum Zeitpunkt der Rekrutierung (MW in Jahren) ¹	MW = 38,1 SD = 10,5	MW = 38,5 SD = 10,5	T-Test	t(131) = 0,25
	Dauer des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie (MW in Monaten) ¹	MW = 28,0 SD = 33,1	MW = 26,5 SD = 19,0		t(131) = 0,29

Anhang 9

Tab. 13: Vergleich der Summenwerte des adaptierten *Admission Experience Survey* (aAES) von Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen in den Kliniken für forensische Psychiatrie Weissenau und Bad Schussenried im Jahr 2014 je nach soziodemografischem/klinischem Merkmal. ANOVA = *analysis of variance*, BtMG = Betäubungsmittelgesetz, Fxx entspricht Codierung nach ICD-10, ICD = *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, MW = Mittelwert, N = Fallzahl, SD = Standardabweichung, StGB = Strafgesetzbuch, StPO = Strafprozessordnung. Alle Ergebnisse nicht signifikant ($p > .05$)

Testmethode	Soziodemografisches/ Klinisches Merkmal	aAES der ersten vier Wochen				aAES der letzten vier Wochen			
		N	MW	SD	Ergebnis	N	MW	SD	Ergebnis
T-Test für unabhängige Stichproben	Ort der Unterbringung: Weissenau Bad Schussenried	35 21	9,4 8,1	5,6 5,6	$t(54) = 0,83$	34 20	7,0 5,5	4,9 5,6	$t(52) = 1,06$
	Geschlecht: Männlich Weiblich	49 7	8,9 8,6	5,7 5,5	$t(54) = 0,13$	47 7	6,6 5,3	5,2 5,0	$t(52) = 0,63$
ANOVA	Familienstand zum Erhebungszeitpunkt: Ledig Verheiratet Geschieden/verwitwet	43 4 9	8,7 8,3 10,1	5,9 7,1 3,7	$F(2, 53) = 0,27$	42 3 9	6,3 7,0 7,2	5,3 6,6 4,5	$F(2, 51) = 0,13$
	Soziale Lebenssituation bei Straftat: Ledig-ein Allein lebend In Partnerschaft/Ehe/bei Eltern lebend Eingliederungs-/Pflegeheim/betreutes Wohnen Wohnsitzlos/Sonstiges	26 16 7 7	8,7 8,6 9,1 10,1	5,7 4,8 6,9 6,6	$F(3, 52) = 0,14$	26 14 7 7	5,1 6,6 8,0 9,8	5,0 4,5 5,2 6,3	$F(3, 50) = 1,89$
	Migrationshintergrund: Keiner Zugewanderter Ausländer (mit/ohne Aufenthaltserlaubnis) In Deutschland geborener Ausländer/eingebürgerter Ausländer/Spätaussiedler Person mit mind. einem Elternteil, das eines der genannten Kriterien erfüllt	34 6 3 3	7,8 10,3 9,6 15,0	5,2 5,3 6,6 4,4	$F(3, 52) = 1,87$	32 6 13 3	5,2 8,2 7,2 12,7	4,6 3,6 6,3 3,2	$\chi^2(3) = 6,9$
	Schulabschluss: Keiner/Sonderschule Hauptschulabschluss/Mittlere Reife Fachhochschulreife/(Fach-)Abitur	11 32 13	8,2 8,9 9,4	5,7 5,8 5,4	$F(2, 53) = 0,12$	11 32 11	6,7 6,7 5,5	5,3 5,2 5,3	$F(2, 51) = 0,21$
T-Test für unabhängige Stichproben	Abgeschlossene Berufsausbildung: Nein Ja	34 21	9,1 8,0	6,1 4,6	$t(53) = 0,79$	34 19	7,0 5,0	5,4 4,3	$t(51) = 1,43$
	Erstaufnahme in forensische Psychiatrie: Nein Ja	8 48	11,1 8,5	6,7 5,4	$t(54) = 1,21$	8 46	9,0 6,0	6,5 4,9	$t(52) = 1,51$
ANOVA	Rechtsgrundlage der Unterbringung: § 63 StGB nach Strafrecht § 126a StPO nach § 67h StGB (in Bewährung nach § 63 StGB)	45 8 3	8,7 8,8 12,3	5,8 4,5 5,1	$F(2, 53) = 0,60$	45 6 3	6,4 4,4 11,7	5,0 5,4 5,6	$F(2, 51) = 2,03$
	Hauptdelikt laut rechtskräftigem Urteil/nach voraussichtlichem Urteil:								

Testmethode	Soziodemografisches/ Klinisches Merkmal	aAES der ersten vier Wochen				aAES der letzten vier Wochen			
		N	MW	SD	Ergebnis	N	MW	SD	Ergebnis
	Tötungsdelikt	4	11,7	7,8	$F(4, 51) = 0,87$	4	9,2	6,2	$F(4, 49) = 0,50$
	Versuchtes Tötungsdelikt	16	7,4	4,9		15	5,6	3,9	
	Körperverletzungsdelikt/ Sonstiges Gewaltdelikt	28	8,7	5,9		27	6,3	5,8	
	Sexualdelikt gegen Er- wachsene/Minderjährige	2	10,1	5,5		2	9,2	6,8	
	Eigentumsdelikt/Brand- stiftung/Verkehrs- delikt/Vergehen gegen BtMG/Sonstiges Delikt	6	11,4	4,6		6	6,6	5,0	
T-Test für unab- hängige Stichproben	Relevante weitere Delikte:				$t(54) = 0,03$				$t(52) = 0,72$
	Nein	23	8,8	5,4		21	5,8	5,3	
	Ja	33	8,9	5,8		33	6,9	5,1	
ANOVA	Schuldfähigkeit:				$F(2, 53) = 0,11$				$F(2, 51) = 0,89$
	§ 20 StGB	40	8,7	5,9		40	6,4	5,3	
	§ 21 StGB	8	9,7	5,4		8	8,1	4,6	
	Noch ohne Urteil	8	8,8	4,5		6	4,4	5,4	
T-Test für unab- hängige Stichproben	Psychiatrische Hauptdiagnose:				$t(54) = 0,07$				$t(52) = 1,22$
	F20	47	8,9	5,7		47	6,8	5,1	
	Andere wahnhafte Störung als F20 (F2x nach ICD-10)	9	9,0	5,3		7	4,2	5,3	
	Psychiatrische Nebendiagnose:				$t(54) = 1,09$				$t(52) = 1,79$
	Nein	24	9,8	5,5		22	7,9	5,9	
	Ja	32	8,2	5,6		32	5,4	4,4	
	Somatische Diagnose:				$t(54) = 0,81$				$t(52) = 0,74$
	Nein	28	9,5	5,6		27	7,0	5,6	
	Ja	28	8,3	5,6		27	5,9	4,8	
	Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie:				$t(53) = 1,77$				$t(51) = 1,92$
	Nein	4	13,6	6,3		3	11,9	5,2	
	Ja	51	8,5	5,5		50	6,1	5,1	
	Suchtmedizinische Auffälligkeiten:				$t(54) = 0,10$				$t(52) = 0,11$
	Nein	20	9,0	5,1		18	6,3	5,6	
	Ja	36	8,8	5,9		36	6,5	5,0	
	Zwangsmaßnahme während des gesamten Aufenthalts		<i>Nicht berechnet</i>						$t(54) = 0,81$
	Nein						17	5,6	
	Ja						37	6,8	5,3
	Zwangsmaßnahme in den letzten vier Wochen des Aufenthalts:				$t(54) = 1,65$				$t(52) = 1,85$
	Nein	54	8,6	5,5		53	6,3	5,1	
	Ja	2	15,2	5,9		1	15,7	-	
ANOVA	Lockerungsstufe zum Zeitpunkt der Rekrutierung:				$F(3, 52) = 0,21$				$F(3, 50) = 0,75$
	Keine/Ausgang auf eingezäuntem Gelände	5	7,2	2,8		3	4,2	3,9	
	Ausgang mit Personal	13	9,2	6,3		13	6,5	6,1	
	Ausgang ohne Personal	37	9,0	5,8		37	6,8	4,9	
	Beurlaubt/außerklinische Erprobung	1	7,0	-		1	0,0	-	
ANOVA/ Kruskal- Wallis-Test	Alter bei erster stationärer Aufnahme (in Jahren):				$F(2, 46) = 3,22$				$\chi^2(2) = 3,44$
	< 18	8	13,0	5,6		8	9,6	6,7	
	18–39	37	7,8	5,3		36	5,7	4,8	
	> 40 (ältester Patient 59)	4	7,4	4,9		4	3,8	2,1	

Testmethode	Soziodemografisches/ Klinisches Merkmal	aAES der ersten vier Wochen				aAES der letzten vier Wochen			
		N	MW	SD	Ergebnis	N	MW	SD	Ergebnis
ANOVA/ Kruskal-Wallis-Test	Häufigkeit der Voraufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie:								
	1	8	5,9	4,6	$F(8,42) = 0,94$	8	6,0	4,5	$\chi^2(8) = 4,64$
	2	8	10,7	6,4		8	7,1	6,4	
	3	6	9,0	2,1		6	7,2	2,0	
	4	5	7,0	4,3		5	5,2	2,6	
	5	4	11,6	5,6		4	8,0	5,9	
	6	2	10,2	7,8		2	4,6	5,0	
	7	2	7,6	1,9		2	2,7	2,4	
	8	3	3,7	3,7		2	2,5	2,1	
	9	-	-	-		-	-	-	
	10 und mehr	13	9,2	6,8		13	6,1	6,9	
ANOVA	Alter zum Zeitpunkt der Rekrutierung	56	8,9	5,6	$F(31, 24) = 0,67$	54	6,5	5,2	$F(31, 22) = 0,94$
Kruskal-Wallis-Test	Dauer des Aufenthalts in der forensischen Psychiatrie	56	8,9	5,6	$\chi^2(36) = 38,42$	54	6,5	5,2	$\chi^2(35) = 36,16$

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Tilman Steinert für seine zuverlässige Betreuung von den Anfängen des Projekts bis zum Ende dieser Dissertation, für seinen Beistand und seine Erreichbarkeit bei allen Fragen und Problemen. Gleiches gilt für Frau Dr. rer. nat. Susanne Jaeger, auf deren kompetente Anregungen und Hilfestellungen vom Studiendesign bis hin zur statistischen Auswertung stets Verlass war.

Dank gebührt auch den Patienten und Patientinnen, die mir in den Gesprächen Wertvolles für meine spätere Tätigkeit als Ärztin gelehrt und diese Arbeit durch ihre Teilnahme ermöglicht haben, auch wenn die Gespräche für sie oft das Ansprechen unangenehmer Themen und Erinnerungen bedeuteten.

Bei dem Personal der Stationen möchte ich mich dafür bedanken, dass es mir mit seiner Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft die Rekrutierung von Probanden und Durchführung der Befragungen wesentlich erleichtert hat.

Frau Dr. Linda Pruß sei gedankt für die Zurverfügungstellung des Fragebogens zur Krankheitseinsicht FKE-10.

Von Herzen möchte ich mich auch bei den mir nahestehenden, hier nicht namentlich genannten Menschen bedanken, die mir in allen Phasen Unterstützung und Ermutigung geboten haben.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.