Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie III
Leiter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Spitzer

Auswirkungen des prähospitalen (notärztlich-rettungsdienstlichen) Umgangs mit dem psychiatrischen Notfall auf die psychiatrische Arzt-Patient-Beziehung im stationären Setting

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm
von
Leonie Sitter
Geboren in Mönchengladbach

2025

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1.Berichterstatter: Prof. Dr. med. Carlos Schönfeldt-Lecuona

2.Berichterstatter: Prof. Dr. med. Michael Denkinger

Tag der Promotion: 25.06.2026

Gender-Hinweis

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der Lesbarkeit bei Personenbezeichnungen auf Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet. Die männliche Form gilt in allen Fällen, in denen dies nicht explizit ausgeschlossen wird, für beide Geschlechter.

Veröffentlichungen

Teile dieser Dissertation wurden bereits im folgenden Fachartikel veröffentlicht:

Benedikt Schick, Benjamin Mayer, Christine Eimer, Bettina Jungwirth, Camilla Metelmann, Eberhard Barth, Claus-Martin Muth, Markus Jäger, Paul Fetzer, Leonie Sitter‡, Carlos Schönfeldt-Lecuona‡

Auswirkungen der Versorgung psychiatrischer Notfälle auf die Arzt-Patienten-Beziehung in der Akutpsychiatrie: eine prospektiv-bizentrische Patientenbefragung

‡ Diese Autorinnen/Autoren haben zu gleichen Teilen beigetragen.

Bibliografie:

Notarzt 2026; 42 (01): 24–30
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

DOI 10.1055/a-2739-2703

ISSN 0177-2309 © 2025.

Rechtevermerk:

© 2025 The Author(s). This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution License, permitting unrestricted use, distribution, and reproduction so long as the original work is properly cited.

CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Die bereits im Fachartikel veröffentlichten Teile dieser Arbeit sind mit folgender Nummer gekennzeichnet: [73]. Bei Abbildungen und Tabellen lautet der Verweis: Schick et al. (2026).

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis VII
1. Einleitung 1
1.1 Der psychiatrische Notfall 1
1.1.1 Organisation des Rettungsdienstes/Notarztwesens in der BRD 2
1.2 Prähospitales Management des Psychiatrischen Notfalls 3
1.2.1 Organisatorische Herausforderungen in der Erstversorgung psychiatrischer Notfälle 6
1.3 Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung 7
1.3.1 Entwicklung und Modelle 7
1.3.2 Effekte einer guten Arzt-Patient-Beziehung 8
1.3.3 Herausforderungen der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie 10
1.4 Hypothesenbildung 12
2. Material und Methoden 13
2.1 Rahmen der Studie 13
2.2 Das Studienkollektiv 13
2.3 Entwicklung des Fragebogens 14
2.3.1 Studiengröße 16
2.4 Rekrutierung der Studienteilnehmer und Ablauf der Befragung 16
2.5 Datenerfassung 17
2.6 Statistische Methoden 17
2.6.1 Bildung von Scores für die Ermittlung der zentralen Zielgröße 18
2.6.2 Bildung von Subgruppen 18
2.6.3 Angewendete Testverfahren 19
2.6.4 Verwendete Begrifflichkeiten 20
2.7 Ethikvotum und Studienregistrierung 20
3. Ergebnisse 21
3.1 Deskriptive Statistik 21
3.1.1 Die Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik 23
3.1.2 Die Umstände des prähospitalen Notfalleinsatzes 25
3.1.3 Wahrnehmung des Rettungsdienstes und Notarztes 27
3.1.4 Vorerfahrungen im psychiatrischen Kontext 34

3.2 Beschreibung der Zusammenhänge und statistische Inferenz 36
3.2.1 Freiwilligkeit der Einlieferung und Arzt-Patient-Beziehung 41
3.2.2 Anwesenheit einer Vertrauensperson und Wahrnehmung von Rettungsdienst/Notarzt, sowie der Arzt-Patient-Beziehung..... 42
3.2.3 Aktuelle stationäre Gewalterfahrung und Arzt-Patient-Beziehung 44
3.2.4 Prähospitale Anwendung von Gewalt und die Wahrnehmung von Rettungsdienst/Notarzt sowie Freiwilligkeit der Aufnahme 45
3.2.5 Beeinträchtigung durch prähospitale Gewalt und Effekte auf die Arzt-Patient-Beziehung, sowie Effekte einer veränderten Einstellung 46
3.2.6 Provokationsgefühl und Gewaltanwendung 48
3.2.7 Vorerfahrung und Arzt-Patient-Beziehung bzw. Wahrnehmung Rettungsdienst 48
3.2.8 Frühere stationäre Gewalterfahrungen und Arzt-Patient-Beziehung, sowie Vorkommen von früherer und aktueller prähospitaler Gewalt..... 52
3.2.9 Frühere Gewalt bei Aufnahme und Wahrnehmung Rettungsdienst 52
3.2.10 Geschlecht, Alter, Diagnose und die Arzt-Patient-Beziehung 53
3.2.11 Anwesenheit eines Notarztes und Arzt-Patient-Beziehung..... 55
3.2.12 Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse 55
4. Diskussion 57
4.1 Konsequenzen des prähospitalen Umgangs mit psychiatrischen Notfällen ... 57
4.1.1 Zusätzliche Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung 57
4.1.2 Die Anwendung von Gewalt und Zwang als beeinflussender Faktor 59
4.2 Freiwilligkeit der Einlieferung 61
4.3 Limitationen der Studie 63
4.4 Konkrete Schlussfolgerungen für den Rettungsdienst und Notarzt..... 64
4.5 Ausblick und Fazit..... 66
5. Zusammenfassung 69
6. Literaturverzeichnis 71
7. Anhang 79
7.1 Patientenfragebogen 79
7.2 Aufklärung und Einverständniserklärung..... 85
8. Danksagung 90
9. Lebenslauf 91

Abkürzungsverzeichnis

APB	Arzt-Patient-Beziehung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
EMT	Emergency Medical Technicians
ICD-10	International Statistical Classifictaion of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
KT	Krankentransport
KTW	Krankentransportwagen
PN	Psychiatrischer Notfall
NA	Notarzt
RD	Rettungsdienst, in dieser Arbeit stellvertretend für alle einliefernden, medizinischen, nicht-ärztlichen Berufsgruppierungen (RTW, KTW etc.)
RTW	Rettungswagen

1. Einleitung

Die prähospitale Versorgung des akut psychiatrisch erkrankten Patienten unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren, die die weitere Arzt-Patient-Beziehung im psychiatrischen Setting erschweren könnten. Diese Einflussfaktoren sind bisher unzureichend erforscht worden und deren Auswirkungen auf das Ergebnis einer Behandlung sind nicht bekannt. Um einen solchen Zusammenhang identifizieren und analysieren zu können, ist es von Bedeutung die einzelnen Elemente der Fragestellung zu verstehen. Daher wird im Folgenden zunächst der psychiatrische Notfall definiert und dessen Management dargestellt. Zusätzlich werden die Herausforderungen der psychiatrischen Notfallversorgung aufgezeigt. Anschließend finden die Bedeutung der APB und Einflüsse auf diese eine genauere Betrachtung.

1.1 Der psychiatrische Notfall

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) werden jährlich ca. 1,5 Mio. Menschen aufgrund eines psychiatrischen Notfalls in interdisziplinären Notaufnahmen behandelt.[66] Von knapp 800.000 vollstationär in psychiatrischen Einrichtungen behandelten Patienten kommen 49% aufgrund eines psychiatrischen Notfalls.[23] Mit über 10% sind psychiatrische Notfälle hinter chirurgischen und internistischen Meldungen die häufigste Ursache für einen Notarzteinsatz.[20, 65] Insgesamt konnte in den letzten Jahren eine leichte Zunahme von psychiatrischen Notfalleinsätzen ermittelt werden.[79] Trotz des häufigen Auftretens dieser Einsatzkategorie zeigen Studien, dass Notärzte und Rettungsdienstpersonal in diesem Bereich oft Überforderung aufgrund subjektiv mangelnder Kenntnisse im Bereich des Managements psychiatrischer Notfälle erfahren.[64] Notärzte suchen dabei häufiger den Kontakt zur Psychiatrie, als dies in Psychiatrien arbeitende Psychiater in derselben Situation für notwendig halten würden. Der Bedarf an Weiterbildungen für Notärzte im Bereich der Psychiatrie wird dabei sowohl von Psychiatern als auch von Notärzten als präsent erachtet.[74]

Allgemein gilt als medizinischer Notfall eine körperliche oder psychische Veränderung des Gesundheitszustandes, die einer unmittelbaren ärztlichen Behandlung bedarf beziehungsweise vom Betroffenen oder Dritten als notwendig erachtet wird.[5] Eine psychiatrische Definition des Notfalls formuliert diesen als „das akute Auftreten oder die

Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung, [die] zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt“[67].

Die in Notfallsituationen auftretenden Störungsbilder sind heterogen. Am häufigsten kommen substanzbezogene Syndrome wie Intoxikationen und schwere Entzugssyndrome vor, gefolgt von Suizidalität, Erregungszuständen, Belastungsreaktionen und psychotischen Syndromen.[78] Weitere häufig anzutreffende Erkrankungen sind affektive Störungen und organische Psychosen. Nicht selten treten diese Krankheitsbilder gemeinsam auf und erschweren somit die prähospitale Versorgung.[78]

1.1.1 Organisation des Rettungsdienstes/Notarztwesens in der BRD

Das Rettungsdienst- und Notfallwesen in der BRD unterscheidet sich von anderen Systemen in Europa und weltweit.[25] So sind nur in wenigen anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise Österreich und Frankreich, Notärzte an der prähospitalen Notfallversorgung beteiligt, während 59% der europäischen Länder auf diese verzichten und stattdessen auf eine Besetzung der Einsatzfahrzeuge mit Paramedics und Emergency Medical Technicians (EMT) setzen.[34] Dies sind speziell für Notfälle ausgebildete Fachkräfte unterschiedlicher Qualifikation, vergleichbar mit den im deutschen Rettungsdienst vorkommenden Berufsgruppen (Notfallsanitäter, Rettungssanitäter).[15] Die verschiedenen Systeme bringen unterschiedliche Vor- und Nachteile mit sich. So lassen sich einerseits durch den Einsatz von Paramedics und EMTs ärztliche Ressourcen einsparen[19]; andererseits führt eine höhere Qualifikation der Einsatzkräfte und die Anwesenheit eines Notarztes zu einem besseren Outcome und Gesamtüberleben der Patienten.[14, 25, 85]

2014 wurde in Deutschland der Beruf des Notfallsanitäters in seinem Berufsbild erweitert und die Kompetenzen ausgeweitet, mit dem Ziel notärztliche Einsatzressourcen zu entlasten.[47] Ähnlich wie Paramedics dürfen Notfallsanitäter mittlerweile Medikamente verabreichen, was zuvor ohne Anwesenheit eines Notarztes nur im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes zulässig war.[47] Ein Notarzt wird zum Teil des Einsatzteams, wenn eine Meldung nach Indikationskatalog für den Notarzteinsatz bei der

Leitstelle eingeht oder eine Nachforderung durch den Rettungsdienst erfolgt.[29] Für den psychiatrischen Notfall sind hier exemplarisch die akute Psychose mit fremdgefährdenden Aspekten und der drohende Suizid zu nennen.[22]

Aber auch innerhalb Deutschlands gibt es Unterschiede in der Organisation des Rettungsdienstes, da dieser überwiegend auf Landesebene geregelt wird.[21] Die Ausbildung und Qualifikation der beteiligten Berufsgruppen und die Ausrüstungsnormen der Fahrzeuge unterliegen dabei bundeseinheitlichen Vorgaben.[21] Verschiedene gesetzliche Regelungen auf Landesebene führen insbesondere an der Grenze zwischen Bundesländern zu Problemen aufgrund unterschiedlicher Rettungsdienstkonzepte.[28] Auch die rechtlichen Vorgaben zu bestimmten Abläufen sind zwischen den Bundesländern verschieden. Beispielsweise muss in einigen Bundesländern ein Notarzt bei Selbst- oder Fremdgefährdung die Indikation zur Zwangseinweisung stellen.[22] Dies kann zu Unsicherheiten in der Entscheidungsfindung des Einsatzpersonals führen.[28]

1.2 Prähospitales Management des Psychiatrischen Notfalls

Im Allgemeinen ist ein übergeordnetes Ziel in der Notfallmedizin, eine umgehende Versorgung einer Verletzung oder Erkrankung des Patienten herbeizuführen.[90] Bei psychiatrischen Notfällen ist dabei „medical clearance“ zur Differenzierung organbedingter Ursachen des Zustandes des Patienten von besonderer Bedeutung.[89] Beispielsweise können starke Erregungszustände neben einer psychiatrischen Genese auch durch Hypoglykämien zustande kommen, was einer grundsätzlich anderen Therapie bedarf. Voreilige Diagnosestellungen gilt es also zu vermeiden.[66] Da der Patient in der Regel für das versorgende Personal nicht bekannt ist, kann die Diagnose überwiegend nur auf der Syndromebene gestellt werden. So spricht man häufig von folgenden Syndromen: „suizidales Syndrom“ „psychotisch (wahnhaft/ halluzinatorisches) Syndrom“, Intoxikationssyndrom“, oder „delirantes Syndrom“, ohne dass eine Ursache bei der Versorgung festgemacht werden kann. In den meisten Fällen wird die sichere Diagnose nach organischer und psychiatrischer Abklärung gestellt.[66]

Der psychiatrische Notfall ist für den Patienten zumeist eine Ausnahme- und Belastungssituation, geprägt von Ängsten, intensivsten Emotionen und erkrankungsbedingten Realitätsverkennungen.[75] Beim Management des

psychiatrischen Notfalls kann es aus Perspektive des Rettungsdienstes oder Notarztes helfen, einem differenzierten Ablaufschema für das Vorgehen zu folgen. Dieses lässt sich beispielsweise in vier Bereiche fassen: 1. den Beziehungsaufbau, 2. die Erfassung der Situation, 3. die Linderung der Symptome und 4. den Einbezug unterstützender Menschen und Faktoren.[18]

Um einen Zugang zum Patienten zu erlangen und eine erste Untersuchung durchführen zu können, ist eine vertrauensvolle Kommunikationsebene elementar.[75] Dabei sollte eine Aufklärung der Situation angestrebt und der Patient sowohl ermutigt, als auch gestärkt werden, um potentiellen Eskalationen wie Aggressivität vorzubeugen.[66] Oft kann hier bereits eine erste Linderung der Symptome erreicht werden. Beitragen kann dazu eine von Authentizität, Empathie und positiver Wertschätzung geprägte Grundhaltung des Behandlers, sowie eine nonverbale Kommunikation mit Augenkontakt und Signalisierung von Zeit und Ruhe.[57] Letzteres ist unabdingbar, um neue Konflikte zu vermeiden, die Kooperativität des Patienten sicherzustellen und Vertrauen zu gewinnen.[67]

Im Anschluss an die Kontaktaufnahme sind die Auslöser sowie beeinflussende Faktoren des Notfalls zu ermitteln.[18] Eine ausführliche (Fremd-) Anamnese ist hierbei elementar (wenn auch in der Notfallsituation nicht immer vollumfänglich möglich). Zu beurteilen sind mindestens das Bewusstsein und die Orientierung, Affekt und Antrieb, Denk- und Wahrnehmungsleistung sowie die kognitive Leistung.[66] Des Weiteren kann die Anamnese neben der Erfassung von Ursachen und Hinweisen auf eine entsprechende Diagnose auch perspektivische Aspekte umfassen: Welche Ressourcen bringt der Patient mit, um die Krise bewältigen zu können?

In realitas gestaltet sich der Beziehungsaufbau und die Anamnese trotz dieser Ansätze oftmals schwierig, da viele der psychiatrischen Notfallpatienten durch ihre Erkrankung überfordert sind, nicht krankheitseinsichtig sind, Vigilanzminderung und Orientierungsstörungen aufweisen oder eigen- oder fremdaggressiv sind.[3] In diesem Rahmen sollte, wenn nicht bereits zuvor geschehen, eine Risikobeurteilung durchgeführt werden. Bei Vorliegen von Eigen- und insbesondere von Fremdgefährdung ist für ein adäquates Management des Notfalls sowohl zum Schutz des Patienten, als auch zum

Schutz des Rettungsfachpersonals, ein interdisziplinäres Vorgehen zwischen Rettungsfachpersonal und Polizei anzustreben.[18] Kann aggressives Verhalten gemindert werden, so reduziert sich oftmals die von dem Patienten ausgehende Fremdgefährdung und damit auch die Notwendigkeit einer Durchführung von Zwangsmaßnahmen.[54]

Zur Deeskalation tragen mehrere Aspekte bei. Hilfreich ist beispielsweise ein sicheres Auftreten (ohne dabei provokativ zu wirken) in Kombination mit einem respektvollen und empathischen Umgang. In diesem Rahmen kann ein „talk down“ als rein verbale Intervention zur Entspannung der Situation versucht werden.[77, 80]

Die genannten Aspekte können auch beim nicht-aggressiven psychiatrischen Notfallpatienten helfen, die Situation unter Kontrolle zu bringen.[24] Eine Reizabschirmung und das Sprechen über die Symptome können die Situation für den Patienten erleichtern.[75] Das akute therapeutische Vorgehen sollte dabei für den Patienten, flexibel angepasst an dessen Zustand, transparent und eindeutig kommuniziert werden. Der Einbezug unterstützender Menschen und Faktoren kann dabei helfen, die Situation für Betroffene erträglicher zu machen, weshalb eine Kontaktierung nahestehender Personen zu erwägen ist.[18] Stark in Denken und Handeln eingeschränkte Patienten benötigen intensivere und direktivere Interventionen.[66] Dies bedeutet allerdings nicht - abgesehen vom Fall vorliegender Eigen- oder Fremdgefährdung - dass die therapeutischen Maßnahmen dem Patienten aufgezwungen werden sollten.[71] Außerdem ist die notfallmedizinische Intervention keine Kurzzeitpsychotherapie. Im Vordergrund steht die Linderung der akuten Belastung, um dem Betroffenen im Anschluss eine langfristige Therapie zu ermöglichen.[66]

Reichen verbale therapeutische Sofortmaßnahmen zur Deeskalation oder auch zur Linderung der Symptome nicht aus, stehen beim psychiatrischen Notfall verschiedene Medikamente supportiv zur Verfügung. Allgemein kommen bei psychiatrischen Notfällen überwiegend Antipsychotika und Benzodiazepine zur Anwendung, beispielsweise bei starken Erregungszuständen.[77] Verweigert der Patient eine Einnahme entsprechender Medikation, beispielsweise im Rahmen einer Psychose mit fehlender Krankheitseinsicht, so ist seine Einwilligungsfähigkeit und je nach Ausprägung, die Option von

Zwangsbehandlung und Zwangsmaßnahmen unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und rechtlicher Aspekte abzuwägen.[57] Diese bedeuten einen massiven Einschnitt in Freiheit und Selbstbestimmung und sind somit auch eine Verletzung von Grundrechten. Die zu ergreifenden Zwangsmaßnahmen sollten folglich bezüglich Dauer und Intensität möglichst auf einem Minimum gehalten werden.[66] Zwangsmedikation und Ausübung von Zwang werden entsprechend ihrer weitreichenden Bedeutung im Verlauf dieser Arbeit unter dem Begriff (psychischer) Gewalt gefasst.

1.2.1 Organisatorische Herausforderungen in der Erstversorgung psychiatrischer Notfälle

Bisher wurde überwiegend beschrieben, wie die vom psychiatrischen Notfallpatienten ausgehenden Herausforderungen, idealerweise vom Rettungsfachpersonal, überwunden werden können. In der Realität fühlen sich Studien zufolge bis zu 50% der Notärzte und Rettungsdienstmitarbeiter mindestens gelegentlich von psychiatrischen Notfällen überfordert.[64] Dementsprechend darf vermutet werden, dass das beschriebene „ideale“ Verhalten im Einsatz nicht immer umgesetzt wird oder werden kann.

Die Notfallmedizin bringt Herausforderungen mit sich, die eine optimale Versorgung erschweren. So besteht ein hoher Entscheidungs- und Handlungsdruck bei oft komplexen Sachverhalten, die Gegebenheiten sind meist kritisch (beispielsweise viel Lärm und Hektik, viele Menschen etc.) und die Krankheitsbilder sind häufig interdisziplinär von gering eingespielten Einsatzteams unterschiedlichen Professionalisierungshintergrundes zu bewältigen.[12] Zusätzlich besteht im prähospitalen Setting ein nicht zu vernachlässigender Zeitdruck in der Versorgung.[13] Nicht zuletzt sind Vorurteile gegenüber psychiatrisch Erkrankten auch unter medizinischem Personal verbreitet und führen so immer wieder durch Stigmatisierung zu unprofessionellem Verhalten und mangelnder Empathie.[87] Für somatische Notfälle gibt es evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, die das Vorgehen in solchen Fällen erleichtern, während für psychiatrische Notfälle überwiegend auf Expertenmeinung beruhende allgemeine Behandlungsprinzipien (S2k AWMF-Leitlinie Notfallpsychiatrie) bestehen.[66, 68]

Auch in der Zuführung zu einer weiterführenden Versorgung gibt es immer wieder Probleme. Diese entstehen teils durch rechtliche Vorgaben, beispielsweise wie bereits beschrieben in Grenzgebieten der Bundesländer.[28] Es kommt allerdings auch immer wieder zu Fehleinweisungen in Notaufnahmen anstatt der eigentlich notwendigen Einweisungen in psychiatrische Kliniken.[63] Nicht selten sind dabei Diskussionen um die Aufnahme, da psychiatrische Kliniken die Aufnahme beispielsweise schwer intoxikierter oder mit Hypnotika behandelter Patienten aufgrund mangelnder Überwachungsmöglichkeiten oftmals ablehnen.[63, 74] Dementsprechend kommt es zu Verzögerungen in der Findung der geeigneten Zielklinik, bedingt durch fehlende Absprachen an der Schnittstelle zwischen Notfallmedizin und Psychiatrie.[53] Darüber hinaus ist der bestehende Mangel an psychiatrischen Betten aufgrund hoher Auslastungen und langer Verweildauern ein Problem, welches die Aufnahme in psychiatrische Kliniken erschwert.[8] Aggraviert werden die genannten Problematiken zusätzlich durch den fortschreitenden (pflegerischen und ärztlichen) Personalmangel, welcher auch in psychiatrischen Kliniken zunimmt.[35]

Neben diesen organisatorischen Herausforderungen des psychiatrischen Notfalleinsatzes lässt sich abschließend formulieren, dass das zentrale Element im Management des psychiatrischen Notfalls ein authentisches Engagement im Sinne von Aufbau und Aufrechterhaltung einer aufrichtigen Beziehung zum Patienten ist.[24] Daher sollen im Folgenden die Bedeutung und die Komponenten der Arzt-Patient-Beziehung näher betrachtet werden.

1.3 Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung

1.3.1 Entwicklung und Modelle

Schon Hippocrates stellte ca. 400 Jahre v.Chr. fest, dass nicht allein die Medizin Einfluss auf die Genesung des Patienten hat, sondern dass das Verhältnis zum behandelnden Arzt zum Heilungsprozess beitragen kann.[37] Das bedeutet allerdings nicht, dass seit Hippocrates die Wichtigkeit der Arzt-Patient-Beziehung für die Behandlung von Patienten vollständig erkannt oder beachtet wurde. Über die Jahrhunderte hinweg wandelte sich die Arzt-Patient-Beziehung komplementär zu den Denkmodellen der Zeit.

So herrschte im 19. Jahrhundert mit aufkommender Institutionalisierung von Kliniken eine Asymmetrie zwischen Arzt und Patient. Zwar musste für medizinische Eingriffe nach einem Reichsgesetz aus dem Jahre 1894 ein Einverständnis des Patienten eingeholt werden, eine umfassende Aufklärung inklusive Darlegung von Alternativen und Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten sowie eine tatsächliche Umsetzung im medizinischen Alltag fand jedoch erst Jahrzehnte später Anwendung.[58]

Mit der Nachkriegszeit kam in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Umdenken auf: Es begannen Diskussionen über den Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Gesundheit.[4] In den 80er Jahren wurde der Beziehungsaspekt zwischen Arzt und Patient in den Fokus gerückt und somit der Grundstein für heute geltende Prinzipien wie „Shared Decision Making“ gelegt; das heißt, dass einwilligungsfähige Patienten in den therapeutischen Entscheidungen partizipieren dürfen.[44]

Mittlerweile wird ein partnerschaftliches Modell der Gesprächsführung angestrebt und an Universitäten gelehrt. Die Aufklärung und Entscheidungsfindung geschieht im Sinne von „shared decision making“ und „informed consent“ im gegenseitigen Austausch.[60] Die von Beauchamp und Childress formulierten ethischen Prinzipien von Autonomie, Wohltun, Nicht-schaden und Gerechtigkeit können dabei als Leitfaden genutzt werden.[51] Wichtig ist hierbei, dass aus ärztlicher Sicht Rücksicht auf die Bedürfnisse des Patienten genommen wird, einerseits bezüglich Informationsmenge und -tiefe, andererseits aber auch hinsichtlich der Verantwortungsübernahme. [44]

1.3.2 Effekte einer guten Arzt-Patient-Beziehung

Im Kapitel zum Management des psychiatrischen Notfalls wurde bereits dargelegt, wie ein gelungener Erstkontakt idealerweise ablaufen soll und wie dieser den akuten Verlauf der Erkrankung beeinflussen kann. Allerdings wird die grundlegende Therapie im stationären Setting durch den behandelnden Arzt geprägt. Eine von Vertrauen geprägte Arzt-Patient-Beziehung ist dabei ein wesentlicher Faktor für die Compliance des Patienten.[41] Unter Compliance ist das Mitwirken des Patienten im Sinne des Folgens der Therapie zu verstehen. Sie besteht aus Ausführungsqualität (nimmt der Patient die Medikation zuverlässig wie geplant?) und Persistenz (führt der Patient die Therapie über die Zeit konstant weiter?). Vereinfacht gesagt: Je besser die Compliance, desto besser

die Chance auf einen Therapieerfolg.[69] Der Arzt sollte dabei das medizinische Wissen verständlich vermitteln und dem Patienten Raum zur Äußerung von Bedenken und Emotionen geben.[45] Die Motivation des Patienten kann durch therapeutisches Basisverhalten im Sinne von empathischem Verstehen, emotionaler Unterstützung und Hilfsbereitschaft gestärkt werden. Außerdem führt ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient durch bessere Mitarbeit zu besseren Therapieergebnissen.[31]

So zeigte beispielsweise ein systematischer Review über den Einfluss von Kontexteffekten auf das Outcome der Patienten, dass die Kombination von kognitiver und emotionaler Betreuung einen besseren Effekt auf die Patientenzufriedenheit und -gesundheit hat, als eine rein kognitiv-informierende Arzt-Patient-Beziehung.[6] Wichtig für die Compliance ist, dass die Entscheidungen nicht vom Arzt allein getroffen werden, sondern der Patient im Sinne von „Shared Decision Making“ eine Entscheidungsfreiheit hat. In diesem Rahmen kommt der Begriff „Adherence“ auf, der die Mitentscheidung des Patienten über die Zustimmung und das Befolgen von Therapieplänen hinaus (sprich Compliance im engeren Sinne) berücksichtigt.[69] Eine patientenzentrierte Gesprächsführung und Förderung der Autonomie des Patienten zeigt gegenüber paternalistischen Ansätzen eine höhere Zufriedenheit und bessere Behandelbarkeit von Erkrankungen.[44] Zudem ergab sich, dass ein gelungenes ärztliches Gespräch auf zwischenmenschlicher Ebene zu einem Placebo-Effekt führen und die psychische und physische Gesundheit fördern kann.[43] So trägt eine positiv optimistische Grundhaltung des Arztes zu einer erfolgreicheren Symptomverbesserung und Lebensqualität bei und damit ist die Arzt-Patient-Beziehung eine bedeutsame Effektgröße. Dies gilt gleichermaßen für somatische als auch psychiatrische Erkrankungen.[56] Es zeigte sich außerdem, dass insbesondere im psychiatrischen Spektrum die Wirksamkeit einer therapeutischen Medikation, wie auch von Placebo-Präparaten, im Zusammenhang mit der Person des Therapeuten steht.[55]

Ein zusätzlich stützender Faktor für ein gutes Verhältnis beider Interakteure ist eine patientenzentrierte Versorgung. Nicht die Erkrankung steht im Fokus, sondern der Patient. Ein unkomplizierter Zugang und die Einbeziehung der psychosozialen Komponente in die medizinische Versorgung führt in ihrer Anwendung Studien zufolge zu einem besseren Gesundheitsstatus sowie einer Steigerung der Effizienz der

Patientenversorgung durch Reduzierung von diagnostischen Tests und Überweisungen.[82]

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass im Rahmen einer guten Arzt-Patient-Beziehung aus sozialen, medizinischen und ethischen Gesichtspunkten die Prinzipien von „Shared Decision Making“ und „Informed Consent“ eingehalten werden sollten. Ein authentisches Auftreten und empathisches Begleiten im Verlauf sind zielführende Parameter eines guten Verhältnisses. Der Patient sollte mit seiner Erkrankung und den zu treffenden Entscheidungen nicht allein gelassen werden und der Fokus primär auf dem Patienten liegen, anstatt die Erkrankung in den Mittelpunkt zu stellen. Eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung in diesem Sinne zeigt Einfluss auf den Therapieerfolg.

1.3.3 Herausforderungen der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie

Zentraler Aspekt einer guten Arzt-Patient-Beziehung und damit auch einer optimalen Versorgung von Patienten ist, wie bereits dargestellt, die partnerschaftliche Gesprächsführung und Entscheidungsfindung. Die beschriebenen Grundsätze gelten - ebenso wie die im Kapitel Management des psychiatrischen Notfalls erläuterten Aspekte - gleichermaßen in psychiatrischen Kliniken. Allerdings gestaltet sich die Umsetzung auf Akutstationen von Psychiatrien - ebenso wie im prähospitalen Setting -oftmals komplex. Die bei einigen Krankheitsbildern verstärkt fehlende Krankheitseinsicht oder Angst und Misstrauen gegenüber Personal oder Medikation, beispielsweise im Rahmen einer Psychose, erfordern eine intensivierte Gesprächsführung, um die Chance auf compliantes Verhalten oder Therapieadhärenz zu erreichen.[2] In vielen Fällen ist der Patient krankheitsbedingt nicht krankheitseinsichtig und daher auch nicht kooperations- und behandlungswillig. Auf die Behandlung/Intervention zu verzichten ist nicht möglich, da dies eine höhere Gefährdung für den Patienten bedeuten würde; zudem dem Versorger in einem solchen Fall eine Klage wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) drohen könnte. Eine Zwangseinweisung/-behandlung ist dann die einzig mögliche Alternative, welche für Patient und Versorger als massiv anstrengend erlebt werden.[80] Für die psychiatrische Behandlung ist ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Arzt nötig.[7] Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung hingegen schränken die Selbstbestimmung der Patienten und somit auch das Vertrauensverhältnis zu den Therapeuten ein.[66] Dies gilt nicht nur für den formalen (rechtlichen gesicherten) Zwang.

Eine nicht unerhebliche Zahl an freiwillig in der Akutpsychiatrie behandelten Patienten fühlt sich Zwang ausgesetzt. Dabei scheint der subjektiv empfundene Zwang mehr Einfluss auf Behandlungsmotivation und die therapeutische Beziehung zu haben, als transparente rechtliche Bestimmungen.[39] Umso wichtiger ist also eine transparente offene Kommunikation in der Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Ein Gleichgewicht zwischen Autonomie des Patienten und der Gewährleistung der Sicherheitsbestimmungen auf Akutstationen sollte, wenn möglich, hergestellt werden.[16] In Notfallsituation muss der Arzt auch ohne Therapieauftrag des Patienten zu dessen Schutz im Rahmen des rechtfertigenden Notstands handeln (§ 34 StGB).

Neben dem Erleben von subjektivem Zwang kann das Vertrauensverhältnis im stationären Verlauf auch durch unsensibles, unangemessenes oder vernachlässigendes Verhalten seitens des Therapeuten geschädigt werden. Patienten in Psychiatrien gehören einem besonders vulnerablen Patientenkollektiv an. Coping-Strategien und Ressourcen sind oftmals unzureichend ausgeprägt.[26] Erfahren sie zusätzlich Zurückweisung durch Ärzte und Psychologen, sind sie einer Therapie oftmals weniger zugänglich.[27] Dies gilt ebenfalls für ablehnendes Handeln und Verhalten der Pflege, da das Pflegepersonal durch eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten zu einer Therapieadhärenz beiträgt.[69] Entsprechend ist ein solcher Umgang mit den Patienten, insbesondere in psychiatrischen Kliniken zu vermeiden.

Abschließend lässt sich formulieren, dass eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie große Auswirkungen auf die therapeutischen Ergebnisse haben kann und die Wirkung der Pharmako- und Psychotherapie unterstützt oder sogar übersteigt.[56]

Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie ist somit erläutert und in ihrer Wichtigkeit dargelegt. Allerdings liegt es nahe, dass diese nicht nur durch die besprochenen, internen Ansätze beeinflusst wird. Bislang gibt noch keine ausreichende Evidenz zu potentiellen Einflüssen der prähospitalen Behandlung durch Notärzte/Rettungsdienstpersonal auf das weitere stationäre Arzt-Patient-Verhältnis bei psychiatrischen Notfallpatienten. Bringt eine sichere, vertrauensvolle Atmosphäre im prähospitalen Setting einen positiven Effekt oder folgen einer von Gewalt und/oder Zwang

geprägten Aufnahme negative Auswirkungen auf die spätere Arzt-Patient-Beziehung und somit die therapeutischen Ergebnisse?[73]

1.4 Hypothesenbildung

Entsprechend wurde die folgende primäre Fragestellung entwickelt:

> **H_1**: Der notärztlich-rettungsdienstliche Umgang mit dem akut psychiatrisch erkrankten Patienten beeinflusst die weitergehende Arzt-Patient-Beziehung in der stationär-psychiatrischen Akuttherapie.

Ergänzend sollen weitere Einfluss-/ Kofaktoren auf die Arzt-Patient-Beziehung beachtet werden. Als sekundäre Fragestellungen gilt es dabei Folgendes zu untersuchen:

1. **H_1**: Die Freiwilligkeit der Einlieferung steht im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung.
2. **H_1**: Die Anwesenheit einer Vertrauensperson führt zu einem Unterschied in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes/Notarztes und oder der folgenden Arzt-Patient-Beziehung.
3. **H_1**: Durch Gewalterfahrung im aktuellen Aufenthalt kommt es zu Unterschieden in der Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung.
4. **H_1**: Vorerfahrungen mit psychiatrischen Klinikeinweisungen oder Aufenthalten machen einen Unterschied in der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik (a) und oder des Rettungsfachpersonals (b).
5. **H_1**: Das Geschlecht, das Alter und die Diagnose des Patienten führen zu Unterschieden in der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung.
6. **H_1**: Die Anwesenheit eines Notarztes führt zu einem zusätzlichen Unterschied der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie im Vergleich zur ausschließlichen Einweisung mittels Rettungsdienst und Krankentransport.

2. Material und Methoden

2.1 Rahmen der Studie

Bei der Studie handelt es sich um eine bizentrische Querschnittsstudie. Diese wurde konzipiert und durchgeführt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III des Universitätsklinikums Ulm. Erweitertes Rekrutierungszentrum war die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Bezirkskrankenhauses Kempten. Die Patientenbefragungen fanden in Ulm vom 15.05.2023-14.05.2024 und in Kempten vom 13.03.2024-15.05.2024 auf den geschützten Stationen statt.

2.2 Das Studienkollektiv

Für die Teilnahme an der Studie galten folgende Einschlusskriterien: Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war die Einlieferung der Patienten durch den Rettungsdienst oder Notarzt in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III des Universitätsklinikums Ulm bzw. in das Bezirkskrankenhaus Kempten in die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie.[73] Zusätzlich in die Studie eingeschlossen wurden Patienten, die aufgrund ihres Zustandes zunächst in einer somatischen Klinik behandelt werden mussten und im Anschluss mittels Krankentransport (KT) in die oben genannten Einrichtungen verlegt wurden. Einlieferungen durch den KT auf Veranlassung von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten oder aus Wohneinrichtungen wurden ebenso berücksichtigt. Ein weiteres Eischlusskriterium war die Volljährigkeit der Patienten.[73] Außerdem mussten mündliche und schriftliche Einwilligungserklärungen in die Studie und zum Datenschutz gegeben werden.

Ausschlusskriterien waren eigenständig vorstellige Patienten, Minderjährige, Patienten mit mangelnden Deutschkenntnissen und Patienten mit einer die Studienteilnahme unmöglich machenden Schwere der Erkrankung.[73]

Die Teilnehmer der Studie stammten aus den jeweiligen Einzugsgebieten der Standorte Ulm und Kempten. Die Befragung der Patienten erfolgte in den ersten drei Tagen nach Aufnahme auf die beschützte Station. In Einzelfällen (<5%) konnte die Befragung erst im Laufe der ersten zwei Wochen nach Aufnahme durchgeführt werden, begründet durch den Gesundheitszustand der Patienten.

2.3 Entwicklung des Fragebogens

Zunächst wurde mit einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Herrn Prof. Dr. med. Schönfeldt-Lecuona (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), Dr. med. Schick (Facharzt für Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin), cand. med. Fetzer und cand. med. Sitter, ein Fragenkatalog mit potentiell relevanten Einflüssen und Faktoren aus der obigen Hypothesenbildung (siehe Kapitel 1.4) erarbeitet. Aufgrund des zu untersuchenden Patientenkollektivs musste auf eine Begrenzung der Fragenzahl geachtet werden. Daher wurde sich zur Ermittlung der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung inhaltlich an existierenden Scores orientiert (Patient-Doctor Relationship Scale (PDRS)[70], The Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)[52]), anstelle diese vollumfänglich zu verwenden.[73]

15 der entstandenen Items sind Single-Choice-Fragen, bestehend aus einer Likert-Skala von „Trifft zu“, „Trifft eher zu“, „Trifft weniger zu“ und „Trifft nicht zu“. Bei weiteren 4 Fragen des Single-Choice-Typs konnte zwischen verschiedenen nominalen Antwortmöglichkeiten, die am ehestens Zutreffende gewählt werden. 13 Fragen boten eine Mehrfachauswahl oder die Möglichkeit mit Freitext zu ergänzen. Die auf diese Weise entstandenen 32 Fragen wurden folgenden Abschnitten zugeteilt:

1. Die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie,
2. Die aktuelle Einweisung,
3. Wahrnehmung/Bewertung des Rettungsdienstes/Notarztes,
4. Frühere Aufnahmen/ Klinikaufenthalte.

Gewählt wurde diese Reihenfolge, um Verzerrungen in der Bewertung zu verhindern, die durch Lenkung der Aufmerksamkeit entstehen könnten. Die Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung sollte erfolgen, ohne dass akute Erinnerungen der Einlieferung und Aufnahme die Wahl der Antworten beeinflusst.[73]

Zu 1: Erfasst wurde im ersten Fragenabschnitt, ob die Patienten sich gut behandelt fühlen, ein Vertrauensverhältnis besteht, die Patienten sich sicher und gut aufgehoben fühlen und ob es im Rahmen des (bisherigen) Aufenthaltes zur Anwendung psychischer oder körperlicher Gewalt seitens des Klinikpersonals kam.[73]

Zu 2: Anschließend wurden folgende Daten als potentiell beeinflussende Faktoren für die Wahrnehmung der Einlieferung erfragt: die notärztliche Begleitung des Einsatzes, wer die Rettung kontaktierte und die Freiwilligkeit der Mitfahrt in die Psychiatrie. Zusätzlich war die Anwesenheit von Vertrauenspersonen während der Aufnahme und die allgemeine Wahrnehmung des Einlieferungsprozesses von Interesse.[73]

Zu 3: Darauf folgend wurden konkrete Fragen zur Wahrnehmung von Rettungsdienst und Notarzt gestellt. Dabei wurde nur zwischen potentiell anwesendem Notarzt (NA) und dem Rettungsdienst unterschieden, nicht aber zwischen den verschiedenen einliefernden Berufsgruppen (Rettungsdienst (RD), Krankentransport (KT) und damit verbundenen verschiedenen Qualifikationen wie Notfallsanitäter, Rettungshelfer etc.). Der Begriff „Rettungsdienst“ stand hierbei stellvertretend für diese. Entsprechend konnte die zugehörige Spalte auch angekreuzt werden, wenn die Patienten formal mit dem KT eingeliefert wurden.[73]

In Rahmen der Fragen zu Wahrnehmung von RD und NA fanden mögliche Gründe für einen nicht gelungenen Erstkontakt Beachtung: Wurde das Rettungsfachpersonal als solches und in seinen unterschiedlichen Rollen (NA/ RD) erkannt? Konnten Anweisungen und Forderungen verstanden werden? War das Rettungsfachpersonal freundlich und im Umgang als respektvoll empfunden? Ebenfalls von Interesse in diesem Abschnitt war, ob es zur Anwendung von Gewalt kam, die Patienten sich eingeschränkt oder provoziert fühlten oder ein nachhaltiges Beeinträchtigungsgefühl entstanden ist. Zur Anwendung von Gewalt zählt im Rahmen dieser Arbeit auch die Durchführung von Zwangsmaßnahmen, sowohl psychisch als auch physisch mittels Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation und vergleichbare Maßnahmen, aus in Kapitel 1.2 genannten Gründen.[73]

Zu 4: Abschließend fokussierten sich die Fragen auf die Patientenvorgeschichte und bisherige Erfahrungen mit psychiatrischen Behandlungen und potentiell vorangegangenen stationären Voraufenthalten. Abgefragt wurden dabei verschiedene Arten der bisherigen psychiatrischen Therapien und die Häufigkeit bisheriger stationärer Aufenthalte. Fragen zur Gewalt während der Aufnahme oder bei früheren stationären Aufenthalten waren nur von Patienten zu beantworten, die bereits zuvor in stationärer

psychiatrischer Behandlung waren. Die Attribute zu bisherigen Erfahrungen mit Psychiatrie und Einweisung konnten hingegen von allen Studienteilnehmern beantwortet werden, da Eindrücke auch durch ambulante Therapien sowie enge Kontakte zur Psychiatrie entstanden sein könnten.[73]

2.3.1 Studiengröße

Eine Vorab-Berechnung der Fallzahl war aufgrund des explorativen Studiendesigns nicht möglich. Ziel war es, innerhalb eines Jahres eine Stichprobe von mindestens 100 Patienten zu erreichen.

2.4 Rekrutierung der Studienteilnehmer und Ablauf der Befragung

Die Identifizierung möglicher Studienteilnehmer erfolgte durch den Studienleiter oder die Doktorranden über das jeweilige Stationspersonal. Vor Beginn der Befragung wurden die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten geprüft.[73] Anschließend erfolgte die mündliche und schriftliche Aufklärung mittels eines Patienteninformationsschreibens und einer entsprechenden Datenschutzaufklärung (siehe Anhang).

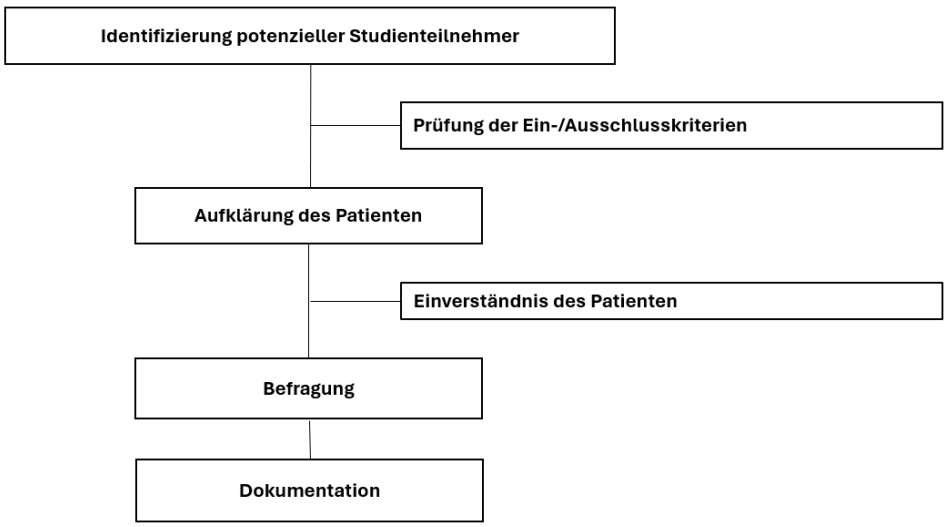

Abbildung 1: Flowchart zum Ablauf der Studienrekrutierung und Patientenbefragung an den Standorten Universitätklinik Ulm und Bezirkskrankenhaus Kempten in den Jahren 2023-2024.

Der Ablauf der Befragung richtete sich nach dem Bedürfnissen des Patienten. Die überwiegende Mehrheit der Fragebögen wurde im Beisein des Doktoranden ausgefüllt, um dem Patienten das Ausfüllen zu erleichtern oder bei aufkommenden Fragen und

Unsicherheiten unterstützend zu wirken. Einige Patienten bevorzugten das Ausfüllen des Fragebogens ohne die Anwesenheit eines Doktoranden. Entsprechend wurde dieser im Anschluss durch den Doktoranden eingesammelt. In diesem Kontext konnten eventuell ausstehende Fragen des Patienten geklärt werden.

2.5 Datenerfassung

Die Daten der Patienten wurden initial auf einem PC der Studiengruppe gespeichert, der nur über das Kliniknetzwerk betrieben werden konnte. Die Speicherung der Daten erfolgte in Excel (Microsoft 365 MSO, Version 2407 Build 16.0.17830.20056). Dafür wurden die Fragen und Antworten in einer Tabelle mittels Zahlen codiert. Freitextangaben und zusätzliche Notizen der Patienten wurden wörtlich übernommen.[73] Zu jedem Patienten wurden zusätzlich zu dem erhobenen Fragebogen die Merkmale Geschlecht, Jahrgang und Diagnose nach ICD-10 (inkl. Nebendiagnosen) erhoben. Unvollständige und inkonsistente Fragebögen wurden aus der Dokumentation entfernt. Es erfolgte eine Anonymisierung und Pseudonymisierung der Patientendaten, sodass eine Rückverfolgbarkeit der Daten zu einzelnen Patienten entsprechend geltender Datenschutzrichtlinien nicht mehr möglich ist.

2.6 Statistische Methoden

Die deskriptive Statistik mit absoluten und relativen Häufigkeiten, sowie Mittelwert, Standardabweichung, Median, Quartilen und Spannweiten erfolgte in Excel (Microsoft 365 MSO, Version 2407 Build 16.0.17830.20056), während die statistische Inferenz mittels der Statistiksoftware SPSS durchgeführt wurde (IBM SPSS Statistics, Version 29.0.1.0 (171)).[73] Mittelwert und Standardabweichung wurden bei relevanten Fragestellungen aus Gründen der Vergleichbarkeit auch bei ordinal skalierten Likert-Skalen verwendet. Dazu wurden, ebenso wie für Median und Modus, den Antwortmöglichkeiten Zahlen zugeschrieben. „Trifft zu“ wurde die „1“ zugeordnet, „trifft eher zu“ die „2“, „trifft weniger zu“ die „3“ und „trifft nicht zu“ bekam die „4“. Wenn zwischen „nein“ und „ja“ unterschieden werden musste, so wurde Ersteres mit der „0“ beziffert und Letzteres mit der „1“.[73]

2.6.1 Bildung von Scores für die Ermittlung der zentralen Zielgröße

Zentrale Zielgröße der statistischen Analyse war der Einfluss der patientenseitigen Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals auf die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie. Aus den 5 Items zur Arzt-Patient-Beziehung wurde daher ein Score gebildet, die diese als latentes Konstrukt beschreibt. Dazu erfolgte zunächst die Umkodierung des inversen Items als negativ formulierte Kontrollfrage mit anschließender Berechnung der internen Konsistenz mittels Cronbachs Alpha.[73] Im Folgenden wurden die Zeilenwerte der 5 Fragen aufsummiert und in 4 Abschnitte unterteilt. Der minimal erzielbare Wert lag somit bei „5“, maximal konnte „20“ erreicht werden. Je höher die gebildete Summe, desto schlechter wurde die Arzt-Patient-Beziehung bewertet. Dementsprechend erfolgte eine Einteilung des Konstrukts in „gut“ bei Werten zwischen „5“ und „8“ (mit der Zuordnung der Zahl 1 in SPSS), „eher gut“ bei Werten „9-12“ (mit der Zuordnung der Zahl 2 in SPSS) und „eher schlecht“ bei Werten von „13-16“ (Zuordnung der Zahl 3 in SPSS) und „schlecht“ bei Werten von „17-20“ (Zuordnung der Zahl 4 in SPSS).[73]

Zusätzlich wurde für die Bewertung der Wahrnehmung des RD/ NA als latentes Konstrukt ein Score aus 9, zwischen NA und RD differenzierenden, Items gebildet (Personal erkannt, genug Informationen bekommen, freundlich behandelt, verstanden gefühlt, respektvoll behandelt, sicher gefühlt, gerecht behandelt, kein Schuldgefühl vermittelt, kein Einschränkungsgefühl). Zur Ermittlung der internen Konsistenz kam auch hier Cronbachs Alpha zum Einsatz.[73] Durch Aufsummierung konnte ein minimaler Wert des Scores von „9“ und ein maximaler Wert von „36“ erreicht werden. Die Unterteilung wurde in folgende Kategorien vorgenommen: „positiv, eher positiv, eher negativ, negativ“. Die Bereichsgrenzen entsprachen hierbei: „9-15“, „16-22“, „23-29“ und „30-36“.[73]

2.6.2 Bildung von Subgruppen

Um mögliche Stör- und Einflussfaktoren zu testen, wurde das Studienkollektiv in folgende Subgruppen eingeteilt: Altersspannen, Geschlecht, Diagnosestellung nach ICD-10 (für die statistische Analyse wurde die Hauptdiagnose verwendet) und Vorerfahrungen im psychiatrischen Bereich (bestehend aus Anzahl vorheriger stationärer Aufenthalte, Beschreibungen der Vorerfahrungen und früheres Gewalterleben während der psychiatrischen Einweisung oder Klinikaufenthalten). Dabei wurden die Diagnosen in ihren Überkategorien zusammengefasst, beispielsweise alle Formen der psychischen

und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen als Gruppe F.1xx gewertet, ohne die weiteren Subformen zu differenzieren. Des Weiteren waren Unterschiede in Bezug auf Freiwilligkeit und Gewalterfahrungen bei der Aufnahme sowie Anwesenheit eines Notarztes in der Wahrnehmung der Notfallsituation und späteren Arzt-Patient-Beziehung zu prüfen. Ebenfalls Teil der statistischen Analyse war der Einfluss der Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Aufnahme. In statistischen Tests wurden diese separat und gemeinsam ausgewertet und in Bezug zur Wahrnehmung des Rettungsdienstes/der Arzt-Patient-Beziehung gestellt.

2.6.3 Angewendete Testverfahren

Zur Testung auf einen Zusammenhang zwischen zwei dichotomen Variablen mit nominalskalierten Daten wurde der Phi-Koeffizient berechnet. Für den Zusammenhang von nominalen Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen kam Cramers-V zur Anwendung.[73]

Der Mann-Whitney-U-Test wurde verwendet, um auf Unterschiede zweier Gruppen bei ordinalem Skalenniveau zu testen. Dabei erfolgte neben der Nennung der zugehörigen U-Werte, Z-Werte und p-Werte zusätzlich die Berechnung der Effektstärke ($r = z/\sqrt{n}$; $r<0{,}3$: kleiner Effekt, $0{,}3 \geq r<0{,}5$: mittlerer Effekt, $r \geq 0{,}5$: großer Effekt). Zum Vergleich mehrerer Gruppen wurde als Erweiterung der Kruskal-Wallis-Test angewendet und die betreffende H-Teststatistik angegeben.[73]

Außerdem wurde bei entsprechendem Skalenniveau eine Rangkorrelation nach Spearman und eine Regressionsanalyse der Hauptfragestellung durchgeführt, um auf Zusammenhänge zu prüfen. Entsprechend wurden bei diesen Verfahren die Scores mit metrischem Skalenniveau genutzt. Für die Korrelationskoeffizienten galt folgende Interpretation: schwache Korrelation: r bzw. $\rho<0{,}3$; moderate Korrelation: $\geq 0{,}3$ r bzw. $\rho<0{,}5$; starker Zusammenhang: r bzw. $\rho \geq 0{,}5$.[73]

Bei der Korrelationsanalyse mit nominalen Variablen kann nicht auf Spearmans-Rho zurückgegriffen werden. Um hier eine Vergleichbarkeit der untersuchten Gruppen dennoch zu ermöglichen, wurde der Eta-Koeffizient aus dem Score der Arzt-Patient-Beziehung oder Wahrnehmung des NA/RD und den interessierenden nominalen

Variablen berechnet. Der Eta-Koeffizient erlaubt eine Aussage über die Effektstärke der unabhängigen Variable (<0,01 = klein, ≥0,14 = groß).[73]

Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. „N“ bezieht sich auf die Grundgesamtheit der befragten Patienten, „n“ auf die jeweilig untersuchte Stichprobe.[73]

2.6.4 Verwendete Begrifflichkeiten

Um eine ausreichende Übersichtlichkeit zu gewährleisten, wurden einige Begriffe zu Konstrukten zusammengefasst. So sind unter dem Begriff „Rettungsdienst“ im Laufe der Arbeit alle nicht-ärztlichen, in die Klinik einliefernden Berufsgruppen zu verstehen. Die Bezeichnung „Rettungsfachpersonal“ steht gemeinsam für Notarzt und Rettungsdienst. Unter „Umgang mit dem Patienten“ wurden die Anwendung von Gewalt, die Gabe von Informationen und die patientenseitige Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals gefasst. Der Begriff „Gewalt“ wird – wenn nicht differenziert angegeben – stellvertretend für körperliche und psychische Gewalt, inklusive Zwang und Zwangsmedikation genutzt.

2.7 Ethikvotum und Studienregistrierung

Der Ethikantrag wurde nach Prüfung durch die Ethikkommission der Universität Ulm genehmigt (Ethikantragnummer: 96/23). Die Studie wurde am 09.05.2023 unter der Nummer DRKS00031842 im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) prospektiv registriert.

Im Februar 2024 stimmte die Ethikkommission unter Aktualisierung von Ethikantrag und Studienplan einer Ausweitung der Studie auf die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Kempten zu (Amendment zu Ethikantragnummer: 96/23).

3. Ergebnisse

Von insgesamt 250 potentiell einschlussfähigen Patienten stimmten insgesamt 150 einer Befragung zu. Die häufigsten Gründe für eine Ablehnung der Teilnahme an der Studie waren das gesundheitliche Befinden der Patienten, Unsicherheiten bezüglich einiger Fragestellungen und Ablehnung der Studie als Teil des medizinischen Systems. Vier der Fragebögen waren nicht rückläufig, weitere neun Fragebögen unvollständig und zwei falsch ausgefüllt, sodass diese der Auswertung entzogen wurden. Somit bildete sich eine Datengrundlage von N=135 Fällen.[73]

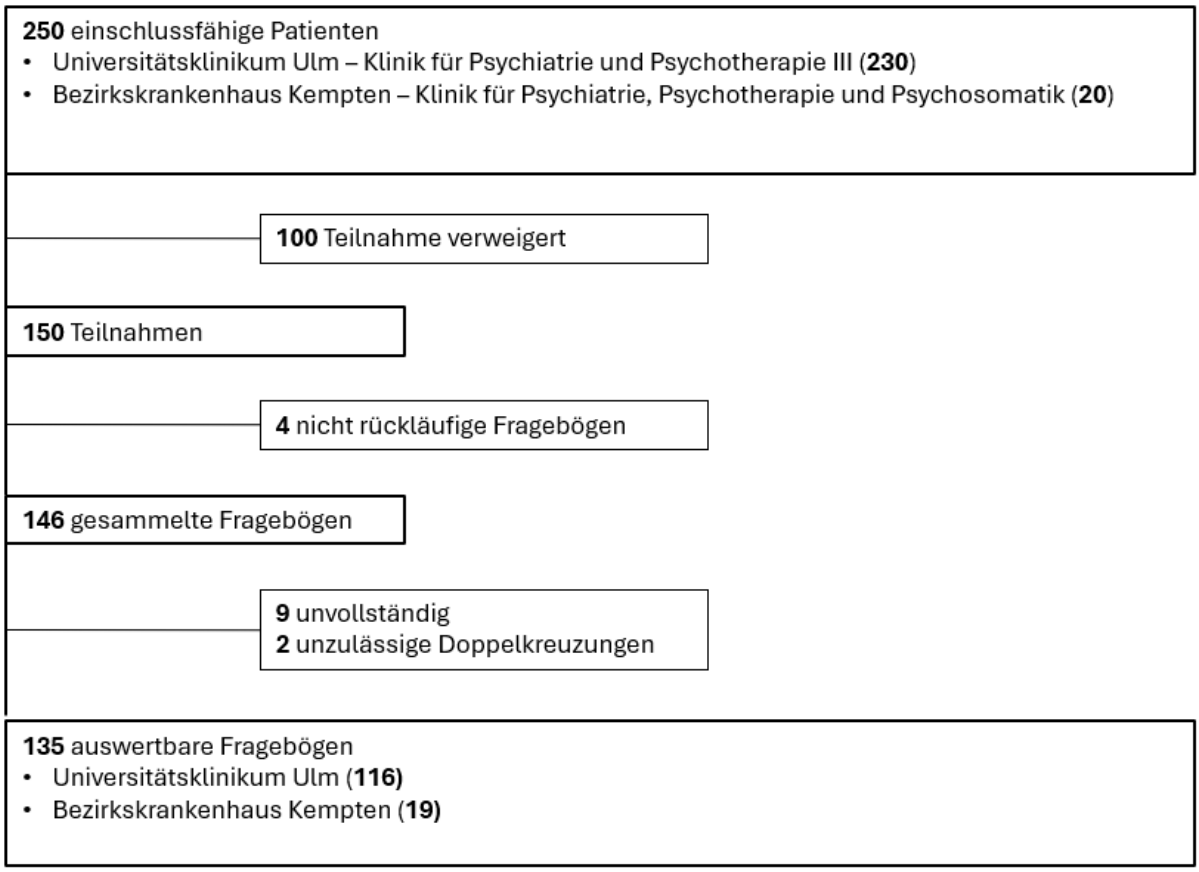

Abbildung 2: Flowchart über die Verteilung der einschlussfähigen psychiatrischen Notfallpatienten und tatsächlich verwertbaren Fragebögen der Studie in absoluten Zahlen an den Standorten Universitätsklinik Ulm und Bezirkskrankenhaus Kempten 2023-2024. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

3.1 Deskriptive Statistik

Von den 135 ausgewerteten Fragebögen stammten insgesamt 60 (44%) von Frauen und 72 (53%) von Männern. Von 3 (2%) Patienten konnte das jeweilige Geschlecht nicht eindeutig angegeben werden. Im Mittel betrug das Alter der Patienten 40 Jahre mit einer Standardabweichung (SD) von 14 Jahren. Dabei war der jüngste Patient 18 und der älteste

85 Jahre alt. Die größte Gruppe machten mit 34 (25%) Patienten die 20-29-jährigen aus. Die am häufigsten vorkommende Diagnosegruppe nach ICD 10 waren psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit insgesamt 44 (33%) Patienten, gefolgt von affektiven Störungen mit 38 (28%) und Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen mit 35 (26%) Betroffenen. Die Verteilung der demographischen Daten in absoluten und relativen Häufigkeiten ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über demographische Daten, Geschlecht und ICD-10 Diagnosen, inklusive Nebendiagnosen der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten, mit den Umständen der Einlieferung in die Universitätsklinik Ulm und das Bezirkskrankenhaus Kempten 2023-2024. Darstellung in absoluten und relativen Häufigkeiten. RD=Rettungsdienst, NA= Notarzt. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Kategorie	N=135	Prozent
Alter		
18-19 Jahre	4	3%
20-29 Jahre	34	25%
30-39 Jahre	28	21%
40-49 Jahre	31	23%
50-59 Jahre	20	15%
60-69 Jahre	15	11%
70-79 Jahre	2	1%
80-89 Jahre	1	1%
Geschlecht		
weiblich	60	45%
männlich	72	53%
unklar	3	2%
ICD-10 Diagnosen		
F00-09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5	4%
F10-19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	44	33%
F20-29 Schizophrenie, schizotype und Wahnhafte Störung	35	26%
F30-39 Affektive Störungen	38	28%
F40-49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13	10%
F50-59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	1%
F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	15	11%
F70-79 Intelligenzstörung	0	0%
F80-89 Entwicklungsstörungen	2	1%
F90-99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	1%
Z Diagnosen (Z91.8, Z73)	3	2%
Einlieferung		
nur RD	97	72%
mit NA	38	28%
freiwillig	125	93%
unfreiwillig	10	7%
ohne Gewalt[1]	115	85%
mit Gewalt	20	15%

[1] Gewalt umfasst in dieser Arbeit auch das Mittel „Zwang“ als Form der psychischen Gewalt.

3.1.1 Die Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik

Zur Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung (APB) in der Klinik wurden insgesamt 5 Fragen gestellt. Die Verteilung innerhalb der einzelnen Kategorien ist der Abbildung 3 zu entnehmen. Modus und Median entsprachen bei den ersten 4 Fragen der 1, sprich der Angabe „trifft zu“. Die 25% Perzentile lagen ebenfalls bei allen Fragen bei der 1 und die 75% Perzentile bei der 2. Bei der negativ formulierten Frage 5 ergab sich gegenteilig der Wert 4, sprich der Angabe „trifft nicht zu“, für Modus und Median, das 25% Perzentil einen Wert von 3 und das 75% Perzentil von 4. Um zentrale Tendenzen der Antworten darstellen zu können und somit Vergleichbarkeit zu schaffen, wurde trotz des ordinalen Skalenniveaus aus den Codierungen eine Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichung durchgeführt (siehe Kapitel 2.6).

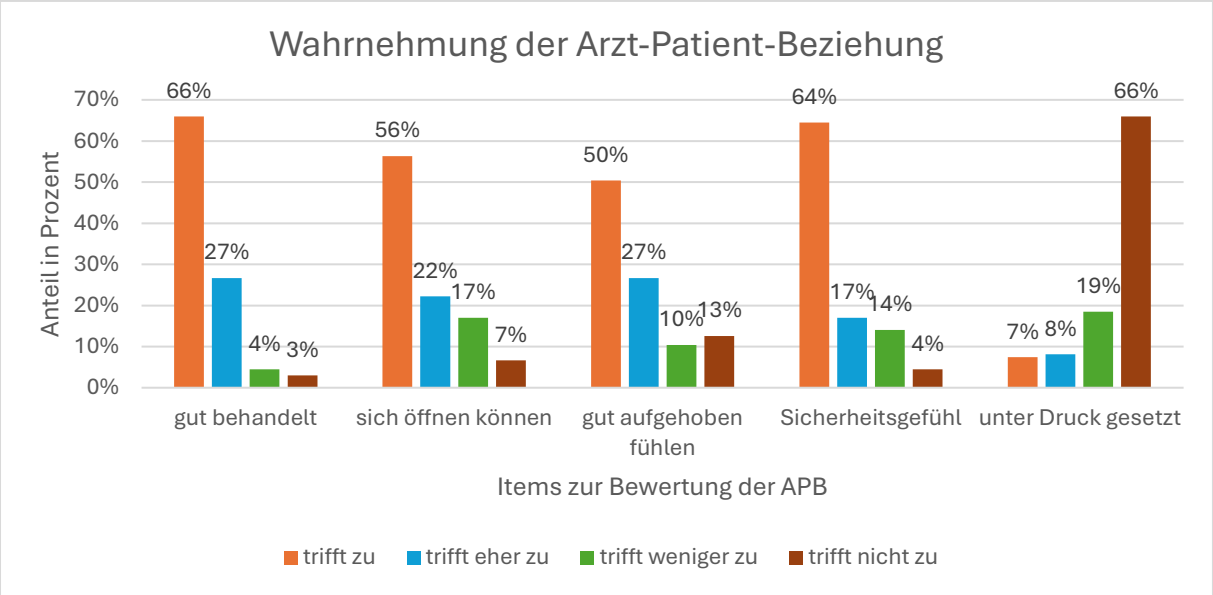

Abbildung 3: Verteilung der Antworten der notfallmäßig psychiatrisch eingelieferten Patienten auf die Fragen zur Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung (APB) in der Psychiatrie im aktuellen Aufenthalt in relativen Häufigkeiten im Universitätsklinik Ulm und Bezirkskrankenhaus Kempten 2023-2024.

115 (93%) Patienten gaben an, sich von den Ärzten und Psychologen gut behandelt zu fühlen. Der Mittelwert der ersten Frage entsprach 1,44 mit einer Standardabweichung (SD) von 0,719. Damit lagen die Antworten im Schnitt zwischen „trifft zu“ und „trifft eher zu“ mit Tendenz zur vollen Zustimmung. Insgesamt 106 (78%) Patienten konnten sich den Ärzten und Psychologen der psychiatrischen gegenüber öffnen. Hier berechnete sich ein Mittelwert von 1,76 mit einer SD von 0,964. Bezüglich der Frage, ob sich die Patienten in der psychiatrischen Klinik gut aufgehoben fühlen, gaben 104 (77%) eine positive Rückmeldung. Der Mittelwert entsprach mit 1,85 einem Wert mit starker Tendenz zu

„trifft eher zu“, was auf die deutlich häufigere Wahl der Kategorie „trifft nicht zu“ zurückzuführen war (siehe Abbildung 2). Im Vergleich zur ersten Frage wurde diese fast 5-mal häufiger angekreuzt (4 (3%) vs. 17 (13%)). Die SD bei dieser Frage lag bei 1,04, was auf eine breitere Streuung der Antworten hinweist. 110 (82%) Patienten gaben an, sich in der Psychiatrie sicher zu fühlen, mit einem Mittelwert von 1,59 und einer SD von 0,89. Unter Druck gesetzt fühlten sich 21 (15%) der Patienten. Dementsprechend wählten 114 (85%) „trifft weniger zu“ oder „trifft nicht zu“, sodass Mittelwerte von 3,43 mit einer SD von 0,927 vorliegen.

Bei 15 (11%) Patienten kam es im Rahmen des Klinikaufenthaltes zur subjektiven Anwendung von Gewalt seitens des Klinikpersonals. Die häufigste Form der stationären Gewalt war die „Fixierung“ bei 7 (47%) von 15 Patienten. Unter dem Reiter „andere“, den 5 (30%) der Befragten bedienten, gab es die Möglichkeit mittels Freitexts weitere Angaben zu machen. Diese Option wurde von 4 (27%) ausgefüllt. Genannt wurden hier „Blutentnahme geg. Willen“ und „Isolation“, sowie „psychische Gewalt“ und „Selbstverletzung durch Druck durch Ärzte“. Ersteres konnte unter „körperliche Gewalt“ gefasst werden, während die anderen Nennungen zur Kategorie „unter Druck setzen/ psychische Gewalt“ gezählt wurde. Somit ergab sich die in Abbildung 4 aufgezeigte Verteilung der Angaben. Aufgrund der möglichen Mehrfachauswahl bei der Frage wurden die Werte in der Übersicht als absolute Zahlen dargestellt.

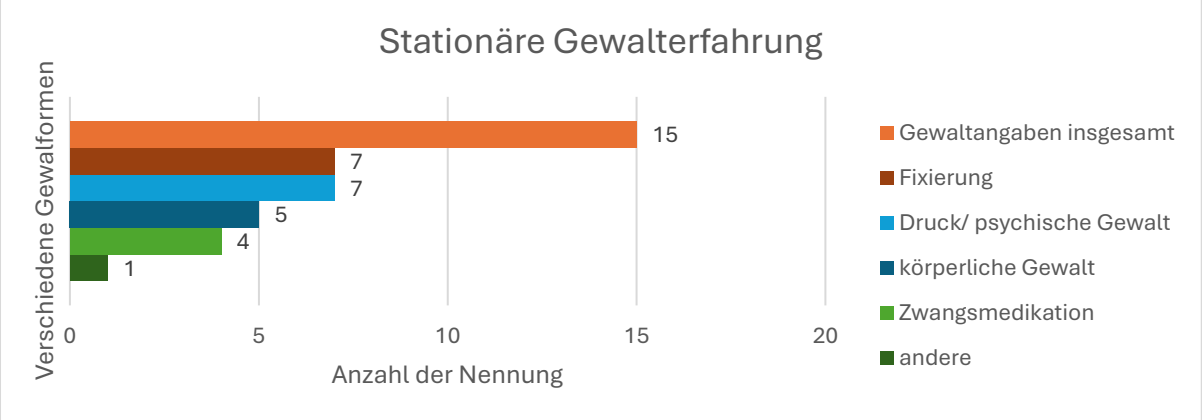

Abbildung 4: Subjektive Angabe von stationären Gewalterfahrungen während des aktuellen Psychiatrieaufenthaltes der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten im Befragungszeitraum 2023-2024 in absoluten Zahlen. Die Daten von den n=15 Patienten (11% aller Teilnehmer) mit Gewaltangabe werden hier dargestellt. Mehrfachauswahl war möglich.

Die Items zur APB wurden mittels Cronbachs Alpha auf interne Konsistenz geprüft. Hierbei ergab sich ein Wert von 0,681, damit nahe des akzeptablen Wertes 0,7. Es

erfolgte die Einteilung des latenten Konstruktes APB in „gut“, „eher gut“, „eher schlecht“ und „schlecht“ (siehe Kapitel 2.6 „Statistische Methoden“). 82 (60%) der APBs konnten dadurch als „gut“ bewertet werden, weitere 43 (32%) als „eher gut“. Für 8 (6%) der Patienten ergab sich ein eher schlechtes Verhältnis zum Behandlungsteam, während 2 (1%) als „schlecht“ eingeteilt wurden.

3.1.2 Die Umstände des prähospitalen Notfalleinsatzes

97 (72%) der 135 Einlieferungen durch den RD kamen ohne Begleitung durch einen NA in die Psychiatrie, bei 38 (28%) war ein NA anwesend. An dieser Stelle ist nochmals zu erwähnen (siehe Kapitel 2.1), dass der Begriff „Rettungsdienst“ in dieser Studie stellvertretend für die einliefernden, nicht-ärztlichen Berufsgruppen verwendet wird. Demzufolge wird im statistischen Teil nicht weiter zwischen RD, KT und Vergleichbarem differenziert.

Am häufigsten (bei 63 (47%) Patienten) wurde der Notruf mit Einverständnis des Patienten abgesetzt. Hier unterteilte sich die Verteilung in eine Verlegung aus einer anderen Klinik oder durch Kontaktaufnahme des Arztes in 22 (34% der Einverstandenen, 16% aller Einlieferungen) Fällen, gefolgt von familiären Notrufen bei 18 (28% der Einverstandenen, 13% aller Einlieferungen) Aufnahmen. Bei 23 (37% der Einverstandenen, 17% aller Einlieferungen) Patienten wurde die Rettung durch Fremde, Betreuer, Polizei oder sonstige Institutionen informiert. 32 (24% aller Studienteilnehmer) der Patienten haben den Notruf selbst gewählt und machten damit die zweitgrößte Gruppe aus. Nicht einverstanden mit der Absetzung eines Notrufs waren 17 (13% aller Studienteilnehmer) der Patienten. In dieser Gruppe wurde der Notruf bei 9 (53%, 7% aller Einlieferungen) durch Familie und Freunde abgesetzt, bei 7 (41%, 5% aller Einlieferungen) durch Polizei und Verlegung aus anderen Kliniken. In 23 (17%) Fällen konnten die Patienten bei der Befragung keine Informationen dazu geben, wer den Notruf veranlasst hat.

Tabelle 2: Rahmen des prähospitalen Kontaktes der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024, dargestellt für die Grundgesamtheit und mit Unterdifferenzierung in die Gruppen Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA), je als absolute und relative Häufigkeiten. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Kategorie	Alle	Prozent	RD	RD Prozent	NA	NA Rrozent
Einlieferungsart	N=135	100%	n=97	72%	n=38	28%
Rettungsdienst gerufen						
selbst	32	24%	23	24%	9	24%
mit Einverständnis	63	46%	49	51%	14	37%
gegen Willen	17	13%	11	11%	6	15%
unbekannt	23	17%	14	14%	9	24%
Freiwilligkeit						
freiwillig	125	93%	92	95%	33	87%
unfreiwillig	10	7%	5	5%	5	13%
Vertrauensperson						
ohne	91	67%	70	72%	21	55%
mit	44	33%	27	28%	17	45%
Wahrnehmung						
angenehm	53	39%	40	41%	13	34%
beruhigend	51	38%	35	36%	16	42%
stressig	45	33%	33	34%	12	32%
bedrohlich	26	19%	17	18%	9	24%

Von den 135 Einlieferungen in die Psychiatrie erfolgten 125 (93%) auf freiwilliger Basis. 20 (16%) dieser Patienten standen einer Einlieferung skeptisch gegenüber, konnten aber von der Notwendigkeit der Maßnahme überzeugt werden. Nur 10 (7%) Befragte sind unfreiwillig in die Klinik mitgefahren. Um letztere Gruppe einer klinischen Versorgung zuzuführen wurden verschiedene Mittel angewendet. Am häufigsten kam hier bei 6 von 10 (60%) der Fälle „Fixierung“ zum Einsatz. In 4 (40%) Fällen wurden jeweils „körperliche Gewalt“ und die „Ausübung von Druck/psychische Gewalt“ angewandt, während nur bei 2 der 10 Patienten eine „Zwangsmedikation“ durchgeführt werden musste.

Im späteren Verlauf soll ein möglicher Einfluss der Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Aufnahme auf die Wahrnehmung der Notfallsituation und der APB untersucht werden. Bei 91 (67%) Befragten war keine Vertrauensperson anwesend, bei 44 (33%) konnte mindestens ein Familienmitglied, Freund oder Betreuer zugegen sein.

Zur Beschreibung der Wahrnehmung der Aufnahmesituation konnten im Fragebogen mehrere Optionen gewählt werden. 53 (39%) empfanden die Einweisung als

„angenehm“ und weitere 51 (38%) beschrieben diese als „beruhigend“. 45 (33%) nahmen die Situation als „stressig“ war, während 26 (19%) die Einweisung als „bedrohlich“ auffassten.

Im Fragebogen erfolgte eine Unterteilung in zwei Gruppen: Anwesenheit eines NAs versus primäre Versorgung durch den RD. In Tabelle 2 ist die Befragung zu den Umständen der Einlieferung inklusive der Differenzierung zwischen NA und RD dargestellt. Auffällig sind in diesem Vergleich vor allem der höhere Anteil der unbekannten Notrufabsetzung in der Notarztgruppe (24% der Fälle mit NA, 14% der Fälle ohne NA) und die häufigere Anwesenheit von Vertrauenspersonen (45% der Fälle mit NA, 28% der Fälle ohne NA).

3.1.3 Wahrnehmung des Rettungsdienstes und Notarztes

Bei 16 Fragen zur Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals wurde zwischen RD und NA differenziert, während drei Fragen übergeordnet formuliert wurden. Die Spalte RD wurde dabei von der Grundgesamtheit N=135 ausgefüllt, die notärztliche Spalte nur von den n=38 notärztlich eingewiesenen Patienten. Entsprechend beziehen sich die Prozentsätze auf die jeweils unterschiedlichen Fallzahlen. Es ergab sich für die ersten Fragen die in Tabelle 3 aufgezeigte Verteilung.

Tabelle 3: Angaben zu der Wahrnehmung des Rettungsdienstes (RD) und Notarztes (NA) durch die in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. „Trifft zu“ und „trifft eher zu“ wurden jeweils als Zustimmung gewertet und in absoluten und relativen Häufigkeiten angegeben.

Kategorie	RD N=135	RD Prozent	NA n=38	NA Prozent
Personal erkannt	126	93%	34	90%
ausreichend Infos erhalten	120	89%	32	84%
Inhaltlich verstanden	115	85%	26	68%
Provoziert gefühlt	12	9%	3	8%
Gewalt	18	13%	8	21%

Insgesamt haben 126 (93%) den Rettungsdienst als solchen erkannt. Auch der potentiell anwesende Notarzt konnte in 34 (90%) der Fälle als solcher identifiziert werden. Ausreichend informiert durch den Rettungsdienst fühlten sich 120 (89%) Befragte, bei der notärztlichen Sparte traf dies auf 32 (84%) zu. Für alle vier Kategorien lagen Modus, Median und die 25% Perzentile bei einem Wert von 1 („trifft zu“). Die 75% Perzentile waren ebenfalls bei allen Fragen=1, mit Ausnahme der Frage nach der notärztlichen

Informationsgabe, wo sich ein Wert von 2 („trifft eher zu“) ergab. Mittelwerte und Standardabweichungen sind Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Deskriptive Statistik zum Erkennen des Rettungsfachpersonals und ausreichender Informationsübermittlung durch dieses nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Jeweils unterteilt nach Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA).

Kategorie	Erkannt RD	Erkannt NA	Information RD	Information NA
Mittelwert	1,24	1,29	1,41	1,58
Median	1,00	1,00	1,00	1,00
Standardabweichung	0,725	0,732	0,841	1,004
Perzentile				
25	1,00	1,00	1,00	1,00
75	1,00	1,00	1,00	2,00

Inhaltlich verstanden wurden die Aussagen des Rettungsfachpersonals von 115 (85%) Patienten bzw. von 26 (68%) der notärztlich Versorgten. Der häufigste angegebene Grund in beiden Subgruppen war dabei der „Allgemeinzustand“ der Befragten in der Akutsituation (13 von 20 (65%) RD-Patienten; 7 von 12 (58%) NA-Patienten). Andere Gründe waren die „Verwendung von Fachbegriffen“ durch das Rettungsfachpersonal und „sprachliche Barrieren“.

40 (30%) der Patienten gaben an, dass sie ihr Problem in der Akutsituation nicht klar schildern konnten. Häufigster Grund bei 14 (35%) Befragten war dabei „mangelndes Vertrauen“, gefolgt von „äußeren Umständen“ und „nicht richtig zuhörendes Personal“ mit jeweils 8 (20%). Insgesamt 12 (9%) beziehungsweise 3 (8%) der Patienten fühlten sich in ihren Subgruppen durch das jeweilige Personal provoziert. Von diesen 12 Patienten gaben 8 (67%) an, dass „Verharmlosung der Situation“ der Grund für das ausgelöste Gefühl der Provokation war. Immerhin 6 (50%) gaben an, durch „unangemessenes Lachen“ seitens des RDs Provokation empfunden zu haben. Von notärztlicher Seite war neben „Verharmlosung“ (2 von 8 Patienten, 25%) ein „aggressives Auftreten“ (2 von 8 Patienten, 25%) der häufigste Auslöser, dass sich die Patienten provoziert fühlten. Zur Anwendung von Gewalt kam es dabei bei 18 (13%) der rettungsdienstlich und 8 (21%) der notärztlich versorgten Fälle. In Abbildung 5 sind die verschiedenen Formen von Gewaltanwendung dargestellt.

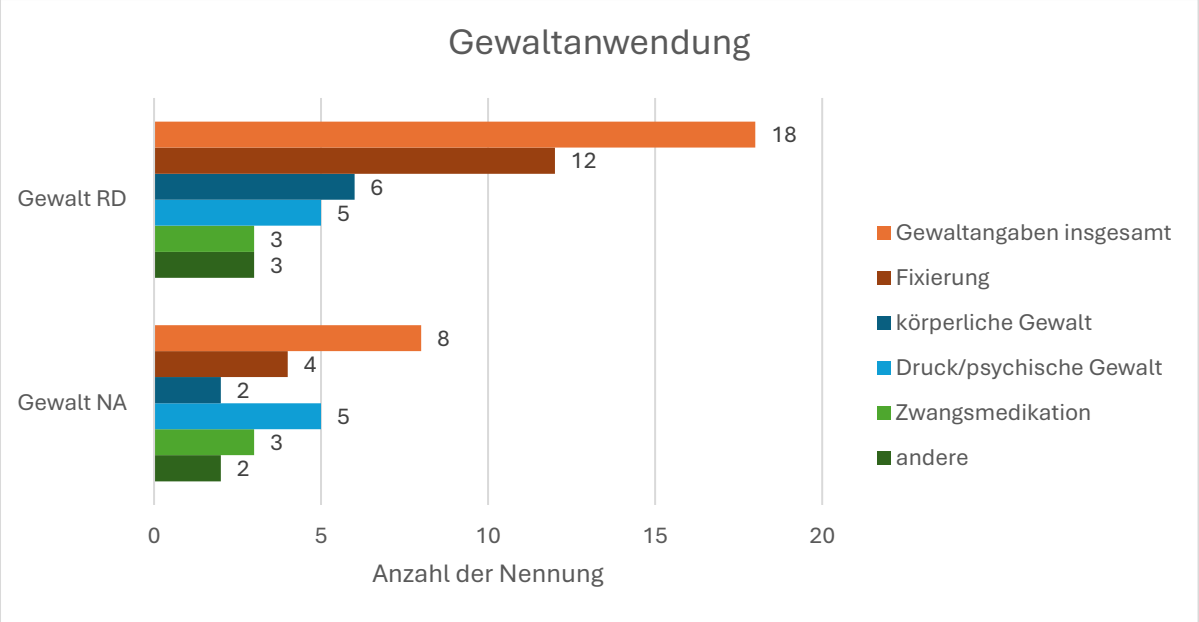

Abbildung 5: Formen der Gewaltanwendung in der prähospitalen Notfallversorgung in absoluten Häufigkeiten, differenziert zwischen Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA) nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Mehrfachantworten waren möglich.

Von den 18 Patienten, die Gewalt durch den RD empfanden, konnten 10 (56%) rückblickend die Anwendung von Gewalt nachvollziehen. Bei empfundener Gewaltanwendung durch den NA gaben dies 5 der 8 (63%) Patienten an. Dementsprechend nicht nachvollziehbar war die Intensität der ergriffenen Maßnahmen für 8 (44%) der RD-Einlieferungen und 3 (37%) der notärztlich Betreuten. Die Mittelwerte lagen bei 2,33 (RD) und 2,13 (NA) mit einer SD von 1,283 (RD) bzw. 1,356 (NA). Somit konnte die Durchführung von Gewalt- und Zwangsmaßnahmen durch den NA vom Patienten häufiger besser nachvollzogen werden. Weitere statistische Werte zu dieser Fragestellung sind in Tabelle 5 abgebildet.

Tabelle 5: Deskriptive Statistik zur Nachvollziehbarkeit der Gewaltanwendung im prähospitalen Setting von Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA) nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

Kategorie	Nachvollziehbarkeit RD	Nachvollziehbarkeit NA
n=gültig	18	8
n=fehlend	117	127
Mittelwert	2,33	2,13
Median	2,00	1,50
Standardabweichung	1,283	1,356
Perzentile		
25	1,00	1,00
75	2,00	1,50

Insgesamt gaben 33 (24%) aller Patienten an, sich durch das Verhalten des Rettungsfachpersonals beeinträchtigt zu fühlen. Jeweils 14 (42% der Betroffenen,10% der Grundgesamtheit) der in der Mehrfachauswahl kreuzbaren Beschreibungen beriefen sich auf „verärgert“ und „verängstigt“. 13 der 33 Patienten (39% der Subgruppe, 10% der Grundgesamtheit) wählten „minderwertig“ und „schuldig“ als Ausdrücke für die durch die Aufnahme verursachte Gefühlslage.

Die im Folgenden ausgewerteten Fragen wurden negativ formuliert. Dadurch entspricht ein hoher Wert, wie beispielsweise ein Median und Modalwert von 4 bei allen drei Fragen und Subgruppen mit der Codierung “trifft nicht zu“, einem positiven Ereignis. Neben dem Median entsprachen auch die 75% Perzentile bei allen drei Fragen dem Wert von 4. Das 25% Perzentil betrug bezüglich der Frage „ungerecht behandelt fühlen“ bei RD und NA ebenfalls 4, bezüglich des Gefühls „eingeschränkt zu sein“ oder „Schuld an der Situation vermittelt bekommen zu haben“ jeweils bei beiden Subgruppen 3. Weitere Werte der deskriptiven Statistik zu diesen Fragen sind in Tabelle 6 abgebildet.

Tabelle 6: Deskriptive Statistik zu den negativ formulierten Fragen zur Wahrnehmung von Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA) nach Angabe der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

Kategorie	Ungerecht RD	Ungerecht NA	Eingeschränkt RD	Eingeschränkt NA	Schuldig RD	Schuldig NA
Mittelwert	3,59	3,53	3,32	3,32	3,50	3,45
Median	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Standardabweichung	0,949	1,033	1,097	1,042	0,976	1,032
Perzentile						
25	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00
50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
75	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

20 (15% RD) bzw. 7 (19% NA) der Befragten fühlten sich durch das entsprechende Personal ungerecht behandelt. Der Mittelwert lag bei 3,59 mit einer SD von 0,949 bzw. bei 3,53 mit einer SD von 1,033 in den jeweiligen Subgruppen. Die absolute Mehrzahl der Befragten wählte hier mit 115 (85%) bzw. 31 (82%) „trifft nicht zu“ und somit eine positive Bewertung der Gerechtigkeit im Umgang mit ihnen. In ihrer Freiheit eingeschränkt fühlten sich 32 (24%) Befragte durch den RD und weitere 8 (22%) Patienten durch den NA. Die Mittelwerte lagen bei 3,32 mit einer SD von 1,097 bzw. 1,042. Abschließend wurde nach

der Vermittlung eines Schuldgefühls durch das Rettungsfachpersonal gefragt. 21 (16%) der rettungsdienstlich Versorgten gaben diesen Eindruck an. Der Mittelwert lag hier bei 3,50 mit einer SD von 0,976. Durch den NA fühlten sich 7 (19%) schuldig an der Situation. Mit 3,45 und 1,032 wurden Mittelwert und SD berechnet. Die detaillierte Verteilung der Antwortmöglichkeiten ist in Abbildung 6 dargestellt.

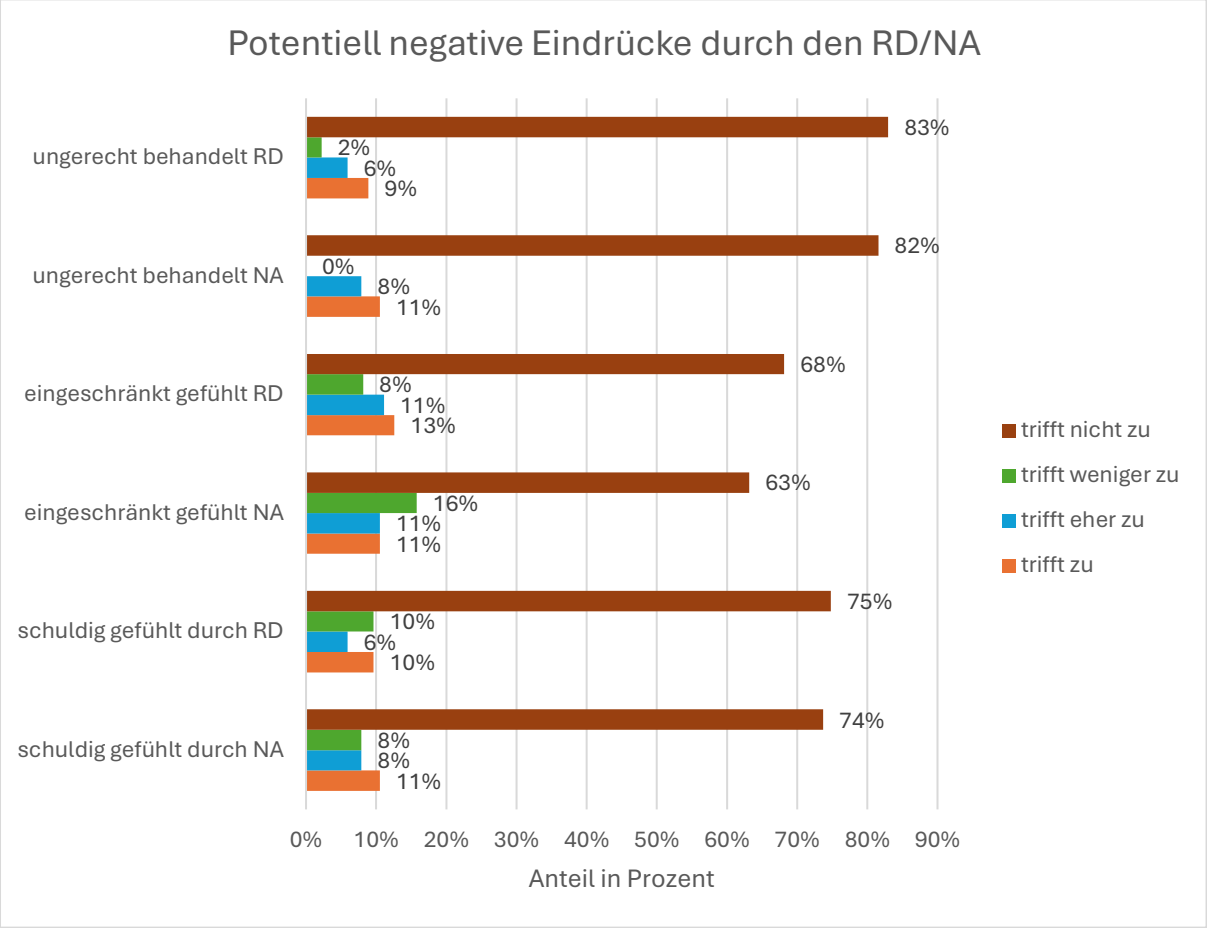

Abbildung 6: Verteilung der relativen Häufigkeiten zu den negativ formulierten Fragen zur Wahrnehmung des Verhaltens (und der entsprechenden Auswirkungen auf das Erleben des Patienten) des Rettungsfachpersonals nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024, je aufgeteilt nach Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA).

Abschließend wurden die positiv formulierten Fragen zur Wahrnehmung von RD und NA untersucht. Die entsprechende Verteilung ist den Abbildungen 7 und 8 zu entnehmen.

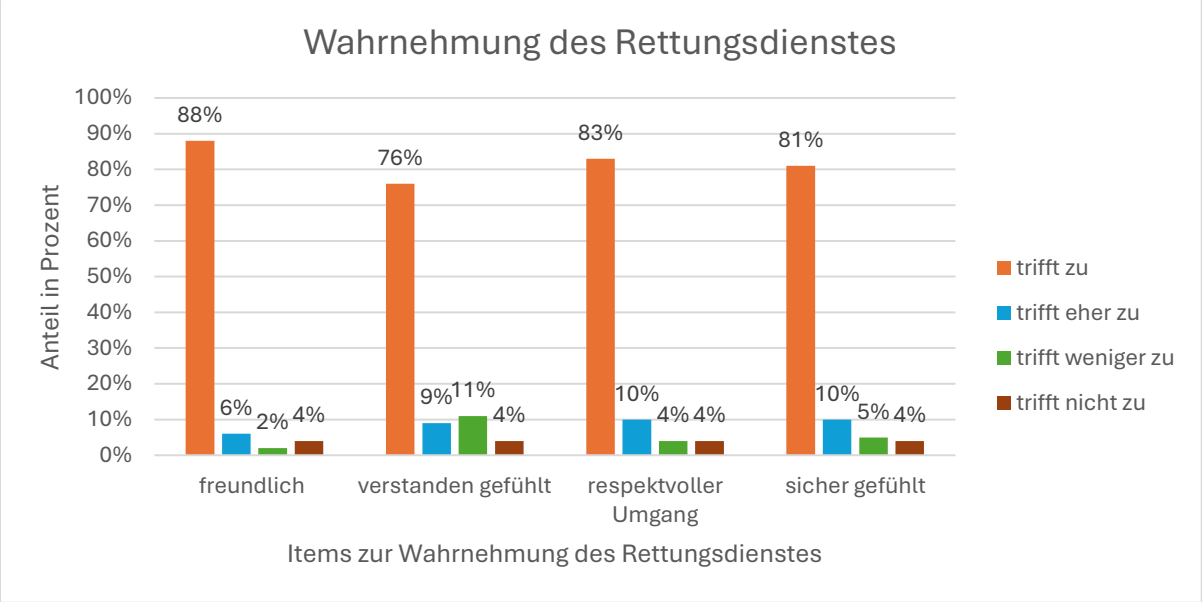

Abbildung 7: Verteilung der Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024 zu den positiv formulierten Fragen zur Wahrnehmung des Rettungsdienstes in relativen Häufigkeiten. Es ging um ein freundliches, respektvolles Verhalten des Rettungsfachpersonals und darum, ob sich die Patienten verstanden und sicher gefühlt haben.

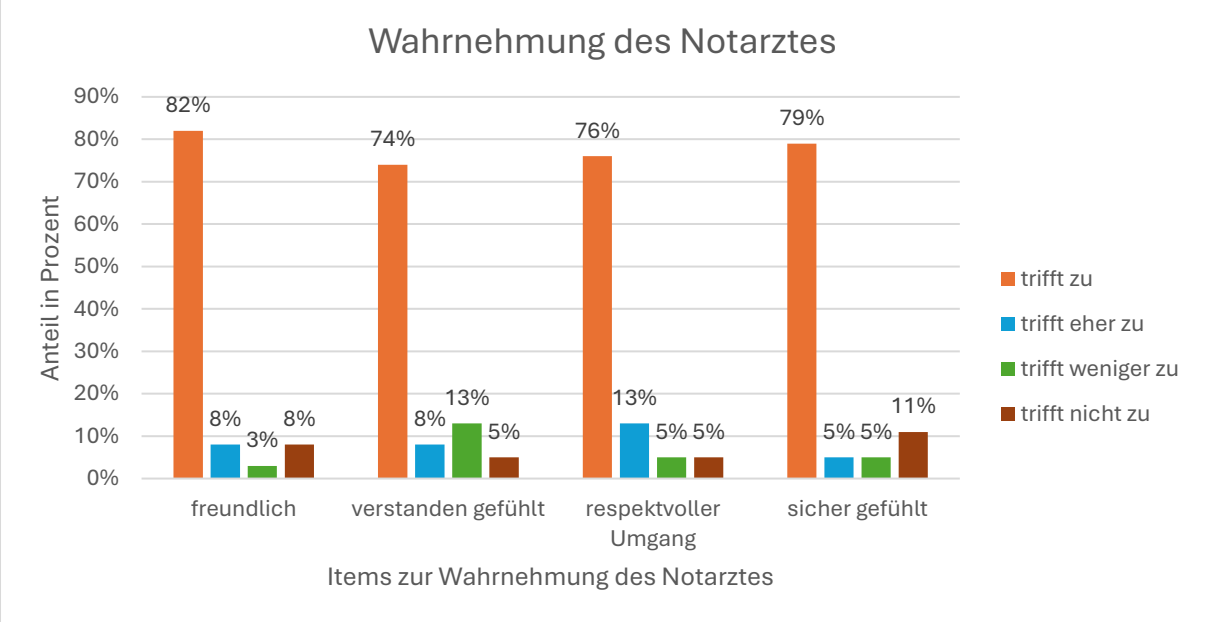

Abbildung 8: Verteilung der Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhaus Kempten 2023-2024 zu den positiv formulierten Fragen zur Wahrnehmung des Notarztes in relativen Häufigkeiten. Es ging um ein freundliches, respektvolles Verhalten des Rettungsfachpersonals und darum, ob sich die Patienten verstanden und sicher gefühlt haben.

Median, Modus und die 25% Perzentile entsprachen bei allen 4 Fragen und Subgruppen dem Wert 1 als Codierung für „trifft zu“. Ebenso verhielten sich die 75% Perzentile, mit Abweichungen in den Notarztbewertungen zum Gefühl verstanden zu werden (2, „trifft eher zu) und respektvoll behandelt worden zu sein (1,25). 127 (94%) der Befragten gaben

an, sich vom RD freundlich behandelt gefühlt zu haben. Die Bewertung des NAs schnitt mit 34 von 38 (89%) Patienten leicht schlechter ab. Dabei ergaben sich Mittelwerte von 1,21 (RD) und 1,37 (NA) mit einer SD von 0,662 (RD) bzw. 0,883 (NA). Verstanden fühlten sich wiederum 115 (85%) Patienten vom RD mit einem Mittelwert von 1,42 und SD 0,833. Auch bei dieser Frage zeigte sich eine leicht schlechtere Bewertung des NAs mit 31 (82%) positiven Bewertungen und einem Mittelwert von 1,5 mit der SD 0,923. Einen respektvollen Umgang des Rettungsfachpersonals mit den Betroffenen gaben 115 (93% RD) und 34 (89% NA) an. Die Mittelwerte entsprachen hier 1,28 (RD: SD 0,709) und 1,39 (NA: SD 0,823). 122 (90%) der Patienten fühlten sich beim RD sicher (Mittelwert 1,33; SD 0,773). Leicht schlechtere Werte ergaben sich für den NA mit 32 (84%) Patienten, die ein hohes Sicherheitsgefühl durch diesen empfanden (Mittelwert 1,47; SD 1,006).

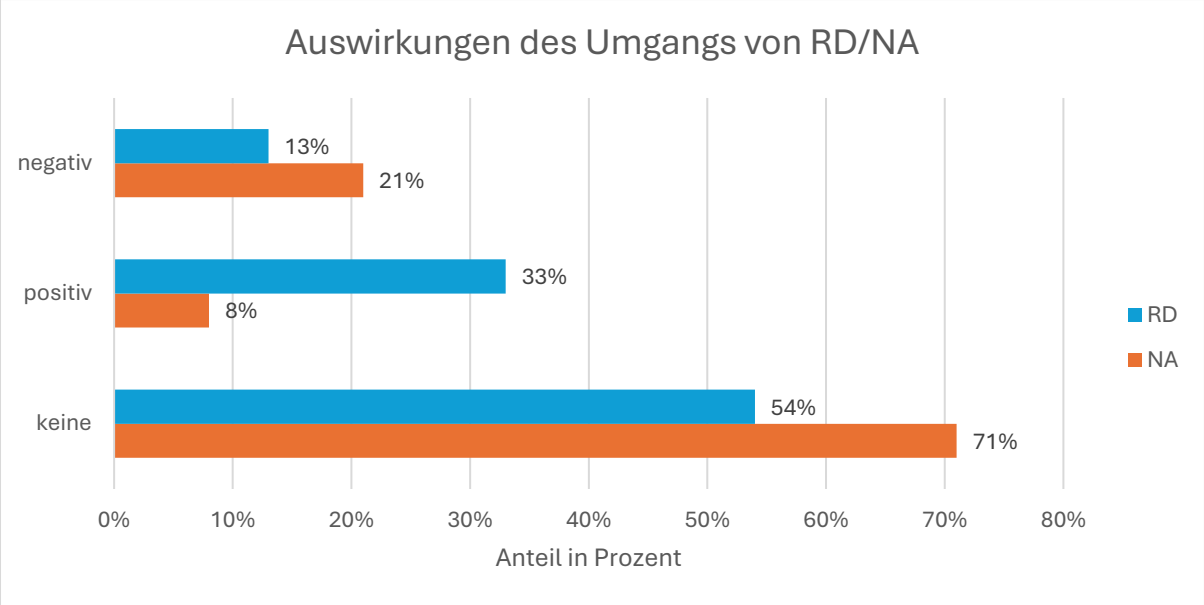

Abbildung 9: Auswirkungen des Umgangs von Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA) mit den Patienten auf die zukünftige Einstellung/Erwartung oder das Verhalten gegenüber dem Rettungsfachpersonal aus Sicht der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhaus Kempten 2023-2024 in relativen Häufigkeiten.

Die Auswirkungen des Umgangs des Rettungsfachpersonals auf die Einstellung/Erwartung und das Verhalten gegenüber dem Rettungsfachpersonal in Zukunft, unterschieden sich zwischen den Subgruppen. Positive Auswirkungen gaben 44 (33%) der Patienten bezüglich des RDs an, allerdings nur 3 (8%) über dem NA. In der zuletzt genannten Gruppe gab es hingegen prozentual mehr negative Erwartungen und keine Veränderungen der Einstellung durch die aktuelle Einlieferung, wie in Abbildung 9 zu erkennen ist.

Im konkreten Vergleich zwischen RD und NA zeigte sich, dass 13 von 38 (34%) Patienten mit notärztlicher Einweisung in der Bewertung der beteiligten Berufsgruppen differenzierten. 3 (8%) Patienten von den 38 mit Notarztbegleitung konnten diesen schlechter erkennen oder vom RD unterscheiden. Ein Patient konnte den NA besser als solchen erkennen als den RD.

Des Weiteren gaben 3 (8%) Patienten an, weniger Informationen durch den NA erhalten zu haben und 2 (5%) diese inhaltlich schlechter verstanden zu haben. Begründet wurde dies mit der häufigeren Nutzung von Fachbegriffen.

Jeweils 2 (5%) Patienten empfanden den NA als unfreundlicher, haben sich durch ihn weniger verstanden gefühlt und bewerteten dessen Umgang mit sich als weniger respektvoll im Vergleich zum RD. Ebenfalls fühlten sich 2 (5%) der Patienten beim NA weniger sicher und ungerecht behandelt. Ein Patient gab an, durch den NA weniger Schuldgefühl vermittelt bekommen zu haben, während 2 (5%) stärkere Schuldgefühle durch das Verhalten des NAs entwickelten. Zur Wahrnehmung von Gewaltanwendung kam es ebenfalls in 2 (5%) Fällen durch den NA, ohne dass diese durch den RD empfunden wurde, 1 Patient erlebte dies umgekehrt. Bei der Frage zu den Auswirkungen des aktuellen prähospitalen Erlebens auf die Einstellung des Patienten gegenüber den Berufsgruppen, wurde der NA 2 (5%) mal als kritischer beurteilt (1 Patient gegenteilig den RD) und 4 (11%) gaben im Gegensatz zum Erleben des RDs keine Auswirkungen an.

Für die Bewertung der Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals wurde für die zwischen NA und RD differenzierenden Items ebenfalls jeweils ein Score gebildet (siehe Kapitel 2.5). Durchgeführt wurde dies auf Grundlage eines Cronbach-Alpha-Wertes von jeweils 0,85. Somit konnte der Eindruck des RD/NA-Personals von 111 (82%)/29 (76%) Patienten als „positiv“ und von 15 (11%)/5 (13%) Patienten als „eher positiv“ beschrieben werden. 7 (5%)/2 (3%) empfanden den RD/NA als „eher negativ“ und 2 (2%) /1 (0,7%) als „negativ“.

3.1.4 Vorerfahrungen im psychiatrischen Kontext

122 (90%) der 135 Befragten waren bereits zuvor in psychiatrischer Behandlung. Dabei befanden sich 115 (94% der vorbehandelten, 85% der Grundgesamtheit) Patienten mindestens einmal zuvor in stationärer Therapie. Ein Anteil von 58 (43%) Patienten konnte dabei auf über 4 stationäre Behandlungen zurückblicken. Die ambulante

psychiatrische Betreuung erfolgte in den meisten Fällen beim niedergelassenen Psychiater (67; 55% (von 122 psychiatrisch vorbehandelten)) sowie durch den Hausarzt (56; 46% von 122).

Tabelle 7: Vorerfahrungen und Vorbehandlungen im Kontext Psychiatrie der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024 in absoluten und relativen Häufigkeiten (bezogen auf die Grundgesamtheit N=135 beziehungsweise auf bereits stationär vorbehandelte Patienten n=115).

Kategorie		
psychiatrische Vorbehandlung	**N=135**	
noch nie	13	10%
bereits mindestens 1x	122	90%
Häufigkeit stationärer Vorbehandlung	**N=135**	
noch nie	20	15%
1&2	38	28%
3&4	19	14%
>4	58	43%
Vorerfahrungen mit der Psychiatrie	**N=135**	
vertrauensvoll	87	64%
wertschätzend	63	47%
respektvoll	86	64%
distanziert	43	32%
abwertend	34	25%
respektlos	30	22%
frühere Gewalt bei stationär vorbehandelten Patienten	**n=115**	
noch nie	36	31%
Einweisung	37	32%
Aufenthalt	42	37%

Die am häufigsten gewählten Attribute für die Beschreibung der Vorerfahrungen bezüglich psychiatrischen Aufenthalten waren „vertrauensvoll“ (angegeben von 87 Patienten (64% der 135)) und „respektvoll“ (86 Stimmen (64% der 135 Patienten)). Die negativ formulierten Auswahlmöglichkeiten wurden dabei deutlich seltener genannt als die positiven Eindrücke, wie in Tabelle 7 gezeigt.

Die letzten beiden Items des Fragebogens wurden von den 115 Patienten ausgefüllt, die in der Vergangenheit bereits mittels RD oder NA in psychiatrische Kliniken eigeliefert und stationär behandelt wurden. Von diesen 115 gaben 37 (32%) an, während einer früheren Einlieferung Gewalt erlebt zu haben. Die „Fixierung“ (26 Patienten (70% der 37, 23% der 115) war dabei das häufigste angewandte Mittel der Gewalt, ebenso wie auch bei den Gewalterfahrungen bei früheren Psychiatrieaufenthalten. Derartige Erfahrungen gaben

42 der 115 (37%) Patienten an, „Fixierung“ erlebten dabei 23 (55% der 42, 20% der 115) Befragte. Die Unterdifferenzierung in die verschiedenen Formen zeigt Abbildung 10 in absoluten Werten.

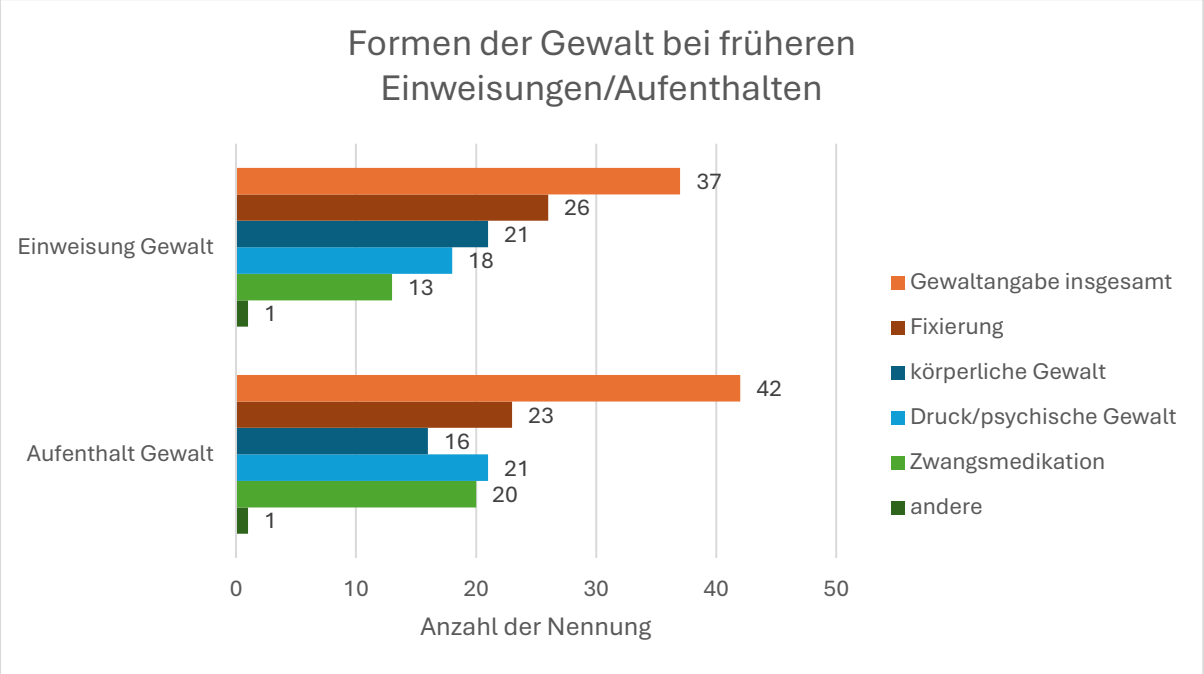

Abbildung 10: Verschiedene Formen der Gewaltanwendung aufgetrennt in frühere Einlieferungen und frühere stationäre psychiatrische Aufenthalte nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024 in absoluten Häufigkeiten.

3.2 Beschreibung der Zusammenhänge und statistische Inferenz

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist, ob der prähospitale Umgang mit akut psychiatrisch erkrankten Patienten durch NA und/oder RD Einfluss auf die weiterführende APB in der stationär-psychiatrischen Akuttherapie hat:

H_0: Der notärztlich-rettungsdienstliche Umgang mit dem akut psychiatrisch erkrankten Patienten hat keinen Einfluss auf die weitergehende Arzt-Patient-Beziehung in der stationär- psychiatrischen Akuttherapie.
H_1: Der notärztlich-rettungsdienstliche Umgang mit dem akut psychiatrisch erkrankten Patienten beeinflusst die weitergehende Arzt-Patient-Beziehung in der stationär-psychiatrischen Akuttherapie.

Um die Beziehung zwischen der abhängigen Variable APB und den unabhängigen Variablen zum „Umgang mit den psychiatrischen Patienten“ zu modellieren, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt. Folgende unabhängige Variablen waren Teil der

Analyse: nachhaltiges Beeinträchtigungsgefühl, Provokation durch den RD, Gewaltanwendung durch den RD sowie der entwickelte Score zur Wahrnehmung des RD. Als Wert für die abhängige Variable der APB wurde der aufsummierte Score zur APB als metrisches Maß genutzt.

Vor Durchführung der Regressionsanalyse erfolgte die Prüfung der Voraussetzungen für diese. Das Vorhandensein von Ausreißern konnte in diesem Rahmen ausgeschlossen werden. Des Weiteren wurde auf einen linearen Zusammenhang der Variablen geprüft. Da die Werte ungefähr um y=0 verlaufen, ist von einer linearen Beziehung der Variablen auszugehen (siehe Abbildung 11).

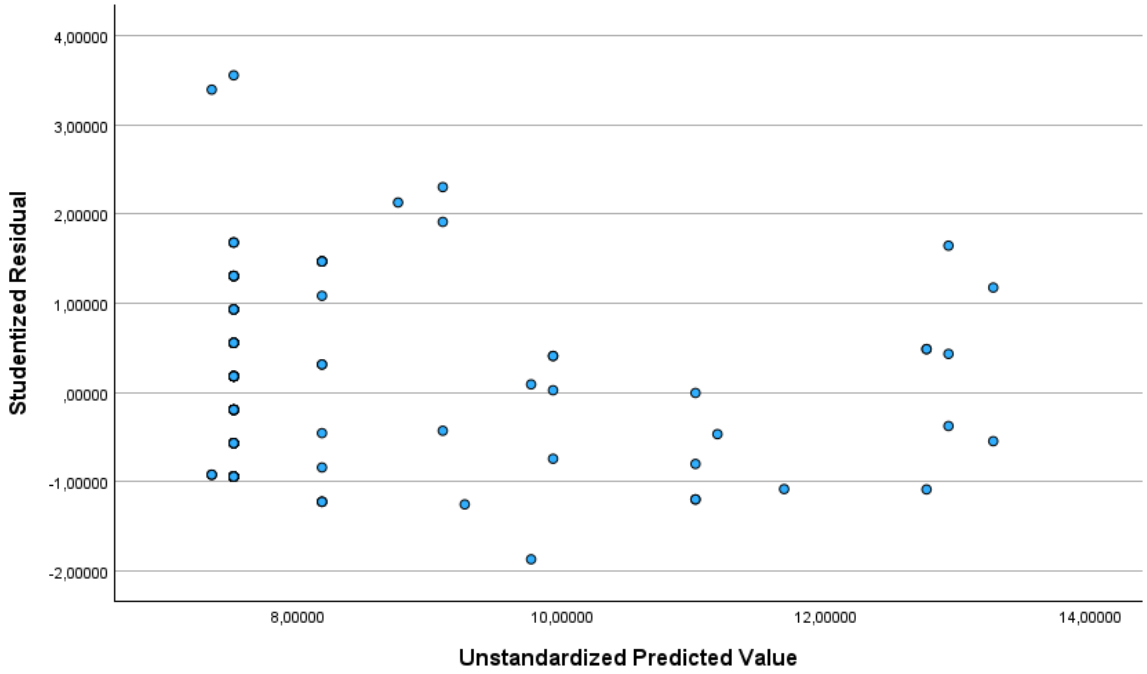

Abbildung 11: Prüfung auf lineare Beziehung zwischen den Variablen als Voraussetzung der Regressionsanalyse. Verwendete Variablen: nachhaltiges Beeinträchtigungsgefühl, Provokation durch den Rettungsdienst, Gewaltanwendung durch den Rettungsdienst sowie der entwickelte Score zur Wahrnehmung des Rettungsdienstes nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

In der Testung auf Autokorrelation der Residuen ergab sich in der Dublin-Watson-Statistik ein Wert von 1,877, sodass nicht von einer Autokorrelation ausgegangen werden musste. Auch eine Multikollinearität, die anhand der Korrelation nach Pearson zu ermitteln ist (bei Werten >0,7 anzunehmen), lag nicht vor. Zusätzlich wurden die Werte in diesem Rahmen auf Toleranz geprüft. Hier wurde kein Wert <0,1 ermittelt, sodass abschließend von keiner Multikollinearität ausgegangen werden konnte. Homoskedastizität der Residuen lag ebenfalls vor. Eine weitere Voraussetzung für eine

Regressionsanalyse ist die Normalverteilung der Residuen. Es ergab sich folgendes Diagramm als in Ansätzen normalverteilte Datengrundlage (Abbildung 12).

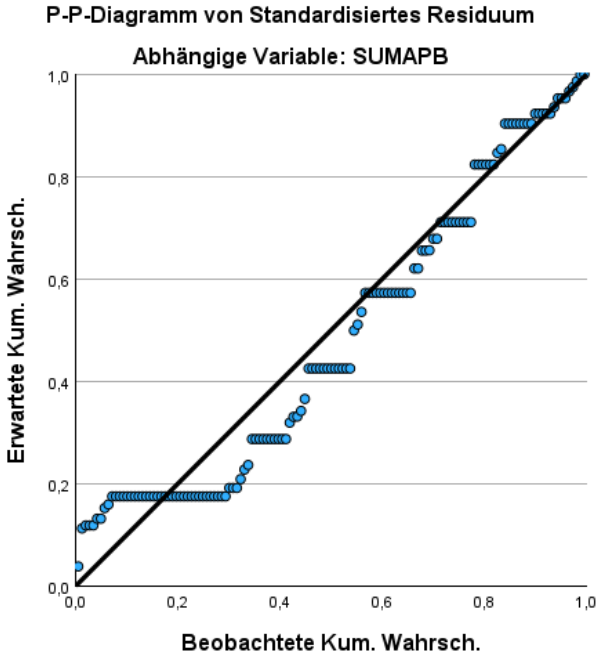

Abbildung 12: Prüfung auf Normalverteilung der Residuen in Form eines P-P-Diagramms auf Grundlage der Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024 als Voraussetzung für die Regressionsanalyse. Kum. Wahrsch. = kumulierte Wahrscheinlichkeit.

Da die multiple lineare Regression relativ robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme ist, wird für die Regressionsanalyse eine Normalverteilung der Residuen angenommen. In dieser ergab sich ein R von 0,493. Daraus folgt, dass 49% der Varianz in der Bewertung der APB durch das Modell erklärt werden. Mit einem R^2 =0,243 (korrigiertes R^2=0,220) besitzt das Modell eine mittlere Anpassungsgüte. Zusätzlich ergab sich eine Signifikanz des Modells von p<0,001. Die gewählten Prädiktoren sagen das Kriterium APB somit signifikant voraus. Die Regression selbst ergab lediglich für die Variable „Wahrnehmung RD“ einen signifikanten Regressionskoeffizienten (1,750, p=0,003).[73] Entsprechend besteht nur für diese Variable ein linearer Zusammenhang: wird der RD negativer wahrgenommen, verschlechtert sich gleichermaßen die APB in der Klinik. Die Werte für die restlichen Parameter sind in Tabelle 8 abgebildet.

Tabelle 4: Regressionskoeffizienten mit ihrer Signifikanz für die Variablen zum Umgang des Rettungsdienstes (RD) mit den Patienten berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Variable	Regressionskoeffizient	Signifikanz
Score Wahrnehmung RD	1,750	0,003
Gewalterlebnis durch RD	-0,166	0,843
Provokationsgefühl durch RD	1,245	0,228
Beeinträchtigungsgefühl	0,669	0,343

Eine weitere Regressionsanalyse wurde für die entsprechenden Variablen des NAs durchgeführt. Hier ergab sich mit R=0,61 (R^2=0,450, korrigiert 0,383) eine starke Korrelation zwischen den vorhergesagten und tatsächlichen Werten, sprich eine hohe Anpassungsgüte des Modells. Das Gesamtmodell war signifikant (p<0,001), allerdings konnte nur für die Variable „Gewalt NA“ ein signifikanter linearer Zusammenhang zu der APB in der Klinik ermittelt werden, wie in Tabelle 9 dargestellt. Kommt es im prähospitalen Setting zur Anwendung von Gewalt durch den NA, verschlechtert sich die APB im stationären Psychiatrieaufenthalt.[73]

Tabelle 9: Regressionskoeffizienten mit zugehöriger Signifikanz für die Variablen zum Umgang des Notarztes (NA) mit dem Patienten berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Variable	Regressionskoeffizient	Signifikanz
Wahrnehmung NA	-0,021	0,986
Gewalt NA	4,652	0,016
Provoziert NA	0,988	0,621
beeinträchtigt	1,524	0,211

Dass kein linearer Zusammenhang der einzelnen Variablen zur APB besteht, bedeutet noch nicht, dass kein nicht-linearer Zusammenhang vorliegt. Daher wurden zur Beantwortung dieser Hypothese weitere Tests auf Zusammenhänge durchgeführt.

Mittels Rangkorrelation nach Spearman ergab sich ein Korrelationskoeffizient von 0,407 (p<0,01) zwischen der Skala zur Bewertung der APB und der Skala zur Wahrnehmung des RDs. Es besteht somit ein signifikanter, moderater Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des Rettungsdienstes und der APB.[73] Für den NA konnte ein Spearmans-Rho von 0,561 (p<0,001) als Zusammenhangsmaß zur APB in der Klinik

gebildet werden.[73] Damit ergab sich ein signifikanter, starker Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung des NAs und der APB. Neben der Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals ist unter dem in den Hypothesen verwendeten Begriff „Umgang“ zusätzlich zum verwendeten Score, auch die Anwendung von Gewalt zu fassen. Somit ist auch letztere auf einen Zusammenhang mit der APB zu überprüfen.

Eine „eher schlechte“ oder „schlechte“ APB entwickelte sich bei 6 von 18 (33%) Patienten, die Gewalt durch den RD, und bei 4 von 8 (50%) Patienten, die Gewalt durch den NA erfahren haben.[73] Ohne Anwendung von Gewalt durch den RD zeigte sich diese Bewertung bei 4 von 117 (3%) Patienten und bei keinen durch den NA eingewiesenen Patienten. Zur Berechnung des Zusammenhangs wurde (wie auch im Folgenden bei Berechnung des Eta-Koeffizienten) der Summenscore der APB bzw. Wahrnehmung des RD/NA) als metrische Variable genutzt (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Eta-Korrelationskoeffizient der Arzt-Patient-Beziehung und der Gewaltanwendung durch Notarzt (NA) und Rettungsdienst (RD) mit Eta² und zugehöriger Signifikanz berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen Patienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Einliefernde	Eta	Eta^2	Signifikanz
RD	0,267	0,071	0,002
NA	0,639	0,408	<0,001

Somit können 40% der Varianz der APB bei notärztlicher Einlieferung durch dessen Gewaltanwendung erklärt werden. Insgesamt kommen 7% der Varianz der APB durch Gewaltanwendung durch den Rettungsdienst zustande.

Im Mann-Whitney-U-Test zeigten sich ebenfalls signifikante Unterschiede der APB bei Patienten mit und ohne Gewalterleben in der prähospitalen Versorgung (RD: U=689,500, Z=-2,729, p=0,006; NA: U=35,000, Z=-3,422, p<0,001). Mit den berechneten Effektstärken ($r=Z/\sqrt{n}$) ergab sich ein schwacher Effekt der Gewaltanwendung durch den Rettungsdienst (r=0,235) und ein starker Effekt einer notärztlichen Gewaltanwendung (r=0,555) auf die APB.[73]

Sowohl die Wahrnehmung von RD und NA, als auch die Gewaltanwendung als Teil des Konstruktes „Umgang mit dem Patienten“ zeigten signifikante Unterschiede bzw. Zusammenhänge mit der Bewertung der APB. Daraus lässt sich ein möglicher Einfluss der getesteten Variablen auf die APB vermuten. Entsprechend dieser Ergebnisse konnte

die H_0-Hypothese abgelehnt und die Alternativhypothese angenommen werden: der notärztlich-rettungsdienstliche Umgang mit einem Patienten hat Einfluss auf die spätere Arzt-Patient-Beziehung in der stationären Psychiatrie.[73]

Die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung sowie des Rettungsfachpersonals stehen möglicherweise noch mit weiteren Einflussfaktoren in Zusammenhang. Die entsprechenden Hypothesen der dazu verfassten sekundären Fragestellungen (siehe Kapitel 1.4) und mögliche andere Elemente wurden im Folgenden anhand weiterer Testungen überprüft.

3.2.1 Freiwilligkeit der Einlieferung und Arzt-Patient-Beziehung

Von den 10 nicht freiwillig eingelieferten Patienten zeigten 7 (70%) eine als „eher gut“ zu bewertende APB. 2 (20%) sind mit „eher schlecht“ und 1 (10%) mit „schlecht“ zu betiteln. Die insgesamt 105 freiwillig eingelieferten Patienten verteilten sich auf 73 (70) „gute“ und 27 (26%) „eher gute“ APB. Als „eher schlecht“ oder „schlecht“ wurde die APB nur von 4 (4%) bzw. 1 (1%) der freiwillig eingelieferten Patienten bewertet. Bei den 20 bedingt freiwilligen Einlieferungen ergab sich eine Verteilung von 9 (45%) Patienten mit jeweils „guter“ oder „eher guter“ APB und 2 (10%) mit „eher schlechter“ APB.

H_0: Die Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung durch den Patienten steht nicht im Zusammenhang mit der Freiwilligkeit der Einlieferung.
H_1: Die Freiwilligkeit der Einlieferung steht im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung.

Für das Item „Freiwilligkeit der Einlieferung“ ergab sich ein Eta-Koeffizient von 0,417 (Eta^2=0,174) mit einer Signifikanz von p<0,001. Etwa 17% der Varianz der APB können somit durch die Freiwilligkeit der Einlieferung erklärt werden.

Die Durchführung eines Kruskal-Wallis-Tests für die drei Gruppen (freiwillig, bedingt freiwillig, nicht freiwillig) zeigte Unterschiede (H (2)=22,586, p <0,001) bezüglich der Bewertung der APB. Die Posthoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur ergaben, dass die Unterschiede zwischen den Gruppen der freiwillig (Median=1) und unfreiwillig eingelieferten Patienten (Median=2), sowie den Gruppen der bedingt freiwillig (Median=2) und unfreiwillig eingelieferten Patienten lagen (z=-4,510, p <0,001 bzw. z=-2,582, p=0,029). Mit r=0,421 bzw. r=0,471 konnte jeweils ein mittelstarker Effekt berechnet

werden.

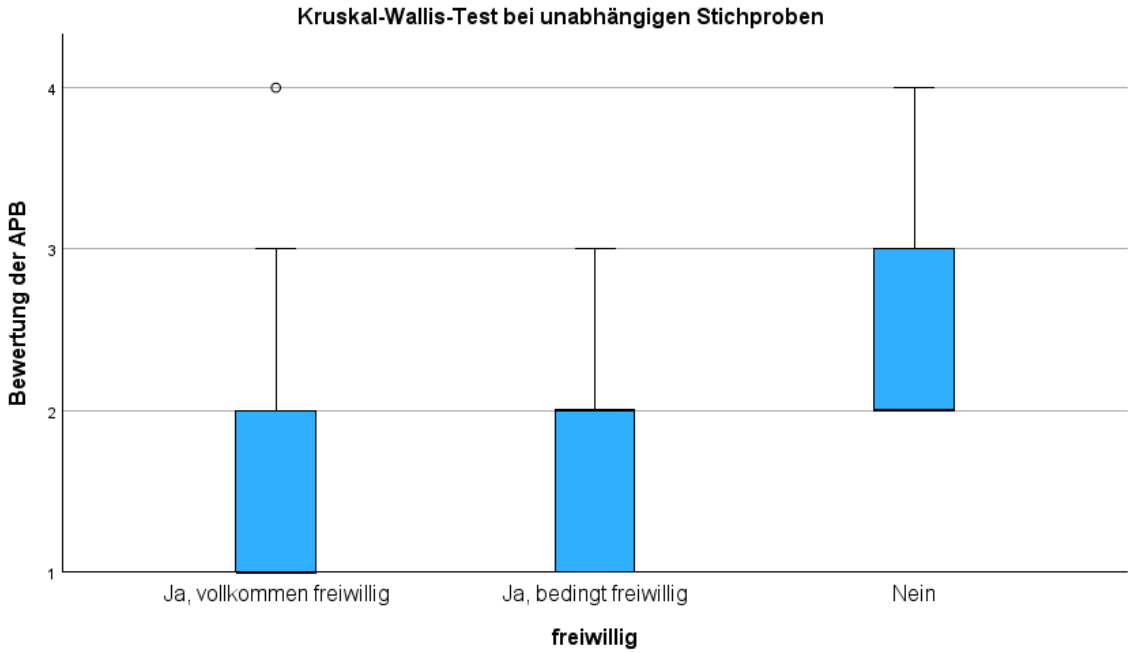

Abbildung 13: Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests mit den Variablen Arzt-Patient-Beziehung und Freiwilligkeit der Aufnahme, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. APB = Arzt-Patient-Beziehung.

Somit konnte die H_0-Hypothese abgelehnt und die Alternativhypothese angenommen werden: Die Freiwilligkeit der Einlieferung zeigt einen Zusammenhang mit der späteren APB.

3.2.2 Anwesenheit einer Vertrauensperson und Wahrnehmung von Rettungsdienst/Notarzt, sowie der Arzt-Patient-Beziehung

Bei insgesamt 44 Patienten war eine Vertrauensperson bei der Aufnahme anwesend. Der RD wurde von diesen Patienten bis auf eine Ausnahme als „positiv“ (40; 91%) oder „eher positiv“ (3; 7%) bewertet. In einem Fall (2%) lag die Bewertung bei „eher negativ“. Von den 91 Patienten, die nicht im Beisein einer Vertrauensperson in die Klinik gebracht wurden, hatten 6 (7%) einen „eher negativen“ und 2 (2%) einen „negativen“ Eindruck des RDs. „Positiv“ wurde dieser von 71 (78%) und „eher positiv“ von 12 (13%) beschrieben. Bei 38 notärztlich eingelieferten Patienten, waren in 17 (45%) Fällen Vertrauenspersonen anwesend. 15 (88%) nahmen den NA „positiv“ wahr, 2 (12%) „eher negativ“. 14 der 21 (66%) Patienten ohne Vertrauensperson werteten den NA „positiv“, 5 (24%) „eher positiv“, und je einer (5%) „eher negativ“ und „negativ“.

H_0: Die Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Aufnahme zeigt keinerlei

Unterschiede in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes oder Notarztes bzw. keinen Zusammenhang zur späteren Arzt-Patient-Beziehung.

H_1: Die Anwesenheit einer Vertrauensperson führt zu einem Unterschied in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes/Notarztes und oder der folgenden Arzt-Patient-Beziehung.

Es konnte ein Eta-Koeffizient von 0,159 als kleiner nicht signifikanter Zusammenhang bezüglich der Anwesenheit einer Vertrauensperson und der Wahrnehmung des RDs berechnet werden (Eta^2=0,025 p=0,066). Für den NA ergab sich ein Eta-Koeffizient von 0,106 als ebenfalls kleiner Zusammenhang mit einer Signifikanz von p=0,525 (Eta^2=0,011). Die Unterteilung in Untergruppen von Vertrauenspersonen ergab für RD und NA keine signifikanten Werte (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Eta-Koeffizienten für die Erklärung der Varianz der Wahrnehmung von Notarzt (NA) beziehungsweise Rettungsdienst (RD) durch die Anwesenheit verschiedener Vertrauenspersonen mit Eta^2 mit zugehöriger Signifikanz, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

Vertrauensperson	Eta (RD)	Eta^2 (RD)	Signifikanz (RD)	Eta (NA)	Eta^2 (NA)	Signifikanz (NA)
Familie	0,137	0,019	0,376	0,068	0,005	0,795
Verwandte	0,019	0,000	0,904	0,126	0,016	0,630
Freunde	0,191	0,036	0,214	0,279	0,078	0,279
Betreuer	0,033	0,001	0,834	0,216	0,047	0,406

Von den 44 Patienten, bei denen während der Aufnahme eine Vertrauensperson vor Ort war, gab nur einer (2%) eine „schlechte“ APB an. Die anderen 43 Patienten zeigten eine „gute“ bis „eher gute“ (30 (68%) und 13 (30%)) APB. Ohne Vertrauensperson wiesen 8 (9%) der Patienten eine „eher schlechte“ und 1 (1%) eine „schlechte“ APB vor. Ein Eta-Koeffizient von 0,139 zeigte einen kleinen Zusammenhang, der nicht signifikant nachgewiesen werden konnte (Eta^2=0,019; p=0,110). Auch in der Unterteilung nach der Art der Vertrauensperson konnten keine signifikanten Einflüsse der Anwesenheit einer Vertrauensperson bei der Einlieferung auf die spätere ABP gezeigt werden (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Eta-Koeffizienten der verschiedenen Vertrauenspersonen bezüglich der abhängigen Variable Arzt-Patient-Beziehung (APB) mit Eta² und zugehöriger Signifikanz, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

Vertrauensperson	Eta-Koeffizient	Eta²	Signifikanz
Familie	0,145	0,021	0,348
Verwandte	0,031	0,001	0,843
Freunde	0,174	0,030	0,258
Betreuer	0,031	0,001	0,840

Anhand des Mann-Whitney-U-Tests wurde auf Unterschiede in den jeweiligen Gruppen geprüft: Wahrnehmung des RDs (U=1737,00, Z=-1,870, p=0,068) und des NAs (U=144,00, Z=-1,362, p=0,173), sowie auf die spätere APB (U=1741,500, Z=-1,418, p=0,156). Auf die Berechnung von Effektstärken wurde aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse verzichtet.

In Betrachtung der verschiedenen Testergebnisse musste die H_0-Hypothese beibehalten werden: Die Anwesenheit von Vertrauenspersonen während der Aufnahme zeigt keinen signifikanten Zusammenhang mit der Wahrnehmung von RD, NA und APB. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede der Bewertung der APB in den verschiedenen Gruppen.

3.2.3 Aktuelle stationäre Gewalterfahrung und Arzt-Patient-Beziehung

Von 15 Patienten, die während des aktuellen stationären Aufenthaltes mit Gewalt konfrontiert wurden, ist bei 6 (40%) von einer eher schlechten bis schlechten APB auszugehen. Dagegen empfinden 9 (60%) Patienten die APB trotz der erlebten Gewalt als positiv. 120 Patienten erlebten im aktuellen Aufenthalt keine Gewalt. Von diesen entwickelten 4 (3%) eine eher schlechte (3) bis schlechte (1) APB, während 116 (97%) eine gute (77, 64%) bis eher gute (39, 33%) APB zeigten.

H_0: Gewalterfahrungen im aktuellen stationären Aufenthalt sind kein Unterschied produzierender Faktor für die Arzt-Patient-Beziehung.
H_1: Durch Gewalterfahrung im aktuellen Aufenthalt kommt es zu Unterschieden in der Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung.

Getestet wurde diese Hypothese mittels Mann-Whitney-U-Test. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Bewertung der APB zwischen Patienten mit und ohne Gewalterfahrungen während des aktuellen Klinikaufenthaltes (U=514,500, Z=-3,130,

p=0,002). Dabei besteht ein insgesamt als schwach zu wertender Effekt der aktuellen Gewalterfahrung (r=0,269). Die H_0-Hypothese konnte somit verworfen und die Alternativhypothese angenommen werden. Die Arzt-Patient-Beziehung unterscheidet sich bei Patienten, die Gewalt im aktuellen stationären Aufenthalt erlebt haben, von Patienten, bei denen dies nicht der Fall war.

3.2.4 Prähospitale Anwendung von Gewalt und die Wahrnehmung von Rettungsdienst/Notarzt sowie Freiwilligkeit der Aufnahme

Es konnte bereits gezeigt werden, dass die prähospitale Anwendung von Gewalt in Zusammenhang mit der Qualität der späteren stationären ABP steht. Interessant ist zusätzlich, ob ebenfalls Unterschiede in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes oder Notarztes durch einen gewaltsamen Umgang entstehen.[73] Bei 18 (13%) der Patienten kam es im Rahmen der Einlieferung in die Psychiatrie zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Gewalt) durch den Rettungsdienst. 3 (17%) Patienten zeigten daraufhin einen „eher negativen“, 2 (11%) einen „negativen“ Eindruck vom Rettungsdienst. Von den Befragten, die ohne Anwendung von Gewalt in die Klinik eingeliefert wurden (117), entwickelten 4 (3%) eine „eher negative“ Wahrnehmung, die anderen waren „positiv“ (107; 92%) oder „eher positiv“ (6; 5%). Es ergab sich ein Eta-Koeffizient von 0,580 und somit ein starker Zusammenhang mit einer Signifikanz von p<0,01. 33% der Varianz in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes können durch Anwendung von Gewalt durch diesen erklärt werden. Die Unterscheidung in die Subformen von Gewalt ergab keine statistische Signifikanz. Die Differenzierung zur notärztlichen Gewaltanwendung brachte einen starken Eta-Koeffizienten von 0,758 mit p<0,001. 57% der Varianz in der Wahrnehmung des Notarztes ist durch Gewaltanwendung durch diesen zu erklären. Hier zeigten 4 der 8 (50%) Notfallpatienten mit Gewalterleben eine „negative“ bis „negative“ Wahrnehmung des Notarztes. Patienten, die keine Gewalt durch den Notarzt erlebten, bewerteten diesen stets als „positiv“ oder „eher positiv“.

Ebenfalls von Interesse ist, ob bei Patienten, die nicht freiwillig in die Psychiatrie eingeliefert wurden, die Anwendung von Gewalt gehäuft vorkam. Insgesamt 10 von 135 (7%) rettungsdienstlich eingewiesenen Patienten kamen unfreiwillig in die Psychiatrie.[73] Davon gaben 6 (60%) an bei der Einweisung Gewalt durch den RD erlebt

zu haben. Von den freiwillig oder bedingt freiwillig Eingelieferten wurde das von 12 von 125 (10%) angegeben.[73] 17 von 20 (85%) bedingt freiwillig eingelieferten Patienten konnten dabei auch ohne Anwendung jeglicher Form der Gewalt von einer Mitfahrt in die Psychiatrie überzeugt werden. Es ließ sich mit einem Phi-Koeffizienten von 0,394 ($p<0,001$) ein mittlerer Zusammenhang zwischen der Freiwilligkeit der Aufnahme und der Anwendung von Gewalt durch den RD bilden.[73] Von den 38 notärztlich eingewiesenen Patienten kamen 5 (13%) unfreiwillig in die Psychiatrie. Dabei gaben 4 davon (80%) an, Gewalt durch den Notarzt erfahren zu haben. Letztere war nur bei 4 der 33 (12%) freiwillig eingelieferten Patienten ein Faktor.[73] Bedingt freiwillig in die Klinik gebrachte Patienten wurden nicht durch Anwendung von Gewalt zur Einlieferung gebracht. Entsprechend konnte hier ein Phi-Koeffizient von 0,578 ($p=0,002$) einen starken Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen bestätigen.[73]

Von den 10 unfreiwillig eingelieferten Patienten entwickelten 5 (50%) eine „eher negative“ bis „negative“ Wahrnehmung vom RD. Nur 1 (10%) Patient empfand den RD trotz unfreiwilliger Einlieferung als positiv. 2 (10%) der bedingt freiwillig (20 Patienten) und 2 der 105 (2%) vollkommen freiwillig eingelieferten Patienten nahmen den RD als eher negativ war. In der Korrelation nach Spearman ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen der Freiwilligkeit der Einlieferung und der Wahrnehmung des einliefernden Personals von 0,501 ($p<0,001$). Bei notärztlicher Einweisung gab es in der Gruppe der unfreiwillig Eingelieferten (3 von 5 (60%) eher negativ, 1von 5 (20%) negativ) ausschließlich negative Wahrnehmungen des NAs. Ein Spearmans-Rho von 0,489 ($p=0,002$) zeigte ebenfalls einen mittleren Zusammenhang der Variablen auf.

3.2.5 Beeinträchtigung durch prähospitale Gewalt und Effekte auf die Arzt-Patient-Beziehung, sowie Effekte einer veränderten Einstellung

33 der 135 (24%) Patienten fühlten sich durch den prähospitalen Umgang beeinträchtigt. Davon hatten 11 (33%) Patienten Gewalt durch den RD erfahren. Von den 38 notärztlich versorgten Patienten gaben 11 (29%) an sich beeinträchtigt zu fühlen. Von diesen 11 hatten 5 (45%) Gewalt durch den NA erlebt. Es konnte ein Phi- Zusammenhangsmaß zwischen diesen nominalen Variablen von 0,335 ($p<0,001$) und *0,382 ($p=0,019$)* ermittelt werden. Es besteht folglich ein Zusammenhang zwischen *der* Anwendung von Gewalt

durch RD/NA und dem Beeinträchtigungsgefühl und somit indirekt Auswirkung auf die APB.

Von den 33 sich durch den prähospitalen Umgang nachhaltig beeinträchtigt fühlenden Patienten entwickelten 5 (15%) eine „eher schlechte“ bis „schlechte“ APB in der Klinik. Diese beiden Kategorien entsprachen in absoluten Zahlen den Angaben der unbeeinträchtigten Gruppe von 102 Patienten (5%). Ein Eta-Koeffizient von 0,370 zeigte somit einen mittelstarken Zusammenhang (Eta^2=0,137; p<0,001). Damit weisen Patienten, die sich nachhaltig durch den Umgang des Rettungsfachpersonals mit ihnen beeinträchtigt fühlen, eine signifikant schlechtere APB im stationären Verlauf auf. Die Einflüsse der verschiedenen Formen des Beeinträchtigungsgefühls konnten dabei nicht signifikant nachgewiesen werden (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Zusammenhang der verschiedenen Formen des Beeinträchtigungsgefühls durch den Umgang des Rettungsfachpersonals mit den Patenten und der Arzt-Patient-Beziehung, dargestellt mit Eta-Korrelationskoeffizient und Signifikanz, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.

Beeinträchtigungsgefühl	Eta	Eta^2	Signifikanz
verängstigt	0,193	0,037	0,283
verärgert	0,171	0,029	0,343
abgestoßen	0,008	0,000	0,964
minderwertig	0,176	0,031	0,327
schuldig	0,033	0,001	0,854

7 von 18 (39%) Patienten, die die Auswirkungen der aktuellen Erfahrung mit dem RD auf ihre künftige Einstellung dem Rettungsdienst gegenüber als „kritischer“ bezeichneten, wiesen im aktuellen Aufenthalt eine „eher schlechte“ APB auf. Patienten, die glaubten in zukünftigen Situationen „offener“ gegenüber dem RD zu sein, gaben alle eine „gute“ (35 von 44; 78%) oder „eher gute“ (9 von 44; 22%) APB an. Die überwiegende Mehrheit (97%) der Patienten, die „keine Auswirkungen“ erwarteten, hatte ebenfalls eine „gute“ oder „eher gute“ APB. Ein Eta-Koeffizient von 0,532 (Eta^2=0,283) zeigte hier einen starken Zusammenhang (p<0,001). Ähnliche Werte ergaben sich für die Auswirkungen bezüglich des NAs (Eta-Koeffizient 0,508; Eta^2=0,258; p=0,005). Folglich geht die zukünftige Einstellung eines Patienten zum Rettungsfachpersonal mit der Bewertung der aktuellen APB einher. Zusätzlich wurde ein Kruskal-Wallis-Test für die drei Gruppen „keine

Auswirkung“, „kritischer“, „offener“ bezüglich der Wahrnehmung des RDs durchgeführt. Dieser zeigte Unterschiede (H (2) = 33,643, p<0,001), nach Posthoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur, zwischen der Gruppe der offeneren (Median=1) und kritischeren (Median=2) Erwartungen, mit z=54,383, p<0,001 sowie keinen -Auswirkungen (Median=1) und kritischeren (Median=2) mit z=-42,427, p<0,001). Im Kruskal-Wallis-Test für die Wahrnehmung des NAs konnten ebenfalls Unterschiede festgestellt werden (H(2) = 9,48, p=0,009). Der Posthoc-Test mit Bonferroni-Korrektur konnte dabei einen Unterschied zwischen keinen Auswirkungen (Median=1) und kritischer Haltung feststellen (Median=2), mit z=-9,708 und p=0,011.

3.2.6 Provokationsgefühl und Gewaltanwendung

Warum kam es in einigen Fällen zur Anwendung von Gewalt durch RD und NA? 7 von 18 (39%) Patienten, die Gewalt durch den RD erlebten fühlten sich zuvor provoziert. Bei 7 von 12 (58%) Patienten, die sich durch den RD provoziert fühlten, kam es zur Anwendung von Gewalt. Dies gaben 11 der 123 (9%) Befragten ohne Provokationsgefühl an. Mittels des Phi-Zusammenhangsmaßes wurden diese nominalen Merkmale in Zusammenhang gesetzt. Es entstand ein Phi von 0,413 als mittelstarker positiver Zusammenhang mit einer Signifikanz von p<0,001. Bezüglich eines Provokationserlebens durch den NA und Gewaltanwendung durch diesen ergab sich ein Phi von 0,328 mit p=0,043. 2 von 8 (25%) Patienten die Gewalt erlebten, fühlten sich zuvor durch den NA provoziert. Entsprechend lässt sich daraus ableiten, dass Patienten, die Provokation durch das an der Rettung beteiligte Personal verspüren, signifikant mehr Gewalt im prähospitalen Setting erleben.

3.2.7 Vorerfahrung und Arzt-Patient-Beziehung bzw. Wahrnehmung Rettungsdienst

Ein Großteil der Patienten war bereits vor dem aktuellen Klinikaufenthalt in psychiatrischer Therapie. Entsprechend könnten die damit verbundenen Vorerfahrungen auch die aktuelle APB oder die Wahrnehmung vom RD beeinflussen. Es wurden folgende Hypothese(n) geprüft:

H_0: Vorerfahrungen mit psychiatrischen Klinikeinweisungen oder Aufenthalten führen zu keinem Unterschied in der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik (a) und oder des Rettungsfachpersonals (b).

H_1: Vorerfahrungen mit psychiatrischen Klinikeinweisungen oder Aufenthalten bewirken einen Unterschied in der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik(a) und oder des Rettungsfachpersonals (b).

Die Anzahl an vorherigen stationären psychiatrischen Aufenthalten ergab keinen Zusammenhang zur aktuellen APB in der Psychiatrie (Spearmans-Rho=0,088, p=0,310). Signifikante Zusammenhänge gab es allerdings bezüglich der Art von Vorerfahrungen, aus vorangegangenen Aufenthalten in psychiatrischen Einrichtungen. So zeigten Patienten mit vorherigen vertrauensvollen und wertschätzenden Erfahrungen eine bessere APB im aktuellen Aufenthalt: 84 der 87 (97%) Patienten die „vertrauensvoll“ als Assoziation angaben, entwickelten dabei eine „eher gute“ (23; 26%) oder „gute“ (61; 70%) APB, bezüglich des Items „wertschätzend“ waren es 60 von 63 (95%, 15 (24%) „eher gut“, 45 (71%) „gut“). Bei Patienten, die zuvor distanzierende Erfahrungen gemacht hatten, sich abwertend und oder respektlos behandelt gefühlt hatten, ergab sich ein starker Zusammenhang mittels Eta-Koeffizient zu einer negativen APB in der aktuellen psychiatrischen Therapie, wie in Tabelle 14 ablesbar. 8 der 43 (19%) Patienten, die das Item „distanziert“ bedienten, wiesen eine „eher schlechte“ bis „schlechte“ APB auf, während bei den Patienten ohne diese Vorerfahrung nur 1 Patient von 80 (1%) eine „eher schlechte“ APB zeigte. Das Item „abwertend“ mit 34 Kreuzungen trat bei 7 (21%) Patienten gemeinsam mit einer „eher schlechten“ bis „schlechten“ APB auf. Einzig für die Assoziation „respektvoll“ als Vorerfahrung mit stationären Psychiatrieaufenthalten konnte kein signifikanter Einfluss berechnet werden. Der Eta-Korrelationskoeffizient mit entsprechender Signifikanz ist für jedes Item in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Eta-Koeffizient mit Signifikanz für die verschiedenen Items der psychiatrischen Vorerfahrung als möglicher Einfluss auf die APB. Dargestellt mit Eta^2 und zugehöriger Signifikanz, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Fett markiert ist der nicht signifikante Koeffizient.

Beeinträchtigungsgefühl	Eta-Koeffizient	Eta^2	Signifikanz
vertrauensvoll	0,268	0,072	0,003
wertschätzend	0,226	0,051	0,012
respektvoll	**0,137**	**0,019**	**0,130**
distanziert	0,539	0,291	<0,001
abwertend	0,454	0,206	<0,001
respektlos	0,471	0,222	<0,001

Anzumerken ist hierbei, dass negative Vorerfahrungen einen höheren Eta-Koeffizienten und somit einen stärkeren Zusammenhang mit der APB aufweisen als positive Vorerfahrungen.

Weiterhin von Interesse ist, ob ein Zusammenhang früherer psychiatrischer Erfahrungen mit der Wahrnehmung des Rettungsdienstes und des Notarztes existiert. Tabelle 15 zeigt die entsprechend berechneten Werte für RD und NA.

Tabelle 15: Zusammenhang als Eta-Koeffizient zwischen Assoziationen psychiatrischer Vorerfahrungen und der Wahrnehmung von Rettungsdienst (RD) und Notarzt (NA), dargestellt mit zugehörigem Eta² und Signifikanz, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen Patienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024.. Fett markiert sind die signifikanten Koeffizienten.

Beeinträchtigungsgefühl	Eta RD	RD Eta²	RD Signifikanz	Eta NA	NA Eta²	NA Signifikanz
vertrauensvoll	**0,228**	**0,052**	**0,011**	0,065	0,004	0,722
wertschätzend	0,136	0,027	0,071	0,134	0,018	0,463
respektvoll	**0,204**	**0,042**	**0,024**	0,104	0,011	0,572
distanziert	**0,365**	**0,133**	**<0,001**	**0,374**	**0,140**	**0,035**
abwertend	**0,360**	**0,129**	**<0,001**	**0,472**	**0,223**	**0,006**
respektlos	**0,366**	**0,134**	**<0,001**	**0,386**	**0,149**	**0,029**

Signifikante Zusammenhänge zur Wahrnehmung der jeweiligen Einsatzgruppe konnten für die negativen Erfahrungen nachgewiesen werden. Außerdem zeigte das Item „vertrauensvoll“ und „respektvoll“ einen minimalen Zusammenhang zur Wahrnehmung des RD-Personals. Die Einflüsse von Vorerfahrungen ähneln sich zwischen APB und Wahrnehmung von RD und NA. Insgesamt haben negative Vorerfahrungen einen höheren Eta-Koeffizienten und somit einen stärkeren Zusammenhang mit der jeweils untersuchten abhängigen Variable.

Zur Testung dieser Hypothese kam ebenfalls der Mann-Whitney-U-Test zum Einsatz. In das Konstrukt „Vorerfahrung“ wurde zusätzlich das Vorkommen von Gewalt bei früheren psychiatrischen Klinikeinweisungen oder -aufenthalten mit einbezogen (siehe Tabelle 16 und 17).

Tabelle 16: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu Unterschieden der Arzt-Patient-Beziehung (APB) je nach Gewalterfahrung und Vorerfahrungen mit der Psychiatrie, jeweils dargestellt mit der Effektstärke r, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Fett markiert ist das nicht signifikante Item.

Bewertung der APB	Aufenthalt Gewalt	Einweisung Gewalt	vertrauensvoll	wertschätzend	respektvoll	distanziert	abwertend	respektlos
U=	862,000	867,000	1072,500	1504,500	**1319,500**	661,00	664,500	714,500
Z=	-4,520	-3,999	-3,201	-2,276	**-1,747**	-6,554	-5,599	-4,677
p=	<0,001	<0,001	=0,001	0,023	**0,081**	<0,001	<0,001	<0,001
r=	0,389	0,344	0,275	0,196		0,564	0,482	0,403

Tabelle 17: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zu Unterschieden in der Wahrnehmung des Rettungsdienstes je nach Gewalterfahrung und Vorerfahrung mit der Psychiatrie, jeweils dargestellt mit der Effektstärke r, berechnet aus Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Fett markiert sind nicht signifikante Ergebnisse.

Bewertung der APB	Aufenthalt Gewalt	Einweisung Gewalt	vertrauensvoll	wertschätzend	respektvoll	distanziert	abwertend	respektlos
U=	RD: 1196,000 NA: 55,000	RD: 1155,500 NA: 83,500	RD: 1291,000 NA: 107,500	RD: 1714,500 NA: 126,000	RD: 1291,000 NA: 125,500	RD: 1328,000 NA: 88,500	RD: 1143,000 NA: 75,000	RD: 989,500 NA: 61,500
Z=	RD: -2,809 NA: -2,682	RD: -2,470 NA: -1,421	RD: -2,252 NA: -0,134	RD: -1,308 NA: -0,075	RD: -2,437 NA: -0,124	RD: -3,063 NA: -1,943	RD: -3,083 NA: -2,120	RD: -3,518 NA: -1,981
p=	RD: p=0,005 NA: p=0,007	RD: p=0,014 NA: **p=0,115**	RD: p=0,024 NA: p=0,893	RD: **p=0,191** NA: **p=0,940**	RD: p=0,015 NA: **p=0,901**	RD: p=0,002 NA: **p=0,052**	RD: p=0,002 NA: p=0,034	RD: p<0,001 NA: P=0,037
r=	RD: 0,242 NA: 0,435	RD: 0,401	RD: 0,194 NA: 0,022		RD: 0,210	RD: 0,264	RD: 0,265 NA: 0,344	RD: 0,303 NA: 0,321

Die H_0-Hypothese konnte somit anhand des Eta-Koeffizienten und des Man-Whitney-U-Tests bezüglich eines fehlenden Zusammenhangs von Vorerfahrungen und der APB bzw. der Wahrnehmung des RDs abgelehnt werden. Bei diesen beiden Testvariablen zeigen sich signifikante Unterschiede der APB innerhalb der aufgeführten Subgruppen, entsprechend ist von einem Zusammenhang mit diesen Items auszugehen. Hingegen musste die H_0-Hypothese für die Testvariable „Wahrnehmung NA“ beibehalten werden. Hier konnte nur bei der Hälfte der Items ein signifikanter Unterschied und für die negativen Vorerfahrungen ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Die Wahrnehmung des NAs unterscheidet sich entsprechend nicht ausreichend abhängig von den Vorerfahrungen, es besteht kein Zusammenhang zwischen diesen Variablen.

3.2.8 Frühere stationäre Gewalterfahrungen und Arzt-Patient-Beziehung, sowie Vorkommen von früherer und aktueller prähospitaler Gewalt

6 von 42 (14%) Patienten, die in der Vergangenheit Gewalt während stationären psychiatrischen Aufenthalten erfahren haben, entwickelten im aktuellen Aufenthalt eine „eher schlechte“ APB. Ohne stationäre Gewalterfahrungen in der Vergangenheit war dies bei 2 von 73 (3%) der Fall. Der berechnete Eta-Koeffizient von 0,392 zeigt, dass die unabhängige Variable einen mittelstarken Einfluss auf die Varianz der abhängigen Variable hat ($p < 0,001$). Ca 15% der Varianz der APB kann damit durch frühere stationäre Gewalterfahrungen erklärt werden. Für die einzelnen Unterformen von Gewalt konnten keine signifikanten Einflüsse differenziert werden. Außerdem konnte keine Signifikanz für das kumulierte Auftreten von Gewalt während der Einlieferung ermittelt werden: Patienten, bei denen bereits in der Vorgeschichte Gewalt während der Einlieferung angewendet wurde, haben bei der aktuellen Einlieferung nicht häufiger Gewalt erfahren als Patienten ohne Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte (Cramers-V 0,133, $p=0,155$ (RD), $p=0,454$ (NA)).

3.2.9 Frühere Gewalt bei Aufnahme und Wahrnehmung Rettungsdienst

Bei 37 von 115 (32%) Patienten kam es im Rahmen früherer Einweisungen zu Gewaltanwendung. Zu beantworten ist die Frage, ob darin ein Zusammenhang mit der Wahrnehmung des Einsatzpersonals der aktuellen Einlieferung besteht. Diese wurde von 4 (11%%) Patienten „eher negativ“ und 2 (5%) Patienten als „negativ“ bewertet (16% negative Bewertung). Zum Vergleich: lediglich 2 von 78 (3%) Patienten ohne

Gewalterfahrungen aus vorherigen psychiatrischen Einweisungen nannten eine „eher negative“ Bewertung des RDs. Der Eta-Korrelationskoeffizient konnte mit 0,330 (Eta^2=0,109; p<0,001) berechnet und somit ein mittelstarker Zusammenhang festgestellt werden. Bezüglich des NAs zeigte sich bei einem Eta-Koeffizient von 0,364 ebenfalls ein mittelstarker, signifikanter Zusammenhang (Eta^2=0,132; p=0,041).

3.2.10 Geschlecht, Alter, Diagnose und die Arzt-Patient-Beziehung

Auch demographische Daten wie Geschlecht, Alter und Diagnose des Patienten könnten die APB beeinflussen. Bezüglich des Geschlechts zeigten sich die in Tabelle 18 dargestellte Häufigkeiten je nach Bewertung der APB mit Tendenz zu mehr positiven Bewertungen beim männlichen Geschlecht. Dementsprechend konnte ein kleiner, signifikanter Zusammenhang zwischen der Qualität der APB und dem Geschlecht der Befragten festgestellt werden (Eta-Koeffizient=0,212; Eta^2=0,045; p=0,015).

Tabelle 18: Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung (APB) nach Geschlecht der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Unterschieden wurde hier aufgrund der Übersicht nur zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht. Dargestellt in absoluten und relativen Häufigkeiten. Quelle: modifiziert nach Schick et al. (2026), Rechtevermerk: © 2025 The Author(s), CC BY 4.0, https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Bewertung der APB	weiblich	männlich	gesamt
Gut	34	47	81
% Anteil weiblich/männlich	42,0%	58,0%	100,0%
% Anteil nach Geschlecht	56,7%	65,3%	61,4%
Eher gut	20	21	41
% Anteil weiblich/männlich	48,8%	51,2%	100,0%
% Anteil nach Geschlecht	33,3%	29,2%	31,1%
Eher schlecht	5	3	8
% Anteil weiblich/männlich	62,5%	37,5%	100,0%
% Anteil nach Geschlecht	8,3%	4,2%	6,1%
Schlecht	1	1	2
% Anteil weiblich/männlich	50,0%	50,0%	100,0%
% Anteil nach Geschlecht	1,7%	1,4%	1,5%
Gesamt	60	72	132
% Anteil weiblich/männlich	45,5%	54,5%	100,0%

Des Weiteren wurde ein Zusammenhang zwischen Bewertung der APB und dem Alter der Patienten untersucht. Dabei wurde dieses als stetiges Merkmal betrachtet (aus praktikabler Sicht nicht wie in Tabelle 1 als Klassifizierung). Ein Pearson-Korrelationskoeffizient von r=-0,329 ergab einen moderaten Zusammenhang zwischen dem Alter und der APB: mit steigendem Alter wird diese tendenziell besser bewertet (p<0,001).[73]

Die Bewertung der APB unterschied sich ebenfalls leicht zwischen den verschiedenen ICD-10 Diagnosen. So gab es nur „eher schlechte“ Bewertungen der APB in den Diagnosegruppen F1x, F2x, F3x und F4x. Der größte Anteil lag dabei bei der F.2 Gruppe der schizophrenen und psychotischen Störungen mit 4 von 33 (13%). Es ergab sich ein Eta-Korrelationskoeffizient von 0,336 und somit ein mittlerer Zusammenhang (Eta^2=0,112; p=0,016). Für die Berechnung wurde jeweils die Hauptdiagnose der Patienten genutzt, weshalb die absoluten Zahlen in Tabelle 19 von Tabelle 1 abweichen, in welcher die Nebendiagnosen miterfasst wurden.

Tabelle 19: Bewertung der Arzt-Patient-Beziehung (APB) in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe (nach ICD-10) nach Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Dargestellt in absoluten Häufigkeiten.

Bewertung der APB	ICD-F0	ICD-F1	ICD-F2	ICD-F3	ICD-F4	ICD-F6	ICD-F8	Gesamt
Gut	4	29	18	23	5	2	1	82
Eher gut	0	8	11	12	3	8	1	42
Eher schlecht	0	2	4	1	1	0	0	8
schlecht	1	0	0	0	0	1	0	2
Gesamt	5	39	33	36	9	11	2	135

H_0: Es besteht kein Unterschied in der Arzt-Patient-Beziehung abhängig von den demographischen Daten Geschlecht, Alter und Diagnose des Patienten.
H_1: Das Geschlecht, das Alter und die Diagnose des Patienten führen zu Unterschieden in der Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung.

Unterschiede in der APB durch ICD-10 Diagnosen wurden mittels Kruskal-Wallis-Test untersucht. Dieser Test zeigte keine statistische Signifikanz (H(6)=11,922, p=0,064). Die verschiedenen Krankheitsbilder liefern also keine ausreichende Erklärung für die unterschiedliche Bewertung der APB. Mittels Mann-Whitney-U-Test wurden Unterschiede in der Bewertung der APB in Abhängigkeit vom Geschlecht untersucht. Auch hier ergab sich kein signifikantes Ergebnis (U=1952,00, Z=-1,103, p=0,269).[73]

In zusammenfassender Betrachtung der Testergebnisse musste die H_0-Hypothese an dieser Stelle beibehalten werden. Geschlecht, Alter und Diagnose unterscheiden sich in ihren Gruppen nicht signifikant bezüglich der APB und lassen somit als Gesamtkonstrukt nicht auf einen (ausreichenden) Zusammenhang zur Qualität der APB schließen.

3.2.11 Anwesenheit eines Notarztes und Arzt-Patient-Beziehung

Abschließend soll festgestellt werden, ob die Anwesenheit eines NAs für die Entwicklung der APB in der Psychiatrie ein beeinflussender Faktor ist.

H_0: Die Anwesenheit eines Notarztes zeigt keinen zusätzlichen Unterschied bezüglich Wahrnehmung der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie.
H_1: Die Anwesenheit eines Notarztes führt zu einem zusätzlichen Unterschied der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie im Vergleich zur ausschließlichen Einweisung mittels Rettungsdienst.

Getestet wurde diese Hypothese mittels Mann-Whitney-U-Test. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Bewertung der APB zwischen rettungsdienstlicher Einweisung und zusätzlicher Anwesenheit eines NAs (U=1680,500, Z=-0,922, p=0,356). Dementsprechend musste die H_0-Hypothese angenommen werden: die reine Anwesenheit eines NAs zeigt keinen Unterschied in der Bewertung der APB. Entscheidende Einflüsse bzw. Zusammenhänge durch den NA liegen in der Wahrnehmung seines Verhaltens (siehe vorherige Hypothesentests mit Differenzierung zwischen RD und NA).

3.2.12 Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse

Um für die Diskussion einen besseren Überblick über die relevanten Ergebnisse zu bekommen, werden diese im folgenden Abschnitt nochmals zusammengefasst:

Der prähospitale Umgang mit dem Patienten zeigt einen Zusammenhang mit der späteren APB in der stationären Psychiatrie. Dabei besteht ein höherer Zusammenhang mit dem notärztlichen als mit dem rettungsdienstlichen Umgang.[73] Unfreiwillig eingelieferte Patienten entwickeln eher eine schlechtere APB, bei dieser Gruppe kommt es häufiger zur Anwendung von Gewalt durch das Rettungsfachpersonal. Gewalterfahrungen haben, unabhängig von ihrem Zeitpunkt, einen negativen Einfluss auf die Wahrnehmung der Berufsgruppen und auf die APB.[73] Die Anwesenheit von Vertrauenspersonen zeigt keinen direkten Zusammenhang zur APB oder Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals. Die Qualität der aktuellen APB geht mit der zukünftigen Einstellung der Patienten gegenüber RD und NA einher.

Alter, Geschlecht und Diagnose des Patienten stehen in keinem wesentlichen Zusammenhang mit der APB.[73]

Die Ergebnisse liefern den Nachweis für eine Vielzahl von Zusammenhängen und Interaktionen auch innerhalb der untersuchten Aspekte, aus denen sich ein Einfluss vermuten lässt. Während einige Faktoren direkt sowohl auf die APB, als auch auf die Wahrnehmung von RD und NA wirken, beeinflussen andere nur die Wahrnehmung von RD und NA und haben darüber indirekte Auswirkungen auf die APB (siehe Abbildung 14).

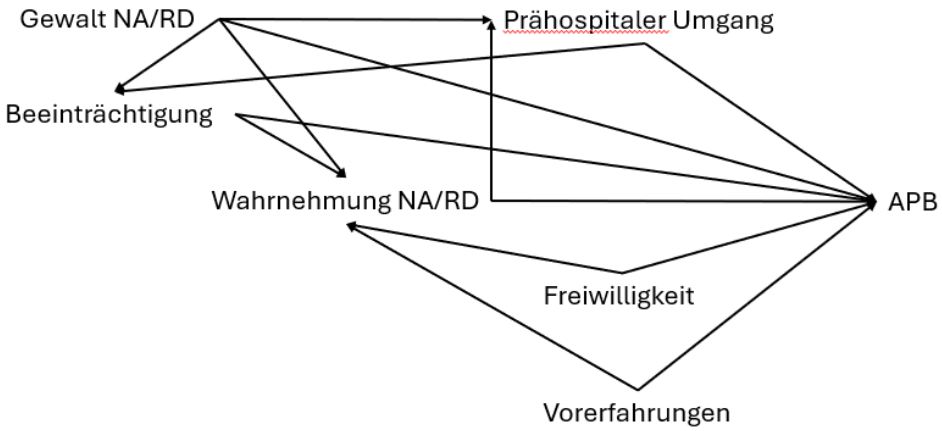

Abbildung 14: Übersicht zu den wichtigsten untersuchten externen Zusammenhängen und Unterschied produzierender Faktoren auf die Arzt-Patienten-Beziehung als Übersicht aus den Angaben der in die Studie eingeschlossenen psychiatrischen Notfallpatienten der Universitätsklinik Ulm und des Bezirkskrankenhauses Kempten 2023-2024. Der Pfeil je in Richtung des ableitbaren Einflusses NA= Notarzt, RD = Rettungsdienst, APB = Arzt-Patient-Beziehung.

4. Diskussion

Kernresultat der Auswertung ist, dass der prähospitale Umgang von RD und NA mit dem Patienten im unmittelbaren Zusammenhang mit der Qualität der APB in der stationären Psychiatrie steht.[73]

4.1 Konsequenzen des prähospitalen Umgangs mit psychiatrischen Notfällen

Ein guter Umgang (mit empathisch-kommunikativen Kompetenzen) auf zwischenmenschlicher Ebene ist, auch in nicht-medizinischen Bereichen, ein wichtiges Element sozialer Konstrukte.[32, 50] In der psychiatrischen (Notfall-) Versorgung ist dieser allerdings von besonderer Bedeutung. Kommunikation ist bei vielen psychiatrischen Erkrankungen das zentrale Mittel, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und dessen Bedürfnisse zu erkennen.[73] Dies gilt sowohl im ambulanten, prähospitalen als auch im stationären Setting.[59, 66] Durch einen guten Umgang mit dem Patienten kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden, welches elementar wichtig für die Compliance und die Therapie psychiatrischer Erkrankungen ist.[66] In früheren Studien konnte gezeigt werden, dass Vorerfahrungen aus früheren medizinischen Kontakten die Einstellung der Patienten gegenüber zukünftigen Arztkontakten beeinflussen.[40] Allerdings gibt es bislang keine wissenschaftliche Evidenz zur Einflussnahme des prähsoptialen Notfallkontaktes mit NA und RD auf die APB. Wo möglich werden Unterhypothesen und Teilfragestellungen mit existierender Forschung verglichen, um anhand vorhandener Literatur die Kernaussagen dieser Studie zu diskutieren.

4.1.1 Zusätzliche Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung

An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass die APB verschiedenen weiteren externen - also nicht im direkten Kontakt von Arzt und Patient bestehenden - Einflüssen unterliegt und nicht ausschließlich vom prähospitalen Umgang mit den Patienten abhängt. Einige dieser externen Einflüsse bzw. Zusammenhänge konnten in der vorliegenden Arbeit abgeleitet werden, andere Faktoren sind bereits in früheren Studien herausgearbeitet worden. Bezüglich des Alters und Geschlechts als Einflussfaktoren auf die APB besteht bislang allerdings kein Konsens in der Literatur. Brenk-Franz et al. (2016) konnten

beispielsweise keine Zusammenhänge von soziodemographischen Daten wie Alter und Geschlecht mit der Qualität der APB feststellen, jedoch ergab sich im Gesundheitszustand der Patienten ein zusätzlich signifikant auf die APB wirkender Faktor.[11] Während weitere Veröffentlichungen Zusammenhänge (bezüglich Geschlecht [30], bezüglich Geschlecht und Alter [76]) ablehnen, berichten andere Arbeiten über einen Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Entwicklung der APB.[6, 48] Ähnlich ambivalente Ergebnisse ergaben sich auch in der vorliegenden Arbeit. Denkbare Begründung für einen bestehenden Zusammenhang könnte ein tendenziell aggressiveres Verhalten männlicher Patienten mit entsprechend reaktiver Anwendung von Gewalt durch RD und NA sein, was dann, wie bereits erwähnt, zu einer schlechteren APB führt.[61] Nawka et al. (2013) berichteten zusätzlich über eine höhere Schwelle für Anwendung von gewaltsamen Maßnahmen bei aggressivem Verhalten von Frauen im Vergleich zu Männern.[61]

Für das Alter konnte im Rahmen dieser Arbeit ein schwacher Zusammenhang berechnet werden. Als mögliche Ursache könnte dabei häufigeres Vorkommen von aggressivem Verhalten bei jüngeren Patienten aufgeführt werden.[17] Dieses Verhalten könnte Reaktionen des Rettungsfachpersonals erfordern, welche negative Auswirkungen auf die APB haben könnten. Zusätzlich sind jüngere Menschen häufiger von unfreiwilligen Aufnahmen betroffen, deren Konsequenzen bereits erläutert wurden.[80]

Interessant ist an dieser Stelle ebenfalls der Einfluss der Diagnose. Die Charakteristika verschiedener psychiatrischer Erkrankungen, wie beispielsweise eine häufige Skepsis schizophrener Patienten gegenüber dem Umfeld und häufiges antisoziales Verhalten, lassen vermuten, dass sich die Qualität der APB in den verschiedenen Diagnosegruppen unterscheidet.[33] Auch kommt es bei bestimmten Erkrankungen, wie etwa bei Psychosen, häufiger zur Anwendung von Zwang und Gewalt oder einer unfreiwilligen Klinikeinweisung.[81, 86] Eine mögliche Begründung dafür ist das vermehrte Auftreten von Aggressionen bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen und eine entsprechende Reaktion auf diese.[17] Demzufolge wäre zu erwarten, dass ein Einfluss der Diagnose auf die APB besteht. Tatsächlich konnte in der vorliegenden Studie ein mittelstarker Zusammenhang mit der Diagnosestellung berechnet werden. Allerdings ist

in dieser Arbeit ist der kausale Einfluss der Diagnose auf die APB nicht eindeutig zu bewerten.

Andere Forschungen konnten den in dieser Studie ermittelten Einfluss von Vorerfahrungen im medizinischen Kontext auf die APB, auch für nicht psychiatrisch Erkrankte, bestätigen.[36] Weiterführend ergaben sich Zusammenhänge zwischen der Dauer des medizinischen Kontaktes und dem sozialen Status mit der Beurteilung der APB. Länger andauernde Arzt-Patienten-Kontakte führen zu positiveren Bewertungen der APB.[30] Erwähnenswert sind auch Veröffentlichungen, die eine Wirkung von Mitpatienten und den Kontakt zur Pflege auf das subjektive Erleben betonen.[9]

Insbesondere weil viele dieser externen Einflüsse nicht variabel sind (wie beispielsweise das Alter der Patienten), ist die Identifikation beeinflussbarer Zusammenhänge von Bedeutung. Folglich stellt der prähospitale Umgang ein wichtiges steuerbares Element der APB dar und ist besonders bei psychiatrischen Notfällen als vulnerabler Patientengruppe, die einen intensivierten Kontakt benötigt, nicht zu vernachlässigen. Durch einen gelungenen präklinischen Kontakt zum medizinischen Personal kann bereits prähospital eine Grundlage für eine gelungene, vertrauensvolle APB geschaffen werden.

4.1.2 Die Anwendung von Gewalt und Zwang als beeinflussender Faktor

Dass die stationäre und prähospitale Anwendung von Gewalt den Eindruck des jeweiligen Settings prägt, ist nicht überraschend. Im Rahmen dieser Studie konnten die Folgen von Gewaltanwendung auf die APB belegt werden. Patienten, die während ihrer Aufnahme Gewalt erleben, fühlen sich in der Psychiatrie weniger gut aufgehoben, können sich Ärzten und Psychologen gegenüber schlechter öffnen und fühlen sich weniger sicher. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Zwang und andere Formen der Gewalt können dabei zu Traumatisierungen führen und die künftige psychiatrische Behandlung erschweren.[80] In der vorliegenden Studie konnte nachgewiesen werden, dass dies sowohl für die APB in der Akutsituation, als auch für die Entwicklung der APB bei zukünftigen Psychiatrieaufenthalten von Bedeutung ist, da die aktuellen Erlebnisse in Zukunft als Vorerfahrungen Einfluss nehmen.[40] Es ist unbedeutend, welche Form von Gewalt angewendet wird. Erlebt der Patient im prähospitalen Setting Gewalt, ist dies ein erheblicher Risikofaktor für eine schlechtere APB im Folgenden und in zukünftigen

Klinikaufenthalten.[73] Begründet werden kann dies unter anderem durch in Zwangssituationen intensiv erlebten Emotionen wie Wut und Verzweiflung.[1]

Hierbei ist von Interesse, dass die Anwendung von Gewalt durch den NA im Allgemeinen ein größerer Einflussfaktor ist, als Gewalt durch den RD.[73] Dies könnte mit dem Phänomen der Projektion als unbewusste Übertragung der Erfahrung mit dem Notarzt auf den behandelnden Arzt im stationären Setting und durch Bildung von Vorurteilen gegenüber der ärztlichen Berufsgruppe im Allgemeinen erklärt werden.[31, 91] Allerdings könnte der stärker erscheinende Zusammenhang auch mit der Unterscheidung der Einsatzart bzw. mit dem Schweregrad der Notfallbehandlung bei Hinzuziehung eines Notarztes zusammenhängen. Wie in Kapitel 1.1.1 beschrieben, wird der Notarzt nur in bestimmten Fällen in einen Einsatz involviert.[29] Schwere Fälle, wie zum Beispiel besonders manische oder aggressive Patienten bei einer schweren Psychose, könnten eher die Anwendung von Zwangsmaßnahmen notwendig machen und die Betroffenen in der Folge eine schlechtere APB entwickeln. Der Zusammenhang zwischen Gewalt durch den Notarzt und einer schlechteren APB ist daher nicht als kausal anzunehmen, sondern könnte auch durch einen Zusammenhang von Erkrankungsschwere und dadurch erschwerte APB erklärt werden.

Eine direkte Häufung von Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte, bei aktueller Einlieferung und aktuellem stationärem Aufenthalt konnte in dieser Stichprobe nicht nachgewiesen werden. Vermutet werden könnte eine solche Häufung allerdings in Abhängigkeit von der Diagnosegruppe. Als Grund für die Anwendung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen durch den RD könnte exemplarisch aggressives Verhalten des Patienten angenommen werden. Dieses tritt beispielsweise häufiger bei schizophrenen Erkrankungen oder psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen auf.[66] Die Betroffenen werden im Krankheitsverlauf häufiger in psychiatrische Kliniken eingeliefert.[72] Folglich könnte man (konträr zu den Ergebnissen dieser Studie) daraus ableiten, dass in diesen Fällen (bei häufiger auftretendem aggressiven Verhalten) vermehrt Gewalt und Zwangsmaßnahmen angewandt werden.

Patienten mit früheren Gewalterfahrungen im psychiatrischen Kontext zeigen – aktuell und für die Zukunft- eine negativere Wahrnehmung von RD und NA und auch eine direkt schlechtere APB im klinischen Setting. Dies ist ebenfalls mit den bereits beschriebenen Mechanismen von Übertragung und Transfer zu erklären.[42, 91] Daraus kann man, komplementär zu den in der S3 Leitlinie zur Verhinderung von Zwang besprochenen Ansätzen, auf eine Notwendigkeit der Reduzierung von Vorurteilen gegenüber den beteiligten Berufsgruppen und Institutionen im Rahmen von intensivierter Gewaltprävention schließen.[80]

An dieser Stelle lässt sich auch die Frage nach Aktion und Reaktion stellen. Gewalt und Zwangsmaßnahmen durch das Rettungsfachpersonal sind häufig Reaktion auf die Verhaltensweisen und die Symptome des Patienten. Allerdings kann das Verhalten des Patienten auch durch das Auftreten des Rettungsfachpersonals provoziert werden.[57] Ein Sicherheitsbedürfnis und Bedrohungsgefühl des Patienten stehen dabei im Spannungskonflikt zu schnellen Lösungsstrategien des Rettungsfachpersonals.[88] Umso wichtiger ist entsprechend eine empathische, geduldige und respektvolle Kommunikation.[80]

4.2 Freiwilligkeit der Einlieferung

Ein wichtiges Element für die Entwicklung einer gelungenen APB in der Psychiatrie ist die Freiwilligkeit der Einlieferung. Es stellte sich heraus, dass eine unfreiwillige Einlieferung mit einer schlechteren APB einhergeht. Zusätzlich besteht ein Zusammenhang mit der Anwendung von Gewalt: Patienten, die nicht freiwillig in die Psychiatrie eingeliefert werden, sind signifikant häufiger von Zwangsmaßnahmen durch das Rettungsfachpersonal betroffen. Dieser Zusammenhang konnte ebenfalls in einer europäischen Studie zu Zwang in der Psychiatrie gezeigt werden.[38] Zusätzlich fühlen sich mehr Patienten nachhaltig beeinträchtigt, wenn Gewalt ein Teil des Kontaktes mit dem Rettungsdienst ist. Eine norwegische Studie aus dem Jahr 2007 konnte einen ähnlichen Bezug herstellen: Patienten mit negativen Erfahrungen während der Einlieferung (wie zum Beispiel Anwendung von Gewalt und Zwang) und einer unfreiwilligen Aufnahme, fühlen sich im Anschluss nachhaltig gedemütigt.[83] In der vorliegenden Studie konnte darauf aufbauend ein Zusammenhang des Beeinträchtigungsgefühls mit der APB nachgewiesen werden: Fühlen sich Patienten

durch den Umgang des Rettungsfachpersonals beeinträchtigt, entwickeln sie eine schlechtere APB in der Psychiatrie. Durchgeführte Fixierungen können beispielsweise traumatisierend wirken und Studien zufolge das Vertrauensverhältnis für weitere Behandlungsmaßnahmen auf Dauer schädigen.[46]. Da dies, wie schon in der Einleitung dieser Arbeit beschrieben, ein wichtiger Einflussfaktor für die Therapie von psychiatrischen Krankheitsbildern ist, sollte eine Freiwilligkeit der Aufnahme ein wesentliches Ziel des prähospitalen psychiatrischen Notfallmanagements sein. Auch Lidz et al. (2000) unterstreichen, dass das am wenigsten zwingende Einweisungsverfahren, insbesondere die Vermeidung von Drohungen und Gewalt, angestrebt werden sollte. [49] Besonders bei Ausübung von Druck durch beteiligte Fachkräfte entsteht ein Zwangsgefühl der Aufnahme, während Zuspruch von Familie und Angehörigen weniger als Zwang gewertet wird.[49]

Zwar wurde in dieser Studie gezeigt, dass die Anwesenheit von Vertrauenspersonen keinen direkten Einfluss auf die spätere APB hat. Im Kontext mit den Ergebnissen von Lidz et al. (2000) könnte es, insbesondere bei nicht krankheitseinsichtigen Patienten, jedoch sinnvoll sein, die Anwesenheit von Vertrauenspersonen als Mittel zur Vermeidung von Zwang und Gewalt zu nutzen. So könnte eine Freiwilligkeit der Aufnahme eher erreicht werden und entsprechend zu einer guten APB in der Psychiatrie beitragen. Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass auch ohne die Anwendung von Gewalt, Druck und Zwang eine bedingt freiwillige Aufnahme möglich ist. Potentielle Erklärungen für eine restriktive Haltung gegenüber der Einweisung in eine psychiatrische Klinik sind beispielsweise die noch immer vorhandenen Vorurteile in der Gesellschaft gegenüber der Psychiatrie und die häufig fehlende Krankheitseinsicht.[66, 80] Gerade hier können Angehörige durch ihren Zuspruch unterstützend auf die Entscheidung des Patienten einwirken und zu einer stressreduzierenden Bewältigung der Situation beitragen. Bestätigt wird diese Hypothese durch eine Arbeit von Nugteren et al. aus dem Jahr 2016, in der gezeigt werden konnte, dass die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen eine positive Wirkung auf Patientenerfahrungen hat.[62] Der Einbezug unterstützender Menschen scheint die Situation für Betroffene erträglicher zu machen.[18] Somit kann man davon ausgehen, dass die Anwesenheit von Vertrauenspersonen als potentiell supportiver Faktor einen indirekt positiven Effekt auf die APB ausübt.

Freiwillig eingelieferte Patienten erfahren seltener prähospitale Gewalt und entwickeln eine bessere APB. Auch zeigen sie eine positivere Wahrnehmung von RD/NA. Der Zusammenhang von Freiwilligkeit mit der Qualität APB kann über zwei Wege erklärt werden: Zum einen kommt es bei Patienten, die nicht freiwillig in die Klinik eingeliefert werden, eher zur Anwendung von Zwang und Gewalt. Begründet werden kann dies mit der Notwendigkeit, eine (Zwangs-)Behandlung einzuleiten, oder mit einer Reaktion auf die vom Patienten ausgehende Aggression.[10]

4.3 Limitationen der Studie

Nachdem nun die Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur abgeglichen wurden, gilt es, die Limitationen dieser Studie zu bewerten.

Für die Bewertung der APB konnten im Rahmen dieser Studie aufgrund des zu untersuchenden Patientenkollektivs keine bewährten Scores genutzt werden. Eine ausführliche Befragung mittels präexistierender Fragebögen zur Erfassung der APB und anschließender Bewertung der Aufnahmesituation und Vorgeschichte wäre eine zu starke zeitlich kognitive Belastung für die auf der Akutstation befragten Patienten gewesen. Daher wurde, orientierend an gängigen Fragebögen zur APB, ein neuer Score entwickelt.[73] Für den so neu entwickelten Score der APB konnte dabei ein Cronbachs Alpha von 0,68 gebildet werden, welches nahe des akzeptablen Wertes von 0,7 liegt. Kürzere Tests haben häufiger einen geringeren Alpha-Wert und unterschätzen die wahre Reliabilität.[84] Daher wurde der entwickelte Score in beschriebener Form verwendet. Eine Erweiterung des Scores war aus oben genannten Gründen nicht optional.

Außerdem ist wichtig zu erwähnen, dass die durchgeführten Tests keine Kausalität beweisen. Aus den Testungen auf Zusammenhänge und Unterschiede liegen aufgrund theoretischer Überlegungen wie der zeitlichen Abfolge gerichtete Einflüsse allerdings nahe.

Die Bewertung der einzelnen Items unterliegt den subjektiven Angaben der Befragten. Die Angaben zur Anwendung von Gewalt etc. konnten dabei nicht durch eine Befragung der an der Einweisung beteiligten Berufsgruppen überprüft werden.[73] Obwohl vor Beginn der Befragung kontrolliert wurde, ob sich die Patienten in einem ausreichend guten Zustand für die Bearbeitung des Fragebogens befanden, unterlag die Durchführung

bestimmten Schwierigkeiten. So war beispielsweise das Konzentrationsvermögen einiger Patienten im Rahmen ihrer Erkrankung reduziert. Es ist nicht sicher, ob es allen Patienten gelungen ist, sich bei Beantwortung der Fragen auf die aktuelle Aufnahme (und nicht auf frühere) zu fokussieren. Durch die Anwesenheit der Doktoranden beim Ausfüllen des Fragebogens konnten, durch entsprechende Rückfragen, die beschriebenen potentiellen Schwierigkeiten weitestgehend bewältigt werden. Ein zusätzlich erschwerender Faktor in der Beantwortung des Fragebogens war der emotionale, kognitive Ausnahmezustand einiger Patienten während ihrer Einlieferung. Eine korrekte Wahrnehmung bzw. Erinnerung an alle Details der Aufnahme ist dabei schwierig zu überprüfen.

Abschließend ist als Limitation der Studie zu erwähnen, dass es bislang keine vergleichbaren Studien gibt, anhand derer das Kernresultat diskutiert werden könnte. Umso deutlicher wird dadurch allerdings auch die bestehende Evidenzlücke.

4.4 Konkrete Schlussfolgerungen für den Rettungsdienst und Notarzt

Was bedeuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie nun konkret für den RD und NA? Die Elemente der Einlieferung, die einem unmittelbaren Einfluss von RD und NA unterliegen, sollten ebenso im Bewusstsein der Einsatzgruppen sein, wie die potentiell weitreichenden Folgen, die der prähospitale Kontakt auf die weitere Behandlung, den damit verbundenen Therapieerfolg und das Leben der Patienten hat. Vorurteile gegenüber psychiatrischen Patienten, die wie bereits beschrieben, noch immer auch unter medizinischem Personal vorhanden sind, gilt es abzulegen und jedem Patienten aufs Neue offen und unvoreingenommen, und ihn in seiner persönlichen Notsituation wertschätzend, zu begegnen. Insbesondere bei Patienten, die sich in psychischen Ausnahmezuständen befinden, sollte auf einer respektvollen Ebene Kontakt aufgebaut werden. Eine zu zutrauliche Zuwendung ist dabei ebenso unangemessen wie offene Ablehnung, Verharmlosung und fehlendes Verständnis für die Situation des Patienten. Es gilt, ein sicheres Umfeld zu schaffen, in dem die Patienten Raum finden, sich zu öffnen und in dem sie ihr Problem aussprechen können. Oftmals kann durch das Aussprechen der Problematik seitens des Patienten und durch das Zuhören durch RD/NA die Bedrohlichkeit der Situation für die Patienten gemindert werden.[66]

Ebenso wichtig ist es, dem Patienten mit Geduld zu begegnen. Im Rettungsdienst- und Notarztwesen besteht häufig ein nicht unerheblicher Zeitmangel.[63] Die Verantwortung dafür sollte allerdings nicht dem Patienten auferlegt werden. Ein ungeduldiges Drängen des Patienten durch den RD oder NA kann durch den empfundenen Druck als zusätzlicher Stressor und Provokation empfunden werden und den Ablauf des Einsatzes zusätzlich verzögern. Ebenso können Patienten sich dadurch unverstanden und abgewiesen fühlen. Das gerade ist, insbesondere bei Patienten mit Selbstwertproblematiken, die bei depressiven- oder Persönlichkeitsstörungen oft vorkommen, nach Möglichkeit zu vermeiden, da dies nachhaltige Beeinträchtigung induzieren kann. Ein ruhiges Gespräch hilft häufig, die Not des Patienten zu reduzieren.[77]

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass den Einsatzkräften stets die Reichweite ihres Auftretens bewusst sein sollte. Die verschiedenen Einflussfaktoren auf die APB potenzieren sich durch die direkten und indirekten Wirkungen gegenseitig. Entsprechend könnten bereits kleine Änderungen im prähospitalen Umgang mit dem Patienten und der einhergehenden Umstände, entscheidende Änderungen der späteren APB bewirken. Es geht nicht nur um die Bewältigung/Erledigung der akuten Notfallsituation, sondern, wie geschildert um die weitreichenden chronischen Auswirkungen auf die aktuelle APB und damit auf die notwendige Therapie. Ein freundlicher, empathischer und respektvoller Umgang sind in Kombination mit ausführlicher, verständlicher Aufklärung und Verständnis der, für den Patienten oft bedrohlich existentiellen Situation, wichtige Maßnahmen, die zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen und unfreiwilligen Aufnahmen führen könnten, direkt positiv in Zusammenhang mit der APB stehen und somit zu einer erfolgreicheren Therapie beitragen.[73]

4.5 Ausblick und Fazit

Die psychiatrische Arzt-Patient-Beziehung als besonders vulnerables und elementares Konstrukt ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. In dieser Arbeit konnten einige der Einflüsse nachgewiesen werden. Besonderes Augenmerk ist dabei auf folgende beeinflussbare Faktoren zu legen: die Einstellung und das Verhalten des Rettungsdienstes und Notarztes im Umgang mit dem Patienten und die Anwendung von Druck/Zwangsmaßnahmen und anderen Formen von Gewalt. Insbesondere letztere ist ein starker Einflussfaktor auf die Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals und auch auf die aktuelle sowie die zukünftige Arzt-Patient-Beziehung.[73] Somit ist die Anwendung von Gewalt neben den ethischen und juristischen Gründen zusätzlich auch aus der Behandlungsperspektive zu vermeiden. Hilfreich für die Vermeidung von Gewalt sind die dargestellten Gesprächs- und Verhaltensstrategien. Um diese beim Rettungsfachpersonal zu stärken und Gewaltanwendung zu reduzieren, könnten spezielle Weiterbildungen, evtl. auch im Rahmen der Ausbildung beider Berufsgruppen, in diesem Bereich intensiviert werden. Möglichkeiten dafür wären ein Kommunikationstraining und eine Psychiatrierotation im Rahmen der Aus- und Weiterbildung. So können die für eine gute psychiatrische Behandlung schädlichen Einflüsse minimiert werden.

Bei einigen Patienten könnte trotz dieser Maßnahmen der prähospitale Erstkontakt kritisch verlaufen. Hier gäbe es die Möglichkeit, im prähospitalen Setting die Hinzuziehung von Psychotherapeuten oder Kriseninterventionsteams zum psychiatrischen Notfall zu erwägen bzw. zu ermöglichen. Auch telemedizinische Elemente könnten eingesetzt werden, um sowohl das Rettungsfachpersonal, als auch den Patienten, zu unterstützen und zu entlasten. Der Bedarf, die Umsetzung und die Wirksamkeit solcher Maßnahmen könnten anhand weiterer Studien geprüft werden.

Eine weiterführende Studie mit einer Befragung von Patienten bezüglich Rettungsfachpersonal und Arzt-Patient-Beziehung könnte dabei helfen, konkrete Verbesserungsvorschläge in beiden Bereichen auszuarbeiten. Was hilft dem psychiatrischen Patienten aus ihrer Perspektive am besten im Notfall bzw. was können Rettungsdienst und Notarzt für einen gelungenen Kontakt beitragen? Was ist für psychiatrische Patienten besonders wichtig für eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung?

Bisher gibt es nur theoretische Überlegungen zu dieser Fragestellung. Eine direkte Befragung von psychiatrischen Patienten zu dieser Thematik könnte die bestehenden Theorien untermauern und durch entsprechende Maßnahmen zu einer langfristig besseren Versorgung führen.

Des Weiteren könnte eine zusätzliche Studie den Bedarf beim Rettungsfachpersonal fokussieren. Wie erleben Rettungsdienst oder Notarzt den psychiatrischen Einsatz? Was konkret sind ihre Bedürfnisse und Schwierigkeiten. Wann greifen sie aus ihrer Sicht zum Mittel des Drucks/Zwangs bzw. Gewalt? Wie können die Rahmenbedingungen geändert werden, sodass eine gelassene Bewältigung der psychiatrischen Notfallsituation für alle Seiten ermöglicht wird? Deckt sich das Erleben seitens des Rettungsfachpersonals mit der Wahrnehmung des psychiatrischen Personals in der Aufnahme und der Wahrnehmung des Patienten?

Neben Rettungsdienst und Notarzt ist die Polizei häufig Teil des psychiatrischen Notfalleinsatzteams. So kommen viele Patienten in polizeilicher Begleitung oder nur durch diese in die Klinik. Die Polizei ist in psychiatrischen Krankheitsbildern und dem optimalen Umgang mit diesen Patienten weniger geschult als Rettungsdienst und Notarzt.[66] Da nicht klar ist, ob seitens der Patienten eine klare Differenzierung zwischen den Einsatzgruppen während des Notfalleinsatzes besteht, könnte es sinnvoll sein, in einer weiteren Studie den Einfluss des polizeilichen Umgangs mit psychiatrischen Patienten auf die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie zu untersuchen und mit Rettungsdienst und Notarzt zu vergleichen. Bei ähnlichen Ergebnissen könnten auch für diese Berufsgruppe intensivierte Schulungen erfolgen, bisherige Erfahrungen aufgearbeitet werden oder Maßnahmen getroffen werden, um eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung nicht zu gefährden und somit gute Voraussetzungen für die akute und die spätere Therapie zu schaffen.

In diesem Kontext sind nochmals die unterschiedlichen Qualifikationen des Rettungsfachpersonals herauszustellen. Innerhalb dieser Arbeit wurde nicht zwischen Rettungsdienst und Krankentransport und den verschiedenen vertretenden Berufsgruppen von Notfallsanitäter bis Rettungshelfer differenziert. Für den Patienten ist

eine direkte Unterscheidung oft schwierig und dennoch könnte der Grad der Qualifikation Einfluss auf die Wahrnehmung des Umgangs durch das Rettungsfachpersonals haben.

Abschließend wäre ein Vergleich zu nicht-psychiatrisch erkrankten Patienten als Stichprobe möglich. Besteht ein ähnlicher Einfluss des prähospitalen, rettungsdienstlich-notärztlichen Umgangs mit den Patienten auf die Arzt-Patient-Beziehung bei nicht psychiatrischen Krankheitsbildern oder ist aufgrund der überwiegend somatischen Problematik ein achtsamer Umgang und die Arzt-Patient-Beziehung in der Klinik von geringerer Bedeutung? Können somatische Patienten besser benennen, was für sie beim Notfallmanagement besonders hilfreich oder kritisch war und könnte man das auf psychiatrische Notfallsituationen übertragen?

Insgesamt hat sich gezeigt, dass sich bislang nur wenig wissenschaftliche Studien mit der Schnittstelle Notfallmedizin und Psychiatrie beschäftigt haben. Mit der vorliegenden Arbeit wurde die Verbindung beider Themenfelder untersucht und der Einfluss und die weitreichenden Auswirkungen des prähospitalen Umgangs mit psychiatrischen Notfallpatienten auf die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie nachgewiesen.

5. Zusammenfassung

Fragestellung: Psychiatrische Notfälle sind eine der häufigsten Einsatzkategorien der Notfallmedizin. Dennoch bestehen Unsicherheiten im Umgang mit psychiatrischen Patienten und beteiligte Berufsgruppen äußern einen Bedarf nach weiteren Schulungen. Welche Bedeutung der prähospitale Umgang für den Patienten langfristig hat ist bislang nicht klar. Es besteht noch keine Evidenz zu einem Zusammenhang des prähospitalen Umgangs mit den psychiatrischen Patienten mit der späteren Arzt-Patient-Beziehung (APB) in der Psychiatrie. Letztere hat – insbesondere in der Psychiatrie – einen hohen Stellenwert durch ihren großen Einfluss auf den weiteren Therapie- und Genesungsprozess. Daher sollen in dieser Studie als Hauptfragestellung die Auswirkungen des prähospitalen Umgangs mit den Patienten auf die klinische APB untersucht werden. Weiterführend werden weitere Einflüsse auf die APB, wie beispielsweise das Alter, Geschlecht, Diagnose, Anwendung von Gewalt und Freiwilligkeit der Aufnahme geprüft.

Methoden: Um die Fragestellung zu beantworten, wurde ein Fragebogen entwickelt, der eine Bewertung der aktuellen APB und die patientenseitige Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals untersucht. Es wurde zwischen der Bewertung des Notarztes (NA) und des Rettungsdienstes, unter welchem alle nicht-ärztlichen einliefernden Berufsgruppen gefasst wurden, differenziert. Des Weiteren wurden Vorerfahrungen der Patienten mit der Psychiatrie und psychiatrischen Einweisungen begutachtet. Nach Prüfung der Einwilligungs- und Befragungsfähigkeit wurde der Fragebogen gemeinsam mit den Patienten durchgeführt. Neben der deskriptiven Statistik mit Median, Mittelwerten und Quartilsabständen/ Standardabweichung wurden verschiedene statistische Tests angewendet, wie eine lineare Regressionsanalyse, der Mann-Whitney-U-Test, der Kruskal-Wallis-Test die Rangkorrelationen nach Spearman und der Eta-Koeffizient.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 135 Fragebögen ausgewertet werden. Die statistische Analyse zeigt: Der prähospitale Umgang mit dem Patienten beeinflusst die spätere APB in der stationären Psychiatrie. Dabei besteht ein höherer Zusammenhang mit dem notärztlichen als mit dem rettungsdienstlichen Umgang. Ein ungünstiger prähospitaler

Kontakt führt zu einer schlechteren APB in der Klinik. Unfreiwillig eingelieferte Patienten entwickeln ebenfalls eine schlechtere APB. Die Anwesenheit von Vertrauenspersonen zeigt keinen direkten Zusammenhang zur Bewertung der APB oder Wahrnehmung des Rettungsfachpersonals. Die Qualität der aktuellen APB geht mit der zukünftigen Einstellung der Patienten gegenüber RD und NA einher. Fühlen sich Patienten durch den RD oder NA provoziert, kommt es zu mehr Gewaltanwendung durch diese Einsatzgruppen. Unter Gewalt ist insbesondere die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation gefasst. Vorerfahrungen, insbesondere negative, stehen in einem Zusammenhang mit der Bewertung der APB in der stationären Psychiatrie und der Wahrnehmung des RD durch den Patienten. Kam es früher zu Gewalt bei der Aufnahme, werden RD und NA bei der aktuellen Einweisung negativer bewertet, auch wenn es beim aktuellen prähospitalen Kontakt keine Gewalterfahrungen gab. Alter, Geschlecht und Diagnose des Patienten beeinflussen die APB nicht wesentlich.

Diskussion: Die Arbeit ist eine Pilotstudie, vergleichbare Zusammenhänge wurden bisher nicht untersucht. Psychiatrische Patienten sind eine vulnerable Patientengruppe, bei der eine empathische Kommunikation von besonderer Bedeutung ist. Erleben die Patienten in ihrem psychischen Ausnahmezustand eine Ablehnung durch das Rettungsfachpersonal, kann dies, beispielsweise begründet mit psychologischen Konzepten wie der Übertragung, das Verhältnis zum ärztlichen Personal in der psychiatrischen Klinik verschlechtern. In der Literatur besteht keine Einigkeit über den Einfluss der ebenfalls untersuchter Aspekte Geschlecht und Alter. Einige Studien zeigen einen Einfluss in Bezug auf die APB, andere widersprechen diesen.

Schlussfolgerung: Der prähospitale Umgang mit den Patienten steht im Zusammenhang mit der APB in der Klinik. Ein gelungener Erstkontakt kann zu einer besseren APB führen und somit den Therapieverlauf und den Genesungsprozess beeinflussen. Um dies zu fördern, könnten Schulungen des Rettungsfachpersonals bezüglich psychiatrischer Notfälle und dem optimalen Management dessen intensiviert werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyschak J, Schramm A, Richter S, Leßmann J, Juckel G, Haußleiter I (2013) Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. Psychiatr Prax 40:278–284. doi: 10.1055/s-0033-1343159

2. Becker T, Arnold K, Gühne U, Riedel-Heller SG (2012) Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. InFo Neurol Psychiatr 14:38–46. doi: 10.1007/s15005-012-0542-8

3. Beerhorst KS, Kardels B, Beine KH (2012) Medical Clearance bei psychiatrischen Symptomen. Notf Rettungsmedizin 15:338–341. doi: 10.1007/s10049-011-1547-4

4. Begenau J, Schubert C, Vogd W (2009) Die Arzt-Patient-Beziehung 163 S

5. Behringer W, Buergi U, Christ M, Dodt C, Hogan B (2013) Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notf Rettungsmedizin 16:625–626. doi: 10.1007/s10049-013-1821-8

6. Blasi ZD, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. The Lancet 357:757–762. doi: 10.1016/S0140-6736(00)04169-6

7. Boetticher von D (2021) Vertrauen in der Psychotherapie – epistemische und evaluative Aspekte. Z Für Psychosom Med Psychother 67:5–20. doi: 10.13109/zptm.2021.67.1.5.

8. Bölt U (2023) Statistische Krankenhausdaten: Grunddaten der Krankenhäuser 2020. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (eds) Krankenhaus-Report 2023: Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 353–380

9. Borbé R, Klein A, Onnen M, Flammer E, Bergk J, Steinert T (2010) Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. Psychiatr Prax 37:20–26. doi: 10.1055/s-0029-1223338

10. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Van Der Merwe M, Jeffery D (2009) Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. Issues Ment Health Nurs 30:260–271. doi: 10.1080/01612840802710829

11. Brenk-Franz K, Hunold G, Galassi JP, Tiesler F, Herrmann W, Freund T, Steurer-Stey C, Djalali S, Sönnichsen A, Schneider N, Gensichen J (2016) Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung — Evaluation der deutschen Version des Patient Reactions Assessment Instruments (PRA-D). Z Für Allg 92:103–108. doi: 10.3238/zfa.2016.0103-0108

12. Burghofer K, Lackner CK (2010) Kommunikation. Notf Rettungsmedizin 13:363–367. doi: 10.1007/s10049-009-1273-3

13. Burghofer K, Lackner CK (2012) Risikomanagement und Human Factor in der Akutmedizin. Notf Rettungsmedizin 15:9–15. doi: 10.1007/s10049-011-1493-1

14. Chenaitia H, Massa H, Noel C, Fournier M, Verges M, Emeric S, Guibert S, Michelet P (2011) Paramedics in prehospital emergency medical systems across Europe. In: Int. J. Paramed. Pract. https://www.internationaljpp.com/content/features/paramedics-in-prehospital-emergency-medical-systems-across-europe/. Accessed 12 Nov 2024

15. Clone of What's the Difference Between an EMT and a Paramedic? (2015) | UCLA CPC. https://www.cpc.mednet.ucla.edu/content/clone-whats-difference-between-emt-and-paramedic. Accessed 19 May 2024

16. Crowhurst N, Bowers L (2002) Philosophy, care and treatment on the psychiatric intensive care unit: themes, trends and future practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 9:689–695. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00524.x

17. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L (2013) A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. Acta Psychiatr Scand 127:255–268. doi: 10.1111/acps.12053

18. D'Amelio R, Archonti C, Falkai P, Pajonk FG (2006) Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notf Rettungsmedizin 9:194–204. doi: 10.1007/s10049-005-0790-y

19. Davis DP, Graydon C, Stein R, Wilson S, Buesch B, Berthiaume S, Lee DM, Rivas J, Vilke GM, Leahy DR (2007) The Positive Predictive Value of Paramedic Versus Emergency Physician Interpretation of the Prehospital 12-Lead Electrocardiogram. Prehosp Emerg Care 11:399–402. doi: 10.1080/10903120701536784

20. Duncan EAS, Best C, Dougall N, Skar S, Evans J, Corfield AR, Fitzpatrick D, Goldie I, Maxwell M, Snooks H, Stark C, White C, Wojcik W (2019) Epidemiology of emergency ambulance service calls related to mental health problems and self harm: a national record linkage study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 27:34. doi: 10.1186/s13049-019-0611-9

21. Dussap A, Kassa L, Pradier E, Schleich E (2018) Themenheft TRISAN. Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Rettungsdienste, Notaufnahme, ärztlicher Bereitschaftsdienst Am Beispiel der Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz 32 S

22. Empfehlungen für einen Indikationskatalog für den Notarzteinsatz (2023) | Bundesärztekammer. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/wissenschaftlicher-beirat/Veroeffentlichungen/Bek_BAEK_Empfehlungen_fuer_einen_Indikationskatalog_fuer_den_Notarzteinsatz_NAIK_.pdf. Accessed 27 May 2024

23. Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik | Statistisches Bundesamt.

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html. Accessed 1 May 2024

24. Finfgeld-Connett D (2009) Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. Issues Ment Health Nurs 30:530–537. doi: 10.1080/01612840902722120

25. Fischer M, Kamp J, Garcia-Castrillo Riesgo L, Robertson-Steel I, Overton J, Ziemann A, Krafft T (2011) Comparing emergency medical service systems—A project of the European Emergency Data (EED) Project. Resuscitation 82:285–293. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.11.001

26. Friedberg A, Malefakis D Resilience, Trauma, and Coping. https://guilfordjournals.com/doi/epdf/10.1521/pdps.2022.50.2.382. Accessed 14 May 2024

27. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, Yim E, Robins CS, Monnier J, Hiers TG (2005) Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. Psychiatr Serv 56:1123–1133. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1123

28. Gasch B (2011) Die Bund-Länder-Kompetenz. In: Lasogga F, Gasch B (eds) Notfallpsychologie: Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 389–396

29. Gretenkort P, Beneker J, Dörges V, Fischer L, Kann D, Sefrin P (2016) Strukturänderungen in der präklinischen Notfallmedizin - Standortbestimmung 2016. NOTARZT 32:264–270. doi: 10.1055/s-0042-120489

30. Hearnshaw H, Wensing M, Mainz J, Grol R, Ferreira P, Helin-Salmivaara A, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Szecsenyi J (2002) The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice care in eight European countries. Prim Health Care Res Dev 3:231–237. doi: 10.1191/1463423602pc126oa

31. Helmchen H (2005) Das Arzt-Patienten-Verhältnis: Zwischen Individualisierung und Standardisierung. In: Dtsch. Ärztebl. https://www.aerzteblatt.de/archiv/46115/Das-Arzt-Patienten-Verhaeltnis-Zwischen-Individualisierung-und-Standardisierung. Accessed 1 May 2024

32. Hochbein M (2013) Soziale Kompetenz – was ist das? Organ Superv Coach 20:447–460. doi: 10.1007/s11613-013-0345-x

33. Hodgins S, Müller-Isberner R (2014) Schizophrenie und Gewalt. Nervenarzt 85:273–278. doi: 10.1007/s00115-013-3900-y

34. Huemer C, Pernerstorfer T, Mauritz W (1994) Prehospital emergency medicine services in Europe: structure and equipment. Eur J Emerg Med 1:62. PMID: 9422140

35. Hüll M (2023) Nicht jedes psychiatrische Bett wird zukünftig jederzeit belegbar sein. InFo Neurol Psychiatr 25:3–3. doi: 10.1007/s15005-023-3247-2

36. Inui TS, Carter WB (1985) Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Med Care 23:521–538. doi: 10.1097/00005650-198505000-00013

37. Jones WHS (1923) Hippocrates. Harvard University Press, Cambridge Mass.; Heinemann W, London

38. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Nawka P, Torres-Gonzales F, Priebe S, Kjellin L (2005) The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry 4:168-172. PMID: 16633543

39. Kallert TW, Katsakou C, Adamowski T, Dembinskas A, Fiorillo A, Kjellin L, Mastrogianni A, Nawka P, Onchev G, Raboch J, Schützwohl M, Solomon Z, Torres-González F, Bremner S, Priebe S (2011) Coerced Hospital Admission and Symptom Change—A Prospective Observational Multi-Centre Study. PLOS ONE 6:e28191. doi: 10.1371/journal.pone.0028191

40. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ (2004) Patient Characteristics and Experiences Associated With Trust in Specialist Physicians. Arch Intern Med 164:1015–1020. doi: 10.1001/archinte.164.9.1015

41. Kerse N, Buetow S, Mainous AG, Young G, Coster G, Arroll B (2004) Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. Ann Fam Med 2:455–461. doi: 10.1370/afm.139

42. Kollhoff S (2021) Transfer – Theoretische Perspektiven. In: Kollhoff S (ed) Analyse von Transferprozessen in der Entwicklung des Bruchzahlbegriffs: Theoretische Rahmung und empirische Untersuchung. Springer Fachmedien, Wiesbaden, pp 1–97

43. Kreß H (2012) Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 55:1085–1092. doi: 10.1007/s00103-012-1535-y

44. Krones T, Richter G (2008) Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51:818–826. doi: 10.1007/s00103-008-0601-y

45. Kugler C, Fischer S, Simon AR, Haverich A, Strüber M (2007) Compliance nach Organtransplantation - Einfluss von Lebensqualität und Arzt-Patienten-Beziehung. DMW - Dtsch Med Wochenschr 132:40–44. doi: 10.1055/s-2007-959287

46. Kumle B, Michael M, Kümpers P, Hirschfeld-Warneken A, Pin M, Hammer N, Bernhard M (2024) „Expositions(E)-Probleme“ des nichttraumatologischen Schockraummanagements. Notf Rettungsmedizin 27:171–183. doi: 10.1007/s10049-023-01141-0

47. Lauer D, Bandlow S, Rathje M, Seidl A, Karutz H (2022) Veränderungen und Entwicklungen in der präklinischen Notfallversorgung: Zentrale Herausforderungen für das Rettungsdienstmanagement. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 65:987–995. doi: 10.1007/s00103-022-03588-x

48. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA (2005) Not all patients want to participate in decision making: A national study of public preferences. J Gen Intern Med 20:531–535. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x

49. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH (2000) Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. Acta Psychiatr Scand 101:73–79. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001073.x

50. Life skills education for children and adolescents in schools (1994) | World Health Organization. Division of Mental Health. https://iris.who.int/handle/10665/63552. Accessed 12 Jan 2025

51. Marckmann G Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? ETHIK Med

52. Marshall GN, Hays RD (1994) The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). In: RAND. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P7865.pdf. Accessed 3 Dec 2024

53. Marung H, Gräsner J-T, Wnent J (2016) Schnittstelle Psychiatrie und Notfallmedizin. Notf Rettungsmedizin 19:192–197. doi: 10.1007/s10049-016-0141-1

54. Mavrogiorgou P, Brüne M, Juckel G (2011) The Management of Psychiatric Emergencies. Dtsch Ärztebl Int. doi: 10.3238/arztebl.2011.0222

55. McKay KM, Imel ZE, Wampold BE (2006) Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. J Affect Disord 92:287–290. doi: 10.1016/j.jad.2006.01.020

56. McQueen D, Cohen S, St John-Smith P, Rampes H (2013) Rethinking placebo in psychiatry: how and why placebo effects occur. Adv Psychiatr Treat 19:171–180. doi: 10.1192/apt.bp.112.010405

57. Messer T, Pajonk F-G (2022) Klinische Beurteilung und Behandlung psychiatrischer Notfälle. InFo Neurol Psychiatr 24:34–43. doi: 10.1007/s15005-022-2350-0

58. Miranowicz E (2018) Die Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und seine Bedeutung für die Patientenautonomie. Medizinrecht 36:131–136. doi: 10.1007/s00350-018-4855-6

59. Möller-Leimkühler AM, Dunkel R (2003) Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Nervenarzt 74:40–47. doi: 10.1007/s00115-001-1263-2

60. Montori VM, Ruissen MM, Hargraves IG, Brito JP, Kunneman M (2022) Shared decision-making as a method of care. BMJ Evid-Based Med 28:213. doi: 10.1136/bmjebm-2022-112068

61. Nawka A, Kalisova L, Raboch J, Giacco D, Cihal L, Onchev G, Karastergiou A, Solomon Z, Fiorillo A, Del Vecchio V, Dembinskas A, Kiejna A, Nawka P, Torres-Gonzales F, Priebe S, Kjellin L, Kallert TW (2013) Gender differences in coerced patients with schizophrenia. BMC Psychiatry 13:257. doi: 10.1186/1471-244X-13-257

62. Nugteren W, van der Zalm Y, Hafsteinsdóttir TB, van der Venne C, Kool N, van Meijel B (2016) Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. Perspect Psychiatr Care 52:292–300. doi: 10.1111/ppc.12125

63. Pajonk FG (2015) Zur Situation der Notfall- und Akutpsychiatrie in Deutschland. Nervenarzt 86:1081–1090. doi: 10.1007/s00115-014-4146-z

64. Pajonk FG, Biberthaler P, Cordes O, Moecke HP (1998) Psychiatrische Notfälle aus der Sicht von Notärzten. Anaesthesist 47:588–594. doi: 10.1007/s001010050600

65. Pajonk FG, Madler C (2001) Notfallmedizin: Veränderte Einsatzrealität. In: Dtsch. Ärztebl. https://www.aerzteblatt.de/archiv/27674/Notfallmedizin-Veraenderte-Einsatzrealitaet. Accessed 26 Apr 2024

66. Pajonk FG, Messer T, Berzewski H (2019) Sk2-Leitlinie Notfallpsychiatrie 293 S

67. Pajonk FG, Poloczek S, Schmitt TK (2000) Der psychiatrische Notfall. Notf Rettungsmedizin 3:363–370. doi: 10.1007/s100490070032

68. Pajonk FG, Riemenschneider O, Moecke H (2001) Evaluation eines Fortbildungsprogramms „Psychiatrie fürNotfallmediziner". AINS - Anästhesiol · Intensivmed · Notfallmedizin · Schmerzther 36:105–109. doi: 10.1055/s-2001-11056

69. Reibnitz von C, Sonntag K (2017) Compliance versus Adherence beim Umgang mit Medikamenten. Pflegezeitschrift 70:28–31. doi: 10.1007/s41906-017-0239-1

70. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C (2011) Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation. Ann Fam Med 9:538–545. doi: 10.1370/afm.1322

71. Riecher-Rössler A, Berger P, Yilmaz AT, Stieglitz R-D (2004) Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention: Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG, Göttingen

72. Roick C, Gärtner A, Heider D, Angermeyer MC (2002) Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Psychiatr Prax 29:334–342. doi: 10.1055/s-2002-34658

73. Schick B, Mayer B, Eimer C, Jungwirth B, Metelmann C, Barth E, Muth C-M, Jäger M, Fetzer P, Sitter L, Schönfeldt-Lecuona C (2026) Auswirkungen der Versorgung psychiatrischer Notfälle auf die Arzt-Patienten-Beziehung in der Akutpsychiatrie: eine prospektiv-bizentrische Patientenbefragung. NOTARZT 42:24–30. doi: 10.1055/a-2739-2703

74. Schick B, Mayer B, Jäger M, Jungwirth B, Barth E, Eble M, Sponholz C, Muth C-M, Schönfeldt-Lecuona C (2022) Emergency medical care of patients with psychiatric disorders - challenges and opportunities: Results of a multicenter survey. BMC Emerg Med 22:173. doi: 10.1186/s12873-022-00722-5

75. Schmitt TK, Pajonk FG, Poloczek S (2000) Psychiatrische Notfälle und Krisen. Notf Rettungsmedizin 3:531–538. doi: 10.1007/s100490070007

76. Schmittdiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP (2000) Effect of Physician and Patient Gender Concordance on Patient Satisfaction and Preventive Care Practices. J Gen Intern Med 15:761–769. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.91156.x

77. Schneider F, Weber-Papen S (2017) Notfälle aufgrund psychischer Störungen. Nervenarzt 88:819–833. doi: 10.1007/s00115-017-0352-9

78. Schönfeldt-Lecuona C, Dirks B, Wolf RC, Pajonk FG, Freudenmann RW, Höse A, Connemann BJ (2008) Psychiatrische Notfälle im Notfall- und Rettungswesen: Häufige Symptomkonstellationen und deren Behandlung. Notf Rettungsmedizin 11:531–536. doi: 10.1007/s10049-008-1074-0

79. Schütz S (2014) Psychiatrische Notfälle im präklinischen Notarzt- und Rettungsdienst: Eine Querschnitt-Vergleichsstudie zwischen den Jahren 2000 und 2010. Med. Dissertation, Universität Ulm; http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-3702

80. Steinert T (2018) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen 307 S

81. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, Schwink A, Voigtländer W (2007) Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42:140–145. doi: 10.1007/s00127-006-0137-0

82. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, Jordan J (2000) The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. J Fam Pract 49:796–804

83. Svindseth MF, Dahl AA, Hatling T (2007) Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. Nord J Psychiatry 61:47–53. doi: 10.1080/08039480601129382

84. Tavakol M, Dennick R (2011) Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ 2:53–55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd

85. Timmermann A, Russo SG, Hollmann MW (2008) Paramedic versus emergency physician emergency medical service: role of the anaesthesiologist and the European versus the Anglo-American concept. Curr Opin Anesthesiol 21:222. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282f5f4f7

86. Walker S, Mackay E, Barnett P, Rains LS, Leverton M, Dalton-Locke C, Trevillion K, Lloyd-Evans B, Johnson S (2019) Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. Lancet Psychiatry 6:1039–1053. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30406-7

87. Wellauer C (2019) Vorurteile beeinflussen unser Handeln in der Notfallstation. Diplomarbeit Universitätsspital Zürich. https://www.notfallpflege.ch/files/_Demo/Dokumente/Schriftliche_Arbeiten/Diplomarbeit_Vorurteile_Celina.pdf. Accessed 25 May 2024

88. Whittington R, Richter D (2005) Interactional aspects of violent behaviour on acute psychiatric wards. Psychol Crime Law 11:377–388. doi: 10.1007/978-0-387-33965-8_3

89. Williams ER, Shepherd SM (2000) Medical Clearnace of Psychiatric Patients. Emerg Med Clin North Am 18:185–198. doi: 10.1016/S0733-8627(05)70117-6

90. Zimmermann M, Brokmann JC, Gräff I, Kumle B, Wilke P, Gries A (2016) Zentrale Notaufnahme – Update 2016. Anaesthesist 65:243–249. doi: 10.1007/s00101-016-0142-y

91. Zurek G, Barwinski R, Fischer G (2002) Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Psychotraumatologie 3:31. doi: 10.1055/s-2002-31547

7. Anhang

7.1 Patientenfragebogen

Patientenfragebogen

1. Die Arzt-Patientenbeziehung in der Psychiatrie:

1. Ich fühle mich von den Ärzten und Psychologen gut behandelt.
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

2. Ich kann mich den Ärzten und Psychologen vollständig öffnen.
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

3. Ich fühle mich hier in der Psychiatrie mit meiner Erkrankung/ in meinem Zustand gut aufgehoben.
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

4. Ich fühle mich hier in der Psychiatrie sicher.
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

5. Ich fühle mich von den Ärzten und Psychologen unter Druck gesetzt.
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

6. Wurde im Rahmen des **aktuellen** Klinik**aufenthalts** seitens der Klinik Gewalt angewendet?
    - Nein
    - ja (Mehrfachauswahl möglich):
        - unter Druck setzen
        - Zwangsmedikation
        - Fixierung
        - körperliche Gewalt
        - Andere: _____

2. Die aktuelle Einweisung:

1. Wie wurden Sie in die Klinik eingeliefert?
    - mit dem RTW
    - RTW mit notärztlicher Einweisung

2. Wer hat den Notarzt/ Rettungswagen gerufen?
    - selbst gerufen
    - mit Einverständnis
        - durch Angehörige
        - durch Fremde
        - durch Betreuer
    - gegen meinen Willen
        - durch Angehörige
        - durch Fremde
        - durch Betreuer
    - ohne mein Wissen
    - unbekannt

3. Sind Sie freiwillig mit dem Notarzt/Rettungsdienst mitgefahren?
    - Ja, vollkommen freiwillig
    - Ja, bedingt freiwillig
    - Nein, sondern (Mehrfachauswahl möglich):
        - unter Druck setzen
        - Zwangsmedikation
        - Fixierung
        - körperliche Gewalt
        - Andere: _____

4. Gab es bei Ihrer Aufnahme eine Vertrauensperson (Familie, Freunde) in der unmittelbaren Umgebung? (Mehrfachauswahl möglich)
    - nein
    - ja: Wer?
        - Familie
        - Verwandte
        - Freunde
        - Betreuer

5. Wie empfanden Sie die aktuelle Einweisung am ehesten? (Mehrfachauswahl möglich)
    - angenehm/ entspannt
    - beruhigend
    - stressig
    - bedrohlich

3. Wahrnehmung/ Bewertung des Notarztes/Rettungsdienstpersonals:

1. Ich habe den Notarzt/ die RTW-Besatzung als Rettungsdienstpersonal erkannt.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

2. Ich fühlte mich während der präklinischen Maßnahmen ausreichend über deren Sinn und Zweck informiert.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

3. Ich habe die Aussagen/ Anweisungen des Notarztes/Rettungsdienstpersonals inhaltlich verstanden.
   RTW-Besatzung:
   - ja
   - nein, wegen:
     - Fachbegriffe
     - akustisch nicht verstanden
     - meinem Allgemeinzustand
     - einer sprachlichen Barriere (z.B Fremdsprache)

   Notarzt:
   - ja
   - nein, wegen:
     - Fachbegriffe
     - akustisch nicht verstanden
     - meinem Allgemeinzustand
     - einer sprachlichen Barriere (z.B Fremdsprache)

4. Ich konnte mein Anliegen/ Problem klar schildern.
   - ja
   - nein (Mehrfachauswahl möglich):
     - mangelndes Interesse des Notarztes/Rettungsdienstpersonals
     - Vertrauensproblem
     - es wurde nicht zugehört
     - ich durfte nicht ausreden
     - äußere Umstände
     - Sonstige: _____

5. Das Rettungsdienstpersonal war freundlich zu mir.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

6. Ich habe mich vom Rettungsdienstpersonal verstanden/ ernst genommen gefühlt.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

7. Das Rettungsdienstpersonal hat mich respektvoll behandelt/ ist mir auf Augenhöhe begegnet.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

8. Ich habe mich beim Rettungsdienstpersonal sicher gefühlt.
   RTW-Besatzung:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

   Notarzt:
   - trifft zu
   - trifft eher zu
   - trifft weniger zu
   - trifft nicht zu

9. Ich habe mich durch den Notarzt/ das Rettungsdienstpersonal provoziert gefühlt.
   RTW-Besatzung:
   - nein
   - ja, am ehesten durch:
     - unangebrachtes Lachen
     - unangemessene Kommentare
     - Verharmlosung der Situation
     - aggressives Auftreten
     - Sonstiges

   Notarzt:
   - nein
   - ja, am ehesten durch:
     - unangebrachtes Lachen
     - unangemessene Kommentare
     - Verharmlosung der Situation
     - aggressives Auftreten
     - Sonstiges

10. Ich habe mich vom Rettungsdienstpersonal ungerecht behandelt gefühlt.
    RTW-Besatzung:
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

    Notarzt:
    - trifft zu
    - trifft eher zu
    - trifft weniger zu
    - trifft nicht zu

11. Das Rettungsdienstpersonal hat mir das Gefühl vermittelt, schuldig an der Situation/ an meinem Zustand zu sein.

RTW-Besatzung:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

Notarzt:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

12. Das Rettungsdienstpersonal hat an mir Formen der Gewalt ausgeübt.

RTW-Besatzung:
- Nein
- Ja (Mehrfachauswahl möglich):
  - unter Druck setzen/ psychische Gewalt
  - Zwangsmedikation
  - Fixierung
  - körperliche Gewalt
  - andere: _____

Notarzt:
- Nein
- Ja (Mehrfachauswahl möglich):
  - unter Druck setzen/ psychische Gewalt
  - Zwangsmedikation
  - Fixierung
  - körperliche Gewalt
  - andere: _____

13. Beantworten Sie folgende Frage nur, wenn Sie die Frage 12 mit „JA“ beantwortet haben:

    Ich kann rückblickend nachvollziehen, warum das Rettungsdienstpersonal Zwang oder Gewalt anwenden musste.

RTW-Besatzung:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

Notarzt:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

14. Ich habe mich durch den Umgang des Rettungsdienstpersonal mit mir in meiner Freiheit eingeschränkt gefühlt.

RTW-Besatzung:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

Notarzt:
- trifft zu
- trifft eher zu
- trifft weniger zu
- trifft nicht zu

15. Ich fühle mich durch den Umgang des Rettungsdienstpersonals mit mir beeinträchtigt.
    - nein
    - ja, ich fühle mich dadurch am ehesten (Mehrfachauswahl möglich):
        - verängstigt
        - verärgert
        - abgestoßen
        - minderwertig
        - schuldig

16. Glauben Sie, dass der Umgang des Rettungsdienstpersonals mit Ihnen Auswirkungen auf Ihre zukünftige Einstellung/Erwartung/ Ihr zukünftiges Verhalten gegenüber dem Rettungsfachpersonal hat?

RTW-Besatzung:
- nein
- ja, eher
    - kritischer
    - offener

Notarzt:
- nein
- ja, eher
    - kritischer
    - offener

<u>4. Frühere Aufnahmen/ Klinikaufenthalte:</u>

1. Waren Sie bereits vorher in psychiatrischer Behandlung?
    - nein
    - ja (Mehrfachauswahl möglich):
        - Hausärztlich
        - niedergelassener Psychiater
        - Neurologe
        - sonstige (z.B. Heilpraktiker)
        - in stationärer psychiatrischer Behandlung
            - eingewiesen
            - freiwillig

2. Wie oft waren Sie bisher in stationärer Behandlung?
    - Noch nie
    - 1-2 Mal
    - 3-4 Mal
    - >4 Mal

3. Wie waren Ihre bisherigen Erfahrungen mit der Psychiatrie/der Einweisung? (Mehrfachauswahl möglich)
    - vertrauensvoll
    - wertschätzend
    - respektvoll
    - distanziert
    - abwertend
    - respektlos

4. Wurde bei Ihnen bei einer **früheren** Klinik**einweisung durch die Einweisenden (z.B. Rettungsdienst/Notarzt/Polizei)** Gewalt angewendet?
    - Nein
    - ja (Mehrfachauswahl möglich):
        - unter Druck setzen/ psychische Gewalt
        - Zwangsmedikation
        - Fixierung
        - körperliche Gewalt
        - andere: _____

5. Wurde im Rahmen eines **früheren** Klinik**aufenthalts** bereits Gewalt angewendet?
    - Nein
    - ja (Mehrfachauswahl möglich):
        - unter Druck setzen/ psychische Gewalt
        - Zwangsmedikation
        - Fixierung
        - körperliche Gewalt
        - andere: _____

[73] CC BY 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

7.2 Aufklärung und Einverständniserklärung

Information für Studienteilnehmer

Im Folgenden werden der Übersichtlichkeit halber für die Bezeichnung aller Personen, insbesondere der Bezeichnung „Patienten“, das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechter-identitäten werden dabei ausdrücklich gleichermaßen angesprochen, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Rettungsdienstliche und notärztliche Versorgung des psychiatrischen Notfalls als beeinflussender Faktor der späteren Arzt-Patienten-Beziehung: eine monozentrisch-prospektive Patientenbefragung.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, an der folgenden Studie teilzunehmen:

Im Rahmen unseres Forschungsprojektes wollen wir untersuchen, ob und inwiefern das Verhalten des Notarztes und/oder Rettungsdienstpersonals in der Versorgung von psychiatrisch akut erkrankten Patienten positive oder negative Auswirkungen auf das Verhältnis zum ärztlichen Behandlungsteam in der folgenden stationär-psychiatrischen Versorgung hat. Psychiatrische Notfälle unterscheiden sich beispielsweise von der Versorgung eines Patienten mit einem Knochenbruch dahingehend, dass den Patienten aufgrund ihrer Krankheit gelegentlich die Einsichtsfähigkeit für eine notwendige psychiatrische Behandlung fehlt. Selten ist dann auch die Anwendung von sogenannten Zwangsmaßnahmen, also die Einweisung in die Psychiatrie gegen den Willen des Patienten, notwendig. Außerdem ist eine psychiatrische Erkrankung für das beteiligte Personal der Rettung oftmals schwerer zu erfassen als eine offensichtlich körperliche Erkrankung, was zu gegenseitigen Verständnisschwierigkeiten und zu einer erschwerten notärztlichen Versorgung

führen kann. Aus verschiedenen Gründen, wie zum Beispiel Stress und Angst oder auch individuellen/fehlenden Erfahrungen der beteiligten Berufsgruppen, kommt es leider immer wieder zu Vorverurteilungen und unprofessionellem Handeln in der außerklinischen Versorgung der psychiatrischen Notfallpatienten. Dabei sollten Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen mit der gleichen Unvoreingenommenheit und Empathie versorgt werden, wie es bei rein körperlichen und somit oftmals leichter zu begreifenden Notfällen der Fall ist.

Daher wollen wir durch eine Befragung von Patienten, die durch den Notarzt und/oder Rettungsdienst in die Psychiatrie eingeliefert wurden, erfahren, wie der Kontakt außerhalb der Klinik ablief und wie Sie diesen Kontakt empfunden haben. Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 7-10 Minuten in Anspruch nehmen. Durch Fragen zu ihrem aktuellen sowie früheren Aufenthalten wollen wir ableiten, ob sowohl ein positiver, als auch negativer Eindruck des Notarztes und/oder Rettungsdienstpersonals ihr Verhältnis zu Ihren behandelnden Ärzten beeinflusst hat. Wenn, wie wir annehmen, vor allem ein negativer Kontakt die weitere Arzt-Patienten-Beziehung negativ beeinflusst, dann wollen wir ausgehend von den Ergebnissen der Patientenbefragung ein Konzept zur Verbesserung der außerklinischen Versorgung psychiatrischer Patienten durch Notarzt und Rettungsdienst entwickeln. Die Antworten des Fragebogens werden nicht mit Ihren behandelnden Ärzten besprochen und selbstverständlich vertraulich behandelt. Möglicherweise führen die im Fragebogen zu beantwortenden Fragen bei Ihnen zu Unbehagen oder rufen unangenehme Erinnerungen wach. Sollte dies bei Ihnen der Fall sein, dann können Sie jederzeit mit ihrem Behandlungsteam Kontakt aufnehmen und erhalten die Möglichkeit eines entlastenden Gesprächs. Nach Beantwortung des Fragebogens werden Ihre Antworten in einer Datenbank gespeichert. Rückschlüsse auf Ihre Person sind dabei nicht mehr möglich. Durch die Teilnahme an der Studie entstehen für Sie keine unmittelbaren Vor- oder Nachteile. Sie würden jedoch durch Ihre Teilnahmen einen wichtigen Beitrag für die zukünftige außerklinische Versorgung psychiatrisch akut erkrankter Patienten leisten. Wir würden uns über eine Teilnahme freuen und stehen Ihnen gerne für weitere Fragen zur Verfügung.

Freiwilligkeit

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, dann werden alle bis dahin studienbedingt erhobenen Daten gelöscht. Dieser eventuelle Widerruf hat keine Auswirkungen auf Ihre medizinische Behandlung.

Erreichbarkeit der Studienärztin / des Studienarztes

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit folgende/n Ansprechpartner [redacted]) unter der Telefonnummer ([redacted]) erreichen. In Notfällen gilt folgende Nummer: [redacted]

Versicherung

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Das Universitätsklinikum Ulm und dessen an der Studie mitwirkenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind haftpflichtversichert für den Fall, dass Sie durch deren Verschulden einen Schaden erleiden. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf dieses Forschungsprojekt zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich der Studienärztin / dem Studienarzt.

Schweigepflicht

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projekts betreuen, unterliegen der beruflichen 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. Sofern zur Einsichtnahme autorisierte Personen nicht der oben genannten beruflichen Schweigepflicht unterliegen, stellen personenbezogene Daten, von denen sie bei der Kontrolle Kenntnis erlangen, Betriebsgeheimnisse dar, die geheim zu halten sind.

Datenschutz

- Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung (Art. 6 Abs.1c) DSGVO).

- Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist [redacted], Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm, Tel.: [redacted] E-Mail: [redacted]

Die Daten werden in pseudonymisierter Form an: [redacted], Klinik für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Universitätsklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm, Tel.: [redacted], E-Mail: [redacted], bzw. von ihm beauftragte Stellen zum Zweck der wissenschaftlichen Auswertung weitergeleitet. Zugriff auf die personenbezogenen Daten haben nur die zuständigen Personen im jeweiligen Studienzentrum.

Pseudonymisieren bedeutet, dass die personenbezogenen Daten wie der Name und das Geburtsdatum ohne Hinzuziehung einer Liste nicht mehr einer konkreten Person zugeordnet werden können. Die personenbezogenen Daten werden durch einen Nummern- und/oder Buchstabencode ersetzt. Im Studienzentrum ist eine Liste hinterlegt, auf der die Namen den Nummern- und/oder Buchstabencodes zugeordnet sind. Diese Liste wird im Studienzentrum gesondert aufbewahrt und unterliegt dort technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten Ihnen durch unbefugte Personen nicht zugeordnet werden können.

Die Daten werden 10 Jahre nach Beendigung oder Abbruch der Studie aufbewahrt. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert und werden gelöscht, wenn sie nicht mehr benötigt werden.

Welche weiteren Rechte habe ich bezogen auf den Datenschutz?

Sie haben das Recht, von dem oder der Verantwortlichen Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten (einschließlich der kostenlosen Überlassung einer Kopie der Daten) zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung oder Löschung personenbezogener Daten verlangen.

Bei Fragen zur Nutzung oder Verarbeitung Ihrer Daten wenden Sie sich bitte an den/die Datenschutzbeauftragte/n des lokalen Studienzentrums:

(a) *Universität Ulm*: *Universität Ulm, Helmholtzstr. 16, 89081 Ulm, Tel.Nr.:* [redacted], E-Mail: [redacted]

(b) *Uniklinikum Ulm: Klinikumsverwaltung, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, Tel.Nr.:* [redacted], *E-Mail:* [redacted]

Falls Sie Bedenken oder Beschwerden hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer Daten haben, wenden Sie sich bitte an die Datenschutz-Aufsichtsbehörde Ihres Studienzentrums.

Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie auf der Internetseite des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg:

www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/kontakt-aufnehmen/

Erklärung und Unterschrift der aufklärenden Ärztin / des aufklärenden Arztes:
Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung eingeholt.

_____

(Name und Vorname in Druckschrift)

_____ _____

(Datum) (Unterschrift)

Einwilligungserklärung

Notärztliche Versorgung des psychiatrischen Notfalls als beeinflussender Faktor der Arzt-Patienten-Beziehung: eine monozentrisch-prospektive Patientenbefragung.

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des oben genannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir

..... ausreichend erklärt.

Ich hatte zusätzliche Fragen:

.....

.....
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.
Ich willige in die Teilnahme am Forschungsprojekt ein.

.....
(Name Patient/in)

....
Ort, Datum (Unterschrift Patient/in)

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 die Ärztin / den Arzt von der beruflichen Schweigepflicht.
3. Ich habe verstanden, dass ich das Recht habe, Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die mich betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Ich willige in die oben beschriebene Verwendung meiner Daten ein.

.....
(Name Patient/in)

.....
Ort, Datum (Unterschrift Patient/in)

8. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben. In erster Linie danke ich Prof. Dr. Carlos Schönfeldt-Lecuona und Dr. Benedikt Schick, die meine Abschlussarbeit im Rahmen des gemeinsamen Projektes an der Schnittstelle der Notfallmedizin und Psychiatrie ermöglicht und betreut haben und bei jeglichen Schwierigkeiten zur Stelle waren. Ihre permanente Erreichbarkeit und Begeisterung für das Projekt haben mich in der Entwicklung der Arbeit sehr motiviert. Vielen Dank auch an Herrn Prof. Dr. Benjamin Mayer, der mir stets mit seiner statistischen Expertise zur Seite stand.

Ein weiterer Dank gilt Paul Fetzer, mit welchem ich mir die Patientenbefragung aufteilte und der sie im Bezirkskrankenhaus Kempten durchführte.

Ebenfalls möchte ich dem Pflegepersonal der Station Bleuler der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III danken, die in den 12 Monaten der Patientenbefragung immer unterstützend in der Suche nach neuen Studienteilnehmern gewirkt haben. An dieser Stelle geht mein Dank auch an die teilnehmenden Patienten, die sich trotz Ihrer oftmals schweren Erkrankung dazu bereiterklärt haben, den Fragebogen auszufüllen. Der Austausch hat mir menschlich und fachlich intensive Einblicke gewährt, die ich sehr zu schätzen weiß.

Nicht zuletzt bin ich meiner Familie und meinen Freunden sehr dankbar für ihre bedingungslose Unterstützung in jeder Phase des Promotionsprozesses.

9. Lebenslauf

Aus Gründen des Datenschutzes wurde der folgende Inhalt entfernt.

Aus Gründen des Datenschutzes wurde der folgende Inhalt entfernt.