Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Tilman Steinert

Vergleichende Analyse und Prädiktion von wahrgenommenem Zwang in der medikamentösen Behandlung von stationär behandelten Patient*innen und Bewohner*innen aus dem psychiatrischen Wohnbereich mit schizophrenen und bipolaren Störungen

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

Nancy Thilo
Mühlhausen (Thüringen)

2022

Amtierender Dekan: Professor Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Professor Dr. Tilman Steinert

2. Berichterstatterin: Professor Dr. Manuela Dudeck

Tag der Promotion: 19. Januar 2023

Die Widmung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis V
1 Einleitung 1
1.1 Anwendung und Betroffene von Zwangsmaßnahmen 1
1.2 Ärztliche Zwangsmedikation und informeller Zwang 2
1.3 Zwang im Rahmen des betreuten Wohnens 5
1.4 Zielsetzung der Studie und davon abgeleitete Fragestellungen 7
2 Material und Methoden 9
2.1 Kennzeichen der Studie, Rekrutierung und Datenerhebung 9
2.2 Statistische Methoden 19
3 Ergebnisse 25
3.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe 25
3.2 Überprüfung von Gruppenunterschieden 26
3.3 Vergleichende Analyse des Erlebens von Zwang 28
3.4 Das Erleben von formellen Zwangsmaßnahmen von Patient*innen 31
3.5 Prädiktoren und Regressionsmodelle der Wahrnehmung von Zwang 39
3.5.1 Analyse für die Stichprobe der Patient*innen 39
3.5.2 Analyse für die Gesamtstichprobe 44
4 Diskussion 48
4.1 Ergebniskritik 48
4.2 Methodenkritik 55
5 Zusammenfassung 60
6 Literaturverzeichnis 62
Anhang 73
Danksagung 104
Lebenslauf 105

Abkürzungsverzeichnis

aAES	*adaptierter Admission Experience Survey/ adaptierte Admission Experience Scale*
AEI	*Admission Experience Interview*
AES	*Admission Experience Survey*
ANOVA	Analysis of Variance/ Varianzanalyse
Art.	Artikel
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPRS	*Brief Psychiatric Rating Scale*
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BW	Baden-Württemberg
CES	*Coercion Experience Scale*
CONS-ORT	Consolidated Standards of Reporting Trials/ Leitlinie für Veröffentlichungen randomisierter Studien
DAI	*Drug Attitude Inventory*
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
FKE	*Fragebogen zur Krankheitseinsicht*
FN	Friedrichshafen
GAF	*Global Assessment of Functioning*
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Deseases and Related Health Problems/ Internationale Klassifikation der Erkrankungen
IMPS	*Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale*

KIS	Krankenhausinformationssystem
korr.	korrigiert
max.	maximal
MSRPP	*Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients*
MW	Mittelwert
N	Fallzahl
n.s.	nicht signifikant
PANSS	*Positive and Negative Syndome Scale*
Psych-KHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
S.	Satz
SD	Standardabweichung
StGB	Strafgesetzbuch
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
VAS	*Visuelle Analogskalen*
W	Weissenau
ZfP	Zentrum für Psychiatrie
ZIPHER	Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion

Anmerkung: Die bisherige zweigeschlechtliche Eintragung verstößt gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG) und gegen das Diskriminierungsverbot (Art. 3 Abs. 3 GG). Das Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Oktober 2017 setzte schlussfolgernd fest, dass das Personenstandsrecht neben dem Eintrag „weiblich“ oder „männlich“ eine dritte Möglichkeit anbieten muss, ein Geschlecht positiv eintragen zu lassen. Vor diesem Hintergrund wurde für die vorliegende Dissertation das Gendersternchen (*) als Ausdruck einer geschlechtergerechten Sprache verwendet (BVerfG 2017).

Erklärung zu teilweise publizierten Daten

Die Daten der stationär freiwillig, stationär untergebrachten Patient*innen, die von der Verfasserin erhoben und in der vorliegenden Dissertation Verwendung fanden, wurden teilweise bereits unter der Creative Commons Lizenz 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) publiziert:

Hirsch, S., Thilo, N., Steinert, T., & Flammer, E. (2021). Patients' perception of coercion with respect to antipsychotic treatment of psychotic disorders and its predictors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1381–1388. https://doi.org/10.1007/s00127-021-02083-z

1 Einleitung

1.1 Anwendung und Betroffene von Zwangsmaßnahmen

In Deutschland ist die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nur im Rahmen strenger gesetzlicher Regelungen gemäß zivilrechtlicher Bestimmungen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) oder der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer zulässig. Zu den formellen Zwangsformen werden eine freiheitsentziehende Unterbringung und ärztliche Zwangsbehandlung sowie freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen in Form einer Isolierung oder Fixierung gezählt. Letztere werden auch als mechanische Zwangsmaßnahmen bezeichnet. Die Befragung von Betroffenen zu ihrem Erleben von Zwangsmaßnahmen fand in der vorliegenden Arbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen an zwei Kliniken in Baden-Württemberg statt. Aus diesem Grund beziehen sich die nachfolgenden Erläuterungen vor allem auf das baden-württembergische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG-BW), welches am 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist.

Untergebrachte Patient*innen halten sich zeitlich begrenzt „gegen ihren Willen auf einem beschränkten Raum“ auf (DGPPN 2018, S. 16). Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind, können in Baden-Württemberg gemäß § 13 in Verbindung mit §§ 14 und 15 des PsychKHG-BW, wenn sie für sich selbst oder für Rechtsgüter von dritten Personen eine Gefahr darstellen, auf Antrag der unteren Verwaltungsbehörde oder durch eine anerkannte Einrichtung in einer Klinik untergebracht werden (Innenministerium Baden-Württemberg 2019). Bei ausschließlicher Eigengefährdung, z.B. bei selbstverletzendem oder suizidalem Verhalten, kann die Unterbringung auch auf der Grundlage des Betreuungsrechts, welches seit 1992 bundeseinheitlich im BGB geregelt ist, angeordnet werden. Diese Norm findet Anwendung, wenn eine Person bereits unter einer Betreuung steht oder diese im Zuge der Unterbringung als notwendig erachtet und eingeleitet wird (Gerlinger et al. 2019). Voraussetzungen und Richtervorbehalt der freiheitsentziehenden Unterbringung sind bundesweit in § 1906 BGB geregelt (Bundesjustizministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2021, Henking u. Vollmann 2015).

Als Fixierung wird das „Festbinden eines psychisch erkrankten Menschen mit breiten Leder- und Stoffgurten“ zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit verstanden (DGPPN 2018, S. 12). Dies kann an unterschiedlichen Körperteilen von der „Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauchgurt) bis zur 11-Punkt-Fixierung (teilweise sogar einschließlich Kopf)“ erfolgen (DGPPN 2018, S. 12).

Eine Isolierung ist das „Verbringen eines psychisch erkrankten Menschen in einen abgeschlossenen Raum“ (DGPPN 2018, S. 14) bzw. die „Absonderung in einen besonders gesicherten Raum“ (Ombudsstelle 2018, S. 18) mit Überwachung (Sichtfenster oder Videokamera), ohne unmittelbaren Kontakt zum Personal oder zu anderen Patient*innen (Ombudsstelle 2018, DGPPN 2018).

Die betreuungsrechtlichen Regelungen einer Unterbringungsmaßnahme gelten entsprechend für eine mechanische Zwangsmaßnahme, die für einen längeren Zeitraum oder regelmäßig mit Freiheitsentzug verbunden ist, gemäß § 1906 Abs. 4 BGB. Eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme darf nur angewendet werden, wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Behinderung eine Eigengefährdung vorliegt oder eine Heilbehandlung zur Abwendung eines gesundheitlichen Schadens notwendig ist. Dies kann in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung der Fall sein (Bundesjustizministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2021).

Nach baden-württembergischen Landesrecht sind besondere Sicherungsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung bei Selbstgefährdung, aber auch bei Gefahr für Rechtsgüter von Dritten sowie gemäß § 25 Abs. 1 PsychKHG-BW, wenn die untergebrachte Person die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen will, als letztes Mittel und nach ärztlicher Anordnung

zulässig. Die Anwendung einer Isolierung bedarf einer engmaschigen Überwachung durch das zuständige Personal. Im Fall einer Fixierung wird eine Eins-zu-eins-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal notwendig. Fixierungen wurden nach Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes (BVerG) vom 24.07.2018 (BVerfG 2018, gemeinsame Entscheidung zu zwei Verfahren: 2 BvR 309/15 und 2 BvR 502/16) ab einer Dauer von 30 Minuten unter einen Richtervorbehalt gestellt (Innenministerium Baden-Württemberg 2019, § 25 Abs. 5 PsychKHG-BW, Gerlinger u.a. 2019).
Mehrere Studien kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass Patient*innen mit der Diagnose Schizophrenie (F2.X ICD-10; International Statistical Classification of Deseases and Related Health Problems) am häufigsten von medikamentöser Zwangsbehandlung betroffen sind (Jarrett et al. 2008, Husum et al. 2010, Knutzen et al. 2011, Lincoln et al. 2014).
Die Lebenszeitprävalenz an einer schizophrenen Psychose zu erkranken, liegt in der allgemeinen Bevölkerung zwischen 0,5 und 1,0 % (Skott et al. 2021, Perälä et al. 2007, Feeney et al. 2020). Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zählen zu den schwersten psychischen Störungen weltweit (Vos et al. 2017, Feeney et al. 2020) und das Spektrum umfasst eine vielfältige, mitunter tiefgreifende psychopathologische Symptomatik. Positive Symptome können in Form von Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten, während die Negativsymptomatik vor allem von Antriebsarmut und emotionalem Rückzug gekennzeichnet ist (Skott et al. 2021, Insel 2010). Gesellschaftliche Stigmatisierung und Ausgrenzungserfahrungen im nahen Umfeld von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung erschweren es Betroffenen, sich beruflich, sozial und persönlich zu positionieren und weiterzuentwickeln (Marder 2021). Die Prognose ist nicht zuletzt aufgrund der beträchtlichen Veränderung des Denkens und Handelns für einen Teil der Betroffenen folgenschwer (Skott et al. 2021, Insel 2010). Deshalb wird in vielen Fällen eine medikamentöse Langzeitbehandlung mit antipsychotischer Medikation erforderlich (Acosta et al. 2012). Antipsychotika werden seit den 1950er Jahren insbesondere zur Behandlung von Halluzinationen und Erregungszuständen eingesetzt (Danzer u. Rieger 2016, Cooper et al. 2019).
Erfahrungen von Patient*innen in Bezug auf Zwangsmaßnahmen werden als überwiegend negativ bis hin zu traumatisierend beschrieben. Viele Betroffene wissen nicht, warum sie solchen Maßnahmen unterzogen wurden und empfinden diese häufig als Strafe oder Verletzung ihrer Autonomie (Kontio et al. 2012, Ling et al. 2015). Wut, Hilflosigkeit, Machtverlust, Verwirrung, Einsamkeit, Verzweiflung und Demütigung werden von Patient*innen im Zusammenhang mit erlebten Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Isolierung geäußert (Kontio et al. 2012, Steinert et al. 2013, Hirsch u. Steinert 2019).

1.2 Ärztliche Zwangsmedikation und informeller Zwang

Eine medikamentöse Zwangsbehandlung wird als „jede medizinische Maßnahme gegen den natürlichen Willen des Betroffenen“ definiert (Henking u. Vollmann 2015, S. 32, Pollähne 2014, S. 20-21, Vollmann 2014, S. 614), zu der außer der Anwendung einer anderen Zwangsmaßnahme keine Alternative bleibt (DGPPN 2018, Steinert 2013). Das Konzept der autonomen Selbstbestimmung hängt eng mit der Annahme eines freien Willens (§ 1896 Abs. 1a BGB) zusammen. Wichtig für den psychiatrischen Kontext ist, dass die Betroffenen trotz ihrer psychischen Erkrankung eine unabhängige, freie und informierte Entscheidung über die Behandlung (informed consent) treffen können (Steinert 2016). Ist dies nicht der Fall, werden Willensäußerungen nicht als „freier“, sondern als „natürlicher“ Wille bezeichnet (Mittag 2014, Vollmann 2014). Der natürliche Wille kann nach medizinethischen und rechtlichen Vorstellungen unter bestimmten Voraussetzungen zum Wohl des Patienten überwunden werden. Das Ziel einer ärztlichen Zwangsmedikation

muss therapeutischer Art sein und darf nicht der bloßen Gefahrenabwehr dienen, beispielsweise eine Medikamentierung zur Sedierung von Patient*innen, wenn diese nicht zur Beruhigung in einer akuten psychotischen Phase medizinisch indiziert ist. Zu einer Zwangsbehandlung zählen auch der indirekt ausgeübte Zwang über verbalen Druck oder die heimliche Vergabe eines Medikamentes, zum Beispiel im Essen (Henking u. Vollmann 2015).

Im März und Oktober 2011 ist ein umstrittener Aspekt der psychiatrischen Versorgung, die Anwendung von Zwangsbehandlung, erneut in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Ausgehend von zwei Fällen aus der forensischen Psychiatrie, bei denen die Patienten gegen eine durchgeführte Zwangsmedikation klagten, entschied das BVerfG, dass die bisherigen Fassungen des baden-württembergischen Unterbringungsgesetzes und des rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugsrechts als verfassungswidrig anzusehen sind. Die Einsichtsfähigkeit der Patient*innen war nach Auffassung des BVerfG nicht ausreichend berücksichtigt worden (BVerfG 2011a und 2011b: 2 BvR 882/09 vom 23.03.2011 und 2 BvR 633/11 vom 12.10.2011, Vollmann 2014). Unter Einsichtsfähigkeit der Patient*innen wird die Fähigkeit, einen Eingriff in seiner Art, Bedeutung und den damit verbundenen Folgen zu begreifen, verstanden (Scholten u. Vollmann 2017). Für die Überprüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit in der konkreten Entscheidungssituation werden darüber hinausgehend Anforderungen an die Krankheitseinsicht und die Fähigkeit, den eigenen Willen bestimmen und äußern zu können, gestellt (Vollmann 2014, Henking u. Vollmann 2015, Scholten u. Vollmann 2017). Tragend ist der Punkt, dass jemand nur selbstbestimmt handeln kann, wenn er auch einwilligungsfähig ist (Henking u. Vollmann 2015).

Mit den Entscheidungen kam das BVerfG den verfassungsrechtlichen Voraussetzungen und Grenzen der Zwangsbehandlung unter Berücksichtigung der Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) nach, die am 26.03.2009 von Deutschland ratifiziert worden war (Gerlinger et al. 2019). 2012 folgte der Bundesgerichtshof dem BVerfG in seiner Entscheidung zur ärztlichen Zwangsmedikation. In der Urteilsbegründung wiesen die Richter darauf hin, dass auch nach Betreuungsrecht (BGB) Zwangsbehandlungen nicht mehr zu bewilligen seien, da die Formulierung der Gesetzestexte nicht den Anforderungen des BVerfG entspreche (BGH 2012a, BGH 2012b). Folglich waren Zwangsbehandlungen außer in Notfallsituationen nicht mehr zulässig. Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung blieben hiervon unberührt.

Der Bund reagierte mit dem Gesetz zur „Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ im Jahr 2013 und änderte zunächst den § 1906 BGB (Schmitt 2021, Gerlinger et al. 2019). Mit dem neu gestalteten Paragraphen wurden Zwangsbehandlungen jeder Art als letztes Mittel nach richterlicher Genehmigung und unter genau festgelegten Bedingungen bei betreuungsrechtlich untergebrachten Patient*innen wieder ermöglicht (BGH 2012a, BGH 2012b). Eine weitere Gesetzesänderung erfolgte als Reaktion auf einen Beschluss des BVerfG (BVerfG 2016) im Jahr 2017, mit der die betreuungsrechtliche Unterbringung im § 1906 BGB und die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung im § 1906a BGB gesondert geregelt wurden. Eine ärztliche Behandlung einwilligungsunfähiger Patient*innen in einer nicht geschlossenen Einrichtung, aus der sie sich faktisch jedoch nicht entfernen können oder wollen, ist nunmehr unter bestimmten Voraussetzungen zulässig (Henking 2017, Schmitt 2021).

Gemäß den Bestimmungen des PsychKHG-BW ist eine Zwangsbehandlung nach § 20 nur unter der Voraussetzung zulässig, dass eine krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit in Verbindung mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten vorliegt (Innenministerium Baden-Württemberg 2019, Gerlinger et al. 2019).

Zwangsmedikationen gemäß § 20 Abs. 5 Satz 1 PsychKHG-BW oder § 1906a Abs. 2 BGB unterliegen dem Richtervorbehalt. Darüber hinaus regelt der § 20 Abs. 5 Satz 2

PsychKHG-BW eine Notfallmedikation, wenn die Dringlichkeit der Maßnahme kein rechtzeitiges Einholen einer richterlichen Anordnung zulässt. Als Auffangtatbestand kommt ferner der rechtfertigende Notstand nach § 34 des Strafgesetzbuches (StGB) in Betracht. Ansonsten strafbare Handlungen können demnach unter besonderen Umständen auch ohne richterliche Genehmigung gerechtfertigt sein (DGPPN 2018, Ombudsstelle 2018, Henking 2014).

In den vorangegangenen Abschnitten wurde gezeigt, dass formelle Zwangsformen im psychiatrischen Kontext streng gesetzlich geregelt sind. Nur wenige allgemeinpsychiatrische und forensische Patient*innen sind in Deutschland von einer ärztlichen Zwangsmedikation betroffen (Flammer u. Steinert 2019, Hirsch et al. 2021, Horvath et al. 2018). Die dargelegte aktuelle Entwicklung in Gesetzgebung und Rechtsprechung stärkt einerseits die Autonomie- und Selbstbestimmungsrechte der Patient*innen, andererseits könnte damit die Gefahr verbunden sein, dass informelle Zwangsformen vermehrt eingesetzt werden, die eine hohe Prävalenz zwischen 29 und 59% aufweisen (Hotzy u. Jäger 2016).

Eine einheitliche Definition von informellem Zwang in der psychiatrischen Behandlung gibt es nicht, jedoch besteht Einigkeit darin, dass Formen informellen Zwangs rechtlich nicht geregelt und dementsprechend keiner gerichtlichen oder fachlichen Kontrolle unterworfen sind (Jäger u. Rössler 2010, Szmukler u. Appelbaum 2008, Canvin et al. 2013). Aus einem systematischen Review geht hervor, dass professionelles Personal im klinischen und außerklinischen Setting neben Familie und Freunden die Gruppe darstellt, die am häufigsten Druck auf die Betroffenen ausübt (Hotzy u. Jäger 2016, Pelto-Piri et al. 2019).

Die Einflussnahme stellt mit der Beziehungsarbeit und dem allmählichen Aufbau von Vertrauen ein inhärentes Merkmal in der Beziehung zwischen Patient*in und Behandler*in dar (Szmukler u. Appelbaum 2008). Um das Ziel der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Betroffenen zu erreichen, für welche Medikamentenadhärenz eine bedeutsame Voraussetzung ist, können Formen informellen Zwangs im Kontext von Verhandlung und Durchsetzung Anwendung finden (Hotzy u. Jäger 2016). Letztendlich geht es um Verhaltensbeeinflussung von Seiten des psychiatrischen Fachpersonals (Pelto-Piri et al. 2019), die von überzeugender Argumentation als eine der schwächsten Formen, spezifischen Druckmitteln bis hin zu starkem Zwang in Form von Drohungen reichen kann (Szmukler u. Appelbaum 2008). Letztere Form wird auch als erzwungene Freiwilligkeit bezeichnet. Es kann demnach von einem Spektrum ausgegangen werden, wobei die Übergänge zwischen den einzelnen Zwangsformen fließend sein können und in ihrer Intensität sowie Anwendungshäufigkeit keiner Regelmäßigkeit unterworfen sind (Jäger u. Rössler 2010). Aktuelle Forschungsergebnisse lassen darauf schließen, dass es Formen außerhalb des Kontinuums geben kann (Elmer et al. 2018). Dazu gehören Täuschung und das Durchsetzen von Regeln im stationären Rahmen. Beispielsweise kann verlangt werden, dass sich auch Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus beim Personal an- und abmelden oder bestimmten hygienischen Standards genügen müssen, um an gemeinsamen Mahlzeiten während des stationären Aufenthaltes teilnehmen zu können (Pelto-Piri et al. 2019). Überschneidungen mit anderen Formen, wie Verhandlung oder Drohung, verdeutlichen, dass die Praxis einer anderen Logik folgt als die theoretische, hierarchisch strukturierende Herangehensweise. Es ist naheliegend, dass die Beziehung zwischen Patient*in und Personal sowie zeitliche und örtliche Gegebenheiten Handeln und Empfinden beeinflussen. Auch unterliegt die Wahl der Zwangsform nicht per se dem Gebot des mildesten Mittels (Pelto-Piri et al. 2019).

Trotz der unterschiedlichen Perspektiven kann konstatiert werden, dass der Hauptteil der professionell Tätigen und ein bis zwei Drittel der Patient*innen positive Einstellungen gegenüber informellem Zwang haben, obwohl es bisher keine Evidenz in Bezug auf klinische Effekte zu verzeichnen gibt (Hotzy u. Jäger 2016). Laut einer Onlineumfrage mit kli-

nischem Personal aus fünf psychiatrischen Kliniken der Schweiz und Deutschlands unterschätzen professionell Tätige generell informellen Zwang, insbesondere starke Formen wie Drohung und negativen Druck (Elmer et al. 2018). Dies kann zu einer willkürlichen Anwendung führen und für die Betroffenen genauso schmerzhaft und eindrücklich sein wie die Anwendung von formell geregelten Zwangsmaßnahmen. Während starke Formen des Zwangs in der Praxis offensichtlicher sind, werden mildere Formen der Überzeugung und Anwendung von Druckmitteln weniger als Zwang wahrgenommen – sowohl vom Personal als auch von Betroffenen (Elmer et al. 2018).
Die Einstellungen von klinischem Personal gegenüber gesetzlich geregelten Zwangsmaßnahmen ist weniger ambivalent als die Einstellungen gegenüber Formen informellen Zwangs (Elmer et al. 2018), wobei sich sowohl Professionelle als auch Patient*innen positiver gegenüber informellem Zwang äußerten, wenn prozedurale Aspekte wie die Berücksichtigung von Patient*innenautonomie und Fairness zum Tragen kamen. Auch steht die Intensität des empfundenen Zwangs auf Seiten der Betroffenen mit verschiedenen Aspekten wie Transparenz und Vertrauen in der Kommunikation, der Beachtung von Würde und nicht zuletzt mit der Qualität der Beziehung zwischen Patient*in und Personal in Verbindung (Hotzy u. Jäger 2016, Jäger u. Rössler 2010). Des Weiteren stellt die subjektive Wahrnehmung stets eine spezifische Perspektive von Betroffenen, Betreuer*innen oder psychiatrischem Personal (Therapeut*innen, Ärzt*innen) dar, die sich je nach Standpunkt durchaus voneinander unterscheiden kann und die Komplexität einer Zwangssituation verdeutlicht (Chieze et al. 2019).
Aus den Ergebnissen der angeführten Studien lässt sich schlussfolgern, dass die Wahrnehmung von Zwang bei Patient*innen als äußerst komplex zu betrachten ist und von verschiedenen Variablen abhängig sein kann. Bisherige Studien haben fast ausschließlich das Erleben von Zwang bei der stationären Aufnahme und in Bezug auf erfahrene freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen während eines stationären Aufenthaltes untersucht (Aguilera-Serrano et al. 2018, Tingleff et al. 2017, Krieger et al. 2018; Haw et al 2011; Keski-Valkama et al. 2010). Informelle Zwangsformen können aber auch außerhalb des klinischen Rahmens zur Anwendung kommen. Besonders hervorzuheben ist die Form des Druckmittels, welches bisher am meisten als Forschungsgegenstand untersucht wurde. Die Einflussnahme von Behandler*innen auf ihre Patient*innen erfolgt in diesem Zusammenhang entweder über den Zugang zu Alltagserfordernissen oder durch den Entzug von Leistungen, dazu gehören beispielsweise finanzielle Unterstützungsleistungen oder das Angebot von subventioniertem Wohnraum (Canvin et al. 2013). Verschiedene Studien kommen zu dem Ergebnis, dass der Erhalt von Wohnraum am häufigsten als Druckmittel eingesetzt wird, um Behandlungs- und Medikamentenadhärenz zu erreichen. Dies betraf zirka 15 bis 40 % der Studienteilnehmenden (Jäger u. Rössler 2009, Monahan et al. 2005, Robbins et al. 2006). Viele Betroffene sind demnach von sozialstaatlichen Unterstützungsleistungen abhängig, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Bezug auf ihre Wohn- und Arbeitssituation. Dies bietet vulnerable Punkte und Angriffsflächen für die Einflussnahme von Fachpersonal oder von Familienangehörigen außerhalb einer stationären Aufnahme oder psychiatrischen Behandlung (Jäger u. Rössler 2010, Monahan et al. 2001). Deshalb beschäftigt sich die vorliegende Studie im nächsten Abschnitt explizit mit der subjektiven Wahrnehmung der Medikamenteneinnahme von Bewohner*innen des betreuten Wohnens.

1.3 Zwang im Rahmen des betreuten Wohnens

Betreute Wohnformen stellen als sicherer Ort, im Anschluss an eine stationäre Akutbehandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einen zentralen Bestandteil der weiteren Lebensführung und Bewältigung dar, insbesondere wenn der Alltag durch die Erkrankung stark eingeschränkt ist oder Wohnungslosigkeit droht (Harrison et al. 2020,

McPherson et al. 2018). Geeigneter Wohnraum bietet Schutz und kann eine Voraussetzung zur weiteren Stabilisierung im Krankheitsverlauf sein und demnach als präventiver Anker gegenüber einem Krankheitsrückfall fungieren (Doroud et al. 2018). Dies spiegelt sich auch in den neuesten gesetzlichen Entwicklungen wider, beispielsweise in der Betonung der Privatsphäre der Wohnung in der UN-Behindertenrechtskonvention (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017) oder aus der Forderung der Wahlfreiheit bei der Unterkunft im Bundesteilhabegesetz (BTHG; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020).
Für das Jahr 2014 konnten annähernd 175.000 Leistungsempfänger*innen von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen eruiert werden. 70 % der Leistungsempfänger*innen lebten demzufolge im ambulant betreuten Wohnen, während fast 50.000 Bewohner*innen im Wohnheim Leistungen des stationären Wohnens bezogen (Konrad u. Rosemann 2017a). Laut Konrad u. Rosemann (2017a) zeichnete sich eine starke Zunahme an Empfänger*innen von Leistungen der Eingliederungshilfe in den letzten zehn Jahren ab. Trotz dieser enormen Relevanz lassen sich weder eine einheitliche Taxonomie betreuter Wohnformen auf überregionaler Ebene noch evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit des betreuten Wohnens finden (Richter u. Jäger 2017).
Als endgültiges Ziel der Rehabilitation wird das selbständige Wohnen, Arbeiten und Leben sowohl von Fachpersonal als auch Bewohner*innen der betreuten Wohnformen anerkannt (Sandhu et al. 2017). Damit in Verbindung steht die erfolgreiche Integration in die örtliche Gemeinde (Schlichte 2009). Für dieses Ziel wurden verschiedene Wohnformen entwickelt, die von ambulanter bis stationärer Betreuung mit intensiverem Betreuungsbedarf bis hin zum Wohnen in einem Fachpflegeheim reichen. In einem Pflegeheim haben hauptsächlich Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und individuellem Pflegebedarf ihren Lebensmittelpunkt. Diese Formen ermöglichen es Menschen mit psychischen Erkrankungen gemäß ihrer bisherigen Erfahrungen und Vorlieben, entweder allein, in einer Wohngemeinschaft oder auf einer Station mit durchgehender Tages- und Nachtbetreuung zu wohnen (Klein 2011).
Die fachlichen Leistungen können verschiedene Bereiche des alltäglichen Lebens der zu Betreuenden in ihrer Lebenswelt- und Realität betreffen. Dazu zählen u.a. Wohnen, Arbeitstätigkeit, Freizeitbeschäftigung, finanzielle Angelegenheiten, Aufbau von sozialen Beziehungen, körperliche und psychische Stabilisierung (Harrison et al. 2020, Sandhu et al. 2017). Der regelmäßige Austausch auf der Basis einer Vertrauensbeziehung zwischen Betreuer*innen und Betreuten ermöglicht die innere und äußere Stabilität der Bewohner*innen, um Ziele anzugehen und zu erreichen, Probleme zu diskutieren und zu lösen, aber vor allem auch in Krisensituationen zeitnahe Unterstützung zu erfahren (Schlichte 2009). Im Fokus steht vor allem die Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Bewohner*innen. Dies kann idealerweise stationäre Klinikaufenthalte vermeiden. Wenn Bewohner*innen selbstverletzendes, suizidales oder fremdaggressives Verhalten aufweisen, kann eine gerichtlich angeordnete Unterbringung als letzte Möglichkeit erforderlich sein (Schlichte 2009). Eine zentrale Hilfestellung des Betreuungsteams ist hierbei die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme, auch mit zusätzlicher Einflussnahme auf die Bewohner*innen durch eine gesetzliche Betreuung (Obert 2011). Professionelle Fürsorge und eigenständige Lebensplanung der Bewohner*innen, Hilfe und Kontrolle von Seiten des Betreuungsteams können dabei kollidieren. Das Doppelmandat prägt die Betreuungsarbeit des Personals mit ihren Bewohner*innen im Wohnbereich in ähnlicher Art und Weise wie die klinische Behandlung. Der gesellschaftliche Auftrag der Psychiatrie von Hilfe und Kontrolle muss allein schon aus ethischen Gründen Berücksichtigung finden (Steinert 2021).

Im Jahr 2019, in dem die Erhebung der vorliegenden Studie im betreuten Wohnen stattfand, war die Eingliederungshilfe noch im Sozialgesetzbuch (SGB) XII als „Sozialhilfe“ verankert und die Begriffe ambulante und stationäre Einrichtungen gültig (Rosemann 2018). Wohnen und Betreuung waren in dem Zeitraum noch teilweise gekoppelt und voneinander abhängig. In diesem Rahmen versuchte die vorliegende Studie herauszustellen, ob bei den Befragten in Bezug auf ihre Medikamenteneinnahme informeller Zwang empfunden wurde.
Das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 hat die Zielrichtung, die Autonomie und volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit Behinderungen zu fördern und ersetzt infolgedessen das bislang vorherrschende Paradigma der Fürsorge. Das 27 Artikel umfassende BTHG ändert bis 2023 schrittweise bisherige rechtliche Regelungen der deutschen Sozialgesetzbücher (Konrad u. Rosemann 2017a, Rosemann 2018).
Zwei Aspekte sollen an dieser Stelle hervorgehoben werden: Erstens, der geänderte Begriff von Behinderung. Behinderung wird demnach nicht als alleiniges Merkmal eines Menschen, sondern als Teilhabeeinschränkung verstanden, die in Wechselwirkung mit der Umwelt entsteht (Konrad u. Rosemann 2017a, Rosemann 2018). Zweitens werden die Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen, den Kosten der Lebensführung und Unterkunft, getrennt (Konrad u. Rosemann 2017b, Rosemann 2018). Wohnen und Betreuung konnten bislang nur gemeinsam in Anspruch genommen werden. Diese Institutionenzentrierung wurde nicht zuletzt auf der Grundlage eines entsprechenden Vertrages zwischen Leistungserbringer und Mieter*in bzw. Bewohner*in einer betreuten Wohnform festgeschrieben (Konrad u. Rosemann 2017b). Ab 01.01.2020 wurden die Regelungen der Eingliederungshilfe als Teil 2 in das SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – in ein eigenständiges Leistungsgesetz überführt. Die Eingliederungshilfe orientiert sich damit nur noch am individuellen Bedarf der Leistungssuchenden (Konrad u. Rosemann 2017b, Rosemann 2018). Die Begriffe ambulante und stationäre Wohnformen entfallen (Rosemann 2018). Mit diesen Änderungen wird Betroffenen die Möglichkeit gegeben, die Wohnform zu wählen, die ihren Präferenzen entspricht. Studien haben diesen Aspekt als Schlüsselfaktor für stabiles Wohnen herausgestellt (Allen 2003).

1.4 Zielsetzung der Studie und davon abgeleitete Fragestellungen

Die Vorgängerstudie von Horvath (2017) hat die Untersuchung der Wahrnehmung von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten von Patient*innen mit psychotischen Störungen in zwei forensischen Zentren Baden-Württembergs untersucht. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass nur wenige Patient*innen des Maßregelvollzugs, die an der Befragung teilnahmen, von gerichtlich angeordneter Zwangsmedikation betroffen waren. Ein großer Anteil äußerte dennoch Gefühle von Zwang in Bezug auf ihre medikamentöse Behandlung. Die psychopathologische Symptomatik der Proband*innen wies keinen signifikanten Einfluss auf das subjektive Zwangsempfinden auf, sondern dieses wurde fast ausschließlich durch die Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation beeinflusst. Soziodemografische Merkmale der Befragten zeigten ebenfalls keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem subjektiven Zwangsempfinden (Horvath et al. 2018). Die vorliegende Untersuchung stellt eine Erweiterung dar, welche das Zwangserleben bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation von stationär behandelten Patient*innen der Allgemeinpsychiatrie an zwei Kliniken in Baden-Württemberg mit derselben Methode, die in der vorangehenden Studie in der forensischen Psychiatrie entwickelt worden war, analysiert. Außerdem wurden auch Bewohner der betreuten Wohnbereiche in den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis mit denselben Instrumenten befragt.

Die Studie war Teilprojekt eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Forschungsprojektes zum Thema „Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion (ZIPHER)“.
Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist konkret, das Erleben von Zwang unter ärztlich verordneter Einnahme von Antipsychotika ohne richterlichen Beschluss unter Berücksichtigung möglicher Einflussfaktoren in einem Vergleich von stationär freiwillig behandelten, stationär untergebrachten Patient*innen und Bewohner*innen aus dem betreuten Wohnen zu untersuchen. Mit dieser Zielsetzung sind zwei Hauptfragestellungen verbunden:

Fühlten sich die drei Untersuchungsgruppen unterschiedlich stark gezwungen, ihre antipsychotische Medikation zu nehmen?

Welche Variablen beeinflussten das Erleben von Zwang der befragten Patient*innen und Bewohner*innen bei der Medikamenteneinnahme ohne richterlichen Beschluss?

2 Material und Methoden

2.1 Kennzeichen der Studie, Rekrutierung und Datenerhebung

Studiendesign

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden in einer Querschnittstudie in einem Gesamtzeitraum vom Oktober 2017 bis Juli 2019 erhoben.

Verwendete Messinstrumente

Für die vorliegende Studie kam ein fast identischer Fragenkatalog wie derjenige, der in der Vorgängerstudie in der forensischen Psychiatrie Verwendung fand, zum Einsatz (Horvath 2017, Horvath et al. 2018). Ausgenommen ist die Skala zur Erhebung der psychopathologischen Symptomatik der Befragten. In der Studie von Horvath (2017) wurde die Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) verwendet. In dieser Studie wurde die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) eingesetzt. Die in der vorliegenden Studie angewendeten Messinstrumente wurden nach ihren psychometrischen Eigenschaften ausgewählt. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Länge des Interviews in einem angemessenen Verhältnis zwischen Datenerfassung und der Konzentrationsfähigkeit der befragten Proband*innen stand.
Tabelle 1 listet die verwendeten Dokumentationssysteme und Messinstrumente auf.

Tab. 1: Übersicht über verwendete Dokumentationssysteme und Messinstrumente für die Untersuchung des Zwangserlebens von Patient*innen auf den Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee und von Bewohner*innen des betreuten Wohnens der Landkreise Ravensburg und Bodensee mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019.

Nur bei **Patient*innen und Bewohner*innen** mit Erteilung ihres schriftlichen Einverständnisses erhoben:
Erhebung soziodemografischer Daten:
Bei Patient*innen: Selbstauskunft, Krankenhausinformationssystem (KIS)
Bei Bewohner*innen: Selbstauskunft, Bezugsbetreuer*in
Messinstrumente zur Selbstbeurteilung von Patient*innen und Bewohner*innen:
Adaptierter *Admission Experience Survey (*verwendet als *Admission Experience Scale (aAES))*
Visuelle Analogskalen *VAS_Medikation* und *VAS_Aufenthalt*
Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10)
Drug Attitude Inventory (DAI-10)
Messinstrumente zur Fremdbeurteilung von Patient*innen und Bewohner*innen:
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24)
Ausschließlich bei **Patient*innen** mit schriftlichen Einverständnis erhoben:
Coercion Experience Scale (CES)

Es folgt eine kurze Beschreibung der verwendeten Skalen.

Adaptierte Admission Experience Scale (aAES) und visuelle Analogskalen (VAS) für den Indexaufenthalt

Vom MacArthur Research Network on Mental Health and the Law wurden zur Erhebung von subjektiven Zwangsgefühlen und der Wahrnehmung des Erlebens von Zwang von Patient*innen zwei Skalen entwickelt: Zum einen das MacArthur Admission Experience Interview (AEI), welches aus einem 30 Minuten umfassenden, strukturierten Interview abgeleitet worden ist, und der Admission Experience Survey (AES) (Gardner et al. 1993). Die AES-Kurzversion setzt sich aus 16 dichotomen Fragen zum Zwangsempfinden zusammen und wurde ursprünglich für die Aufnahmesituation konzipiert, konnte aber bereits für andere Situationen und Befragungskontexte angepasst werden (Jäger u. Rössler 2010, Patel et al. 2010).

Als eine Besonderheit des AES kann hervorgehoben werden, dass der wahrgenommene Zwang von Befragten über ihre Einschätzung des Gefühls der eigenen Kontrolle, des Einflusses, der Wahl und Freiheit sowie der Möglichkeit eine eigene Entscheidung zu treffen, indirekt erfasst wird. Diese Begriffe sollen dazu anregen, die eigene Autonomie in einer Situation einzuschätzen und somit Zwang bei der Medikamenteneinnahme nicht nur mit physischen Zwang, sondern auch mit informellen Zwangsformen in Verbindung zu bringen (Gardner et al. 1993). Die Antworten der Proband*innen zu den einzelnen Items wiesen eine hohe interne Konsistenz auf (Gardner et al. 1993).

Die in dieser Studie verwendete adaptierte Skala zur Erhebung des subjektiv empfundenen Zwangs bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten ohne Gerichtsbeschluss (aAES) wurde der Dissertation von Horvath (2017) und der Publikation Hirsch et al. (2021) entnommen. Der AES wurde in der Vorgängerstudie modifiziert und sieben Items zur ursprünglichen Skala hinzugefügt, zum Beispiel ob die Patient*innen mit dem Medikament und der Dosis einverstanden waren oder es bestimmte Gründe für die Befragten gab, die Medikamente trotz Ablehnung zu nehmen. Mit den zusätzlichen Items umfasst die in dieser Studie verwendete Skala aAES insgesamt 23 dichotome Items. Das Item 16 „Was für Gefühle erzeugte es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen“ wurde einer separaten Auswertung unterzogen (siehe Kapitel Datenanalyse). Der Summenwert der aAES kann unter Ausschluss des Items 16 Werte zwischen 0 und 22 annehmen, wobei ein höherer Summenwert für ein höheres Ausmaß an subjektivem Zwangsempfinden steht (Anhang Material und Methoden). Die Items sind teilweise umcodiert worden, um zu erreichen, dass eine nicht zustimmende Antwort zu einem Item für erlebten Zwang steht und den Summenwert der Skala dementsprechend um eins erhöht. Zum Beispiel in Bezug auf die Frage 1 „Ich fühlte mich frei, über die Einnahme der Medikamente zu entscheiden“ wird der Antwort „Trifft nicht zu“ ein Wert von 1 zugewiesen, während bei einer zustimmenden Antwort ein Wert von 0 vergeben wird.

Für die Anwendung der aAES im psychiatrischen Wohnbereich wurden abermals Änderungen einzelner Items der Skala vorgenommen. Beispielsweise wurde die Aussage 11 der AES „Man sagte mir, dass ich die Medikamente zwangsweise gespritzt bekomme, wenn ich sie nicht nehme“ entsprechend der geltenden Rechtslage modifiziert, so dass sich die Drohung auf die Klinik bezieht und der Zusatz „dass ich die Medikamente in einer Klinik zwangsweise gespritzt bekomme“ eingefügt.

Die 23 Items der aAES wurden für die Gesamtstichprobe erhoben. Die Skala bezog sich hierbei entweder auf die Einschätzung der Medikamenteneinnahme im Indexaufenthalt im Rahmen der stationären Behandlung oder bei der Befragung von Bewohner*innen auf die aktuelle Wohnsituation im betreuten Wohnen.

Horvath (2017) entwickelte zur Validierung der aAES zwei visuelle Analogskalen zur Medikation (VAS_Medikation) und zum Aufenthalt (VAS_Aufenthalt), die auch in der vorliegenden Studie zur Anwendung kamen. VAS eignen sich insbesondere zur Erfassung und Messung von subjektiven Empfindungen (Schomacher 2008).
Die VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt beziehen sich in der vorliegenden Arbeit ausschließlich auf den Indexaufenthalt bzw. auf die aktuelle betreute Wohnform zum Interviewzeitpunkt. Die Patient*innen sollten eine Gesamteinschätzung zu den Fragen „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während des Aufenthaltes erfahren haben?“ und „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß an Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“ geben. Für den psychiatrischen Wohnbereich wurden die visuellen Analogskalen wie folgt formuliert: „Wie schätzen Sie ingesamt das Ausmaß des Zwangs ein, dass Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihrer Zeit in der jetzigen betreuten Wohnform erfahren haben?“ und „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch die Betreuung in der jetzigen Wohnform unterworfen wurden?“. Beide VAS_Skalen können Werte von 0 (kein Zwang) bis 10 (extrem) annehmen.

Adaptierte Admission Experience Scale (aAES) frühere Aufenthalte

Wenn Patient*innen, die auf einer der vier allgemeinpsychiatrischen Stationen am Interview teilnahmen, mindestens einen vorangegangenen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik angaben, wurde die aAES zusätzlich in Bezug auf einen früheren Aufenthalt oder mehrere klinische Behandlungen (summativ erfasst) beantwortet und ausgewertet.

Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10)

Der Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10) umfasst zehn Fragen und wurde von Pruß, Wiedl, Dudenborstel & Waldorf (2013) entwickelt. Vorteile des Fragebogens sind die Erfassung und Überprüfung der Krankheitseinsicht in relativ kurzer Zeit und auch bei starker psychopathologischer Symptomatik. Das Erhebungsinstrument wurde vor allem für die Befragung von Patient*innen mit schizophrenen, schizoaffektiven oder psychotischen Störungen konzipiert und findet aus den genannten Gründen in der vorliegenden Arbeit Anwendung.
Die zehn Fragen des FKE wurden in Hinblick auf die Einsicht in die Krankheit und der Behandlungsbedürftigkeit mit Medikamenten zum Interviewzeitpunkt auf einer Skala von 1 für „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 für „trifft vollständig zu“ von den Proband*innen bewertet. Die Skala enthält Items, die sich direkt auf die Selbstwahrnehmung der psychischen Erkrankung beziehen, zum Beispiel „Ich denke, dass mit mir gesundheitlich eigentlich alles in Ordnung ist.“ und Items zur Medikamenteneinnahme („Auch ohne Medikamente würde ich psychisch gesund bleiben.“) sowie Aussagen zur Behandlung („In Zukunft benötige ich weiterhin psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung.“). Die Items eins „Ich denke, dass mit mir gesundheitlich eigentlich alles in Ordnung ist.“ und sechs „Auch ohne Medikamente würde ich psychisch gesund bleiben.“ mussten umcodiert werden, so dass mit einer Verneinung „trifft überhaupt nicht zu“ die höchste Punktanzahl von fünf vergeben werden konnte. Für den Wohnbereich wurden die Items vier „Ich akzeptiere die Unterstützung im betreuten Wohnen“ und fünf „In Zukunft benötige ich die Betreuung in der derzeitigen Wohnform auch weiterhin.“ dahingehend geändert, dass sich die Fragen auf die Akzeptanz der Unterstützung im betreuten Wohnen bezogen.
Der FKE-10 kann ein Gesamtscore zwischen 10 und 50 annehmen, wobei ein höherer Summenwert auf der Skala für eine bessere Krankheitseinsicht steht.

Drug Attitude Inventory (DAI-10)

Hogan et al. (1983) vermuteten einen Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Medikation der Patient*innen und ihrem erlebten Zwang in Bezug auf die Einnahme von Antipsychotika. Ausgelöst wurde diese Annahme durch Aussagen von Patient*innen, die sich oft vage und in keiner offensichtlichen Verbindung zur pharmakologischen Wirkung über ihre Medikamente beschwerten. Die Bereitschaft der Medikamenteneinnahme von Patient*innen, die von Hogan et al. (1983) als Compliance bezeichnet wird, wird zumeist über die eigene Interpretation und das subjektive Empfinden der Wirkung und Nebenwirkung(en) sowie der Veränderung des Körpers durch die Medikamente beeinflusst. Die zuverlässige Messung der Selbsteinschätzung von Patient*innen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen gegenüber neuroleptischer Medikation kann demnach ein brauchbarer Prädiktor der Medikamentencompliance sein. Zur Erhebung der Selbsteinschätzung und Überprüfung der Hypothese von Hogan et al. (1983) wurde die 30 Items umfassende Skala Drug Attitude Inventory (DAI) entwickelt. Diese Skala wies eine hohe Reliabilität von 0.93 (Kuder-Richardson-Formel 20) und eine gute Retest-Reliabilität auf (Hogan et al. 1983).

Nielsen et al. (2012) stellten fest, dass die DAI eine wichtige latente Dimension der Adhärenz von Patient*innen bewertet, welche bislang mit anderen Instrumenten (PANSS, GAF) oder durch neuropsychologische Tests nicht gemessen werden konnte. Die Kurzversion der DAI umfasst zehn Fragen (DAI-10) und wurde für die vorliegende Studie aufgrund der Praktikabilität und einfachen Sprache sowie der guten psychometrischen Eigenschaften (Pomykacz et al. 2007), aber auch in Hinblick auf die akzeptable Länge der zu führenden Interviews, ausgewählt. Die DAI-10 zeigte in der Studie von Nielsen et al. (2012) eine gute Skalen-Homogenität (0.71) und sehr gute Retest-Reliabilität (0.92). Die Skalen DAI-30 und DAI-10 korrelierten stark miteinander (r von 0.93), so dass die Kurzversion zur Messung der Einstellung zur Medikation von Patient*innen verwendet werden kann (Nielsen et al. 2012).

Die Items der DAI-10 beziehen sich auf die Einstellung zur aktuellen Medikation und können einen Gesamtsummenscore zwischen -10 und +10 annehmen. Darunter sind Items zu finden wie „Aus meiner Sicht überwiegen die guten Seiten der Medikamente.“ oder „Durch Medikamente fühle ich mich träge und müde.“. Die Items zwei, fünf, sechs und acht wurden vorab umcodiert, so dass eine positive Antwort den negativen Wert -1 zugewiesen bekam. Wenn ein*e Proband*in beispielsweise angegeben hatte, sich mit Medikamenten merkwürdig zu fühlen, wurde hierfür ein negativer Wert von -1 vergeben. Bei den anderen sechs Items ist die Antwort „ja“ mit einem Wert von eins verbunden. Die positivste messbare Einstellung zur Medikation wäre demnach mit sechs „ja“- Aussagen und vier „nein“-Antworten gegeben. Je negativer der Gesamtsummenwert, umso negativer ist die mit der DAI erhobene Einstellung zur Medikation der befragten Patient*innen und Bewohner*innen im Indexaufenthalt.

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24)

Die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) wurde in ihrer ursprünglichen Form von Overall und Gorham (1962) entwickelt. Die Skala enthält 16 Symptomkonstrukte, welche aus einer Faktorenanalyse von zwei größeren Item-Sets bzw. Skalen resultieren, nämlich der Lorr’s Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients (MSRPP, 1953) und der Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale (IMPS, 1960). 1966 wurde die Version von Overall und Gorham (1962) um die zwei Items Aufregung und Desorientierung erweitert (BPRS-18, Overall 1976). Es zeigte sich, dass die 18-Items umfassende Skala sowohl in ihrer internen Konsistenz als auch bezüglich der Inter-Rater und Test-Retest Reliabilität als überwiegend gut zu bezeichnen ist. 1986 nahmen Lukoff und Kolleg*innen noch drei

Items in die Skala mit auf, um spezifische Vorzeichen eines Rückfalls erkennen zu können, und drei weitere Items zur Erfassung von manischen oder bipolaren Symptomen. Diese BPRS-Extended Version mit 24 Items (BPRS-E, Lukoff et al. 1986) eignet sich besonders für die Erhebung der psychopathologischen Symptomatik bei schwer und dauerhaft psychisch kranken Patient*innen (van Beek 2015) und wird deshalb in der vorliegenden Untersuchung angewendet. Empfohlen wird der Einsatz, wenn Effizienz, zeitliche und ökonomische Gesichtspunkte entscheidende Kriterien in der Erhebung und Beurteilung darstellen (Overall u. Gorham 1962), wie dies bei der vorliegenden Studie der Fall ist. Die Skala wurde in klinischen und außerklinischen Settings bei Patient*innen mit verschiedenen Diagnosen eingesetzt (van Beek et al. 2015, Leucht et al. 2005).
Die 24 Items umfassende Skala enthält zwei Sets von Items: Zum einen die Informationen, die durch Beobachtung des physischen, intellektuellen und sozialen Verhaltens der befragten Patient*innen und Bewohner*innen durch die Verfasserin während des Interviews erhoben werden konnten. Dazu gehören unter anderem Symptome wie begriffliche Desorganisation und formale Denkstörung, affektive Abstumpfung bzw. Verflachung und emotionale Zurückgezogenheit (Items 15 bis 24). Zum anderen die Informationen, die den Antworten von Befragten entnommen werden konnten und sich auf die letzten sieben Tage vor dem Interview bezogen. Dies schloss die Erhebung von Items wie beispielsweise Körperbezogenheit, Angst und Depression ein (Items 1 bis 14).
Die BPRS-Skala kann einen Gesamtscore zwischen 24 und 168 annehmen, wobei mit einem höherem Gesamtsummenwert eine schwerere psychopathologische Symptomatik verbunden ist. Die Bewertung erfolgte auf einer 7-Punkte Rating Skala von „nicht vorhanden“ bis „extrem stark“ für jedes der 24 Items. Jedes Item spricht ein unabhängiges Symptomkonstrukt an, um den Grad der Psychopathologie zu bestimmen. Die Summe der einzelnen Werte für jedes Item ergibt die psychopathologische Gesamtsymptomatik.

Coercion Experience Scale (CES)

Die Coercion Experience Scale (CES) wurde von der Forschungsgruppe Weissenau entwickelt, um den Eingriff in Grundrechte und die spezifische Belastung durch das Erleben einer Zwangsmaßnahme von Betroffenen zu erheben. Analytisch konnten sechs Faktoren herausgestellt werden: Demütigung, negative physische Auswirkungen, Separation, negative Umgebung, Angst und Zwang. Die genannten Faktoren erklärten fast 55 % der Gesamtvarianz der analysierten Daten von 102 Patient*innen. Die einzelnen Subskalen wiesen eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbachs Alpha zwischen .67 und .93) (Bergk et al. 2010).
Die 31 Items umfassende Coercion Experience Scale (CES) wurde von der Verfasserin für die Gruppe der stationär behandelten Patient*innen zur Einschätzung einer erlebten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme (Isolierung oder Fixierung) in einem klinischen Aufenthalt erhoben. Vergleichend wurde erfasst, ob sich die Gruppe der Patient*innen, die eine im KIS dokumentierte Zwangsmaßnahme in mindestens einen der beiden relevanten Zeiträume – Indexaufenthalt oder lifetime - aufweist, von der Gruppe der Patient*innen unterscheidet, für die nicht mindestens eine Zwangsmaßnahme dokumentiert wurde.
Die beiden ersten Items der CES stellen visuelle Analogskalen (von 0 bis max. 100) dar, die das Erinnerungsvermögen und die damit in Beziehung stehende Belastung durch die erfahrene Zwangsmaßnahme von Befragten abbilden. Die daran anschließenden 29 Items der CES wurden von den befragten Patient*innen auf 5 Punkt Likert-Skalen (gar nicht, gering, mäßig, stark, extrem) bewertet. Der CES-Gesamtsummenscore kann Werte zwischen 29 und 145 annehmen. Je höher der Summenwert der CES, als umso höher ist die Belastung durch die erfahrene Zwangsmaßnahme der Befragten zu bewerten.

Einschluss- und Ausschlusskriterien

In die Studie wurden stationär freiwillig, stationär untergebrachte Patient*innen, die zum Interviewzeitpunkt seit mindestens sieben Tagen auf einer allgemeinpsychiatrischen Station in Behandlung waren, und Bewohner*innen aus dem ambulant und stationär betreuten Wohnen im Alter ab 18 Jahren eingeschlossen. Die Proband*innen wiesen zum Interviewzeitpunkt eine schizophrene oder bipolare Störung mit den Haupt-Diagnosen F20-31 nach ICD-10 (Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte und bipolare Störung) auf. Bewohner*innen sollten zum Interviewzeitpunkt seit mindestens 3 Monaten in einer betreuten Wohneinrichtung leben. Auf diese Weise konnte gewährleistet werden, dass das Einleben in die Wohnform zum Erhebungszeitpunkt weitestgehend abgeschlossen gewesen war und somit die für die Befragung notwendige Stabilität vorlag. Es wurden nur Bewohner*innen, die sich zum Interviewzeitpunkt freiwillig in einer betreuten Wohnform befanden, in die Studie eingeschlossen.

Voraussetzung für alle Studienteilnehmenden war darüber hinaus, dass sie an der Befragung noch nicht teilgenommen und nach rechtlicher sowie sachlicher Aufklärung ihr schriftliches Einverständnis gegeben hatten. Des Weiteren wurden als Einschlusskriterien das Bestehen der Interviewfähigkeit der Befragten, ausreichende Deutschkenntnisse sowie eine ausreichende emotionale und kognitive Belastbarkeit der Studienteilnehmer*innen vorausgesetzt. Die Überprüfung dieser Kriterien erfolgte bei den sich in stationärer Behandlung befindenden Patient*innen durch die zuständigen Ärzt*innen und im Wohnbereich durch die zuständige Wohnleitung und die jeweiligen Bezugsbetreuer*innen. Ausschlusskriterien stellten das Vorliegen einer primären organischen psychischen Störung (ICD-10 F0) oder einer mehr als leichtgradigen Intelligenzminderung (ICD-10 F 70) dar.

Fallzahlkalkulation

Die Anzahl von insgesamt 100 stationär behandelten Patient*innen, die zu ihrem subjektiv wahrgenommenen Zwang in der medikamentösen Behandlung befragt werden sollten, wurde im Ethikantrag explorativ festgelegt (siehe positives Ethikvotum der Ethikkommission Ulm vom 08.10.2014 auf S. 15). Diese Studie wurde um die Befragung von Bewohner*innen des betreuten Wohnens für eine vergleichende Analyse des Erlebens von Zwang mit stationär behandelten Patient*innen erweitert (positives Ethikvotum vom 18.12.2018). Vorab wurde eine Fallzahlkalkulation für die Gruppe der betreuten Bewohner*innen durchgeführt, um zu eruieren, wie viele Proband*innen für die Untersuchung des subjektiven Zwangs im Wohnbereich eingeschlossen werden müssen. Die Fallzahlkalkulation zur Messung des subjektiven Empfindens der verordneten antipsychotischen Medikamenteneinnahme der Bewohner*innen als abhängige Variable wurde ein mittlerer Effekt f^2 von 0.15 angenommen (Effektstärke zur Varianzaufklärung). In einer Regressionsanalyse mit Einschluss von drei Prädiktoren, zu denen neben der Krankheitseinsicht die Variablen Alter und Geschlecht gehören, auf einem Signifikanzniveau von 0.05 und einer Teststärke von 0.80 konnte eine Fallzahl von mindestens 43 Proband*innen kalkuliert werden (Dupont u. Plummer 1998). Dementsprechend wurde eine Rekrutierung von jeweils zirka 50 Teilnehmenden aus dem psychiatrischen Wohnbereich festgelegt. Unter dieser Voraussetzung konnte angenommen werden, dass jeweils 50 stationär freiwillige und stationär untergebrachte Patient*innen befragt werden müssen, um den wahrgenommenen Zwang im stationären Bereich zu untersuchen.

Für einen direkten Vergleich zwischen den 3 Untersuchungsgruppen in Bezug auf ihr subjektives Zwangserleben bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation wurde noch eine zweite Fallzahlkalkulation vorgenommen. Hierfür wurde ein großer Effekt f^2 von 0.40 angenommen. Die Annahme war in diesem Zusammenhang, dass der subjektive Druck bei der Medikamenteneinnahme von den untergebrachten Patient*innen im Vergleich zu

Bewohner*innen im betreuten Wohnbereich weitaus höher bewertet werden würde, weil eine Zwangsmedikation im stationären Rahmen rechtlich angeordnet werden kann oder zumindest die Möglichkeit einer rechtlichen Durchsetzung gegeben ist. Von dieser Annahme ausgehend wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Unter den Voraussetzungen eines Signifikanzniveaus von 0.05, einer Teststärke von 0.80, fünf Zählerfreiheitsgraden sowie dem Einschluss der drei Vergleichsgruppen und der drei Kovariaten Krankheitseinsicht, Alter und Geschlecht, konnte eine Gesamtfallzahl von 86 berechnet werden. Dies führt zu einer Fallzahl von mindestens 29 Proband*innen pro Untersuchungsgruppe (Cohen 1992).
Die Berechnungen wurden mit dem Programm G*Power 3.1.9.2 erstellt.

Ethikvotum

Die Beschreibung des Forschungsprogramms wurde in Form von zwei Ethikanträgen der Ethikkommission der Universität Ulm vorgelegt. Die zustimmende Stellungnahme der Kommission für die Befragung der Patient*innen auf allgemeinpsychiatrischen Stationen des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg-Weissenau und Friedrichshafen wurde mit der Antragsnummer 282/14 am 08.10.2014 schriftlich erteilt. Die Erweiterung des Forschungsvorhabens um eine Befragung im ambulant und stationär betreuten Wohnen in den Landkreisen Ravensburg und Bodensee wurde am 05.11.2018 unter der Antragsnummer 397/18 mündlich verhandelt. Nach Einreichung der von der Ethikkommission gewünschten Korrekturen und Ergänzungen bescheinigte die Ethikkommission Ulm auch für diesen Teil der Studie am 18.12.2018 ein positives Ethikvotum. Es liegen demnach keine ethischen Bedenken für die vorliegende Studie vor.
Die Befragung von Bewohner*innen aus dem psychiatrischen Wohnbereich wurde von der Verfasserin als Teilstudie im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) mit der ID DRKS00016546 am 01.02.2019 unter dem Titel „Subjektiv empfundener Zwang bei der ärztlich verordneten Medikamenteneinnahme bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schizophrenen und bipolaren Störungen im ambulanten und stationär betreuten Wohnen“ registriert.

Datensicherheit

Die Doktorandin wies jedem Fall eine Fall-ID zu (Pseudonymisierung). Die Zuordnung von Namen und Fall-ID erfolgte in einer Datei, die separat von den übrigen Auswertungen gespeichert wurde und die Klinik, in der die Auswertungen vorgenommen wurden, nicht verließ. Die studienbezogenen Daten wurden von der Doktorandin in den Fragebögen auf Papier erfasst, die jeweils mittels der pseudonymisierten Fall-ID gekennzeichnet wurden. Auch die Fragebogen verblieben ausnahmslos in der Klinik. Von den Fragebögen übertrug die Doktorandin die Daten in Excel-Dateien, die sie zur Auswertung auch zu Hause bearbeitete. Die Decodierungsliste für die Pseudonymisierung wurde nach der Dateneingabe vernichtet. Es wurde vereinbart, die Daten mit einer Speicherfrist von zehn Jahren auf Servern des Forschungsbereichs der Klinik vorzuhalten, um gegeben Falls zu einem späteren Zeitpunkt Überprüfungen durchführen zu können, und dann datenschutzkonform zu löschen.

Die drei Untersuchungsgruppen

Es handelt sich um drei Untersuchungsgruppen, die sich aufgrund ihres Aufenthaltsstatus unterscheiden. **Gruppe I** umfasst stationär freiwillige Patient*innen. Patient*innen mit Unterbringungsstatus stellen die **Gruppe II** dar. Beide Untersuchungsgruppen wurden im gesamten Erhebungszeitraum auf vier allgemeinpsychiatrischen Stationen an zwei Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des ZfP Südwürttemberg an den Standorten

Weissenau und Friedrichshafen rekrutiert. Das ZfP Südwürttemberg ist für die Versorgung einer Region mit rund 1,8 Millionen Menschen zuständig. Sein Einzugsgebiet gliedert sich in die Versorgungsregionen Alb-Neckar, Donau-Riss und Ravensburg-Bodensee (ZfP Südwürttemberg 2018).
Die Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg umfasst drei Stationen sowie eine Psychiatrische Institutsambulanz. Die Behandlung richtet sich insbesondere an Menschen mit Psychosen aus dem Landkreis Ravensburg sowie an Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen und akuten psychischen Belastungen. Für die Studie wurde auf zwei allgemeinpsychiatrischen Stationen in Weissenau rekrutiert. Eine überwiegend offen geführte Station bietet psychiatrische Intensivbehandlung vor allem für schizophrene Patient*innen mit langwierigen und komplexen Krankheitsverläufen an, während die zweite Rekrutierungseinheit eine allgemeinpsychiatrische Aufnahmestation mit 21 Betten darstellt. Auch hier werden vorzugsweise Patient*innen mit schizophrenen Psychosen, aber auch schizoaffektiven Erkrankungen diagnostiziert und behandelt (ZfP Südwürttemberg 2021a).
Die allgemeinpsychiatrische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich auf dem Gelände des Klinikums Friedrichshafen und umfasst zwei fakultativ offen geführte Stationen mit insgesamt 45 Betten. Auf beiden Rekrutierungsstationen werden erwachsene Patient*innen aus dem Bodenseekreis behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei auf der Behandlung von akuten psychischen Krisen, Depressionen und Psychosen (ZfP Südwürttemberg 2021b).
Diese vier Stationen wurden aufgrund ihres Schwerpunktes der Behandlung von Menschen mit schizophrenen Psychosen und schizoaffektiven Störungen sowie der Möglichkeit stationär freiwillig und stationär untergebrachte Patient*innen zu befragen, ausgewählt.
Bewohner*innen des ambulant und stationär betreuten Wohnens des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises stellen die **Untersuchungsgruppe III** dar. Ambulante Betreuung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Bewohner*innen überwiegend entweder in einer eigenen Wohnung oder auch im Rahmen einer Wohngemeinschaft leben, wobei Wohnungen ebenso je nach Bedarf vom Träger gestellt werden können. Durch regelmäßige Hausbesuche von pädagogischen Fachkräften werden die Bewohner*innen individuell in ihrem Alltag unterstützt. Stationär Betreute besitzen einen höheren Hilfebedarf und benötigen dementsprechend eine intensivere, oftmals tägliche Betreuung in der dafür vorgesehenen Wohngemeinschaft. Hinzu kommt die Möglichkeit einer 24-Stunden Rufbereitschaft (ZfP Südwürttemberg 2021c). Der aktuelle Hilfebedarf von Bewohner*innen betreuter Wohnformen wird durch den zuständigen Leistungsträger eingeschätzt und als Hilfebedarfsgruppe (HBG) abgebildet (Ratz et al. 2012).
Für die Studie konnten Interviewpartner*innen aus dem ambulant und stationär betreuten Wohnen des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg, Friedrichshafen und Wangen, der BruderhausDiakonie in den Landkreisen Ravensburg und Bodensee, des Arkade e.V. Gemeindepsychiatrie in Ravensburg und des Pauline 13 e.V. in Friedrichshafen, Überlingen und Bermatingen erreicht werden. Darüber hinaus konnten Interviews mit chronisch psychisch kranken Bewohner*innen, die neben der intensiven Betreuung im Alltag noch einen Pflegebedarf aufwiesen, aus einem Psychiatrischen Fachpflegeheim des ZfP Südwürttemberg geführt werden.

Rekrutierung im klinischen Bereich

Das behandelnde Team auf der jeweiligen Station wurde im Rahmen einer Teambesprechung über die Studie informiert. Im wöchentlichen Rhythmus konnte ein Termin mit der jeweiligen Stationsleitung vereinbart werden, zu dem die mögliche Teilnahme von geeigneten Proband*innen, gemäß den oben angeführten Einschlusskriterien, besprochen

wurde. In Absprache mit den zuständigen Ärzt*innen wurden die potentiellen Patient*innen auf Station um einen Termin gebeten, an dem die Studie anhand des Aufklärungsbogens erläutert und Fragen zum Projekt geklärt werden konnten. Wenn sich die/der Patient*in für eine Teilnahme entschlossen hatte, wurde ein Interviewtermin vereinbart. Die Befragung erfolgte nur, wenn die Patient*innen einwilligungsfähig waren und ihre schriftliche Einwilligung auf dem Formular gegeben hatten. Es wurde auch die Möglichkeit gegeben, das Interview zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzuführen. Alle Interviews konnten in einem geeigneten Raum auf einer Station geführt werden.

Rekrutierung im psychiatrischen Wohnbereich

Für die Rekrutierung im psychiatrischen Wohnbereich von März bis Juli 2019 wurde in einem ersten Schritt die ärztliche Leitung des Bereichs Wohnen Ravensburg-Bodensee des ZfP Südwürttemberg über das Studienvorhaben informiert, so dass nach gemeinsamer Absprache die Ansprechpartner*innen der einzelnen Wohnformen des ZfP Südwürttemberg kontaktiert werden konnten. Im Rahmen einer Sitzung der Teamleitungen der verschiedenen ambulant und stationär betreuten Wohngruppen, bei der gleichzeitig die Leitung für die Eingliederungshilfe im Wohnen des ZfP zugegen war, stellte die Doktorandin das Forschungsprojekt vor und vereinbarte mit den Teamleitungen einen Termin, um das Forschungsvorhaben in den einzelnen Teams vor Ort vorzustellen. Gleichlaufend wurden die Wohnbereichsleitungen der anderen Träger telefonisch kontaktiert, um die Studie zeitnah auch den anderen Teams des betreuten Wohnens näher zu bringen. Im Januar und Februar 2019 konnten weitestgehend alle Teams der verschiedenen Wohnformen und der unterschiedlichen Träger in einem persönlichen Gespräch über das Projekt informiert werden. Die Doktorandin bereitete für die Sitzungen ein Informationsblatt für die Mitarbeiter*innen vor, auf dem die Eckdaten der Studie festgehalten wurden. Dazu gehörten Angaben zum Vorhaben, zur Zielsetzung und zu den Einschlusskriterien der Studie sowie Kontaktdaten der Doktorandin (Anhang Material und Methoden). Für die Bewohner*innen wurde ein Faltblatt mit allen notwendigen Informationen zur Studie in einfacher Sprache zur Verfügung gestellt (Anhang Material und Methoden).

Sowohl in den ambulant als auch stationär betreuten Wohnformen ist jede*r Bewohner*in einer sozialpädagogischen oder psychologischen Bezugsbetreuerin oder einem Bezugsbetreuer zugeordnet, die die Einwilligungsfähigkeit der Bewohner*innen als Voraussetzung für die Teilnahme der vorliegenden Studie feststellten. Zusätzlich erfolgte die Überprüfung der Einschlusskriterien durch die im Wohnbereich zuständige Wohnleitung. Darüber hinaus informierten diese die Bewohner*innen über die Untersuchung. Bei Interesse erfolgte mit Unterstützung der Bezugsbetreuer*innen die direkte Kontaktaufnahme der Doktorandin. Nach einem gemeinsamen Gespräch, in dem Fragen von Seiten der Bewohner*innen zur Studie geklärt werden konnten, konnte sich die/der Bewohner*in für oder gegen eine Teilnahme entscheiden.

Im Psychiatrischen Fachpflegeheim wurde ähnlich vorgegangen. Nach einem Gespräch mit den Wohngruppenleitungen wurden die Teams vor Ort kontaktiert und über das Projekt informiert. Die Bezugsbetreuer*innen stellten den Kontakt zwischen der Doktorandin und den Bewohner*innen her, wenn sich diese für ein erstes Informationsgespräch entschieden hatten.

Die Interviews wurden in der jeweiligen Wohneinrichtung und nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung der Bewohner*innen geführt, die für die Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro erhielten.

Datenerhebung im klinischen Bereich und im betreuten Wohnen

Soziodemografische und klinische Daten der stationär behandelten Patient*innen wurden dem Krankenhausinformationssystem (KIS) entnommen und bei den Bewohner*innen ausschließlich im Interview erfragt. Dazu gehören folgende Variablen:

- Geschlecht,
- Alter,
- Familienstand,
- soziale Lebenssituation (ob von befragten Patient*innen eine betreute Wohnform außerhalb der Klinik zum Interviewzeitpunkt in Anspruch genommen wurde, bei Bewohner*innen stand diese Variable fest),
- abgeschlossene Berufsausbildung,
- Migrationshintergrund,
- Deutsch als Muttersprache,
- Anzahl stationärer Voraufenthalte,
- Diagnose und die Angaben zu Zwangsmaßnahmen.

Folgende Angaben wurden sowohl bei den Bewohner*innen als auch bei den stationär behandelten Patient*innen im Interview als Selbstauskunft erhoben:

- berufliche Tätigkeit,
- hauptsächlicher Lebensunterhalt,
- ob eine gesetzliche Betreuung zum Interviewzeitpunkt vorlag.

In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich für die Gruppe der Patient*innen dem KIS entnommen, ob mindestens eine Zwangsmedikation oder freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme in einem vergangenen oder im aktuellen Klinikaufenthalt erlebt wurde. Unabhängig davon wurden die studienteilnehmenden Patient*innen gefragt, ob sie eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten. Diese Angabe wurde als subjektiv erlebte Zwangsmedikation oder Zwangsmaßnahme erfasst und mit den aus dem KIS entnommenen Daten verglichen. Auf diese Weise konnte festgestellt werden, ob die Angabe der Befragten im Einklang mit der Dokumentation der Klinik stand (siehe hierzu die Ergebnisse im Kapitel 3).

Mit den Patient*innen auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen wurde nach Möglichkeit außerdem die Coercion Experience Scale (CES) ausgefüllt, um die erfahrene freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme subjektiv hinsichtlich des Eingriffs in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte zu bewerten (Ergebnisse Kapitel 3).

Aus datenschutzrechtlichen wie organisatorischen Gründen standen für den Wohnbereich die Bewohner*innenakten nicht zur Auswertung zur Verfügung. Deshalb wurden die Angaben zu Anzahl und dem Erleben von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen oder einer Zwangsmedikation ausschließlich von stationär behandelten Patient*innen erhoben. Bei den Betreuer*innen wurde abgefragt, in welche Hilfebedarfsgruppe die Befragten aus dem psychiatrischen Wohnbereich zum Interviewzeitpunkt einzuordnen waren.

Die Daten zu den in dieser Studie angewendeten Fragebögen wurden in Form eines einmaligen Interviews erhoben. Die Angaben bezogen sich überwiegend auf den aktuellen Aufenthalt bzw. Indexaufenthalt (außer aAES frühere Aufenthalte) und wurden im ersten Teil des Interviews von den teilnehmenden Patient*innen und Bewohner*innen beantwortet. Der zweite Teil des Interviews enthielt die Erfassung der psychopathologischen Symptomatik der Befragten durch die Doktorandin sowohl im klinischen Setting als auch im Wohnbereich (BPRS-24, Anhang Material und Methoden). Zusätzlich fanden Angaben der zuständigen Psycholog*innen im stationären Rahmen Anwendung.

2.2 Statistische Methoden

Die soziodemografischen und klinischen Daten aus dem KIS und die im Interview erhobenen Daten wurden in pseudonymisierter Form in eine Excel-Tabelle übertragen. Die statistische Auswertung erfolgte mit der Software IBM SPSS Statistics Version 25 (IBM Corp. 2017) und der nicht proprietären Statistiksoftware R Version 4.1.0 (Mai 2021).
Auf die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen wurde in der Datenauswertung der vorliegenden Arbeit verzichtet, weil beide Betreuungsformen in den einzelnen Wohngemeinschaften parallel vorkamen und auf diese Weise kaum voneinander zu trennen waren. Des Weiteren waren die mit der Wohnform verknüpften Hilfebedarfsgruppen, welche die spezifischen Hilfebedarfe der Bewohner*innen abbilden sollten, in den beiden Landkreisen, in denen die Erhebungen stattgefunden hatten, nicht deckungsgleich und konnten somit nicht für einen Vergleich herangezogen werden.
In den nächsten Abschnitten werden die Auswertungsschritte, die verwendeten Tests und deren Voraussetzungen sowie die Auswertung der Skalen näher erläutert.

Durchführung der statistischen Datenanalyse

Für einen ersten Überblick erfolgte zunächst die deskriptive Beschreibung von soziodemografischen Merkmalen der Gesamtstichprobe von Patient*innen und Bewohner*innen und deren Darstellung in einer Häufigkeitstabelle.
Soziodemografische Merkmale, die Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit (FKE-10), die Einstellung zur Erkrankung (DAI-10) und die psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) sollten neben dem Aufenthaltsstatus (Patient*innen mit Unterbringungsstatus oder freiwilligem Aufenthaltsstatus, betreutes Wohnen) und der Variable „mindestens eine erlebte formelle Zwangsmaßnahme“ (im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert oder subjektiv angegeben) als mögliche Einflussfaktoren bzw. Kontrollvariablen auf das subjektive Zwangsempfinden bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES Indexaufenthalt) überprüft werden. Deshalb wurde in einem ersten Schritt erst einmal untersucht, ob sich signifikante Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und der Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10) und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) zwischen den drei Untersuchungsgruppen zeigten. Die Voraussetzungen für die jeweiligen statistischen Tests wurden überprüft. Die teststatistischen Angaben wurden mit den signifikanten Ergebnissen in Tabellen (Fallzahl N, Mittelwert MW, Standardabweichung SD, Ergebnis parametrischer Test) dargestellt. Für nähere Erläuterungen zu den Voraussetzungen und der Anwendung statistischer Tests wird auf das nächste Unterkapitel verwiesen.
Zur Beantwortung der ersten Hauptfragestellung der vergleichenden Analyse des Zwangs in der medikamentösen Behandlung (aAES Indexaufenthalt) wurde getestet, ob sich die Untersuchungsgruppen der stationär freiwillig, stationär untergebrachten Patient*innen und der Bewohner*innen des betreuten Wohnens in ihrem Erleben von Zwang unterschieden. Zur Überprüfung, ob die aAES das Erleben von Zwang der Befragten zuverlässig erfassen konnte, wurde zusätzlich die visuelle Analogskala VAS_Medikation „„Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, dass Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während des Aufenthaltes erfahren haben?“ (Wohnbereich: „… während Ihrer Zeit in der jetzigen betreuten Wohnform erfahren haben?“) erhoben. Diese Skala konnte einen Gesamtwert zwischen 0 (keinen Zwang) und 10 (extremer Zwang) annehmen und wurde auf teststatistisch signifikante Gruppenunterschiede überprüft. In gleicher Weise wurde die VAS_Aufenthalt „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß an Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“ (Wohnbereich:“ „…, dem Sie durch die Betreuung in der jetzigen Wohnform unterworfen wurden?“) analysiert, um gesondert die Bedeutung des Aufenthaltsstatus für den empfundenen Zwang der Befragten in einem

Gesamtwert darstellen zu können. Die Voraussetzungen für die Anwendung der gewählten statistischen Verfahren wurden geprüft. Darüber hinaus wurde das Item 16 „Was für Gefühle erzeugte es Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der aAES ausgewertet und untersucht, ob es Unterschiede zwischen den drei Gruppen gab und inwieweit sich Proband*innen mit positiven oder negativen Gefühlen bei der Einnahme der Medikation im Ausmaß des Erlebens von Zwang (aAES) unterschieden. Nähere Ausführungen zum Item 16 der aAES finden sich im Unterkapitel zur Auswertung der verwendeten Skalen. Die signifikanten statistischen Ergebnisse wurden in Tabellen dargestellt.
Bei den befragten Bewohner*innen des betreuten Wohnens war die Erhebung von stationären Aufenthalten und formellen Zwangsmaßnahmen aufgrund des fehlenden Zugriffs auf das Dokumentationssystem nicht valide möglich. Darum konnte ausschließlich für die Gruppe der stationär behandelten Patient*innen analysiert werden, ob sich das subjektive Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme von befragten Patient*innen zwischen dem Indexaufenthalt und vergangenen stationären Aufenthalten (aAES frühere Aufenthalte) veränderte und ob die Differenz der Summenwerte beider Skalen einer Normalverteilung entsprach. Ist das nicht der Fall gewesen, unterschieden sich die befragten Patient*innen in der Veränderung ihres Zwangserlebens zwischen beiden Zeitpunkten stärker voneinander. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Häufigkeiten der Datenverteilungen wurden Abbildungen verwendet. Zudem wurde das Items 16 der aAES, mit dem die empfundenen Gefühle bei der Medikamenteneinnahme der befragten Patient*innen, die mindestens einen früheren Aufenthalt erlebt hatten, für den Indexaufenthalt als auch frühere Aufenthalte ausgewertet.
Aufgrund der fehlenden Informationen aus dem betreuten Wohnbereich wurde ausschließlich bei den befragten Patient*innen erfasst, ob diese mindestens eine im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentierte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme (ZM, Isolierung oder Fixierung) oder Zwangsmedikation im Indexaufenthalt und/oder lifetime (in einem vergangenen stationären Aufenthalt) erfahren hatten. Es wurde in diesem Zusammenhang getestet, ob sich Patient*innen durch die Erfahrung einer formellen Zwangsmaßnahme in ihrem subjektiven Erleben von Zwang in der medikamentösen Behandlung von den Befragten ohne erfahrene Zwangsmaßnahme unterschieden. Es wurde ebenfalls überprüft, ob sich stationär freiwillige Patient*innen in ihrem Zwangserleben von Patient*innen mit Unterbringungsstatus unterschieden. Darüber hinaus wurde eine subjektiv, nicht verifizierte mechanische Zwangsmaßnahme und/oder Zwangsmedikation in einem stationären Aufenthalt (lifetime) erhoben. Hierbei wurden die Patient*innen konkret gefragt „Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben eine Isolierung, Fixierung oder Zwangsmedikation erlebt?“. Diese Angaben wurden mit der Dokumentation des KIS verglichen. Darüber hinaus wurde getestet, ob sich untergebrachte Patient*innen hinsichtlich der Angabe, ob sie subjektiv eine ZM erfahren hatten, signifikant von Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus unterschieden.
Als letzter Punkt zum Erleben von ZM der Patient*innen wurde die Coercion Experience Scale (CES), mit der die erlebte Belastung und Einschränkung der Menschenrechte durch eine erfahrene freiheitsbeschränkende ZM (lifetime) erhoben wurde, ausgewertet. Hierfür wurden Summenwerte der zwei visuellen Analogskalen zur Erinnerung der Zwangsmaßnahme (CES_1) und Belastung insgesamt durch die Zwangsmaßnahme (CES_2), der sechs Subskalen Demütigung, körperliche Effekte, Kontaktbeschränkung, negative Umwelteinflüsse, Furcht und Zwang, sowie ein CES-Gesamtsummenwert berechnet. Danach konnte getestet werden, ob sich die Gruppe der Patient*innen mit dokumentierter Isolierung oder Fixierung von den Patient*innen ohne diese Dokumentation bzw. Erfahrung unterschied.

Die Variable „mindestens eine formelle Zwangsmaßnahme“, die entweder im KIS dokumentiert oder subjektiv erlebt und im Interview angegeben worden war, wurde als möglicher Prädiktor für das subjektive Empfinden von Zwang (aAES Indexaufenthalt) untersucht (siehe nächster Abschnitt).
Nach den Auswertungen zu Gruppenunterschieden – vor allem hinsichtlich der verwendeten Skalen - und erlebten formellen Zwangsmaßnahmen der Patient*innen wurden zur Beantwortung der zweiten Hauptfragestellung Einflussfaktoren auf den wahrgenommenen Zwang in der medikamentösen Behandlung der befragten Proband*innen herausgestellt. Aufgrund der fehlenden Angaben zu formellen Zwangsmaßnahmen bei der Gruppe der Bewohner*innen des betreuten Wohnens konnte ein integrierendes Gesamtmodell zur Prädiktion des subjektiven Zwangserlebens bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation ohne Gerichtsbeschluss im Indexaufenthalt (aAES) nicht berechnet werden. Deshalb wurden sowohl die Berechnungen zu bivariaten Zusammenhängen von soziodemografischen Merkmalen und den verwendeten Skalen mit dem Outcome des subjektiven Erlebens von Zwang als auch das Regressionsverfahren getrennt für die Gesamtstichprobe (mit Bewohner*innen) und die Gruppe der Patient*innen durchgeführt. Signifikante Prädiktoren wurden in das jeweilige Regressionsmodell eingeschlossen. Vorab wurde eine Matrix der Interkorrelationen der Prädiktoren für beide Stichproben aufgestellt. Hierbei wurde hinsichtlich möglicher Multikollinearität auf die Stärke der Zusammenhänge geachtet und ob die Prädiktoren positiv oder negativ miteinander korrelierten. Weitere Voraussetzungen für die beiden Prädiktionsmodelle wurden überprüft.

Verwendete statistische Tests und ihre Voraussetzungen

In Bezug auf die Bestimmung von signifikanten Unterschieden bei Häufigkeiten von kategorialen Variablen wurde der Chi-Quadrat-Test (Chi^2) von Pearson eingesetzt. Wenn mindestens eine Zelle eine erwartete Häufigkeit unter 5 aufwies, kam der exakte Test nach Fisher (exakte Chi-Quadrat-Test) als Signifikanztest zum Einsatz, welcher keine Anforderungen an den Stichprobenumfang stellt (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021). Dies war beispielsweise bei der Testung auf signifikante Gruppenhäufigkeiten in Bezug auf die berufliche Tätigkeit oder dem hauptsächlichen Lebensunterhalt der Fall.
Für eine vergleichende Analyse der Mittelwerte zwischen zwei unabhängigen Stichproben wurde der t-Test verwendet, z.B. beim Vergleich des subjektiv erlebten Zwangs zwischen stationär untergebrachten Patient*innen mit und ohne dokumentierter Zwangsmedikation im Indexaufenthalt. Bei drei zu untersuchenden Gruppen wurde die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) eingesetzt. Die ANOVA fand vor allem bei der Untersuchung von Unterschieden zwischen stationär freiwilligen, stationär unterbrachten Patient*innen und Bewohner*innen hinsichtlich des Erlebens von Zwang (aAES, VAS_Medikation, VAS_Aufenthalt) und der anderen verwendeten Skalen (FKE-10, DAI-10 und BPRS-24) Anwendung. Das Vorliegen von normalverteilten, intervallskalierten Daten und Varianzhomogenität wird bei beiden parametrischen Tests vorausgesetzt (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021). Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test und dem Shapiro-Wilk-Test, wurde die Normalverteilung der Stichprobe(n) überprüft. Der Shapiro-Wilk-Test weist insbesondere bei kleineren Stichproben $n < 20$ eine hohe Teststärke auf (Shapiro und Wilk 1965). Deshalb wurde das Ergebnis des Shapiro-Wilk-Tests bei Nichtübereinstimmung der Testergebnisse als entscheidendes Kriterium herangezogen. Gemäß den Ergebnissen verschiedener Studien hat sich gezeigt, dass sowohl der t-Test (für unabhängige Stichproben) (Kühnel u. Krebs 2014, Wilcox 2012) als auch die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) (Blanca et al. 2017, Schmider et al. 2010) robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilungsannahme sind. Aus diesem Grund wurden sowohl nichtparametrische als auch parametrische Tests (siehe nächster Abschnitt) berechnet und entweder im Fließtext im Kapitel Ergebnisse oder im Anhang angegeben. Neben den Tests auf Normalverteilung wurde für

den t-Test sowie für Varianzanalysen der Levene-Test zur Überprüfung von Varianzhomogenität eingesetzt.
Beim Mann-Whitney-U-Test (Wilcoxon Rangsummen-Test) als nichtparametrisches Pendant zum t-Test wurden die Gruppenmediane mit aufgeführt. Darüber hinaus wurden ab einer Gesamtgruppengröße beider Stichproben > 30 die asymptotische Signifikanz mit z-Wert und einer Gruppengröße beider Stichproben < 30 der U-Wert mit exakter Signifikanz angegeben. Der Kruskal-Wallis-Test fand als nichtparametrisches Äquivalent Anwendung, wenn die Voraussetzungen für die ANOVA nicht erfüllt waren (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021).
Bei signifikanten Ergebnissen wurden je nach Skalenniveau der Variablen folgende Effektstärken angegeben: Cramer's V wurde bei nominalskalierten Variablen verwendet, z.B. bei der Berechnung von Unterschieden zwischen stationär freiwilligen und stationär untergebrachten Patient*innen hinsichtlich dokumentierter Zwangsmaßnahmen. Cohen's d kam zur Bestimmung der Stärke eines Effektes zwischen zwei Gruppen mit unterschiedlichen Gruppengrößen zum Einsatz. Dies traf insbesondere in Bezug auf das Erleben von formellen Zwangsmaßnahmen zu. Die Effektstärke f von Cohen wurde im Zusammenhang mit der ANOVA angegeben. Zusätzlich wurde bei den für die Hauptfragestellung relevanten Skalen aAES Indexaufenthalt und VAS_Aufenthalt das partielle Eta-Quadrat (entspricht bei der einfaktoriellen ANOVA dem Eta-Quadrat/Eta^2) zur Bestimmung der Varianzaufklärung, also der Streuung der abhängigen Variable des Erlebens von Zwang durch den Aufenthaltsstatus berechnet. Zur Interpretation wurde das partielle Eta-Quadrat mit 100 multipliziert. Für die Regressionsanalyse wurde der Effektstärkeindex f² (Benninghaus 2007, Cohen 1977, Cohen 1992) berechnet.
Zur Beurteilung der Größe der Effektstärke wurden folgende Einteilungen von J. Cohen (1977, 1992) eingesetzt:

- d = |.20| schwacher, d = |.50| mittlerer und d = |.80| starker Effekt; Wertebereich zwischen – unendlich (∞) und + ∞.
- r (von Pearson und Spearmans Rho) = |.10| schwacher, r = |.30| mittlerer und r = |.50| starker Effekt; Wertebereich zwischen –1 für einen maximal negativen Effekt, 0 für keinen Effekt und 1 als maximal positiven Effekt. Dieselbe Einteilung gilt für Cramer's V, wobei der Wertebereich für V zwischen 0 und 1 (max.) liegt.
- f = .10 schwacher, f = .25 mittlerer und f = .40 starker Effekt; Wertebereich zwischen 0 und ∞.
- f^2 .02 schwacher, .15 mittlerer und .35 starker Effekt; Wertebereich zwischen 0 und ∞.

Bei Patient*innen, die mindestens einen im KIS dokumentierten früheren Aufenthalt aufwiesen, wurde analysiert, ob sich das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme zwischen aAES Indexaufenthalt und aAES frühere Aufenthalte veränderte. Hierfür wurde der t-Test für abhängige Stichproben und zur Kontrolle der nichtparametrische Wilcoxon-Vorzeichenrangtest bei verbundenen Stichproben eingesetzt. Beim t-Test wurde neben den teststatistischen Angaben des t-Wertes und des dazugehörigen Signifikanz-Werts der Zusammenhang zwischen beiden Messzeitpunkten mit dem Korrelationswert r von Pearson bestimmt und angegeben (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021).
Es wurden bivariate Korrelationen zwischen der abhängigen Variable des subjektiven Zwangserlebens bei der Medikamenteneinnahme (aAES) und den soziodemografischen Merkmalen der Proband*innen sowie den verwendeten Skalen berechnet. Abhängig vom jeweiligen Skalenniveau der Variablen wurden der Korrelationskoeffizient von Spearman bei ordinal skalierten (Rangkorrelation, Spearmans Rho) oder von Pearson bei intervallskalierten Variablen berechnet. Der Korrelationskoeffizient von Pearson erfordert zudem normalverteilte Daten. Da normalverteilte Daten nicht immer für alle Variablen vorlagen,

fand der Spearman-Rangkorrelationskoeffizient auch bei intervallskalierten Daten Anwendung (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021). Die Variablen, die eine signifikante Korrelation mit der aAES Indexaufenthalt aufwiesen, wurden als Prädiktoren in das Regressionsmodell eingeschlossen (siehe nächster Abschnitt).
Die vorliegende Studie basiert auf den theoretischen Annahmen der Vorgängerstudie und erweitert die empirischen Ergebnisse. Deshalb wurden die zwei abschließenden multiplen Regressionen für die Stichprobe der stationär behandelten Patient*innen und der Gesamtstichprobe, welche Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens mit einschließt, mit der Methode des Einschlusses (ENTER) berechnet. Vorab wurde eine Matrix der Interkorrelationen der Prädiktoren für beide Stichproben aufgestellt. Ab einem Spearman-Korrelationskoeffizienten von .50 bzw. -.50 wurde von einem starken Zusammenhang ausgegangen, was auf mögliche Multikollinearität hinwies.
Vor der Durchführung der Regressionsanalysen wurden folgende Voraussetzungen überprüft (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021):

- Es wurde mittels Streudiagramm-Matrix von Outcome und Prädiktoren sowie partieller Regressionsdiagramme die Linearität des Zusammenhangs überprüft.
- Die Voraussetzung von Homoskedastizität wurde durch visuelle Überprüfung eines Streudiagramms der standardisierten geschätzten Werte und standardisierten Fehlerwerte kontrolliert, so dass die Varianz der Prädiktoren über die drei Untersuchungsgruppen hinweg als gleich eingeschätzt werden konnte. Bei Heteroskedastizität würde die Gefahr von verzerrten Standardfehlern und somit Schätzwerten der Regressionskoeffizienten bestehen.
- Bei Autokorrelation der Fehlerterme werden die Standardfehler entweder über- oder unterschätzt und eine korrekte Bestimmung von Koeffizienten ist nicht mehr möglich. Deshalb wurde der Durbin-Watson-Test zur Überprüfung von Autokorrelation der Fehlerwerte (Werte von 2 weisen auf unabhängige Fehlerwerte hin) angewendet.
- Zur Überprüfung möglicher Multikollinearität der Prädiktoren wurden Toleranzwerte berechnet. Der Toleranzwert eines Prädiktors sollte nicht kleiner als 0.10 sein, um zu gewährleisten, dass die in die Regressionsmodelle eingeschlossenen unabhängigen Variablen nicht zu stark miteinander korrelierten (Schwarz u. Bruderer Enzler 2021).

Der p-Wert als Signifikanzwert wurde in der üblichen Schreibweise .05, .01 oder .001 angegeben. In den Tabellen finden sich hierzu folgende Kennzeichnungen: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.
Alle Berechnungen zu Voraussetzungen der jeweiligen Tests und die nicht signifikanten Ergebnisse sind vorzugsweise im Anhang Ergebnisse aufgeführt. Es wurden ausschließlich zweiseitige Signifikanztests berechnet, d.h., es wurde auf mögliche Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen unabhängig von der Richtung getestet. Deshalb kamen z.B. bei signifikanten Mittelwertunterschieden zwischen den drei Untersuchungsgruppen Post-Hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur zum Einsatz.

Auswertung der verwendeten Skalen
Es wurden die jeweiligen Gruppensummenwerte der verwendeten Skalen berechnet, die Daten auf Normalverteilung überprüft und einer vergleichenden Analyse zwischen den drei Untersuchungsgruppen unterzogen.
Die aAES wurde mit Ausnahme des Items 16 als Gesamtskala ausgewertet. Das Item 16 der aAES beinhaltet die Frage „Was für Gefühle erzeugte es Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ und bietet die Möglichkeit, spezifische Gefühle, die mit der Einnahme von

antipsychotischer Medikation ohne Gerichtsbeschluss verbunden sein können, zu erheben. Die Gruppierung der vier negativen Items a) wütend, b) traurig, e) verwirrt und f) erschrocken und zwei positiven Items c) erfreut und d) erleichtert erfolgte wie in der Vorgängerstudie von Horvath (2017). Das Item ist nicht mit in die Berechnung des jeweiligen aAES-Gesamtsummenwertes eingegangen, da die einzelnen Gefühle bzw. Items nicht eindeutig einem höheren oder weniger hohen Ausmaß an subjektivem Zwang zugewiesen werden konnten. Stattdessen wurde zur Auswertung des Items 16 der aAES folgende Dichotomisierung vorgenommen: Bei den negativen Gefühlen wurde zwischen „mindestens ein unangenehmes Gefühl“ vs. „kein unangenehmes Gefühl“ und im Zusammenhang mit positiven Empfindungen zwischen „mindestens ein angenehmes Gefühl“ vs. „kein angenehmes Gefühl“ unterschieden. Auf diese Weise ist es möglich gewesen, zwischen den Gruppen zu unterscheiden und diese im Hinblick auf das subjektive Zwangsempfinden bei der Medikamenteneinnahme (aAES) zu untersuchen. Das Item sieben (g) „keine besonderen Gefühle“ wurde in der dichotomen Form „trifft zu“ vs. „trifft nicht zu“ ausgewertet.
Die beiden ersten Items der CES in Form von visuellen Analogskalen (von 0 bis max. 100) wurden deskriptiv für die jeweilige Gruppe mit und ohne dokumentierter Zwangsmaßnahme ausgewertet. Aus den von den Befragten bewerteten 29 Items der CES (5 Punkt Likert-Skalen) wurden Summenscores der Subskalen Demütigung, negative physische Auswirkungen, Separation, negative Umgebung, Angst und Zwang sowie ein CES-Gesamtsummenscore gebildet. Die Summenwerte der visuellen Analogskalen, der sechs Subskalen und des CES-Gesamtsummenscores wurden auf mögliche Gruppenunterschiede von Patient*innen mit und ohne dokumentierter Zwangsmaßnahme überprüft.

Umgang mit fehlenden Werten

Bei den verwendeten Skalen aAES Indexaufenthalt und frühere Aufenthalte, FKE-10, DAI-10 und BPRS-24 wurden bis zu 30 % der fehlenden Werte pro Skala imputiert. Hierfür wurde der Durchschnitt der erhobenen Items eines Datensatzes pro Skala berechnet und für das fehlende Item oder die jeweiligen fehlenden Werte eingesetzt.
Es wurden Sensitivitätsanalysen, die Berechnung der Ergebnisse zu den beiden Hauptfragestellungen ohne imputierte Daten, durchgeführt. Dazu gehörten u.a. die Berechnung der ANOVA in Bezug auf den wahrgenommenen Zwang (aAES) und die Regressionsanalysen für die Stichprobe der Patient*innen und die Gesamtstichprobe. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse von vollständigen und nicht vollständigen Datensätzen der Skalen aAES Indexaufenthalt, FKE-10, DAI-10 und der beiden visuellen Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt miteinander verglichen und auf Unterschiede überprüft.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019 konnten insgesamt 139 Befragte wie folgt erreicht werden: 55 sich stationär in freiwilliger Behandlung befindende Patient*innen, 36 stationär untergebrachte Patient*innen und 48 Bewohner*innen aus dem psychiatrischen Wohnbereich. 56 Befragte waren weiblich (40,3 %). Im Durchschnitt waren die Proband*innen zum Interviewzeitpunkt 44,1 Jahre alt (N= 139; SD 14,2).
Die Mehrheit der Befragten war ledig (71,9 %), hatte keinen Migrationshintergrund (77,0 %) und wies mehr als fünf stationäre psychiatrische Voraufenthalte (47,5 %) auf. Weitere soziodemografische Merkmale können der Tabelle 2 entnommen werden.

Tab. 2: Soziodemografische Merkmale zum Interviewzeitpunkt von Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie aus dem betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl. [1]Gesamtstichprobe von 139 Befragten. Nach Hirsch et al. 2021.

Soziodemografisches Merkmal	N (%)[1]
Familienstand	
ledig	100 (71,9)
Verheiratet/ Lebenspartnerschaft	15 (10,8)
Verwitwet/ geschieden	23 (16,6)
unbekannt	1 (0,7)
Migrationshintergrund	
ja	29 (20,9)
nein	107 (77,0)
unbekannt	3 (2,2)
Deutsch als Muttersprache	
ja	122 (87,8)
nein	12 (8,6)
unbekannt	5 (3,6)
Soziale Lebens- und Wohnsituation	
Nicht betreute Wohnform	61 (43,9)
Betreute Wohnform	69 (49,6)
Wohnungslosigkeit	5 (3,6)
unbekannt	4 (2,9)
Abgeschlossene Berufsausbildung	
ja	79 (56,8)
nein	51 (36,7)
unbekannt	9 (6,5)
Anzahl stationärer Voraufenthalte	
Kein Voraufenthalt	1 (0,7)

Fortsetzung auf S. 26

Ein Voraufenthalt	10 (7,2)
2 bis 5 Voraufenthalte	47 (33,8)
Mehr als 5 Voraufenthalte	66 (47,5)
unbekannt	15 (10,8)
Psychiatrische Hauptdiagnose gemäß ICD-10	
F20	111 (79,9)
F25	15 (10,8)
F31	13 (9,4)

3.2 Überprüfung von Gruppenunterschieden

Als nächstes wurde überprüft, ob sich die drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, ihrer Krankheitseinsicht (FKE-10), Einstellung zur Medikation (DAI-10) und psychopathologischen Symptomatik (BPRS-24) unterschieden. Diese Variablen wurden erhoben, um sie als mögliche Einflussfaktoren auf den wahrgenommenen Zwang in der medikamentösen Behandlung der Befragten (aAES) zu testen (siehe hierzu Kapitel 3.5 Prädiktoren und Regressionsmodelle).

Die Bewohner*innen waren durchschnittlich 53,7 Jahre alt (N= 48; SD 11,2) und damit im Vergleich zu den befragten Patient*innen über eine Dekade älter. Dieser Unterschied stellte sich als statistisch signifikant heraus ($F(2,136)= 21,73$; $p= .00$). Das durchschnittliche Alter von Patient*innen mit freiwilligen Aufenthaltsstatus lag bei 39,2 (N= 55; SD 12,6) und mit einer gerichtlichen Unterbringung bei 38,8 (N= 36; SD 13,8).

Mindestens zwei der Untersuchungsgruppen unterschieden sich statistisch signifikant hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale Migrationshintergrund, berufliche Tätigkeit, hauptsächlicher Lebensunterhalt und Anzahl vorangegangener stationärer Aufenthalte zum Interviewzeitpunkt. Die Tabelle 3 zeigt die Häufigkeiten, die Stichprobenverteilung und Ergebnisse der statistischen Tests.

Tab. 3: Gruppenunterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale zum Interviewzeitpunkt von Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie aus dem betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen. 126 Proband*innen zählten zur Kategorie unbekannt/anderes und wurden in der Berechnung nicht berücksichtigt. [2]inkl. Studierenden und Auszubildenden. Zur Kategorie unbekannt zählten [3]21, [4]3 und [6]15 Proband*innen, die nicht in die Berechnung eingeschlossen wurden. [5]Von Pearson. * p < .05, *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

	Stationär untergebrachte Patient*innen	**Stationär freiwillige Patient*innen**	**Wohnbereich**
	N (%)	N (%)	N (%)
Berufliche Tätigkeit[1]			
Erster Arbeitsmarkt[2]	10 (35,7)	18 (43,9)	0 (0)
WfbM	2 (7,1)	6 (14,6)	24 (54,5)
Arbeitslos	10 (35,7)	9 (22,0)	1 (2,3)
Rentner	6 (21,4)	8 (19,5)	19 (43,2)
Insgesamt	28 (100)	41 (100)	44 (100)
Exakter Fisher-Test	p= .00		
Hauptsächlicher Lebensunterhalt[3]			
Arbeitsentgelt	9 (31,0)	14 (33,3)	18 (38,3)
Krankengeld	3 (10,3)	5 (11,9)	0 (0)
Arbeitslosengeld	10 (34,5)	7 (16,7)	6 (12,8)
Rente	6 (20,7)	15 (35,7)	23 (48,9)
Vermögen	1 (3,4)	1 (2,4)	0 (0)
Insgesamt	29 (100)	42 (100)	47 (100)
Exakter Fisher-Test	p= .02		
Migrationshintergrund[4]			
Mit Migrations-hintergrund	10 (29,4)	15 (27,3)	4 (8,5)
Ohne Migrations-hintergrund	24 (70,6)	40 (72,7)	43 (91,5)
Insgesamt	34 (100)	55 (100)	47 (100)
Chi-Quadrat-Test[5]	$X^2(2)= 7,09$*		
Anzahl stationärer Voraufenthalte[6]			
Keine	0 (0)	1 (2,1)	0 (0)
Einer	5 (15,6)	4 (8,5)	1 (2,2)
2 bis 5	14 (43,8)	23 (48,9)	10 (22,2)
Mehr als 5	13 (40,6)	19 (40,4)	34 (75,6)
Insgesamt	32 (100)	47 (100)	45 (100)
Kruskal-Wallis-Test	$X^2(2)= 14,01$***		

Die Krankheitseinsicht (FKE-10), Einstellung zur Medikation (DAI-10) und psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) der befragten Proband*innen unterschieden sich signifikant zwischen den Gruppen. Stationär untergebrachte Patient*innen wiesen eine geringere Krankheitseinsicht, negativere Einstellung zu ihrer Medikation und eine schwerere Symptomatik als die Gruppe der stationär freiwilligen Patient*innen und die Bewohner*innen auf. Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus und Bewohner*innen unterschieden sich ausschließlich hinsichtlich der Einstellung zur Medikation, bei der die Gruppe der Bewohner*innen den positivsten Skalenmittelwert zeigte. Die statistischen Werte und Ergebnisse können der Tabelle 4 entnommen werden.

Tab. 4: Varianzanalyse der Gruppenmittelwerte der Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10) und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ANOVA = Analysis of Variance. [1]Einfaktorielle ANOVA (F-Test). * p < .05, *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

Skala	**Stationär untergebrachte Patient*innen**		**Stationär freiwillige Patient*innen**		**Wohnbereich**		**ErgebnisANOVA[1]**
	N	MW (SD)	N	MW (SD)	N	MW (SD)	
FKE-10	33	23,8 (9,7)	52	36,7 (8,7)	42	38,60 (8,1)	F(2,124)= 30,28***
DAI-10	33	-2,6 (5,0)	55	0,7 (5,4)	44	4,6 (4,7)	F(2,129)= 19,17***
BPRS-24	25	62,1 (18,0)	52	50,9 (14,9)	31	50,8 (13,6)	F(2,105)= 5,14*

Die nichtparametrischen Tests können dem Anhang Ergebnisse entnommen werden.

3.3 Vergleichende Analyse des Erlebens von Zwang

Zur Beantwortung der ersten Hauptfragestellung wurde überprüft, ob und inwieweit sich die drei Untersuchungsgruppen in ihrem empfundenen Zwang bei der Medikamenteneinnahme (aAES) statistisch signifikant voneinander unterschieden.
Mindestens zwei der drei Untersuchungsgruppen unterschieden sich in ihrem Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme ($F(2,134)= 19,50$; $p < .001$). Die Gruppe der stationär untergebrachten Patient*innen wies im Vergleich zu den Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus ein durchschnittlich fast doppelt so hohes subjektives Zwangsempfinden auf (aAES MW 11,5 vs. 6,5). Der Unterschied zu den Patient*innen mit Unterbringungsstatus fiel noch größer aus, wenn die Gruppe der Bewohner*innen herangezogen wurde (aAES MW 5,1). Die Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur bestätigten, dass sich

die Mittelwertunterschiede in Bezug auf das Erleben von Zwang zwischen den untergebrachten Patient*innen und den anderen beiden Untersuchungsgruppen statistisch signifikant unterschieden ($p < .05$), nicht jedoch zwischen Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus und Befragten aus dem psychiatrischen Wohnbereich.
Ein partielles Eta-Quadrat von 0.23 wies darauf hin, dass 23 % der Varianz in der Wahrnehmung von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES) durch den aktuellen Aufenthaltsstatus erklärt wurde. Mit einer Effektstärke von 0.55 konnte von einem starken Effekt ausgegangen werden. Alle Werte können der Tabelle 5 entnommen werden.

Tab. 5: Varianzanalyse der Gruppenmittelwerte der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ANOVA = Analysis of Variance, part. = partielles. ¹Einfaktorielle ANOVA (F-Test). ²Effektstärke f von Cohen. *** $p < .001$. Nach Hirsch et al. 2021.

Skala aAES Indexaufenthalt	**Stationär untergebrachte Patient*innen**		**Stationär freiwillige Patient*innen**		**Wohnbereich**	
	N	MW (SD)	N	MW (SD)	N	MW (SD)
	35	11,5 (5,2)	54	6,5 (4,9)	48	5,1 (4,2)
Ergebnis¹	F(2,134)= 19,50***					
Part. Eta-Quadrat	0.23					
Effektstärke²	0.55					

Vergleichende Analyse der drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Items 16 der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt

Die angegebenen unangenehmen Gefühle, die durch die Medikamenteneinnahme hervorgerufen wurden (Item 16 der aAES), unterschieden sich zwischen den Untersuchungsgruppen statistisch signifikant ($X^2(2)= 11,96$; $p < .01$). Die Gruppe der stationär untergebrachten Patient*innen empfand häufiger unangenehme Gefühle bei der Medikamenteneinnahme (N= 19, 52,8 %) als die beiden anderen untersuchten Gruppen. 21 Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus (38,2 %) und nur 8 (17,0 %) Bewohner*innen äußerten unangenehme Gefühle bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation. In Bezug auf „angenehme“ oder „keine besonderen Gefühle“ konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen festgestellt werden (siehe Anhang Ergebnisse).

Unangenehme, angenehme oder keine besonderen Gefühle (Item 16 aAES) und Unterschiede in der Wahrnehmung von Zwang im aktuellen Aufenthalt

Befragte, die mindestens ein unangenehmes Gefühl bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten empfanden, besaßen ein statistisch signifikant doppelt so hohes subjektives Zwangsempfinden bei der Einnahme als diejenigen, die keine unangenehmen Gefühle äußerten (aAES MW 10,5 vs. 5,4). Der Unterschied zwischen beiden genannten Gruppen war statistisch signifikant ($t(78)= -5,47$, $z= -5,07$; $p < .001$).

Ähnlich verhielt es sich zwischen den beiden Gruppen mindestens ein und kein angenehmes Gefühl, nur umgekehrt. Die Befragten, die mindestens ein angenehmes Gefühl in Bezug auf die Einnahme ihrer Medikamente äußerten, hatten ein über die Hälfte geringeres Zwangsempfinden (MW 3,5; SD 2,8) als diejenigen Proband*innen, die keine angenehmen Gefühle mit der Medikation verbanden (MW 8,1; SD 5,4). Hervorzuheben ist allerdings die Gruppengröße: Während nur 26 Befragte positive Gefühle angaben, standen dieser Gruppe 110 Befragte gegenüber, die überhaupt keine angenehmen Gefühle im Zusammenhang mit der Einnahme der antipsychotischen Medikamente angaben. Sowohl der parametrische als auch der nichtparametrische Test wies einen statistisch signifikanten Unterschied auf ($t(76)= 6,13$, $z= -4,1$; $p < .001$).
De Befragten, die beim Item g „keine besonderen Gefühle“ des Item 16 der aAES „trifft zu“ angaben, unterschieden sich nicht signifikant von den Proband*innen, die sich für „trifft nicht zu“ entschieden hatten (siehe Anhang Ergebnisse).

Visuelle Analogskalen

Zusätzlich zur Erhebung des Zwangsempfindens durch die Einschätzung auf der aAES wurden zwei visuelle Analogskalen (VAS) verwendet (Tabelle 6). Die Befragten konnten auf der VAS_Medikation einen Gesamtwert angeben, inwieweit sie sich zur Einnahme ihrer Medikation gezwungen fühlten. Hierbei konnte kein statistisch signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den drei untersuchten Gruppen gefunden werden.
Mit der VAS_Aufenthalt wurde nach dem subjektiven Ausmaß von Zwang gefragt, den die Proband*innen durch den stationären Aufenthalt bzw. die betreute Wohnform empfanden. Dieser unterschied sich zwischen mindestens zwei der drei Untersuchungsgruppen. Mittels Post-Hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur konnte bei der VAS_Aufenthalt ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen der Gruppe der Patient*innen mit Unterbringungsstatus und den beiden anderen untersuchten Gruppen festgestellt werden (Differenz MW 4,7 im Vergleich zu stationär freiwillig behandelten Patient*innen; Differenz MW 6,2 im Vergleich zu Bewohner*innen). Diese Gruppe der untergebrachten Patient*innen empfand sehr viel ausgeprägter Zwang bei der Einnahme von Medikamenten. Zwischen stationär freiwillig behandelten Patient*innen und Befragten aus dem Wohnbereich zeigte sich hingegen kein signifikanter Unterschied.
38 % der Streuung um den Gesamtmittelwert der aAES zum Indexaufenthalt der stationär behandelten Befragten und der Bewohner*innen des betreuten Wohnens wurde durch die Zugehörigkeit zur Gruppe erklärt. Der Effekt wurde als stark eingeordnet ($f = 0.78$).

Tab. 6: Varianzanalyse der Gruppenmittelwerte der visuellen Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ANOVA = Analysis of Variance, part. = patielles. ¹Einfaktorielle ANOVA (F-Test), ²Effektstärke f von Cohen. *** p < .001, n.s. = nicht signifikant.

Skalen	**Stationär untergebrachte Patient*innen**		**Stationär freiwillige Patient*innen**		**Wohnbereich**	
	N	MW (SD)	N	MW (SD)	N	MW (SD)
VAS_ Medikation	30	5,5 (4,0)	52	3,8 (3,5)	41	3,9 (3,1)
Ergebnis¹	F(2,120)= 2,73$^{n.s.}$					
VAS_ Aufenthalt	29	7,7 (2,9)	53	2,9 (3,4)	45	1,5 (2,6)
Ergebnis¹	F(2,124)= 38,09***					
Part. Eta-Quadrat	0.38					
Effektstärke²	0.78					

Die nichtparametrischen Tests können dem Anhang Ergebnisse entnommen werden.

3.4 Das Erleben von formellen Zwangsmaßnahmen von Patient*innen

Bei den stationär behandelten Patient*innen konnten stationäre Voraufenthalte und Zwangsmaßnahmen (ZM) aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) erhoben werden. Dazu gehörte die Angabe, ob mindestens eine freiheitsbeschränkende ZM wie Isolierung und Fixierung und/oder ob mindestens eine Zwangsmedikation im Indexaufenthalt oder einem vergangenen Aufenthalt (lifetime) dokumentiert worden war. Zusätzlich wurde nach subjektiv empfundenen ZM gefragt, die ausschließlich auf den Aussagen der Patient*innen im Interview beruhten.
Zuerst wurde getestet, ob sich statistisch signifikante Unterschiede im Erleben von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation der Patient*innen zwischen Indexaufenthalt und früheren Aufenthalten (summativ erfasst) erkennen ließen. Daran anschließend folgen die Auswertungen zu dokumentierten und subjektiv angegebenen ZM.

*Vergleichende Analyse des Zwangserlebens zwischen früheren Aufenthalten und Indexaufenthalt Patient*innen*

Anhand der statistischen Werte ließ sich feststellen, dass die befragten Patient*innen, beim Indexaufenthalt im Vergleich zu vergangenen stationären Aufenthalten ein durchschnittlich geringeres Zwangsempfinden bei der Einnahme von Medikamenten äußerten. Die Korrelation zwischen beiden Messzeitpunkten und die damit verbundenen Angaben zum subjektiven Zwangsempfinden war mit Pearson's r= .72 stark. Der Tabelle 7 können die statistischen Kennzahlen entnommen werden.

Tab. 7: Statistische Kennzahlen von gepaarten Stichproben der befragten stationär behandelten Patient*innen zur vergleichenden Analyse des Zwangserlebens zwischen früheren Aufenthalten (summativ erfasst) und aktuellem Aufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

	Gesamtsummenscore aAES frühere Aufenthalte	**Gesamtsummenscore aAES aktueller Aufenthalt**	**Korrelation**	**Signifikanz**
N	58	58	0.72	.000
MW	11,1	8,2		
SD	6,0	5,6		

Die Differenz der beiden durchschnittlichen Gesamtsummenwerte der Skala aAES betrug 2,9 Punkte. Der t-Test bei gepaarten Stichproben verdeutlichte, dass die Unterschiede in Bezug auf das Zwangsempfinden zwischen früheren Aufenthalten und Indexaufenthalt signifikant waren ($t(57)= -5,17$; $p < .001$). Der nichtparametrische Wilcoxon-Vorzeichenrangtest bei verbundenen Stichproben bestätigte dies ($z= -4,68$, $p < .001$).

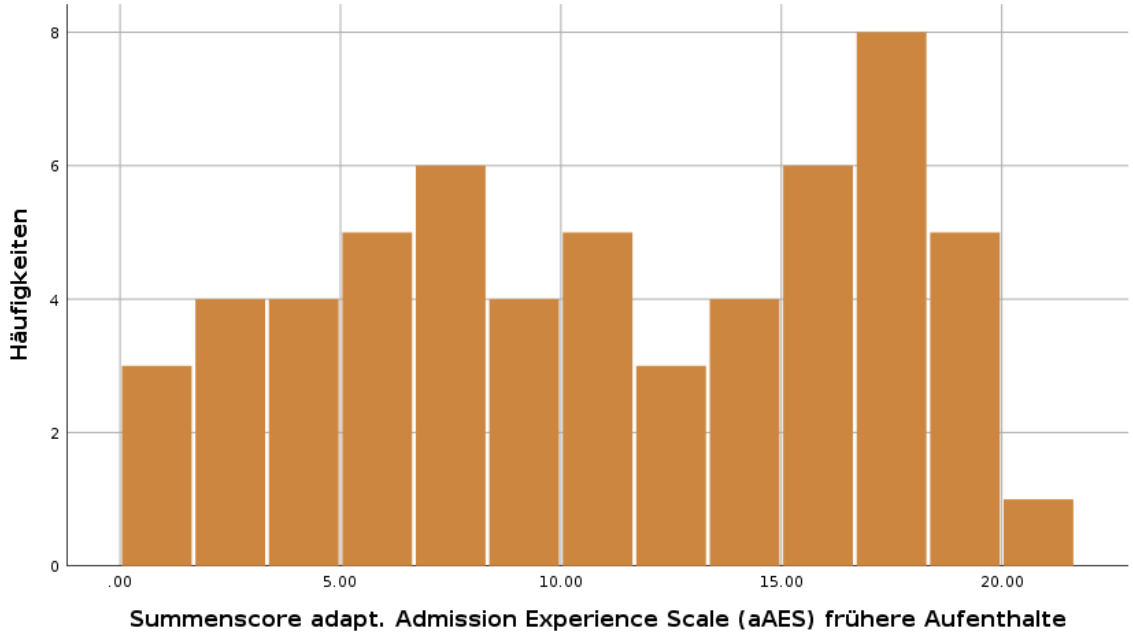

Abb. 1: Datenverteilung des Summenscores der aAES frühere Aufenthalte von Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee, erhoben im Zeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019.

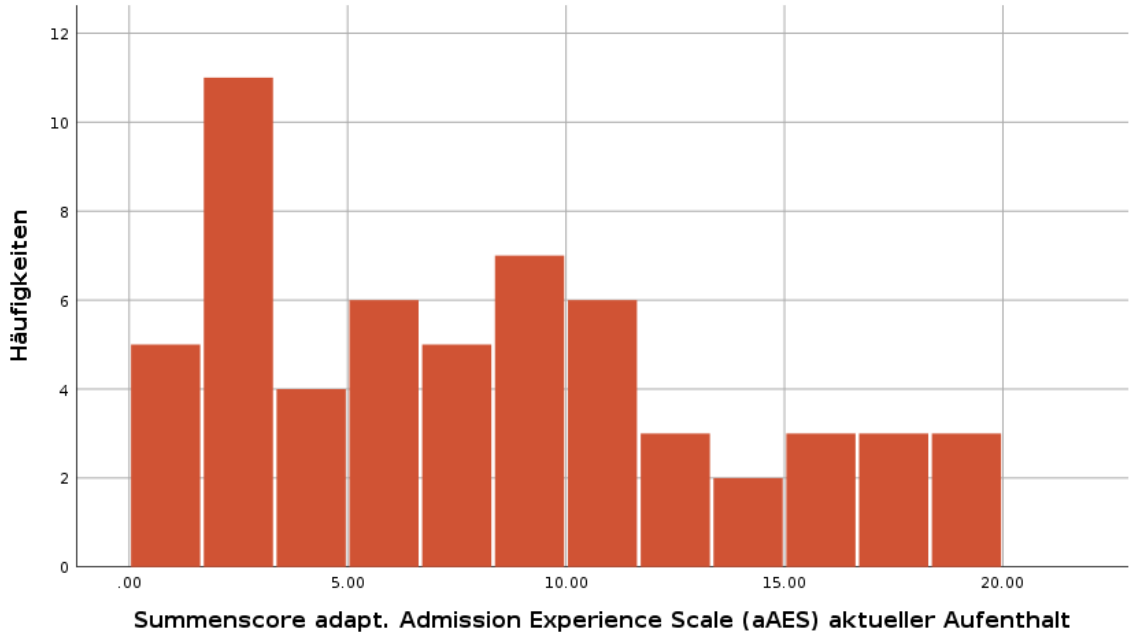

Abb. 2: Datenverteilung des Summenscores der aAES aktueller Aufenthalt von Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee, erhoben im Zeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019.

Die Differenz der beiden Variablen aAES frühere Aufenthalte und aktueller Aufenthalt entsprach keiner Normalverteilung (Komolgorov-Smirnov-Test und Shapiro-Wilk-Test sind mit $p < .001$ signifikant). Dies bedeutete, dass einige Patienten eine starke Abnahme des Zwangsempfindens aufzeigten, während andere eher eine Zunahme an negativen Gefühlen im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme auf einer allgemeinpsychiatrischen Station aufwiesen. Es gab aber auch Fälle, bei denen beides nicht so stark ausgeprägt war.

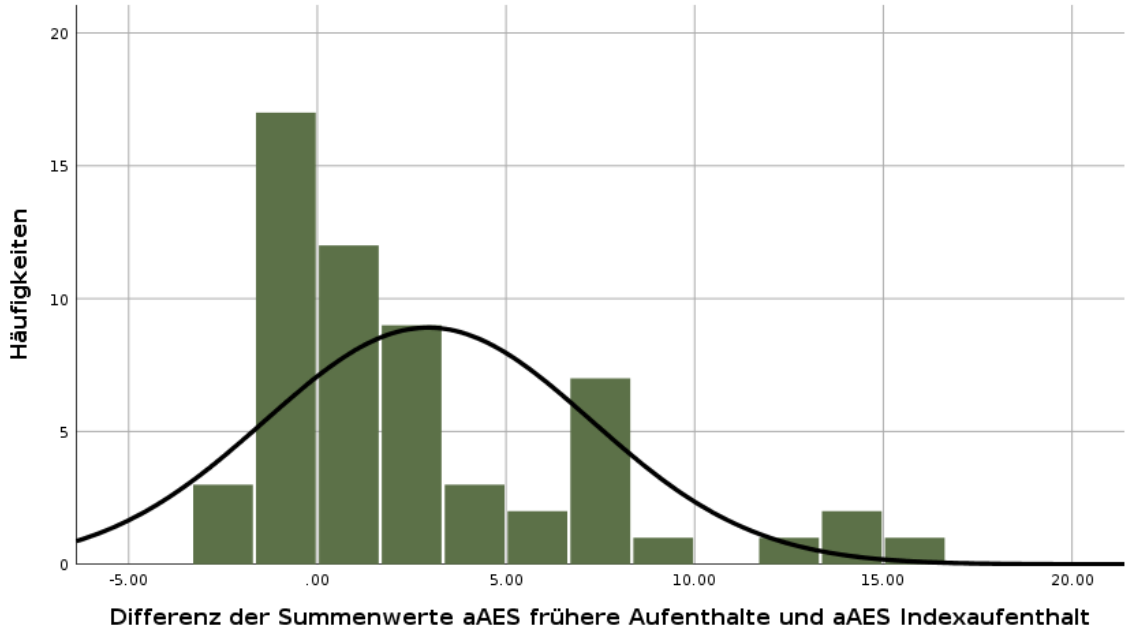

Abb. 3: Datenverteilung der Differenz der Summenwerte zwischen den Skalen aAES frühere Aufenthalte und aAES Indexaufenthalt mit Normalverteilungskurve von Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee, erhoben im Zeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019.

*Auswertung des Item 16 aAES bei stationären Patient*innen, die mindesten einen früheren Aufenthalt erlebt hatten*

Indexaufenthalt

Bei stationären Patient*innen, die zum Interviewzeitpunkt mindestens einen früheren Aufenthalt erlebt hatten (im KIS dokumentiert), besaßen diejenigen ein signifikant höheres Ausmaß an wahrgenommenen Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation im Indexaufenthalt, die entweder mindestens ein unangenehmes Gefühl (MW 11,1 vs. MW 6,2) oder als Kontrast keine angenehmen Gefühle (MW 9,1 vs. MW 3,7) mit der Einnahme verbanden. Sowohl die jeweiligen parametrischen als auch nichtparametrischen Tests wiesen signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe mit mindestens einem oder keinem unangenehmen Gefühl ($t(56)= -3,55$; $z= -2,99$; $p < .01$) sowie zwischen der Gruppe mit mindestens einem oder keinem angenehmen Gefühl ($t(56)= 3,01$; $z= -2,95$; $p < .01$) auf (siehe Anhang Ergebnisse).

Frühere Aufenthalte

Auch in Bezug auf frühere Aufenthalte unterschieden sich Patient*innen mit und ohne unangenehme Gefühle, die sie mit ihrer Medikamenteneinnahme verbanden, in ihrem Zwangsgefühl signifikant voneinander ($t(57)= -3,45$; $z= -3,20$; $p < .01$). Häufigkeiten und statistische Berechnungen finden sich im Anhang Ergebnisse.

Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation

Im Indexaufenthalt wurden 41 (45,1 %) freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen dokumentiert. Davon hatten 37 Patient*innen eine Isolierung und 4 Patient*innen eine Fixierung erlebt. Diese 4 Patient*innen hatten beide Formen von Zwangsmaßnahmen erfah-

ren. Darüber hinaus ließ sich dem KIS entnehmen, dass bei 59 (64,8 %) Befragten mindestens eine mechanische Zwangsmaßnahme in ihrem Leben (lifetime) dokumentiert wurde.
7 Befragte (7,7 %) erlebten mindestens eine Zwangsmedikation in ihren stationären psychiatrischen Aufenthalten (lifetime), davon 3 Proband*innen (3,3 %) im Indexaufenthalt. Die einzelnen Werte können der Tabelle 8 entnommen werden.

Tab. 8: Anzahl von Patient*innen zum Interviewzeitpunkt mit mindestens einer erlebten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation im Indexaufenthalt und in vergangenen stationären Aufenthalten (lifetime), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, ZM = Zwangsmaßnahmen. [1]Gesamt N = 91. [2]Prozent von Gesamt N Patient*innen. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahmen Patient*innen (KIS)	**N[1]**	**%[2]**
Fixierung im Indexaufenthalt	4	4,4
Fixierung lifetime	17	18,7
Isolierung im Indexaufenthalt	37	40,7
Isolierung lifetime	57	62,6
Mechanische ZM im Indexaufenthalt	41	45,1
Mechanische ZM lifetime	59	64,8
Zwangsmedikation im Indexaufenthalt	3	3,3
Zwangsmedikation lifetime	7	7,7

*Dokumentierte Zwangsmaßnahmen bei stationär freiwillig, stationär untergebrachten Patient*innen*

Die zum Interviewzeitpunkt stationär untergebrachten Patient*innen hatten gemäß des KIS signifikant häufiger freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen wie Fixierung und Isolierung im Vergleich zu Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus erlebt. Dies traf sowohl für mechanische Zwangsmaßnahmen vor dem Interview bzw. im Indexaufenthalt (69,4 % vs. 21,8 %) als auch in Bezug auf Zwangsmaßnahmen in früheren stationären Aufenthalten (lifetime, 88,9 % vs. 49,1 %) zu. Ähnlich verhielt es sich im Zusammenhang mit einer dokumentierten Zwangsmedikation (lifetime).
Cramer's V wies auf mittlere Effekte hin. Häufigkeiten und statistische Ergebnisse sind in Tabelle 9 wiedergegeben.

Tab. 9: Unterschiede zwischen Patient*innen mit stationär freiwilligen und stationär untergebrachten Aufenthaltsstatus hinsichtlich des Erlebens mindestens einer freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation im Indexaufenthalt und in vergangenen stationären Aufenthalten (lifetime), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl. ¹Pearson Chi-Quadrat-Test/exakter Test nach Fisher. ²Zusammenhangsmaß. ** p < .01, *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahmen (KIS)		**Stationär freiwillige Patient*innen (N = 55)**	**Stationär unter-gebrachte Patient*innen (N = 36)**	**Ergebnis Test¹**	**Cramer's V²**
		N (% spaltenweise)			
Mechanische ZM Indexaufenthalt	nein	43 (78,2)	11 (30,6)	$X^2(1)=$ 20,46***	0.47
	ja	12 (21,8)	25 (69,4)		
Mechanische ZM lifetime	nein	28 (50,9)	4 (11,1)	$X^2(1)=$ 15,12***	0.41
	ja	27 (49,1)	32 (88,9)		
Zwangsmedikation Indexaufenthalt	nein	55 (100)	33 (91,7)	p= .06$^{n.s.}$	0.23
	ja	0 (0)	3 (8,3)		
Zwangsmedikation lifetime	nein	55 (100)	29 (80,6)	p= .001**	0.36
	ja	0 (0)	7 (19,4)		

Unterschiede im Zwangserleben durch dokumentierte Zwangsmaßnahmen

Patient*innen mit und ohne mindestens einer dokumentierten mechanischen Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt unterschieden sich statistisch signifikant in ihrem wahrgenommenen Zwang bei der Medikamenteneinnahme (aAES Indexaufenthalt) ($t(87)= -3,47$, $p < .01$). Dies verdeutlichen die Ergebnisse in der Tabelle 10.

Tab. 10: Unterschiede im Gruppenmittel- und Medianwert der adapt. Admission Experience Scale (aAES) im Indexaufenthalt aufgrund mindestens einer dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ZM = Zwangsmaßnahme. ¹Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben und ²Mann-Whitney-U-Test. ³Effektstärke: Cohen's (*d*). ** p < .01. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahmen (KIS)		**Summenwert aAES Indexaufenthalt**		
		N	MW (SD)	Median
Mechanische ZM Indexaufenthalt	ja	36	10,8 (5,6)	10,5
	nein	53	6,9 (5,0)	5,8
Ergebnis¹	t(87)= -3,47**			
Ergebnis²	z= -3,25**			
Effektstärke³	0.70			

Die Tabelle 11 führt die statistisch signifikant unterschiedlichen Mittelwerte der Patient*innengruppen mit und ohne einer dokumentierten Zwangsmedikation im Indexaufenthalt auf ($t(87) = -2{,}21$, $p < .05$). Es zeigte sich ein fast doppelt so hohes Ausmaß an Zwangserleben bei der Einnahme antipsychotischer Medikation ohne Gerichtsbeschluss bei Patient*innen, die eine gerichtlich angeordnete Zwangsmedikation vor dem Interviewzeitpunkt erlebt hatten (MW 15,3 vs. 8,2). Die Effektstärke war groß (Cohen's *d* von 2.10).

Tab. 11: Unterschiede im Gruppenmittel- und Medianwert der Skala adapt. Admission Experience Scale (aAES) des Indexaufenthaltes aufgrund mindestens einer dokumentierten Zwangsmedikation im Indexaufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ZM = Zwangsmaßnahme. ¹Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben und ²Mann-Whitney-U-Test. ³Effektstärke: Cohen's (*d*). * p < .05. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahmen (KIS)		**Summenwert aAES Indexaufenthalt**		
		N	MW (SD)	Median
Zwangsmedikation vor Interview	ja	3	15,3 (3,4)	16,2
	nein	86	8,2 (5,5)	7,3
Ergebnis¹	t(87)= -2,21*			
Ergebnis²	z= -2,07*			
Effektstärke³	2.10			

Statistisch signifikante Unterschiede ließen sich zwischen der Gruppe der Patient*innen mit und ohne einer dokumentierten Zwangsmedikation lifetime finden, die sich stark hinsichtlich ihres Zwangserlebens in der medikamentösen Behandlung unterschieden. Entsprechende statistische Berechnungen finden sich in Tabelle 12.

Tab. 12: Unterschiede im Gruppenmittel- und Medianwert der adapt. Admission Experience Scale (aAES) des Indexaufenthaltes aufgrund mindestens einer dokumentierten Zwangsmedikation in einem stationären Aufenthalt (lifetime), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ZM = Zwangsmaßnahme. ¹Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben und ²Mann-Whitney-U-Test. ³Effektstärke: Cohen's (*d*). ** p < .01, *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahmen (KIS)		**Summenwert aAES Indexaufenthalt**		
		N	MW (SD)	Median
Zwangsmedikation lifetime	ja	7	15,3 (2,5)	16,0
	nein	82	7,9 (5,4)	7,0
Ergebnis¹	t(12)= -6,65***			
Ergebnis²	z= -3,23**			
Effektstärke³	2.97			

Subjektiv erlebte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation lifetime

Mindestens eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme wie Fixierung oder Isolierung in einem stationären Aufenthalt (lifetime) erlebt zu haben, gaben 58 (65,2 %) von 89 befragten Patient*innen an. Dies entsprach den im KIS dokumentierten Zwangsmaßnahmen. Ein anderes Bild zeigte sich in Verbindung mit den Angaben zu mindestens einer subjektiv erlebten Zwangsmedikation während eines psychiatrischen Aufenthaltes (lifetime). 26 (28,9 %) der 90 Proband*innen, die sich zum Interviewzeitpunkt auf einer allgemeinpsychiatrischen Station befanden und zu ihrem Zwangserleben befragt wurden, hatten nach eigener Aussage eine Zwangsbehandlung erfahren - fast viermal häufiger als im KIS dokumentiert wurde (7 (7,7 %) von 91 Befragten).

Stationär untergebrachte Patient*innen zum Interviewzeitpunkt gaben im Vergleich zu Patient*innen mit freiwilligen Aufenthaltsstatus häufiger an, subjektiv mindestens eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme in einem stationären Aufenthalt erlebt zu haben (82,9 % vs. 53,7 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($X^2(1)= 7,95$; $p < .05$). In Bezug auf eine Zwangsmedikation ließ sich ein ähnliches Ergebnis konstatieren: 17 von 35 (48,6 %) Patient*innen mit Unterbringungsstatus gegenüber 9 von 55 (16,4 %) stationär freiwilligen Patient*innen gaben an, mindestens eine gerichtlich angeordnete Zwangsmedikation in einem klinischen Aufenthalt erfahren zu haben ($X^2(1)= 10,80$; $p < .01$).

Das Erleben von dokumentierten und nicht dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen (lifetime)

Die erlebte Belastung und Einschränkung der Menschenrechte durch eine erfahrene freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme wurde bei befragten Patient*innen mittels der Coercion Experience Scale (CES) erhoben.

Das Erinnerungsvermögen beider Patient*innengruppen mit und ohne dokumentierter freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme lag durchschnittlich bei 80 (VAS-Skala von 0 bis

100). Sowohl bei den Patient*innen mit als auch ohne dokumentierter Isolierung oder Fixierung wurde ein Gesamtbelastungswert zwischen 75 und 90 angegeben (VAS-Skala von 0 bis 100). Bei der Gruppe der Proband*innen, die keine im KIS dokumentierte Zwangsmaßnahme zum Interviewzeitpunkt aufwiesen, lag der durchschnittliche CES-Gesamtsummenwert mit 86,6 (SD 13,3; Median 85,0) etwas niedriger im Vergleich zur Gruppe mit dokumentierter freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme (MW 91,9, SD 22,3; Median 89,0). Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden genannten Gruppen gefunden werden. Details können dem Anhang Ergebnisse entnommen werden (VAS, Subskalen).

3.5 Prädiktoren und Regressionsmodelle der Wahrnehmung von Zwang

Zur Beantwortung der zweiten Hauptfragestellung möglicher Einflussfaktoren auf das Erleben von Zwang in der medikamentösen Behandlung der Proband*innen wurden zunächst bivariate Korrelationen zwischen den für die vorliegende Untersuchung erhobenen Skalen und den soziodemografischen Merkmalen der Befragten mit dem subjektiven Erleben von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES) berechnet. Bei Signifikanz wurde die entsprechende Variable als Prädiktor in die daran anschließende Regressionsanalyse einbezogen. Vorab wurde eine Matrix der Interkorrelationen der Prädiktoren aufgestellt.
Da Angaben zu Zwangsmaßnahmen ausschließlich für die Gruppe der stationär behandelten Patient*innen auf der Grundlage des Krankenhausinformationssystems (KIS) valide erhoben werden konnten, wurden zwei statistische Regressionsmodelle für die stationär behandelten Patient*innen und die Gesamtstichprobe, die Patient*innen und Bewohner*innen umfasst, berechnet. Die für eine Regressionsanalyse notwendigen Voraussetzungen wurden für das jeweilige Modell überprüft und beschrieben.

3.5.1 Analyse für die Stichprobe der Patient*innen

Korrelationen zwischen der aAES und den anderen verwendeten Skalen
Die Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit (FKE-10), die Einstellung zur Medikation (DAI-10), die psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) und die zwei visuellen Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt korrelierten mit der interessierenden Variable des Ausmaßes an wahrgenommenen Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES) im Indexaufenthalt. FKE-10 und DAI-10 wiesen einen negativen Zusammenhang mit der aAES Indexaufenthalt auf, was bedeutete, dass mit zunehmender Krankheitseinsicht und positiver Einstellung zur Medikation das subjektive Zwangsempfinden der Patient*innen abnahm. Mit stärkerer Symptomatik zeigte sich hingegen ein höheres Zwangsempfinden der Befragten. Gleiches galt bei den beiden VAS, die ebenfalls eine positive Korrelation mit der aAES aufwiesen.
Die Ergebnisse der nichtparametrischen Korrelationstests lassen sich anhand der Tabelle 13 nachvollziehen.

Tab. 13: Spearman-Korrelationen zwischen den Skalen adaptierte Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt und Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) und der visuellen Analogskalen (VAS), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

Verwendete Skalen	**Spearman-Korrelationen mit aAES Indexaufenthalt (Spearman-Rho)**
FKE-10 Patient*innen	- .65*** (N= 83)
DAI-10 Patient*innen	- .71*** (N= 86)
BPRS-24 Patient*innen	.24* (N= 76)
VAS_Medikation Patient*innen	.68*** (N= 80)
VAS_Aufenthalt Patient*innen	.62** (N= 80)

*Korrelationen zwischen der aAES und Angaben zu Zwangsmaßnahmen von stationär behandelten Patient*innen*

Signifikante positive Korrelationen mit der aAES der Untersuchungsgruppe der Patient*innen können der Tabelle 14 entnommen werden. Hierbei zeige sich, das ein höherer wahrgenommener Zwang in der medikamentösen Behandlung von Befragten angegeben wurde (aAES), wenn zum Erhebungszeitpunkt eine Unterbringung vorlag oder eine Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation erlebt worden war (dokumentiert oder subjektiv).

Soziodemografische Variablen korrelierten nicht mit dem subjektiv empfundenen Ausmaß von Zwang der Patient*innen.

Tab. 14: Signifikante bivariate Korrelationen zwischen Angaben zu Zwangsmaßnahmen (dokumentiert und subjektiv erlebt) der Patient*innen und ihrer Wahrnehmung von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES) im Indexaufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Zweiseitig. Nach Hirsch et al. 2021.

Variable	**Spearman-Korrelationen mit AES Indexaufenthalt (Spearman-Rho)**
Stationär untergebracht (ja/nein)	.44*** (N= 89)
Mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation im Indexaufenthalt (ja/nein)	.22* (N= 89)
Mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation lifetime (ja/nein)	.34** (N= 89)
Mindestens eine dokumentierte freiheitsbeschränkende ZM im Indexaufenthalt (ja/nein)	.35** (N= 89)
Mindestens eine subjektiv erlebte Zwangsmedikation lifetime (ja/nein)	.39*** (N= 88)

*Matrix der Interkorrelationen der Prädiktoren für die Stichprobe der Patient*innen*

Als Prädiktoren hatten sich die Summenwerte der Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10) und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) herausgestellt. Weiterhin konnten die Variablen stationäre Unterbringung (ja/nein), das Vorliegen mindestens einer dokumentierten Zwangsmedikation in einem psychiatrischen Aufenthalt - entweder im Indexaufenthalt und/oder in einem anderen Aufenthalt (lifetime) -, mindestens eine dokumentierte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt und mindestens eine subjektiv erlebte Zwangsmedikation während eines stationären Aufenthaltes (lifetime) als Prädiktoren identifiziert werden. Die Tabelle 15 führt die nichtparametrischen Korrelationen zwischen den einzelnen Prädiktoren auf. Die damit in Verbindung stehende mögliche Multikollinearität wurde bei der Überprüfung der Voraussetzungen für das multiple Regressionsmodell im nächsten Unterkapitel kontrolliert.

Die Skalen FKE-10 und DAI-10 wiesen eine positive Korrelation auf. Das bedeutete, dass Proband*innen mit hoher Einsicht in die Erkrankung gleichzeitig eine positivere Einstellung zur Medikation aufwiesen. Hingegen zeigten FKE-10 und DAI-10 eine negative Korrelation mit der BRPS-24. Befragte Patient*innen mit schwerer Symptomatik zeigten eine geringere Krankheitseinsicht und negativere Einstellung zur Medikation. Dasselbe traf zu, wenn jemand zum Interviewzeitpunkt untergebracht war oder eine subjektiv empfundene Zwangsmedikation angegeben hatte. Die positive Korrelation zwischen Unterbringung und BPRS-24 ließ darauf schließen, dass untergebrachte Patient*innen höhere Skalenwerte auf der BPRS-24 und demnach eine schwerere Symptomatik aufwiesen. Es zeigten sich

darüber hinaus positive Korrelationen zwischen Unterbringung und den Angaben zu Zwangsmaßnahmen.
Mit Ausnahme der signifikanten Korrelationen zwischen den Skalen FKE-10 und DAI-10 (Spearman-Rho von .54) sowie der Variable Unterbringung (ja/nein) und FKE-10 (Spearman-Rho von -.57) lagen keine starken Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren vor.

Tab. 15: Spearman-Korrelationen zwischen den Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10) und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) sowie den Variablen stationäre Unterbringung (ja/nein), mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation im Indexaufenthalt, mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation lifetime, mindestens eine dokumentierte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt und mindestens eine subjektiv erlebte Zwangsmedikation lifetime, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. Mind. = mindestens, dok. = dokumentiert, mechan. = mechanisch, ZM = Zwangsmaßnahme. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Zweiseitig.

Spearman-Rho	**FKE-10**	**DAI-10**	**BPRS-24**	**Untergebracht (ja/nein)**
FKE-10	-	.54*** (N= 84)	-	-
BPRS-24	-.40*** (N= 75)	-.23* (N= 76)		
Untergebracht (ja/nein)	-.57*** (N= 85)	-.31** (N= 88)	.31** (N= 77)	
Mind. eine dok. Zwangs-medikation im Indexaufenthalt	-.09$^{n.s.}$ (N= 85)	-.16$^{n.s.}$ (N= 88)	-.09$^{n.s.}$ (N= 77)	.23* (N= 91)
Mind. eine dok. Zwangs-medikation lifetime	-.21$^{n.s.}$ (N= 85)	-.21$^{n.s.}$ (N= 88)	-.01$^{n.s.}$ (N= 77)	.36** (N= 91)
Mind. eine dok. mechan. ZM im Indexaufenthalt	-.22* (N= 85)	-.07$^{n.s.}$ (N= 88)	.07$^{n.s.}$ (N= 77)	.47*** (N= 91)
Mind. eine subjektiv erlebte Zwangsmedi-kation lifetime	-.32** (N= 85)	-.47*** (N= 88)	-.02$^{n.s.}$ (N= 77)	.35** (N= 90)

Überprüfung der Voraussetzungen
Die partiellen Regressionsdiagramme der oben aufgeführten Prädiktoren zeigten eine lineare Beziehung mit der interessierenden Variable des Summenwertes der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) des Indexaufenthaltes. Die Voraussetzung der Linearität war erfüllt. Die visuelle Überprüfung des Streudiagramms der standardisierten, ge-

schätzten Werte und der standardisierten Fehlerwerte hatte ergeben, dass von Homoskedastizität ausgegangen werden konnte. Es bestand mit einem Wert von 2,41 beim Durbin-Watson-Test keine Autokorrelation der Fehlerterme. Mit Toleranzwerten von über 0.10 lag keine Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen vor.

Die Voraussetzungen für die Regressionsanalyse waren somit erfüllt.

*Regressionsanalyse für die Gruppe der Patient*innen*

Das multiple Regressionsmodell für die Untersuchungsgruppe der Patient*innen mit dem Summenwert aAES zum Indexaufenthalt als abhängige Variable und den oben aufgeführten unabhängigen Variablen war signifikant ($F(8,64)= 21.53$; $p < .001$; Tabelle 16).
Das korrigierte R-Quadrat betrug .70. Somit wurden 70,0 % der Gesamtstreuung der Variable aAES durch die in das multiple Regressionsmodell eingeschlossenen Variablen erklärt. Es konnte von einem starken Effekt ausgegangen werden ($f^2= 1.53$).
Die Einsicht in die Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit (FKE-10), die Einstellung zur Medikation (DAI-10) und mindestens eine erlebte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt konnten als signifikante Prädiktoren herausgestellt werden. Das subjektiv empfundene Ausmaß des erlebten Zwangs war bei höherer Krankheitseinsicht und positiverer Einstellung zur Medikation geringer. Stieg die Krankheitseinsicht um eine Einheit, dann sank das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs um -.18 Einheiten (Regressionskoeffizient b). Ähnlich, aber etwas ausgeprägter, verhielt es sich mit der Einstellung zur Medikation (Regressionskoeffizient b von .45). Hingegen beeinflussten erlebte Zwangsmaßnahmen in der Vergangenheit das Zwangsempfinden der befragten Patient*innen nicht, weder freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen noch eine durchgeführte Zwangsmedikation, jedoch freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen beim Indexaufenthalt von Patient*innen ($p < .05$). Das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs stieg mit Erleben einer freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt um 2.36 Einheiten an. Die psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) stellte kein signifikanter Prädiktor für das subjektive Erleben von Zwang der befragten Patient*innen dar, so dass Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation unabhängig von der Symptomschwere Einfluss auf die Wahrnehmung von Zwang der Proband*innen nahmen.

Tab. 16: Lineares Regressionsmodell zur Prädiktion des wahrgenommenen Zwangs bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES im Indexaufenthalt), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. FKE-10 = Fragebogen zur Krankheitseinsicht, DAI-10 = Drug Attitude Inventory, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. [1]Für die Untersuchungsgruppe der Patient*innen (stationär freiwillig und stationär untergebracht). * p < .05, ** p < .01, *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Prädiktoren[1]	**Regressions-koeffizient b**	**Standardfehler**	**Standardisierter ß-Koeffizient**
FKE-10	- .18	.05	- .36**
DAI-10	- .45	.09	- .43***
BPRS-24	- .00	.03	- .01$^{n.s.}$
Stationär untergebracht (ja/nein)	- .13	1.22	- .01$^{n.s.}$
Mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation im Indexaufenthalt	- 1.90	2.80	- .06$^{n.s.}$
Mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation lifetime	3.41	1.85	.17$^{n.s.}$
Mindestens eine dokumentierte freiheitsbeschränkende ZM Indexaufenthalt	2.36	1.08	.21*
Mindestens eine subjektiv erlebte Zwangsmedi-kation lifetime	1.15	1.22	.08$^{n.s.}$
Korr. R^2	.70		

3.5.2 Analyse für die Gesamtstichprobe

Korrelationen zwischen der aAES und den anderen verwendeten Skalen

Signifikante bivariate Korrelationen mit der aAES zum Indexaufenthalt der Gesamtstichprobe lagen mit den Skalen FKE-10, DAI-10 und den beiden VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt vor, jedoch nicht mit der BPRS-24, welche für die Erhebung der Symptomschwere verwendet wurde. Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tab. 17: Spearman-Korrelationen zwischen den Skalen adaptierte Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt und Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) und den visuellen Analogskalen (VAS), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie im ambulant und stationär betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. ¹Für die Gesamtstichprobe. Zweiseitig. Nach Hirsch et al. 2021.

Verwendete Skalen¹	**Spearman-Korrelationen mit aAES Indexaufenthalt (Spearman-Rho)**
FKE-10	- .62*** (N= 125)
DAI-10	- .73*** (N= 130)
BPRS-24	.14$^{n.s.}$ (N= 107)
VAS_Medikation	.58*** (N= 121)
VAS_Aufenthalt	.58*** (N=125)

Korrelationen zwischen der aAES und soziodemografischen Merkmalen der Gesamtstichprobe

Die zwei Dummy-Variablen „Alter bis 35 Jahre (ja/nein)“ und „betreute Wohnform (ja/nein)“, die als Wohnform außerhalb des stationären Settings auch für die Untersuchungsgruppe der stationär behandelten Patient*innen erhoben wurde, korrelierten signifikant mit der aAES Indexaufenthalt. Jüngere Proband*innen wiesen höhere Skalenwerte auf der aAES Indexaufenthalt auf (positiver Zusammenhang), während Befragte, die zum Interviewzeitpunkt in einer betreuten Wohnform lebten, ein geringeres Zwangsempfinden äußerten (negativer Zusammenhang).
Die Tabelle 18 weist die signifikanten Zusammenhänge aus.

Tab. 18: Signifikante bivariate Korrelationen zwischen soziodemografischen Merkmalen und der Wahrnehmung von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES) im aktuellen Aufenthalt, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. ¹Gesamtstichprobe. * p < .05, *** p < .001. Zweiseitig.

Variable¹	**Spearman-Korrelationen mit aAESIndexaufenthalt (Spearman-Rho)**
Alter bis 35 Jahre (ja/nein)	.22* (N= 137)
Betreute Wohnform (ja/nein)	- .34*** (N= 137)

Matrix der Interkorrelationen der Prädiktoren für die Gesamtstichprobe

Als signifikante Prädiktoren für die subjektive Wahrnehmung von Zwang (aAES Indexaufenthalt) hatten sich die Summenwerte der Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10) und Drug Attitude Inventory (DAI-10) sowie die Variablen „Alter bis 35 Jahre (ja/nein)“ und „betreute Wohnform (ja/nein)“ herausgestellt. Die Tabelle 19 führt die nichtparametrischen Korrelationen zwischen den einzelnen Prädiktoren auf. Ähnlich wie bei der Stichprobe der Patient*innen zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Krankheitseinsicht (FKE-10) und der Einstellung zur Medikation (DAI-10). Beide Skalen

wiesen jeweils einen negativen Zusammenhang mit der Variable „Alter bis 35 Jahre“ auf, was bedeutete, dass jüngere Proband*innen eine geringere Einsicht in die Erkrankung und negativere Einstellung zur Medikation besaßen. Umgekehrt verhielt es sich mit der betreuten Wohnform. Befragte, die zum Interviewzeitpunkt in einer betreuten Wohnform lebten, gaben eine positivere Einstellung zur Medikation an und zeigten eine höhere Krankheitseinsicht.
Die Skalen FKE-10 und DAI-10 korrelierten stark miteinander (Spearman-Rho von .58), was auf mögliche Multikollinearität hinwies. Dies wird im nächsten Unterkapitel im Rahmen der Überprüfung der Voraussetzungen für die Regressionsanalyse weiterverfolgt.

Tab. 19: Spearman-Korrelationen zwischen den Skalen Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10) und Drug Attitude Inventory (DAI-10) sowie den Variablen Alter bis 35 Jahre (ja/nein) und betreute Wohnform (ja/nein) erhoben an erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. ** p < .01, *** p < .001. Zweiseitig.

Spearman-Rho	**DAI-10**	**Alter bis 35 Jahre (ja/nein)**	**Betreute Wohnform (ja/nein)**
FKE-10	.58*** (N= 125)	-.27** (N= 127)	.35*** (N= 127)
DAI-10		-.28** (N= 132)	.40*** (N= 132)
Alter bis 35 Jahre (ja/nein)			-.29** (N= 139)

Überprüfung der Voraussetzungen
Die partiellen Regressionsdiagramme der oben aufgeführten Prädiktoren zeigten eine lineare Beziehung mit der interessierenden Variable des Summenwertes der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) des Indexaufenthaltes. Die Voraussetzung der Linearität war erfüllt. Nach der visuellen Überprüfung des Streudiagramms der standardisierten, geschätzten Werte und der standardisierten Fehlerwerte war von Homoskedastizität auszugehen. Mit mit einem Wert von 2,19 des Durbin-Watson-Tests lag keine Autokorrelation der Fehlerterme vor. Des Weiteren ließen die Toleranzwerte darauf schließen, dass keine Multikollinearität zwischen den Prädiktoren bestand.
Die Voraussetzungen zur Berechnung eines multiplen Prädiktionsmodells für die Gesamtstichprobe waren erfüllt.

Regressionsanalyse für die Gesamtstichprobe
Das multiple Regressionsmodell der Gesamtstichprobe war signifikant ($F(4,118)= 50.34$; $p < .001$).
Das korrigierte R-Quadrat betrug .62. Der Effekt konnte als stark interpretiert werden (f^2 von 1.28). Ähnlich wie im vorangegangenen Modell für die Patient*innen ließ sich für die Gesamtstichprobe feststellen, dass Krankheitseinsicht (FKE-10) und die Einstellung zur Medikation (DAI-10) entscheidende Prädiktoren für das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation darstellten. Dieses Ergebnis bekräftigte die gefundenen Resultate bei der Untersuchungsgruppe der Patient*innen.
Die Variablen „Alter bis 35 Jahre (ja/nein)“ und „betreute Wohnform (ja/nein)“ zeigten hingegen keinen statistischen Einfluss auf den wahrgenommenen Zwang von Patient*innen und Bewohner*innen.

Die entsprechenden Ergebnisse der t-Tests für die Regressionskoeffizienten können der Tabelle 20 entnommen werden.

Tab. 20: Lineares Regressionsmodell zur Prädiktion des Zwangsempfindens in der medikamentösen Behandlung (aAES Indexaufenthalt), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. FKE-10 = Fragebogen zur Krankheitseinsicht, DAI-10 = Drug Attitude Inventory. [1]Gesamtstichprobe. *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Prädiktoren[1]	**Regressions-koeffizient b**	**Standardfehler**	**Standardisierter ß-Koeffizient**
FKE-10	- .16	.04	- .32***
DAI-10	- .53	.07	- .56***
Alter bis 35 Jahre (ja/nein)	- .01	.68	- .00$^{n.s.}$
Betreute Wohnform (ja/nein)	- .09	.67	- .01$^{n.s.}$
Korr. R^2	.62		

Sensitivitätsanalysen

Des Weiteren wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Diese finden sich detailliert im Anhang Ergebnisse. Hierfür wurden Berechnungen ohne imputierte Daten vorgenommen. Es konnten - bis auf zwei Berechnungen - keine Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Analyse mit imputierten und nicht imputierten Daten festgestellt werden. Zu den Abweichungen gehörte der Mittelwertunterschied zwischen den drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik. Hierbei zeigte sich ein signifikanter Unterschied mit imputierten Daten im Gegensatz zu den Ergebnissen ohne imputierte Daten. Ebenso konnte in der multiplen Regression ohne imputierte Daten die Variable des Erlebens einer dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme im Indexaufenthalt nicht als Prädiktor der Wahrnehmung von Zwang bei den stationär behandelten Patient*innen herausgestellt werden. Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation der Befragten prädizierten aber auch im Regressionsmodell ohne Imputation das Zwangsempfinden. Das Hauptresultat der Studie wurde demnach durch die Berechnungsergebnisse ohne imputierte Daten gestützt.

Darüber hinaus konnte eine vergleichende Analyse von vollständigen Datensätzen der Skalen aAES Indexaufenthalt, FKE-10, DAI-10 sowie der visuellen Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt mit nicht vollständigen Datensätzen umgesetzt werden. Resultate der vollständigen und nicht vollständigen Datensätze unterschieden sich statistisch nicht signifikant voneinander (Anhang Ergebnisse).

4 Diskussion

4.1 Ergebniskritik

Gruppenunterschiede im Ausmaß der Wahrnehmung von Zwang

Bezugnehmend auf die erste Hauptfragestellung kann hervorgehoben werden, dass die Gruppe der untergebrachten Patient*innen der vorliegenden Studie mit einem durchschnittlichen aAES-Wert von 11,5 ein deutlich höheres Empfinden von Zwang im Indexaufenthalt aufwies als die stationär freiwillige Patient*innengruppe oder die befragten Bewohner*innen mit durchschnittlichen aAES-Werten von jeweils 6,5 und 5,1 (Skalenwerte aAES von 0 bis 22). Das bedeutet, stationär untergebrachte Patient*innen erlebten ihre medikamentöse Behandlung unter einem signifikant höheren subjektiven Zwang als die Befragten der beiden anderen Gruppen. Der Aufenthaltsstatus war demnach für die Einnahme der Medikation, auch wenn diese nicht gerichtlich angeordnet worden war, von entscheidender Bedeutung. Dies wurde durch die Auswertung zur visuellen Analogskala, mit welcher das Ausmaß des empfundenen Zwangs durch den aktuellen Aufenthalt bzw. die betreute Wohnform angegeben werden sollte, unterstützt, denn auch bei der VAS_Aufenthalt ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Gruppe der stationär untergebrachten Patient*innen und den beiden anderen Untersuchungsgruppen finden (durchschnittlicher Summenwert VAS_Aufenthalt untergebrachte Patient*innen: 7,7; stationär freiwillige Patient*innen: 2,9; VAS_Aufenthalt Bewohner*innen: 1,5; Werte zwischen 0 und maximal 10 möglich). Die Autor*innen einer multizentrischen Studie, in der auf der Grundlage von Längsschnittdaten der Effekt einer gerichtlich angeordneten Unterbringung auf die Medikamentenadhärenz von Patient*innen mit einer schizophrenen Störung zu verschiedenen Zeitpunkten untersucht wurde, kamen zu dem Schluss, dass Patient*innen, die zum Indexaufenthalt untergebracht waren, mehr Zwang in der Behandlung – auch in den follow-ups – als freiwillig behandelte Patient*innen erlebten (Jaeger et al. 2013). Gemäß einer anderen Untersuchung äußerten sich untergebrachte Patient*innen in den ersten Tagen weitaus negativer zu ihrer Behandlung als freiwillig behandelte Patient*innen (Priebe et. al. 2009). Darüber hinaus berichteten Patient*innen mit unfreiwilligem Aufenthaltsstatus in der Studie von O'Donoghue et al. (2017) über ein höheres Ausmaß an Druckgefühlen und weitaus weniger Gerechtigkeit in der Behandlung im Vergleich zu freiwillig behandelten Patient*innen.

Gleichfalls wiesen die Werte der vorliegenden Studie darauf hin, dass auch Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus Zwang im Rahmen ihres stationären Aufenthaltes und ihrer medikamentösen Behandlung empfanden. Darauf hatten bereits ältere Studien hingewiesen (Katsakou et al. 2011, Bindman et al. 2005). In diesem Kontext schlussfolgerten Klingemann et al. (2022) in einer aktuellen Untersuchung auf der Grundlage von qualitativen Interviews mit 108 Patient*innen aus Italien, Polen und Großbritannien, dass der rechtliche Status von untergebrachten und freiwillig behandelten Patient*innen nicht damit gleichzusetzen war, ob sich Patient*innen zur Behandlung gezwungen fühlten. Patient*innen, die formell freiwillig einer stationären Behandlung zugestimmt hatten, äußerten in den Interviews, dass sie sich nicht aufgrund ihres eigenen Willens stationär behandeln ließen, sondern weil Druck von Ärzt*innen, der Polizei oder den Angehörigen ausgeübt worden war. Einige Patient*innen berichteten aber ebenfalls, dass sie die stationäre Behandlung im Nachhinein als notwendig erachteten (Klingemann et al. 2022). Saya et al. (2019) wiesen in einem narrativen Review zum Thema der unfreiwilligen Behandlung in der Psychiatrie darauf hin, dass sich Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus zu ihrer stationären Behandlung gezwungen fühlen konnten, wenn sie ein subjektiv hohes Ausmaß an informellem Zwang empfanden. Dies führte mitunter zum Abbruch der Therapie. Auf der anderen Seite, wenn Patient*innen die Behandlung als fair und respektvoll erlebten und

ein geringes Ausmaß an wahrgenommenem Zwang empfanden, war die Möglichkeit gegeben, die Behandlungsadhärenz zu steigern und klinische Stabilität von Patient*innen zu erreichen (Saya et al. 2019).
Die Autor*innen einer qualitativen Studie, in der sechs Patient*innen mit selbstverletzendem Verhalten zu ihren Erfahrungen mit Zwang befragt wurden, wiesen darauf hin, dass informeller Zwang nicht zeitlich beschränkt sei und aufgrund dessen von Betroffenen teilweise als allgegenwärtig in der Behandlung empfunden werde (Gerle et al. 2019). Als Beispiel wurde von einer Patient*in die über längere Zeit aufrecht erhaltene Androhung einer gerichtlichen Unterbringung, falls sie ihre Medikamente verweigerte, genannt. Diese Situation wurde von der Befragten im Vergleich zu einer zeitlich begrenzten formellen Zwangsmaßnahme als schwerwiegender empfunden (Gerle et al. 2019). In diesem Zusammenhang kann passives oder resignatives Handeln nicht mit Akzeptanz oder Behandlungsadhärenz von Patient*innen gleichgesetzt werden (Andersson et al. 2020). Gemäß Andersson et al. (2020) können Patient*innen jedoch Zwang bei der stationären Aufnahme und Behandlung empfinden, auch wenn dies von Seiten des psychiatrischen Personals nicht beabsichtigt war. Womöglich wurde die Situation vom Personal unterschätzt (Saya et al. 2019). Diese Ausführungen legen nahe, dass informeller Zwang und die Wahrnehmung von Zwang ein komplexes Phänomen darstellen. Wohl auch deshalb lässt sich keine einheitliche Definition finden.
Szmukler und Appelbaum (2008) haben versucht, verschiedene Formen informellen Zwangs gemäß ihrer Eingriffstiefe zu klassifizieren, wobei Überzeugung als mildeste Form von Behandlungsdruck und die Androhung von negativen Konsequenzen als stärkste Form informellen Zwangs eingeordnet wurden. Es gibt erste Ansätze, die Hierarchie von Szmukler und Appelbaum (2008) noch weiter zu differenzieren und zu erweitern (Klingemann et al. 2022, Pelto-Piri 2019). Potthoff et al. (2022) unterschieden zwischen den beiden Zielen, Druck auf Patient*innen auszuüben, um sie zur Behandlung zu bewegen, oder um sich an soziale Regeln zu halten. Ebenso scheinen Kontextfaktoren, zum Beispiel die stationäre Umgebung, die Wahrnehmung von Druck und Zwangsgefühlen von Patient*innen zu beeinflussen (Potthoff et al. 2022).
Mit der in der vorliegenden Studie verwendeten Skala aAES wurde versucht, dieses komplexe Phänomen der Wahrnehmung von Zwang im Rahmen der medikamentösen Behandlung bei Patient*innen und Bewohner*innen zu erheben. Die aAES beinhaltet u.a. Items, die abfragten, ob sich Patient*innen während des stationären Aufenthaltes frei fühlten, die Medikamente einzunehmen, ob sich das Personal dafür interessierte, wie sich die Patient*innen mit der Medikation fühlten, ob die Patient*innen ihre Meinung äußern konnten und ob ihre Meinung zur Medikation eine Rolle spielte. Diese stellen wichtige Aspekte der Beziehung zwischen Therapeut*innen, Pflegepersonal und Patient*innen dar und sind gleichzeitig entscheidende Faktoren, ob und wie Betroffene Zwang wahrnehmen. Studien bestätigen, dass das Verhalten des psychiatrischen Fachpersonals - neben der empfundenen Fairness und Effektivität – ein entscheidendes Beurteilungskriterium der Betroffenen war (Mielau et al. 2017, Wyder et al. 2015, Larsen et al. 2014, Rose et al. 2015, Veltkamp et al. 2008, Jäger u. Rössler 2010).
Auch Bewohner*innen des betreuten Wohnens der vorliegenden Studie, die einen ähnlichen durchschnittlichen aAES-Gruppensummenwert wie die Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus aufwiesen, äußerten Druck und Zwang bei der Medikamenteneinnahme. Jaeger et al. (2013) stellten in der bereits erwähnten Untersuchung von Patient*innen mit schizophrenen und schizoaffektiven Störungen, bei welcher Daten in einem Zeitraum von zwei Jahren erhoben wurden, fest, dass das Leben in einer betreuten Wohnform mit einem höheren Ausmaß an wahrgenommenem Zwang verbunden war. Die Unterstützung in einer Wohnform wurde im Mehrebenen-Modell sogar als ein entscheidender Prädiktor der Wahrnehmung von Zwang bei den Patient*innen herausgestellt

(Jaeger et al. 2013). Dies hat sich in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt (siehe nachfolgende Ausführungen zur Prädiktion des wahrgenommenen Zwangs der Gesamtstichprobe).
Die Komplexität der Wahrnehmung von Zwang bei Patient*innen und Bewohner*innen könnte auch ein Grund dafür sein, warum sich der durchschnittliche Gruppensummenwert der visuellen Analogskala VAS_Medikation, mit der das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs in der medikamentösen Behandlung im aktuellen Aufenthalt bzw. in der betreuten Wohnform als Einzelwert zwischen 0 und maximal 10 angegeben werden konnte, im Gegensatz zur aAES nicht signifikant zwischen den drei Untersuchungsgruppen unterschied. Der durchschnittliche Gruppensummenwert der VAS_Medikation lag bei den untergebrachten Patient*innen bei 5,5 und fiel damit zwar etwas höher als bei den stationär freiwilligen Patient*innen und den Bewohner*innen (jeweils 3,8 und 3,9) aus, der Unterschied erreichte aber keine Signifikanz. Der Einzelwert der VAS_Medikation ließ möglicherweise kein differenziertes Bild hinsichtlich der Wahrnehmung von Zwang der Befragten zu. Ein anderer Grund könnte die kleine Gruppengröße der Patient*innen mit Unterbringungsstatus gewesen sein (N = 30).
Die durchschnittlichen Gruppenmittelwerte der Patient*innen mit Unterbringungsstatus unterschieden sich nicht nur signifikant bei der aAES und der visuellen Analogskala VAS_Aufenthalt von den anderen beiden Untersuchungsgruppen, sondern auch in Bezug auf die anderen Skalen Drug Attitute Inventory (DAI-10), mit der in der vorliegenden Studie die Einstellung zur Medikation der Befragten erhoben wurde, Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), mit dem die Einstellung zur Krankheit und Behandlungsbedürftigkeit erfasst wurde und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24). Auf der Grundlage der BPRS-24 wurde die psychopathologische Symptomatik der befragten Patient*innen und Bewohner*innen erhoben.
Der durchschnittliche Skalensummenwert -2,6 der DAI-10 lag bei untergebrachten Patient*innen im negativen Bereich, während die Gruppe der Bewohner*innen mit einem durchschnittlichen Summenwert von 4,6 eine deutlich positivere Einstellung zur antipsychotischen Medikation äußerten (Skalenwerte zwischen -10 und 10 möglich). Der durchschnittliche DAI-Gruppenmittelwert der stationär freiwilligen Patient*innen (DAI-10 MW 0,7) lag zwischen denen der beiden anderen Untersuchungsgruppen. Auch die FKE-Skalenwerte unterschieden sich zwischen den Patient*innen mit Unterbringungsstatus (FKE-10 MW 23,8) und den beiden Gruppen der stationär freiwilligen Patient*innen und der Bewohner*innen signifikant (FKE-10 Patient*innen MW 36,7 und MW 38,6 bei den Bewohner*innen). Untergebrachte Patient*innen der vorliegenden Studie zeigten demnach eine geringere Krankheitseinsicht als die beiden anderen Untersuchungsgruppen. In der Studie von O‘Donoghue et al. (2010) wurde herausgestellt, dass das Ausmaß der Krankheitseinsicht der Befragten zum Interviewzeitpunkt mit der Wahrnehmung, ob der unfreiwillige Aufenthalt notwendig gewesen war, stark korrelierte (N= 81). Die Krankheitseinsicht der unfreiwillig stationär aufgenommenen Patient*innen wurde mit der Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) erhoben. 77,8 % (N= 63) der befragten Patient*innen fanden, dass die Behandlung für ihre psychische Gesundheit förderlich gewesen war. 35 Patient*innen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung erachteten ihre stationäre Behandlung als erforderlich (O‘Donoghue et al. 2010).
Untergebrachte Patient*innen zeigten auch eine schwerere psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) als stationär freiwillige Patient*innen und Bewohner*innen. Der durchschnittliche BPRS-Gesamtsummenwert der Patient*innengruppe mit Unterbringungsstatus der vorliegenden Studie lag zum Interviewzeitpunkt bei 62,1. Stationär freiwillige Patient*innen und die Gruppe der befragten Bewohner*innen zeigten zum Befragungszeitpunkt mit durchschnittlichen Summenwerten von jeweils 50,9 und 50,8 eine statistisch signifikant geringere Symptomatik. Im Gegensatz dazu konnte in einer Hamburger Studie auf

der Grundlage eines repräsentativen Samples von 213 stationär untergebrachten Patient*innen festgestellt werden, dass diese sich hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik zum Erhebungszeitpunkt nicht von einer stationär freiwillig behandelten Kontrollgruppe unterschieden. Bei den Proband*innen wurde überwiegend eine psychiatrische Störung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert (erhoben mit der BPRS, Krieger et al. 2018).
Bei der hier beschriebenen Untersuchung fiel auf, dass sich stationär freiwillige Patient*innen und die Bewohner*innen im Schweregrad ihrer Symptomatik kaum unterschieden. Möglicherweise konnten nur Proband*innen mit geringerer Symptomatik erreicht und befragt werden. Eine Verzerrung in der Selektion von Proband*innen könnte dies begründen. Bewohner*innen aus dem psychiatrischen Pflegewohnheim konnten darüber hinaus aufgrund des intensiven Pflegebedarfs und Störungen des Sprechapparates selten zu ihrer Symptomatik befragt werden, so dass auch hier gegebenenfalls von einem Bias in der Rekrutierung ausgegangen werden muss.

*Das Erleben von Zwang bei stationär behandelten Patient*innen*
Bei Patient*innen mit mindestens einem dokumentierten stationären Voraufenthalt wurde zusätzlich zur aAES zum Indexaufenthalt die aAES frühere Aufenthalte ausgefüllt (N= 58). In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass der durchschnittliche Summenwert der adaptierten AES der befragten Patient*innen zwischen den summativ erfassten früheren stationären Aufenthalten und dem Indexaufenthalt von 11,1 auf 8,2 statistisch signifikant abnahm. Das Ausmaß an wahrgenommenem Zwang von Patient*innen bei der ärztlich verordneten Einnahme von antipsychotischen Medikamenten ohne Gerichtsbeschluss konnte sich demnach abhängig von der zeitlichen Distanz verändern. Die zeitliche Distanz ist auch in Hinblick auf die retrospektive Beurteilung von formellen Zwangsmaßnamen wie Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation zu beachten. Hierbei zeigte sich in der Untersuchung von Krieger et al. (2018), dass das Verständnis für die Notwendigkeit einer freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation von untergebrachten Patient*innen statistisch signifikant mit dem zeitlichen Abstand zwischen der Anwendung der Zwangsmaßnahme und dem Interviewzeitpunkt zunahm. Eine Zwangsmedikation wurde zu Beginn von nur 13 % der 30 Patient*innen akzeptiert. Die Akzeptanz stieg bis zum Interviewzeitpunkt auf 50 % (Krieger et al. 2018).
In der vorliegenden Untersuchung hatten nur sieben von 91 zum Erhebungszeitpunkt stationär behandelten Patient*innen mindestens eine Zwangsmedikation gemäß der Krankenhausdokumentation (lifetime) erlebt. Flammer und Steinert (2019) schlussfolgerten auf der Grundlage der Auswertungen des in Baden-Württemberg seit 2015 eingesetzten Melderegisters ebenfalls, dass medikamentöse Zwangsbehandlungen selten angewendet wurden. Von 108.863 Behandlungsfällen der 32 meldepflichtigen Kliniken kam es in nur 0,6 % Fällen zu einer Zwangsmedikation (Flammer u. Steinert 2019).
Im Gegensatz zur Krankenhausdokumentation gaben 26 Patient*innen der hier beschriebenen Studie an, eine Zwangsmedikation subjektiv erfahren zu haben. Eine Erklärung für die Diskrepanz könnte sein, dass sich Patient*innen zu ihrer Medikation gezwungen fühlten, dies aber rechtlich gesehen keine Zwangsmedikation darstellte und somit nicht vom psychiatrischen Personal dokumentiert worden war. Poulsen und Engberg (2001) kamen in ihrer Untersuchung zu einem ähnlichen Ergebnis: Patient*innen gaben häufiger an, eine Zwangsmedikation erlebt oder gegen ihren Willen stationär aufgenommen worden zu sein, als dies in der Krankenakte dokumentiert worden war. In der besagten Studie wurden 143 stationär aufgenommene Patient*innen zu ihrem Verständnis und Erleben von Zwang interviewt. Eine geringe Übereinstimmung zwischen den Angaben der Patient*innen und der Klinikdokumentation stand in der Untersuchung von Poulsen u. Engberg (2001) im Zusammenhang mit der Symptomschwere und einer schizophrenen Störung.

Die Symptomschwere wurde mit der BPRS von Overall und Gorham (1962) erhoben (Poulsen u. Engberg 2001).
Patient*innen mit Unterbringungsstatus zum Interviewzeitpunkt wiesen in der vorliegenden Studie statistisch signifikant häufiger mindestens eine Zwangsmaßnahme zufolge der Dokumentation im KIS auf als Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus. Im Indexaufenthalt wurden bei den stationär untergebrachten Patient*innen 25 freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen wie Isolierung oder Fixierung und drei Zwangsmedikationen dokumentiert. In der Dokumentation bei den stationär freiwilligen Patient*innen fanden sich im Gegensatz dazu nur 12 freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen und keine Zwangsmedikation im Indexaufenthalt. Auch aus subjektiver Perspektive wurden von untergebrachten Patient*innen häufiger als bei den stationär freiwilligen Patient*innen mindestens eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme (82,9 % vs. 53,7 %) oder eine Zwangsmedikation (48,6 % vs. 16,4 %) angegeben. Als eine Erklärung für die signifikanten Unterschiede zwischen beiden Patient*innengruppen kann das erhöhte Risiko für zukünftige unfreiwillige Wiederaufnahmen und das Erleben erneuter Zwangsmaßnahmen von untergebrachten Patient*innen herangezogen werden (Jaeger et al. 2013, O'Donoghue et al. 2011). Dass die Prävalenz von formellen Zwangsmaßnahmen bei unfreiwillig behandelten Patient*innen hoch ist, haben andere Studien herausgestellt (Flammer et al. 2022, Chieze et al. 2019, Hotzy et al. 2018, Andersen u. Nielsen 2016, Husum et al. 2010).
Die Anzahl von formellen Zwangsmaßnahmen wie Isolierung, Fixierung und Zwangsmedikation wurde in der vorliegenden Studie nicht erhoben. Jedoch konnten andere Studien zeigen, dass nicht die Anzahl das entscheidende Beurteilungskriterium hinsichtlich erlebter Zwangsmaßnahmen darstellte, sondern wie Patient*innen die jeweilige Maßnahme persönlich wahrgenommen hatten (Mielau et al. 2016, Katsakou et al. 2012, Katsakou et al. 2010, Haglund et al. 2003).
Stationär behandelte Patient*innen mit einer dokumentierten oder subjektiv erlebten formellen Zwangsmaßnahme zeigten in der vorliegenden Studie ein höheres Ausmaß an Zwang in ihrer medikamentösen Behandlung (aAES) als Patient*innen ohne diese Angabe bzw. Erfahrung. Wenn ein Patient eine Fixierung in einem vergangenen Aufenthalt erlebte, fühlte dieser auch ein erhöhtes Ausmaß an Zwang bei der Medikamenteneinnahme ohne Gerichtsbeschluss im Indexaufenthalt. Es kann vermutet werden, dass Patient*innen, die formelle Zwangsmaßnahmen in der Vergangenheit erlebten, diese negativ in Erinnerung hatten und sich diese Erfahrung auf die gegenwärtigen Empfindungen und somit auf das Ausmaß an subjektivem Zwang bei der medikamentösen Behandlung der Patient*innen unabhängig vom rechtlichen Status auswirkte. Zwei systematische Reviews zum Erleben von formellen Zwangsmaßnahmen (Tingleff et al. 2017, Aguilera-Serrano et al. 2018) bestätigen, dass betroffene Patient*innen vor allem von Gefühlen wie Angst, Misstrauen, Machtlosigkeit, Wut, Bestrafung und dem Verlust von Freiheit berichteten. Nach der erlebten Zwangsmaßnahme äußerten Betroffene nicht nur kurz-, sondern auch langfristige Konsequenzen. Hierzu gehörten ein geringes Selbstbewusstsein, der generelle Vertrauensverlust in andere Menschen, die Angst vor Medikamenten und geschlossenen Räumen sowie die Befürchtung, erneut Zwang zu erleben (Tingleff et al. 2017, Hoeckstra et al. 2004, Sibitz et al. 2011, Meehan et al. 2000).
Dass Patient*innen, die Erfahrungen mit negativem Druck und informellem Zwang in Form von Drohungen angaben, ein höheres Ausmaß an Zwang in ihrer ambulanten Behandlung wahrnahmen, konnten Jäger und Rössler (2009, 2010) feststellen. Die Autoren verwendeten hierfür eine adaptierte Version der AES mit insgesamt 23 Items und befragten 187 Patient*innen zu ihren Erfahrungen mit negativem Druck (6 Items) und fehlender Partizipation bei Behandlungsentscheidungen (4 Items), zur Wahrnehmung von Fairness und Wirksamkeit der Behandlung (jeweils 4 Items) und dazu, wie stark sich Patient*innen zur

ambulanten Behandlung gezwungen fühlten (5 Items). Sowohl in der bi- als auch multivariaten Analyse zeigte sich, dass die Erfahrung von negativem Druck und Zwang in der Vergangenheit mit einem höheren Ausmaß an wahrgenommenem Zwang in der ambulanten Behandlung zum Interviewzeitpunkt im Zusammenhang stand (Jaeger u. Rössler 2010).

*Prädiktion der Wahrnehmung von Zwang von Patient*innen und Bewohner*innen*
Soziodemografische Variablen stellten in der vorliegenden Untersuchung weder bivariat noch in den multiplen Prädiktionsmodellen signifikante Merkmale im Zusammenhang mit dem Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs bei der Medikamenteneinnahme der befragten Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens dar. Gowda et al. (2016) hatten in ihrer Untersuchung herausgefunden, dass das Erleben von Zwang von stationär behandelten Patient*innen (AES) durch die Variablen Familienstand, berufliche Tätigkeit und Position sowie den sozioökonomischen Status prädiziert wurde. Demnach empfanden Patient*innen mit einer Arbeitstätigkeit und hoher Krankheitseinsicht weniger Zwang, während Patient*innen mit hohem sozioökonomischen Status und Patient*innen, die in einer größeren Familie lebten, mehr subjektiven Zwang äußerten (Gowda et al. 2016). Dabei ist zu beachten, dass die besagte Studie in der indischen Stadt Bangaluru durchgeführt wurde und deshalb die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der vorliegenden Untersuchung eingeschränkt ist (Gowda et al. 2016). Das Geschlecht wurde in der Studie von Katsakou et al. (2011) als signifikanter Prädiktor für den wahrgenommenen Zwang bei der stationären Aufnahme herausgestellt. Weibliche Patientinnen (N= 47, 40 %) empfanden eher subjektiven Zwang als männliche Patient*innen (N= 44, 29 %). Alter, ethnische Zugehörigkeit und Diagnose der Befragten wiesen keinen signifikanten Zusammenhang mit ihrem subjektiven Erleben von Zwang auf (Katsakou et al. 2011).
Krankheitseinsicht (FKE-10) und die Einstellung zur Medikation (DAI-10) korrelierten signifikant negativ mit dem Ausmaß des subjektiven Zwangs in der medikamentösen Behandlung (aAES) der Patient*innen und der Gesamtstichprobe von Patient*innen und Bewohner*innen der vorliegenden Studie. Die psychopathologische Symptomatik der Befragten, die in der hier beschriebenen Untersuchung mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) erhoben wurde, wies nur bei der Stichprobe der in der Klinik behandelten Patient*innen einen positiven signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß des subjektiven Zwangs (aAES) auf, jedoch nicht im multivariaten Modell. Ähnlich verhielt es sich in der Vorgängerstudie von Horvath et al. (2018), in der 56 forensisch untergebrachte Patient*innen zu ihrem Erleben von Zwang befragt wurden. Auch hier zeigten sich signifikante bivariate Korrelationen zwischen der aAES und Krankheitseinsicht (FKE-10), der Einstellung zur Medikation (DAI-10) und der Symptomschwere. Allerdings war der Schweregrad der Symptomatik, welcher abweichend von der vorliegenden Studie mit der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) erhoben wurde, kein signifikanter Prädiktor für das Erleben von Zwang in der medikamentösen Behandlung (aAES). Somit waren sowohl in der Untersuchung mit allgemeinpsychiatrischen als auch mit forensischen Patient*innen Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation signifikante Prädiktoren für das Ausmaß an wahrgenommenem Zwang bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten, aber die psychopathologische Symptomatik der Befragten nicht. Grund hierfür könnte sein, dass der gefundene bivariate Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an subjektivem Zwang und der Symptomschwere der stationär behandelten Patient*innen durch andere Variablen erklärt wurde. Mit den Regressionsmodellen war es unter Kontrolle der anderen Variablen möglich, herauszustellen, dass nicht die Symptomschwere, sondern die grundsätzliche Einstellung zur Medikation und die Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit das Erleben von Zwang der allgemeinpsychiatrischen und forensischen Patient*innen beeinflussten.

Krankheitseinsicht (FKE-10), die Einstellung zur Medikation (DAI-10) und die psychopathologische Symptomatik (PANSS) der Befragten aus dem Maßregelvollzug erklärten 57% der Varianz des subjektiven Erlebens von Zwang im forensischen Sample. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der vorliegenden Studie: Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation erklärten 62 % der Varianz im Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation ohne Gerichtsbeschluss der Gesamtstichprobe. Bei der Gruppe der allgemeinpsychiatrisch behandelten Patient*innen waren es sogar 70 % Varianzaufklärung.
Die Übereinstimmung der zwei Untersuchungsergebnisse, die drei unterschiedliche Studiensamples zu ihrem Erleben von Zwang analysierten, lässt auf reliable und valide Ergebnisse schließen. Es soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass die Symptomschwere der Befragten des Maßregelvollzugs, der Allgemeinpsychiatrie und des betreuten Wohnens ihr Erleben von Zwang in der medikamentösen Behandlung nicht beeinflusste, aber sehr wohl – unabhängig vom Rechtsstatus und der psychopathologischen Symptomatik – ihre Krankheitseinsicht und Einstellung zur Medikation.
Die Ergebnisse der Untersuchung von Widschwendter und Kolleg*innen (2018) stützen die Resultate der vorliegenden Studie und der Vorgängeruntersuchung von Horvath et al. (2018). Bei Widschwendter et al. (2018) zeigte sich, dass die Symptomschwere und die Einstellung zur Medikation von Patient*innen, die sich mit Antipsychotika medikamentös behandeln ließen, nicht nur keine statistisch signifikante Korrelation aufwiesen, sondern dass trotz Verbesserung der Symptomatik keine veränderte Einstellung zur Medikation der Patient*innen zu verzeichnen war (Widschwendter et al. 2018). Ebenso stellt eine negative Einstellung zur Medikation kein auf Patient:innen mit psychischen Erkrankungen begrenztes Phänomen dar, denn auch bei physischen Erkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck ist das Problem bekannt (Mariampillai et al. 2017, Garnero et al. 2018).
Die Einstellung zur Medikation, die in der vorliegenden Studie erhoben wurde, kann als Proxy für Medikamentenadhärenz herangezogen werden (Brain et al. 2013, Yang et al. 2012, Lee et al. 2019, Meier et al. 2010). Demzufolge hat ein systematisches Review herausgefunden, dass die negative Einstellung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ihren antipsychotischen Medikamenten ein konsistenter Grund dafür war, diese abzulehnen und die Behandlung abzubrechen (Velligan et al. 2017). Die durchschnittliche Prävalenzrate von Non-Adhärenz bei Patient*innen mit einer diagnostizierten Schizophrenie wird auf zirka 50 % geschätzt (Lacro et al. 2002, Acosta et al. 2012). Wiesjahn et al. (2014) konnten in einer Pfadanalyse zur Erklärung der Einstellung zur Medikation und Medikamentenadhärenz von Befragten, bei denen überwiegend Schizophrenie diagnostiziert wurde und welche zum Zeitpunkt der Erhebung antipsychotische Medikation einnahmen, keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Symptomatik und der Einstellung zur Medikamenteneinnahme belegen. Dies bekräftigt das Ergebnis der vorliegenden Studie, dass die psychopathologische Symptomatik kein Prädiktor für den wahrgenommenen Zwang der Patient*innen und Bewohner*innen darstellte, aber sehr wohl, unabhängig davon, deren Einstellung zur Medikation. Fehlende Medikamentenadhärenz ist wiederum ein bedeutsamer Risikofaktor für einen Erkrankungsrückfall, Rehospitalisierung und Behandlungsverweigerung sowie für mögliche gesundheitliche Langzeitschäden, Suchtmittelmissbrauch und Suizid (Widschwendter et al. 2018, Hofer u. Fleischhacker 2011).
Krankheitseinsicht als multidimensionales Konstrukt beinhaltet neben der Einsicht in die Erkrankung auch die Erkenntnis der Behandlungsbedürftigkeit sowie der daraus möglichen sozialen Konsequenzen (Mintz et al. 2003, Lincoln et al. 2007). Zirka 50 bis 80 % der an Schizophrenie Erkrankten glaubten den Ergebnissen von verschiedenen Studien zufolge nicht daran, erkrankt zu sein (Mintz et al. 2003, Lincoln et al. 2007). Jaeger et al.

(2019) konnten eruieren, dass Patient*innen die Annahme oder Ablehnung ihrer Erkrankung und die damit in Verbindung stehende medikamentöse Behandlung als autonome Entscheidung betrachteten, die sie jeden Tag aufs Neue zu treffen hatten. Wenn ihnen diese Wahlmöglichkeit genommen wurde, empfanden Betroffene den Eingriff von außen als tiefe Verletzung ihrer Freiheits- und Persönlichkeitsrechte. Als die rechtliche Situation zwischen Juli 2012 und Februar 2013 die Anwendung einer Zwangsmedikation in Baden-Württemberg nur für den Notfall zuließ (Flammer u. Steinert 2016), berichteten Ärzte und Pflegepersonal aus professioneller Perspektive, dass aufgrund dieser Situation einigen Patient*innen die ihnen zustehende notwendige Behandlung und Verbesserung ihrer Symptomatik verwehrt worden war (Jaeger et al. 2019). In diesem Zusammenhang bewerteten professionell Tätige die Ablehnung von Medikamenten und die fehlende Krankheitseinsicht als inhärente Symptome und Teil der Erkrankung. Eine Zwangsmedikation wurde als notwendige Maßnahme angesehen, um in Anbetracht der Auswirkungen der psychotischen Symptomatik handlungsfähig zu bleiben (Jaeger et al. 2019). Patient*innen hingegen begriffen ihre Erkrankung nicht aus medizinischer Sicht, sondern aus biografischer Perspektive. Erst unter der Voraussetzung, dass vergangene Konflikte und Probleme bearbeitet werden, wäre nach Ansicht der befragten Patient*innen die Möglichkeit einer Heilung der psychischen Erkrankung gegeben. Nach Aussagen der Proband*innen der Studie seien Medikamente allein dazu nicht in der Lage. Das Dilemma zwischen der Perspektive der Patient*innen und des psychiatrischen Personals wurde offensichtlich (Jaeger et al. 2019).

4.2 Methodenkritik

Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsanalyse. Die Daten wurden aus Gründen der Praktikabilität und der zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb eines Zeitraums einmalig erhoben. Dementsprechend können die daraus resultierenden Ergebnisse keine kausalen Zusammenhänge oder allgemeine Schlussfolgerungen herausstellen. Zur weiteren Differenzierung der für die Fragestellung bedeutenden Ergebnisse könnten ein Längsschnittdesign, aber ebenfalls tiefergehende Interviews mit Betroffenen (Patel et al. 2003) beitragen. Ebenso könnte der Einschluss weiterer, womöglich bedeutsamer Variablen zur Auseinandersetzung mit dem und das Verständnis für das Thema des Erlebens von subjektivem Zwang in der Behandlung fördern (Baker et al. 2009). Dies betrifft insbesondere die Einschätzung des behandelnden Teams und von Angehörigen sowie spezifische Merkmale der Klinik und der Stationsatmosphäre.

Die Erhebung fand in zwei psychiatrischen Kliniken und in betreuten Wohneinrichtungen in zwei Landkreisen im Süden von Baden-Württemberg statt. Es wurde kein statistisch repräsentatives Sample befragt, was die Übertragbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung einschränkt. Dieses Problem kennzeichnet fast alle in einem systematischen Review erfassten qualitativen und quantitativen Studien zum Thema der Wahrnehmung von Zwang (Soininen et al. 2014, Kontio et al. 2012). Als Vorteil ist hervorzuheben, dass an der Befragung sowohl stationär behandelte Patient*innen als auch Bewohner*innen des betreuten Wohnens außerhalb des klinischen Settings teilnahmen. Die Autor*innen anderer Studien zum Thema fokussierten sich hingegen ausschließlich auf das Erleben von stationär behandelten Patient*innen (Gowda et al. 2016, Krieger et al. 2018, Georgieva et al. 2012a, Georgieva et al. 2012b, Veltkamp et al. 2008, Keski-Valkama et al. 2010).

Die Messinstrumente wurden in Übereinstimmung mit der Untersuchung von Horvath et al. (2018), in der sich der Fragenkatalog als adäquat herausstellte, verwendet. Somit

konnte eine Balance zwischen angestrebter Anzahl von Patient*innen, zeitlichem Aufwand und der Komplexität der Fragen gewährleistet werden (Patel et al. 2003). Dennoch ist es notwendig, hinsichtlich der Auswertung der Messinstrumente und der daraus resultierenden Interpretation und Diskussion der Ergebnisse einige Einschränkungen zu konstatieren. Der durchschnittliche BPRS-Score ließ darauf schließen, dass Patient*innen mit schweren Symptomen nicht an der vorliegenden Studie teilnahmen. Grund hierfür könnte sein, dass Studienteilnehmende zum Interviewzeitpunkt einwilligungsfähig sein und eine Einwilligungserklärung als Voraussetzung für eine Studienteilnahme unterschreiben mussten (Anhang Material und Methoden). Die psychopathologische Symptomatik der befragten Proband*innen der vorliegenden Studie wurde durch die Verfasserin mittels der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) vorgenommen. Hierfür nahm die Doktorandin erfolgreich an einer Raterschulung teil und bekam zusätzlich im Rahmen der vorliegenden Studie Unterstützung durch die behandelnden Psycholog*innen vor Ort. In Bezug auf die adaptierte Admission Experience Scale (aAES) muss eine ausgewiesene Validierung erfolgen. Letzteres trifft ebenfalls auf den Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10) zu. Da der Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) und das Dokumentensystem im betreuten Wohnen nicht vom Ethikantrag abgedeckt war, konnte ein Vergleich mit Proband*innen, die eine Studienteilnahme abgelehnt hatten, nicht umgesetzt werden. Daher sind Verzerrungen nicht auszuschließen (Patel et al. 2003). In zukünftigen Studien wäre ein CONSORT-Diagramm (CONSORT = Consolidated Standards of Reporting Trials, Soininen et al. 2014) geeignet, um jeden Schritt der Rekrutierung transparent zu dokumentieren. Des Weiteren möchte die Verfasserin der vorliegenden Arbeit darauf hinweisen, dass die Informationen und Studienergebnisse zum großen Teil auf Berichten von Patient*innen und Bewohner*innen, die sich zur Teilnahme an der Studie entschlossen hatten, basieren. Eng damit zusammen können Verzerrungen aufgrund von Selbstselektion stehen, da davon ausgegangen werden muss, dass Patient*innen und Bewohner*innen, die dem sensiblen Thema kritisch gegenüberstanden, eine Studienteilnahme möglicherweise verweigert hatten. Dieses Problem traf ebenso auf den psychiatrischen Wohnbereich zu. Darauf wurde in anderen Studien zum Thema des wahrgenommenen Zwangs von Betroffenen hingewiesen (Katsakou et al. 2012, Sibitz et al. 2011, Mielau et al. 2016). Untersuchungen zum Thema Fallzahlplanung wiesen ausdrücklich darauf hin, dass eine Berechnung der Fallzahl vor der Rekrutierung von geeigneten Studienteilnehmer*innen nicht nur ein entscheidendes Qualitätskriterium einer Studie darstellt, sondern ebenfalls aus ethischen und wirtschaftlichen Gründen notwendig ist (Kranke 2008, Kutschmann et al. 2006, Röhrig et al. 2010, Patel et al. 2003, Hulley et al. 2001, Keith et al. 2001). Dies wurde in der vorliegenden Untersuchung umgesetzt. Die gemäß der vorab berechneten Fallzahlkalkulation anvisierte Gruppenanzahl von zirka 50 Proband*innen, um den wahrgenommenen Zwang von Befragten bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation ohne gerichtlichen Beschluss im stationären Rahmen und im betreuten Wohnen prädizieren zu können, konnte bei der Gruppe der untergebrachten Patient*innen nicht erreicht werden (N= 36). Aus der klinischen Forschung ist bekannt, dass die Rekrutierung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen und Patient*innen, die eine frequentierte Nutzung von medizinischer Versorgung aufwiesen, die Rücklaufquote beeinflussten (Patel et al. 2003). Die face-to-face Interviews wurden im stationären Rahmen zirka sieben Tage nach der stationären Aufnahme durchgeführt, was sich teilweise bei Befragten mit Unterbringungsstatus als herausfordernd darstellte. Auch andere Studien berichteten in diesem Zusammenhang von geringen Rekrutierungsraten (Priebe et al. 2010, Jaeger et al. 2019). Mit der Befragung von 55 Patient*innen mit freiwilligem Aufenthaltsstatus und 48 Bewohner*innen wurde das angestrebte Rekrutierungsziel annähernd erreicht.
Das Ziel der vorliegenden Studie war eine vergleichende Analyse der Wahrnehmung von

Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation ohne Gerichtsbeschluss zwischen den drei Gruppen der stationär freiwilligen, stationär untergebrachten Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens. Für diesen Zweck wurde eine zweite Fallzahlkalkulation durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung wurde gemäß dieser Kalkulation die Größe von mindestens 29 Proband*innen pro Untersuchungsgruppe erfüllt. Bei der Fallzahlkalkulation wurde von einem großen Effekt des Aufenthaltsstatus auf das Erleben von Zwang von Studienteilnehmenden ausgegangen. Es wurde angenommen, dass die Gruppe der untergebrachten Patient*innen ein höheres Ausmaß von Zwang in ihrer medikamentösen Behandlung als die Bewohner*innen des betreuten Wohnens aufweisen würden. Dies hat sich in der Varianzanalyse bestätigt. Eine Fallzahlkalkulation ist dennoch stets mit Unsicherheiten und Fehleinschätzungen verbunden. Hierzu zählt u.a. die angenommene Effektstärke, die die Fallzahlgröße wesentlich beeinflusst. Wenn in der vorliegenden Studie von einer kleineren Effektstärke ausgegangen worden wäre, hätte die Fallzahl entsprechend größer ausfallen müssen, um einen signifikanten Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen zu detektieren (Kutschmann et al. 2006).
Die Rekrutierung von Proband*innen fand ausschließlich unter Einbeziehung von psychiatrischen Fachpersonal vor Ort statt. Präferenzen und Erfahrungen der Betreuer*innen im betreuten Wohnen beeinflussten möglicherweise die Rekrutierung von potentiellen Proband*innen und führten zum Ausschluss von Befragten, wenn diese zum Beispiel erfahrungsgemäß als schwierig in der Kontaktaufnahme empfunden wurden (Soininen et al. 2014). Ein großer Vorteil der vorliegenden Untersuchung war, dass unterschiedliche Methoden der Kollaboration angewendet werden konnten (Patel et al. 2003). Neben regelmäßigen Terminen vor Ort und der Teilnahme an Teambesprechungen auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen und in den betreuten Wohneinrichtungen, wurde von der Verfasserin Informationsmaterial zur Studie für die Patient*innen, Bewohner*innen und ihre Bezugsbetreuer*innen zur Verfügung gestellt (Anhang Material und Methoden).
Ein Faktor, welcher die Befragung von Patient*innen zu ihrer Wahrnehmung von Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation auf einer allgemeinpsychiatrischen Station möglicherweise beeinflusste, war die zeitliche Spanne zwischen Interview und interessierendem Ereignis. Dies könnte sich vor allem auf die Angaben von stationär behandelten Patient*innen zu früheren Aufenthalten auf der Grundlage der adaptierten AES (aAES) und zum Erleben einer freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme durch die Coercion Experience Scale (CES) ausgewirkt haben. Vorangegangene Studien hatten bereits auf die Möglichkeit von Verzerrungen aufgrund von retrospektiven Gedächtnislücken oder Wahrnehmungsstörungen - auch durch die Medikation - hingewiesen (Mielau et al. 2017, Katsakou et al. 2012, Sibitz et al. 2011).
Der Raum, in dem das Interview stattfand, könnte das Antwortverhalten der Proband*innen beeinflusst haben. Während Bewohner*innen überwiegend in ihrer Wohnung befragt wurden, in der sie freiwillig lebten und ihren Alltag verbrachten, konnte nicht ausgeschlossen werden, dass befragte Patient*innen durch die Stationsatmosphäre und die Präsenz des Stationspersonals in ihren Antworten beeinflusst wurden (Johnson 1998, Hoekstra et al. 2004, Soininen et al. 2014). Positives Antwortverhalten bei befragten Patient*innen, um frühzeitig entlassen zu werden, war nicht auszuschließen. Dass die Interviewerin nicht Teil des behandelten Teams gewesen war, wird dem sicherlich entgegengewirkt haben (Dyas et al- 2009, Soininen et al. 2014).

Statistische Auswertung

In der vorliegenden Untersuchung konnte nur die Dokumentation der zwei Kliniken herangezogen werden, in denen die Untersuchung stattfand. Psychiatrische Aufenthalte in anderen Kliniken und dort möglicherweise erfahrene Zwangsmaßnahmen konnten in der vorliegenden Analyse keine Berücksichtigung finden.

Des Weiteren ist die kleine Gruppengröße der Patient*innen mit einer dokumentierten Zwangsmaßnahme in Hinblick auf das Ergebnis des t-Tests für einen Vergleich mit stationär behandelten Patient*innen ohne dokumentierte Zwangsmedikation zu beachten (N= 7). Die Voraussetzung einer Gruppengröße von mindestens 30 für die Durchführung eines t-Tests war somit nicht erfüllt. Der nichtparametrische Test wies aber ebenfalls einen signifikanten Gruppenunterschied auf, so dass von einem validen Ergebnis ausgegangen werden kann (Berger 2010).

Bei Selbstauskünften von psychiatrischen Patient*innen finden sich häufig fehlende Werte, die zu Verzerrungen in der Analyse und anschließenden Interpretation der Ergebnisse führen können. Dies war auch in der vorliegenden Untersuchung der Fall. Laut der Studie von Shrive et al. (2006) können mittels der Imputationsmethode, bei welcher ein fehlender Wert eines Befragten durch den individuellen Durchschnitt der vorhandenen Werte einer Skala ersetzt wird, gute Ergebnisse erzielt werden. Deshalb wurden in der vorliegenden Untersuchung bis zu 30 % der fehlenden Werte pro Skala imputiert. Den Ergebnissen der Sensitivitätsanalysen zufolge gab es in den Berechnungen mit imputierten und nicht imputierten Daten zur Beantwortung der zwei Hauptforschungsfragen keine gravierenden Unterschiede, außer dass die Variable einer dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme in der Analyse mit nicht imputierten Daten keinen signifikanter Prädiktor für den wahrgenommenen Zwang der Patient*innen darstellte. Es ließen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen vollständigen und nicht vollständigen Datensätzen der Skalen aAES Indexaufenthalt, FKE-10, DAI-10, VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt finden (Anhang Ergebnisse).

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung weist darauf hin, dass auch stationär freiwillige Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens subjektiven Zwang bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation, auch wenn diese nicht gerichtlich angeordnet gewesen war, empfanden. Demnach könnte es bedeutsam sein, vergangene Erfahrungen und die subjektive Wahrnehmung von Zwang von Betroffenen in der medikamentösen Behandlung zu beachten. Andere Studien haben bereits Faktoren herausgestellt, die von Seiten der Betroffenen als entscheidend für die Wahrnehmung von Zwang bei der Aufnahme und Behandlung genannt wurden. Dazu gehörten die Häufigkeit und Art der Kommunikation zwischen Patient*innen und Personal, sowie das Vorhandensein von ausreichend Zeit, von Empathie und eines respektvollen Umgangs zwischen allen Beteiligten (Mielau et al. 2017, Wyder et al. 2015, Larsen et al. 2014, Rose et al. 2015, Veltkamp et al. 2008, Jäger u. Rössler 2010). Die Autonomie der Patient*innen kann durch Partizipation an der Behandlungsplanung gestärkt werden (Katsakou et al. 2011). Damit wäre die Möglichkeit einer Revision von vergangenen negativen Erfahrungen mit Zwang gegeben (Sibitz et al. 2011, Katsakou et al. 2011).

Wie vermutet, äußerten stationär untergebrachte Patient*innen und Patient*innen mit einer dokumentierten formellen Zwangsmaßnahme das höchste Ausmaß an subjektiv empfundenem Zwang in ihrer medikamentösen Behandlung, obwohl diese nicht gerichtlich angeordnet gewesen war. Zwang kann während eines unfreiwilligen Aufenthaltes in der Psychiatrie als allgegenwärtig von Patient*innen wahrgenommen werden (Jaeger et al. 2019, Akther et al. 2019). Dies könnte ein Grund dafür sein, warum Patient*innen eine formelle

Zwangsmedikation signifikant häufiger angaben als im Krankenhausinformationssystem dokumentiert worden war.
Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation der befragten allgemeinpsychiatrischen Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens stellten, unabhängig von der Symptomschwere, entscheidende Prädiktoren für den wahrgenommenen Zwang bei der Einnahme von antipsychotischen Medikamenten ohne Gerichtsbeschluss dar. Negative Einstellungen zur Medikation und die fehlende Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit können demnach nicht nur als Teil der psychischen Störung und nicht ausschließlich aus professioneller Sicht interpretiert werden (Hirsch et al. 2021, Jaeger et al. 2019, Wiesjahn et al. 2014).

5 Zusammenfassung

Patient*innen mit schizophrenen und bipolaren Störungen sind eine Gruppe, die am häufigsten von formellen und informellen Zwangsformen betroffen ist. Während formelle freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen und medikamentöse Zwangsbehandlungen in Deutschland streng gesetzlich geregelt sind, unterliegen informelle Zwangsformen wie die Androhung von Sanktionen oder Druckmitteln keiner gesetzlichen Regelung oder Kontrolle und können auch außerhalb der stationären Behandlung eingesetzt werden. Informelle Zwangsformen können genauso belastend und eingreifend in die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte von Betroffenen erlebt werden wie formelle Zwangsmaßnahmen. Es besteht die Möglichkeit, dass sich diese Erfahrungen auf die therapeutische und medikamentöse Behandlung auswirken. Aus diesem Grund ist es bedeutsam, das Erleben und die Wahrnehmung von Zwang von stationär behandelten Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens zu analysieren.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden zwei Hauptfragestellungen untersucht: Fühlten sich die drei Untersuchungsgruppen der stationär freiwillig, stationär untergebrachten Patient*innen und der Bewohner*innen des betreuten Wohnens unterschiedlich stark gezwungen, ihre antipsychotische Medikation zu nehmen? Welche Variablen beeinflussten das Erleben von Zwang der befragten Patient*innen und Bewohner*innen bei der Medikamenteneinnahme ohne richterlichen Beschluss? Die Untersuchung wurde auf vier allgemeinpsychiatrischen Stationen an zwei Zentren für Psychiatrie in Ravensburg und in Friedrichshafen sowie in ambulant und stationär betreuten Wohneinrichtungen von verschiedenen Leistungsträgern des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises durchgeführt.

Mit 139 Proband*innen konnten im Erhebungszeitraum zwischen Oktober 2017 und Juli 2019 einmalige Befragungen auf der Grundlage eines Fragebogenkataloges geführt werden. 55 stationär freiwillige und 36 stationär untergebrachte Patient*innen sowie 48 freiwillig in einer betreuten Wohnform lebende Bewohner*innen gaben Auskunft, ob sie in Bezug auf ihre Medikamenteneinnahme Zwang wahrnahmen. Wie in der Vorgängerstudie, in der forensische Patient*innen zum Empfinden von Zwang befragt wurden, wurden in der vorliegenden Querschnittstudie die adaptierte Version der Admission Experience Scale (aAES), zwei visuelle Analogskalen VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt, der Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), die Drug Attitute Inventory (DAI-10) und die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) verwendet. Des Weiteren wurden für die beiden Untersuchungsgruppen der stationär freiwilligen, stationär untergebrachten Patient*innen erfasst, ob eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme und/oder Zwangsmedikation während des Indexaufenthaltes oder eines vergangenen psychiatrischen Aufenthaltes im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert worden war. Dahingehend wurde untersucht, ob sich Patient*innen mit und ohne erlebter freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme oder medikamentöser Zwangsbehandlung in ihrem subjektiven Empfinden von Zwang bei der Medikamenteneinnahme (aAES) unterschieden.

In Abhängigkeit normalverteilter Daten wurden parametrische oder nicht parametrische Tests berechnet. Zum Herausstellen von Unterschieden zwischen zwei Gruppen kamen der t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test und ab drei Gruppen die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) bzw. der Kruskal-Wallis-Test zur Anwendung. Bei kategorialen Variablen wurden entsprechende Chi-Quadrat-Tests (Chi^2) berechnet. Um bivariate Korrelationen zwischen dem Ausmaß des Erlebens von Zwang bei der Medikamenteneinnahme und den anderen erhobenen Variablen und Skalen herauszustellen, wurde der Korrelationskoeffizient von Spearman (Rangkorrelation) ermittelt. Aufgrund der Datenlage, welche kein integrierendes Gesamtmodell ermöglichte, wurden zwei Prädiktionsmodelle für die Stichprobe der stationär behandelten Patient*innen und für die Gesamtstichprobe der Patient*innen und Bewohner*innen kalkuliert.

Soziodemografische Variablen und der Aufenthaltsstatus wiesen keinen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs der befragten Patient*innen und Bewohner*innen auf. Stationär untergebrachte Patient*innen wiesen das höchste Ausmaß an Zwang auf (aAES Indexaufenthalt MW 11,5), aber auch stationär freiwillige Patient*innen (aAES MW 6,5) und Bewohner*innen (aAES MW 5,1) äußerten subjektiven Zwang in der medikamentösen Behandlung. Der Unterscheid zwischen Patient*innen mit Unterbringungsstatus und den beiden anderen Untersuchungsgruppen war statistisch signifikant. Patient*innen mit dokumentierter freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme (aAES Indexaufenthalt MW 10,8 vs. 6,9; $p < .01$) oder medikamentöser Zwangsbehandlung (aAES Indexaufenthalt MW 15,3 vs. 8,2; $p < .05$) zeigten ein höheres Ausmaß an subjektivem Zwang in der medikamentösen Behandlung als Patient*innen ohne dokumentierte Zwangsmaßnahme. Die Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit (FKE-10) und die Einstellung zur Medikation (DAI-10) waren signifikante Prädiktoren für das Ausmaß an subjektivem Zwang der in der Klinik behandelten Patient*innen (stand. Beta-Koeffizienten FKE-10 -.36; $p < .01$ und DAI-10 -.43; $p < .001$) und der Gesamtstichprobe der Patient*innen und Bewohner*innen (stand. Beta-Koeffizienten FKE-10 -.32 und DAI-10 -.56; $p < .001$). Je besser die Krankheitseinsicht zum Erhebungszeitpunkt war, umso weniger Zwang wurde von den Befragten empfunden. Äußerten sich Befragte negativ in Bezug auf ihre Medikamenteneinnahme, erhöhte sich das Zwangsausmaß. Dieser Einfluss der beiden Variablen bestand unabhängig von der Symptomschwere der stationär behandelten Patient*innen und Bewohner*innen. Der Schweregrad der Symptomatik war kein signifikanter Prädiktor für das Ausmaß des Erlebens von Zwang.

Die vorliegende Studie zeigt, dass stationär freiwillige Patient*innen und Bewohner*innen des betreuten Wohnens subjektiven Zwang im Rahmen ihrer medikamentösen Behandlung wahrnahmen. Vergangene Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen können sich auf das gegenwärtige Empfinden von Zwang von stationär behandelten Patient*innen im Rahmen der medikamentösen Behandlung auswirken. Darüber hinaus bestätigt die vorliegende Untersuchung die Ergebnisse der Vorgängerstudie aus dem Maßregelvollzug. Krankheitseinsicht und die Einstellung zur Medikation waren statisch signifikante Prädiktoren des wahrgenommenen Zwangs der befragten Patient*innen und Bewohner*innen. Im Gegensatz dazu hatte die psychopathologische Symptomatik keinen signifikanten Einfluss. Negative Einstellungen zur Medikation und die fehlende Einsicht in die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit können demnach nicht nur als Teil der psychischen Störung und nicht ausschließlich aus professioneller Sicht interpretiert werden.

6 Literaturverzeichnis

Acosta, F. J., Hernández, J. L., Pereira, J., Herrera, J., & Rodríguez, C. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World journal of psychiatry*, *2*(5), 74.

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *63*(2), 129–144.

Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, *5*(3), e37.

Allen, M. (2003). Waking Rip van Winkle: Why developments in the last 20 years should teach the mental health system not to use housing as a tool of coercion. *Behavioral Sciences & the Law*, *21*(4), 503-521.

Andersen, K., & Nielsen, B. (2016). Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors. *Nordic journal of psychiatry*, *70*(8), 606-610.

Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. Nursing ethics, 27(3), 741-753.

Baker, J. A., Bowers, L., & Owiti, J. A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *General hospital psychiatry*, *31*(1), 80-89.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.) (2017). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin. https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (29.04.2021).

Benninghaus, H. (2007). Deskriptive Statistik. Eine Einführung für Sozialwissenschaftler.Studienskripten zur Soziologie. 11. Aufl. Wiesbaden, VS Verlag.

Berger, U. (2010). Welches ist der beste Test für meine Daten? PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60(11), 457-458.

Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)--validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC psychiatry*, *10*, 5. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-5.

BGH (2012a). Beschluss des XII. Zivilsenats vom 20.6.2012. – XII ZB 99/12. http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60970&pos=0&anz=1 (29.04.2021).

BGH (2012b). Beschluss des XII. Zivilsenats vom 20.6.2012. – XII ZB 130/12. http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=60971&pos=0&anz=1 (29.04.2021).

Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 40(2), 160-166.

Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, *29*(4), 552–557.

Brain, C., Allerby, K., Sameby, B., Quinlan, P., Joas, E., Karilampi, U., ... & Waern, M. (2013). Drug attitude and other predictors of medication adherence in schizophrenia: 12 months of electronic monitoring (MEMS®) in the Swedish COAST-study. *European Neuropsychopharmacology*, *23*(12), 1754-1762.

Bundesjustizministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2021). Bürgerliches Gesetzbuch. Letzte Änderung vom 22. April 2021. http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/__1906.html (08.05.2021).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020). Das Bundesteilhabegesetz. Mehr Selbstbestimmung. Letzte Änderung vom 23. März 2020. https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html (08.05.2021).

BVerfG (2011a). Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011. - 2 BvR 882/09 -, Rn. 1-83. http://www.bverfg.de/e/rs20110323_2bvr088209.html (29.04.2021).

BVerfG (2011b). Beschluss des Zweiten Senats vom 12. Oktober 2011. - 2 BvR 633/11 -, Rn. 1-47. http://www.bverfg.de/e/rs20111012_2bvr063311.html (29.04.2021).

BVerfG (2016): Beschluss des Ersten Senats vom 26. Juli 2016. - 1 BvL 8/15 -, Rn. 1-103. http://www.bverfg.de/e/ls20160726_1bvl000815.html (29.04.2021).

BVerfG (2017): Beschluss des Ersten Senats vom 10. Oktober 2017 - 1 BvR 2019/16 -, Rn. 1-69. http://www.bverfg.de/e/rs20171010_1bvr201916.html (05.06.2021).

BVerfG (2018). Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018. - 2 BvR 309/15 -, Rn. 1-131. http://www.bverfg.de/e/rs20180724_2bvr030915.html (29.04.2021).

Canvin, K., Rugkåsa, J., Sinclair, J., & Burns, T. (2013). Leverage and other informal pressures in community psychiatry in England. *International journal of law and psychiatry*, *36*(2), 100-106.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 491. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol. Bull.*, *112*, 1155-1159.

Cooper, R. E., Hanratty, É., Morant, N., & Moncrieff, J. (2019). Mental health professionals' views and experiences of antipsychotic reduction and discontinuation. PloS one, 14(6), e0218711.

Danzer, G., & Rieger, S. M. (2016). Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *80*(1), 30-48.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2018). S3-Leitlinie. Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Langversion. Fassung vom 10.09.2018. AWMF-Register Nr. 038-022. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%2BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf (29.04.2021).

Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. (2018). Place for being, doing, becoming and belonging: a meta-synthesis exploring the role of place in mental health recovery. *Health & place*, *52*, 110-120.

Dupont, W. D., & Plummer Jr, W. D. (1998). Power and sample size calculations for studies involving linear regression. *Controlled clinical trials*, *19*(6), 589-601.

Dyas, J. V., Apekey, T., Tilling, M., & Siriwardena, A. N. (2009). Strategies for improving patient recruitment to focus groups in primary care: a case study reflective paper using an analytical framework. *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 1-9.

Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B., Jaeger, S., Mahlke C, Heumann K, Theodoridou A, & Jäger, M. (2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry research*, *262*, 400-406.

Feeney, A., Umama-Agada, E., Curley, A., Anamdi, C., Asghar, M., & Kelly, B. D. (2020). Voluntary and involuntary admissions with schizoaffective disorder: do they differ from schizophrenia? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1-8.

Flammer, E., & Steinert, T. (2016). Association between restriction of involuntary medication and frequency of coercive measures and violent incidents. *Psychiatric services*, *67*(12), 1315-1320.

Flammer, E., & Steinert, T. (2019). Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatrische Praxis*, *46*(02), 82-89.

Flammer, E., Hirsch, S., Thilo, N., & Steinert, T. (2022). “Our Patients Are Different”: Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. Frontiers in psychiatry, 13, 791333.

Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavioral sciences & the law*, *11*(3), 307-321.

Garnero, T. L., Davis, N. J., Perez-Nieves, M., Hadjiyianni, I., Cao, D., Ivanova, J. I., & Peyrot, M. (2018). Insulin non-persistence among people with type 2 diabetes: how to get your patients to stay on insulin therapy. *Postgraduate medicine*, *130*(4), 394-401.

Georgieva, I., Mulder, C. L., & Noorthoorn, E. (2012a). Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry research*, *205*(1-2), 48-53.

Georgieva, I., Mulder, C. L., & Wierdsma, A. (2012b). Patients’ preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatric Quarterly*, *83*(1), 1-13.

Gerle, E., Fischer, A., & Lundh, L. G. (2019). “Voluntarily Admitted Against My Will”: Patient Perspectives on Effects of, and Alternatives to, Coercion in Psychiatric Care for Self-Injury. Journal of patient experience, 6(4), 265-270.

Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller, M., Müller, S., Steinert, T., & Pollmächer, T. (2019). Nach der Reform ist vor der Reform. *Der Nervenarzt*, *90*(1), 45-57.

Gowda, G. S., Noorthoorn, E. O., Kumar, C. N., Nanjegowda, R. B., & Math, S. B. (2016). Clinical correlates and predictors of perceived coercion among psychiatric inpatients: A prospective pilot study. *Asian journal of psychiatry*, *22*, 34-40.

Haglund, K., Von Knorring, L., & Von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *10*(1), 65-72.

Harrison, M., Singh Roy, A., Hultqvist, J., Pan, A. W., McCartney, D., McGuire, N., Fitzpatrick, L. I., & Forsyth, K. (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *55*, 977-988.

Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A., & Stewart, I. (2011). Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *22*(4), 564-585.

Henking, T. (2014). Zwangsbehandlungen aus der Perspektive des Strafrechts. In: Henking, T., & Vollmann, J. (Hrsg.) (2014). Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand, 1. Aufl., Nomos, Baden-Baden, 103-121.

Henking, T. (2017). Rechtliche Grundlagen zu aktuellen Praxisfeldern: Patientenautonomie, Einwilligungsfähigkeit und Zwangsbehandlung. In: Vollmann, J. (Hrsg.) (2017). Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch, 1. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln, 53-60.

Henking, T., & Vollmann, J. (Hrsg.) (2015). *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen: Ein Leitfaden für die Praxis*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. Deutsches Ärzteblatt International, 116(19), 336.

Hirsch, S., Thilo, N., Steinert, T., & Flammer, E. (2021). Patients' perception of coercion with respect to antipsychotic treatment of psychotic disorders and its predictors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1381–1388.

Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., & Jansen, M. G. M. J. (2004). Seclusion: the inside story. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *11*(3), 276-283.

Hofer, A., & Fleischhacker, W. W. (2011). Compliance with treatment and its relevance for the management of schizophrenia. *Hot Topics Neurol Psychiatry*, *11*, 7-13.

Hogan, T. P., Awad, A. G., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological medicine*, *13*(1), 177-183.

Horvath, J. (2017). Die Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren. Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg. *Dissertation*. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I (Weissenau) des Universitätsklinikums Ulm, Ulm.

Horvath, J., Steinert, T., & Jaeger, S. (2018). Antipsychotic treatment of psychotic disorders in forensic psychiatry: patients' perception of coercion and its predictors. *International journal of law and psychiatry*, *57*, 113-121.

Hotzy, F., & Jäger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment — a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *7*, 197.

Hotzy, F., Moetteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, A. R., Seifritz, E., Hoff, P., & Jäger, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss medical weekly*, *148*, w14616.

Hulley, S. B. (Ed.). (2007). *Designing clinical research*. Lippincott Williams & Wilkins.

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 1-9.

Innenministerium Baden-Württemberg (2019). Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG). Vom 25. November 2014. Letzte Änderung 25. Juni 2019. http://www.landesrecht-bw.de/jportal/;jsessionid=9126B59D1568C90D685E2C5E4B30F822.jp81?quelle=jlink&query=PsychKG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-PsychKGBWpG3 (29.04.2021).

Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. Nature, 468(7321), 187-193.

Jaeger, S., Hüther, F., & Steinert, T. (2019). Refusing Medication Therapy in Involuntary Inpatient Treatment-A Multiperspective Qualitative Study. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 295. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00295

Jaeger, S., Pfiffner, C., Weiser, P., Längle, G., Croissant, D., Schepp, W., Kilian, R., Becker, T., Eschweiler, G., & Steinert, T. (2013). Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *48*(11), 1787-1796.

Jäger, M., & Rössler, W. (2009). Informeller Zwang zur Verbesserung der Behandlungsbereitschaft psychiatrischer Patienten. *Neuropsychiatrie*, *23*(4), 206-215.

Jäger, M., & Rössler, W. (2010). Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry research*, *180*(1), 48-53.

Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced nursing*, *64*(6), 538-548.

Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, *19*(3), 191-206.

Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric services*, *61*(3), 286-292.

Katsakou, C., Marougka, S., Garabette, J., Rost, F., Yeeles, K., & Priebe, S. (2011). Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry research*, *187*(1-2), 275-282.

Katsakou, C., Rose, D., Amos, T., Bowers, L., McCabe, R., Oliver, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2012). Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *47*(7), 1169-1179.

Keith, S. J. (2001). Evaluating characteristics of patient selection and dropout rates. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 11-16.

Keski-Valkama, A., Koivisto, A. M., Eronen, M., & Kaltiala-Heino, R. (2010). Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *The Journal of forensic psychiatry & psychology*, *21*(3), 446-461.

Klein, R. (2011). Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohnformen. In: Rosemann, M., & Konrad, M. (Hrsg.) (2011). Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, 1. Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn, 58-69.

Klingemann, J., Świtaj, P., Lasalvia, A., & Priebe, S. (2022). Behind the screen of voluntary psychiatric hospital admissions: A qualitative exploration of treatment pressures and informal coercion in experiences of patients in Italy, Poland and the United Kingdom. International Journal of Social Psychiatry, 68(2), 457-464.

Knutzen, M., Mjosund, N. H., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., & Friis, S. (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*, *62*(5), 492-497.

Konrad, M., & Rosemann, M. (2017a). Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: Rosemann, M., & Konrad, M. (Hrsg.) (2017). Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung, 2. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln, 14-35.

Konrad, M., & Rosemann, M. (2017b). Eigene Wohnung, Selbstbestimmung und Wohnrecht: hoher Bedarf und eine komplizierte Gesetzeslage. In: Rosemann, M., & Konrad, M. (Hrsg.) (2017). Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung, 2. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln, 49-57.

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in psychiatric care*, *48*(1), 16-24.

Kranke, P., Schuster, F., Muellenbach, R., Kranke, E. M., Roewer, N., & Smul, T. (2008). Grundlagen und Prinzipien klinischer Studien: Wie viele Patienten sollen (müssen) untersucht werden? *Kardiotechnik*, *4*, 114-117.

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry research*, *260*, 478-485.

Kühnel, S., & Krebs, D. (2014). *Statistik für die Sozialwissenschaften*. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 7. Aufl., Juli 2014, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

Kutschmann, M., Bender, R., Grouven, U., & Berg, G. (2006). Aspekte der Fallzahlkalkulation und Powerberechnung anhand von Beispielen aus der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung. *Die Rehabilitation*, *45*(06), 377-384.

Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*, *63*(10), 892-909.

Larsen, I. B., & Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, *21*(4), 426-436.

Lee, Y., Lee, M. S., Jeong, H. G., Youn, H. C., & Kim, S. H. (2019). Medication adherence using electronic monitoring in severe psychiatric illness: 4 and 24 weeks after discharge. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, *17*(2), 288.

Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E. V. A., & Engel, R. (2005). Clinical implications of brief psychiatric rating scale scores. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(4), 366-371.

Lincoln, T. M., Heumann, K., & Teichert, M. (2014). Das letzte Mittel? Ein Überblick über die politische Diskussion und den Forschungsstand zum Einsatz medikamentöser Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. *Verhaltenstherapie*, *24*(1), 22-32.

Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, *33*(6), 1324-1342.

Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: a qualitative analysis. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(9), 386-392.

Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia bulletin*, *12*(4), 578-603.

Marder, S. R. (2021). Changing the Face of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 178(7), 584-585.

Mariampillai, J. E., Eskås, P. A., Heimark, S., Larstorp, A. C. K., Fadl Elmula, F. E. M., Høieggen, A., & Nortvedt, P. (2017). Apparent treatment-resistant hypertension–patient–physician relationship and ethical issues. *Blood pressure*, *26*(3), 133-138.

McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC psychiatry*, *18*(1), 1-15.

Meehan, T., Stedman, T., & Wallace, J. (2011). Consumer strategies for coping with antipsychotic medication side effects. *Australasian Psychiatry*, *19*(1), 74-77.

Meier, J., Becker, T., Patel, A., Robson, D., Schene, A., Kikkert, M., Barbui, C., Burti, L., & Puschner, B. (2010). Effect of medication-related factors on adherence in people with schizophrenia: a European multi-centre study. *Epidemiol Psichiatr Soc*, *19*(3), 251-259.

Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Bermpohl, F., Lehmann, A., & Montag, C. (2016). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *266*(4), 337-347.

Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bermpohl, F., Rentzsch, J., Lehmann, A., & Montag, C. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, *44*(06), 316-322.

Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, *61*(1), 75-88.

Mittag, M. (2014). Die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung im Lichte ihrer Neuregelung. In: Henking, T., & Vollmann, J. (2014). Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand, 1. Aufl., Nomos, Baden-Baden, 41-67.

Monahan, J., Bonnie, R. J., Appelbaum, P. S., Hyde, P. S., Steadman, H. J., & Swartz, M. S. (2001). Mandated community treatment: Beyond outpatient commitment. *Psychiatric Services*, *52*(9), 1198-1205.

Monahan, J., Redlich, A. D., Swanson, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Petrila, J., Steadman, H. J., Swartz, M., Angell, B., & McNiel, D. E. (2005). Use of leverage to improve adherence to psychiatric treatment in the community. *Psychiatric Services*, *56*(1), 37-44.

Nielsen, R. E., Lindström, E., Nielsen, J., & Levander, S. (2012). DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, *22*(10), 747-750.

O 'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., O'Rourke, L., Daly, S., Larkin, C., Feeney, L., & O'Callaghan, E. (2011). Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up: the influence of insight and recovery style. *Journal of Mental Health*, *20*(3), 249-259.

O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L., & O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *45*(6), 631-638.

O'Donoghue, B., Roche, E., Lyne, J., Madigan, K., & Feeney, L. (2017). Service users' perspective of their admission: a report of study findings. *Irish journal of psychological medicine*, *34*(4), 251-260.

Obert, K. (2011). Selbst- oder Fremdbestimmung – der ständige Seiltanz im Betreuten Wohnen. In: Rosemann, M., & Konrad, M. (Hrsg.) (2011). Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, 1. Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn, 124-136.

Ombudsstelle (2018). Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. Dr. Hans-Joachim Weitz. 30. November 2018. Berichtszeitraum 1. März 2016 bis 30. November 2018. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf (08.05.2021).

Overall, J. E. (1976). BPRS: Brief psychiatric rating scale. In: Guy W (ed) ECDEU assessment manual for psychopharmacology. NIMH, Rockville, MA, pp 157–170.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, *10*(3), 799-812.

Patel, M. X., Doku, V., & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, *9*(3), 229-238.

Pelto-Piri, V., Kjellin, L., Hylén, U., Valenti, E., & Priebe, S. (2019). Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study. BMC research notes, 12(1), 787. https://doi.org/10.1186/s13104-019-4823-x.

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry*, *64*(1), 19-28.

Pollähne, H. (2014). Hat das Bundesverfassungsgericht das Heilen verboten? Die Rechtsprechung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. In: Henking, T., & Vollmann, J. (Hrsg.) (2014). Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand, 1. Aufl., Nomos, Baden-Baden, 17-39.

Pomykacz, B., Mao, M., Weiss, R. D., & Teter, C. J. (2007). A review of brief medication-adherence instruments used in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Harvard review of psychiatry*, *15*(5), 259-263.

Potthoff, S., Gather, J., Hempeler, C., Gieselmann, A., & Scholten, M. (2022). “Voluntary in quotation marks”: a conceptual model of psychological pressure in mental healthcare based on a grounded theory analysis of interviews with service users. BMC psychiatry, 22(1), 1-13.

Poulsen, H. D., & Engberg Md, M. (2001). Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(1), 60-65.

Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British journal of psychiatry*, *194*(1), 49-54.

Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., Kiejna, A., Kjellin, L., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schuetzwohl, M., Salomon, Z., Torres-Gonzales, F., Wang, D., & Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(3), 179-185.

Pruß, I., Wiedl, K. H., Dudenborstel, L., & Waldorf, M. (2013). Einsicht in zwei Minuten. Vorstellung eines Screenings zur Erfassung von Krankheitseinsicht bei Schizophrenie: FKE-10. (unpublished results)

Ratz, C., Dworschak, W., & Gross, P. (2012). Hilfebedarf im Ambulant Betreuten Wohnen. Ein Vergleich von H.M.B.-W. und ICF-BEST. Abschlussbericht des Forschungsprojektes HAWO. Würzburg: Universität Würzburg [urn:nbn:de:bvb:20-opus-71919].

Richter, D., & Jäger, M. (2017). Wohnforschung. Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. In: Rosemann, M., & Konrad, M. (Hrsg.) (2017). Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung, 2. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln, 114-122.

Robbins, P. C., Petrila, J., LeMelle, S., & Monahan, J. (2006). The use of housing as leverage to increase adherence to psychiatric treatment in the community. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *33*(2), 226-236.

Röhrig, B., du Prel, J. B., Wachtlin, D., Kwiecien, R., & Blettner, M. (2011). Fallzahlplanung in klinischen Studien — Teil 13 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Deutsche Zahnarztliche Zeitschrift*, *66*(8), 590.

Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *24*(1), 90-96.

Rosemann, M. (2018). BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Fachwissen kompakt, 1. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln.

Sandhu, S., Priebe, S., Leavey, G., Harrison, I., Krotofil, J., McPherson, P., Dowling, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., King, M., Shepherd, G., & Killaspy, H. (2017). Intentions and experiences of effective practice in mental health specific supported accommodation services: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1-13.

Saya, A., Brugnoli, C., Piazzi, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 271.

Schlichte, G. (2009). Basiswissen: Betreutes Wohnen – Hilfen zur Alltagsbewältigung. Basiswissen 7, 2. Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn.

Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L., & Bühner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology*, *6*(4), 147–151.

Schmitt, K. (2021). Betreuungsrecht - Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen. Ärztekammer Berlin. https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/10_Gesetzesaenderungen/49_Betreuungsrecht.html (29.04.2021).

Scholten, M., & Vollmann, J. (2017). Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. In: Vollmann, J. (Hrsg.) (2017). Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch, 1. Aufl., Psychiatrie Verlag, Köln, 26-34.

Schomacher, J. (2008). Gütekriterien der visuellen Analogskala zur Schmerzbewertung. physioscience, 4(03), 125-133.

Schwarz, J., & Bruderer Enzler, H. (Hrsg.) (2021). Universität Zürich (UZH). Methodenberatung. Datenanalyse mit SPSS. https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss.html (13.05.2021).

Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). Biometrika, 52(3/4), 591-611.

Shrive, F. M., Stuart, H., Quan, H., & Ghali, W. A. (2006). Dealing with missing data in a multi-question depression scale: a comparison of imputation methods. *BMC medical research methodology*, *6*(1), 1-10.

Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., & Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(3), 239-244.

Skott, M., Durbeej, N., Smitmanis-Lyle, M., Hellner, C., Allenius, E., Salomonsson, S., Lundgren, T., Jayaram-Lindström, N., & Rozental, A. (2021). Patient-controlled admissions to inpatient care: A twelve-month naturalistic study of patients with schizophrenia spectrum diagnoses and the effects on admissions to and days in inpatient care. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1-9.

Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., & Välimäki, M. (2014). Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC psychiatry*, *14*(1), 1-12.

Steinert, T. (2013). Was ist eine Zwangsmedikation? *Psychiatrische Praxis*, *40*, 394-400.

Steinert, T. (2016). Ethische Überlegungen bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. In: Juckel, G., & Hoffmann, K. (Hrsg.) (2016). Ethische Enscheidungssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie., Pabst Science Publishers, Lengerich, 123-142.

Steinert, T. (2021). Die Doppelfunktion der Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 39(1), 28-34.

Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. Psychiatric Services, 64(10), 1012-1017.

Szmukler, G., & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, *17*(3), 233-244.

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *24*(9-10), 681-698.

van Beek, J., Vuijk, P. J., Harte, J. M., Smit, B. L., Nijman, H., & Scherder, E. J. (2015). The factor structure of the brief psychiatric rating scale (expanded version) in a sample of forensic psychiatric patients. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *59*(7), 743-756.

Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient preference and adherence*, *11*, 449–468. https://doi.org/10.2147/PPA.S124658

Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatric Services*, *59*(2), 209-211.

Vollmann, J. (2014). Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, *85*(5), 614-620.

Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ... & Criqui, M. H. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, *390*(10100), 1211-1259.

Widschwendter, C. G., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Yalcin-Siedentopf, N., & Hofer, A. (2018). Subjective well-being, drug attitude, and changes in symptomatology in chronic schizophrenia patients starting treatment with new-generation antipsychotic medication. *BMC psychiatry*, *18*(1), 212. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1791-y.

Wiesjahn, M., Jung, E., Lamster, F., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2014). Explaining attitudes and adherence to antipsychotic medication: The development of a process model. *Schizophrenia research and treatment*, *2014*, Article ID 341545, 11 pages. https://doi.org/10.1155/2014/341545.

Wilcox, R. R. (2012). *Introduction to robust estimation and hypothesis testing* (3rd ed.). *Statistical modeling and decision science.* Amsterdam, Boston: Academic Press.

Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and i nvoluntary t reatment o rders: Service users' interactions with health‐care professionals on the ward. *International journal of mental health nursing*, *24*(2), 181-189.

Yang, J., Ko, Y. H., Paik, J. W., Lee, M. S., Han, C., Joe, S. H., Jung, I. K., Jung, H. G., & Kim, S. H. (2012). Symptom severity and attitudes toward medication: impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, *134*(2-3), 226-231.

ZfP Südwürttemberg (2018). Das ZfP Südwürttemberg. Psychiatrie und Psychosomatik von Stuttgart bis zum Bodensee. Leistungen, Angebot, Kontakt. https://www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Unternehmensbrosch_2018.pdf (08.05.2021).

ZfP Südwürttemberg (2021a), Anstalt des Öffentlichen Rechts (Hrsg.). Fachgebiete - Allgemeine Psychiatrie - Ravensburg. https://www.zfp-web.de/fachgebiete/allgemeinpsychiatrie/ravensburg/stationen/?fsize=214 (29.04.2021).

ZfP Südwürttemberg (2021b), Anstalt des Öffentlichen Rechts (Hrsg.). Fachgebiete - Allgemeine Psychiatrie – Friedrichshafen. https://www.zfp-web.de/fachgebiete/allgemeinpsychiatrie/friedrichshafen/stationen/?fsize=330 (29.04.2021).

ZfP Südwürttemberg (2021c), Anstalt des Öffentlichen Rechts (Hrsg.). Fachgebiete - Wohnen. Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke. https://www.zfp-web.de/fachgebiete/wohnen/?fsize=664 (29.04.2021).

Anhang

Material und Methoden

Anhang 1	**Rekrutierungsinformationen zur Studie für Proband*innen im psychiatrischen Wohnbereich**
Anhang 2	**Studieninformation für Personal im psychiatrischen Wohnbereich**
Anhang 3	**Proband*inneninformation für Bewohner*innen des betreuten Wohnens**
Anhang 4	**Einverständniserklärung Bewohner*innen im betreuten Wohnbereich**
Anhang 5	**Proband*inneninformation für allgemeinpsychiatrisch behandelte Patient*innen**
Anhang 6	**Einverständniserklärung stationär behandelte Patient*innen**

Anhang 1

Informationen für Klientinnen und Klienten im unterstützten Wohnen

Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine Studie gesucht

Medikamente einnehmen im alltäglichen Leben – wie fühlt sich das an?

Eine Studie zum Empfinden der Medikamenteneinnahme im alltäglichen Leben in verschiedenen Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis

Wer bin ich?

Ich bin Doktorandin an der Universität Ulm.

Ich bin unabhängig von Ihrer medizinischen und psychosozialen Betreuung und gebe keine Daten an diese weiter.

Die Befragung wird nur von mir durchgeführt.

Was möchte ich mit der Studie herausfinden?

Wie erleben Sie die vom Arzt verschriebenen Medikamente im alltäglichen Leben im betreuten Wohnen?

Kommt es vor, dass Sie gewissen Druck beim Einnehmen der Medikamente besitzen, zum Beispiel durch Angst vor Nebenwirkungen oder weil es eine Voraussetzung für das betreute Wohnen ist?

Das möchte ich gerne untersuchen. *Und Sie können mir dabei helfen!*

Was passiert bei der Studie?

Ich möchte Sie gerne mithilfe von Fragebögen zu folgenden Themen befragen:

- zu Gefühlen bei der Einnahme Ihrer Medikamente
- zu den Gründen, warum Sie die Medikamente einnehmen
- zu Ihrer Einstellung zu Medikamenten

Es wird nur **ein Termin** von ca. einer halben Stunde benötigt.

Die Ergebnisse der Studie werden in einer Abschlussarbeit veröffentlicht.

Ihre Angaben bleiben streng vertraulich und anonym.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Menschen, die regelmäßig antipsychotische Medikamente einnehmen **und**

seit mindestens 3 Monaten **und** freiwillig in einer unterstützten Wohnform leben

Was haben Sie von der Teilnahme an der Studie?

Sie erhalten eine kleine Aufwandsentschädigung von € 10 für die Teilnahme.

Sie helfen mit, ein bisher wenig erforschtes Thema voranzubringen und dass Verbesserungsmöglichkeiten gefunden werden können.

Sie sind interessiert?… dann wenden Sie sich an **Nancy Thilo, Dipl.Soz.päd., Sozialwiss. M.A. ,** Klinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie I der Universität Ulm, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Kontaktdaten Telefon und E-Mail (wurde entfernt).

Anhang 2

Studie „Subjektiv empfundener Zwang bei der ärztlich verordneten Medikamenteneinnahme bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schizophrenen und bipolaren Störungen im ambulanten und stationär betreuten Wohnen“

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Doktorandin der Universität Ulm interessiere ich mich dafür, wie die Medikamenteneinnahme von Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner aus ihrer ganz *subjektiven Perspektive* erlebt und in den Alltag integriert wird. Hierbei wird der Fokus auf Bewohnerinnen und Bewohnern mit *schizophrenen und bipolaren Störungen* gelegt, die aufgrund ihrer Erkrankung auf die regelmäßige Einnahme von antipsychotischen Medikamenten angewiesen sind, um einer psychischen Krise vorzubeugen und einen Klinikaufenthalt zu vermeiden. Trotz der Bedeutung der Medikamenteneinnahme zur Stabilisierung und Rehabilitation von psychisch kranken Menschen außerhalb des stationären Rahmens, sind zu diesem Thema in der bisherigen Forschung, vor allem mit Bezug auf den Wohnbereich, keine ausreichenden Untersuchungen durchgeführt worden.

Wie erleben Bewohnerinnen und Bewohner die Einnahme ihrer Medikamente im betreuten Wohnsetting? Nehmen sie die Medikamente selbständig ein oder benötigen sie dabei Unterstützung? Welche inneren und äußeren Beweggründe gibt es bei Bewohnerinnen und Bewohnern, die Medikamente freiwillig zu nehmen? Wird trotz der Freiwilligkeit ein gewisser subjektiv empfundener Druck empfunden, die Medikamente zu nehmen? Beispielsweise könnten Nebenwirkungen dazu führen, die Medikamente eher abzulehnen. Auf der anderen Seite ist ein Absetzen der Medikamente aber möglicherweise mit einem Rückfall bzw. einer Verschlechterung des psychischen Zustandes verbunden. Diesen Fragen wird sich die hier vorgestellte Studie widmen und versuchen, erste Antworten darauf geben zu können.

Ich bin für die Datenerhebung zu diesem Thema bereits seit über einem Jahr im stationären Bereich tätig und befrage in diesem Zusammenhang sowohl sich freiwillig in stationärer Behandlung befindende, als auch untergebrachte Patientinnen und Patienten auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. Die Befragungen möchte ich für eine vergleichende Analyse des Erlebens der Medikamenteneinnahme zwischen Patientinnen und Patienten, die sich in stationärer Behandlung befinden, und Bewohnerinnen und Bewohnern, die freiwillig in einer betreuten Wohnform leben, fortführen.

Es geht hierbei um drei zentrale Fragen bzw. Zielsetzungen:

1. Wie empfinden Bewohnerinnen und Bewohner die Einnahme von ärztlich verordneten Antipsychotika im Wohnsetting?

2. Das subjektive Empfinden von möglichem Zwang durch innere und äußere Gegebenheiten mit dem Empfinden der Patientinnen und Patienten, die sich in stationärer Behandlung befinden, zu vergleichen.

3. Welche Faktoren führen zu einem mehr oder weniger an negativen Gefühlen bei der Medikamenteneinnahme bei Bewohnerinnen und Bewohnern im betreuten Wohnbereich?

Wer ich bin…

Ich bin Doktorandin der Universität Ulm. Nach dem sozialpädagogischen Studium und mehrjähriger Arbeit im betreuten Wohnbereich für psychisch kranke Menschen, folgte ein sozialwissenschaftliches Studium in Stuttgart (M.A.). Seit zwei Jahren bin ich wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Versorgungsforschung des Zentrums für Psychiatrie Weissenau.

Was wird benötigt…

Ich werde mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, die Interesse an einer Teilnahme und ihr schriftliches Einverständnis gegeben haben, ein etwa halbstündiges Interview führen. *Einschlusskriterien* für diese Studie sind zum einen, dass für die Bewohnerin/den Bewohner die Diagnose einer schizophrenen oder bipolaren Störung (F20 bis F31 nach ICD-10) vorliegt, und diese/r zum anderen freiwillig seit mindestens 3 Monaten im Betreuten Wohnen lebt. Die Kontaktaufnahme soll über die jeweilige/den jeweiligen Bezugsbetreuer/in des Betreuungsteams im Wohnbereich laufen. Ich werde die Studie vorab in den jeweiligen Wohneinrichtungen und Betreuungsteams vorstellen.

Das Gespräch erfolgt teilstrukturiert, d.h., die Bewohnerin/der Bewohner wird mit mir zusammen die fünf kurzen standardisierten Fragebögen zusammen durchgehen und ausfüllen, es bleibt zu-

dem aber genügend Raum für individuelle Themen der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Fragebögen behandeln neben der Erfassung von Zwangs- und Druckgefühlen bei der Medikamenteneinnahme die Einstellung zu Medikamenten, zur Erkrankung und die soziodemografische Datenerhebung der Bewohnerin/des Bewohners (Alter, Geschlecht etc.).

Die Teilnahme ist freiwillig und wird mit *10 Euro pro Interview* vergütet. Der Name der Bewohnerin/des Bewohners sowie sämtliche Namen von anderen Personen oder Einrichtungen werden zur Auswertung anonymisiert und ausschließlich unter einem Nummerncode gespeichert. Es werden alle Daten entfernt, aus denen man auf konkrete Personen oder Einrichtungen schließen könnte. Das Interview wird nicht aufgezeichnet.

Was passiert mit den Ergebnissen…

Die Ergebnisse werden in einer medizinischen Doktorarbeit verwendet und in einer Fachzeitschrift in anonymisierter Form als statistische Daten veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Einzelpersonen ist ausgeschlossen.

Zur Ethik….

Das Forschungsvorhaben wurde der Ethikkommission der Universität Ulm zur Prüfung vorgelegt. Es liegen seitens der Kommission keine ethischen Bedenken vor.

Sie haben noch Fragen?

Sicher haben Sie noch einige Fragen zum Forschungsvorhaben.

Wenden Sie sich hierfür gerne an

Nancy Thilo: Telefon , E-Mail (wurde entfernt)

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

RV, den 07.01.2019

Anhang 3

Briefkopf wurde entfernt

Probandeninformation

Befragung zu subjektiv empfundenen Zwang bei der ärztlich verordneten Medikamenteneinnahme bei Bewohnerinnen und Bewohnern im ambulanten und stationär betreuten Wohnen

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

wir möchten Sie bitten, an der nachfolgenden beschriebenen Studie teilzunehmen, die in Form eines einmaligen Interviews durchgeführt wird. Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie im Laufe Ihrer Zeit in der betreuten Wohnform Zwang bezüglich der Einnahme von Medikamenten erlebt haben. Eine zentrale Hilfestellung des Betreuungsteams im psychiatrischen Wohnbereich ist nämlich die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme, um einer psychischen Krise vorzubeugen und einen Klinikaufenthalt zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang lassen sich in der Behandlung und Versorgung von psychisch kranken Menschen Formen des informellen Zwangs ausmachen. Dies kann von sanfter Überzeugung bis hin zur Androhung eines Klinikaufenthaltes reichen. Das zeigt eine Studie, die informellen Zwang aus der Perspektive von psychiatrisch Tätigen im stationären Bereich in Deutschland und der Schweiz untersucht hat. Dieser Umstand könnte dazu führen, dass Sie als Bewohnerin/Bewohner die Medikamente zwar auf freiwilliger Basis einnehmen, die Einnahme trotzdem mit Gefühlen von Druck und dem Verlust von Kontrolle verbunden sein kann. Im stationären Bereich ist informeller Zwang zumindest teilweise bereits erforscht, aber wie Bewohnerinnen und Bewohner die Erfahrungen mit informellen Zwang bei der Medikamenteneinnahme im Alltag im betreuten Wohnen bewältigen, ist in der bisherigen Forschung noch nicht ausreichend untersucht worden.

Zu diesem Zweck wollen wir Bewohner, die sich in einer betreuten Wohnform befinden, befragen. Dafür hätten wir gerne auch Ihre Hilfe und bitten Sie, an unserer Studie teilzunehmen.

Die Studie wird als einmaliges Interview durchgeführt, in dem es um das Erleben seelischer und psychischer Schwierigkeiten sowie um das Erleben von subjektiv empfundenem Zwang bei der Medikamenteneinnahme im betreuten Wohnen geht. Je nachdem, wie viel Sie mitteilen, dauert das Interview *zwischen einer halben Stunde* und einer Stunde. Es ist möglich, das Interview zu unterbrechen und an einem anderen Tag weiterzuführen. Für die Auswertung speichern wir Ihre Daten unter einem Nummerncode. Die zugehörige Namensliste wird nach Abschluss der Auswertung vernichtet. Die Ergebnisse werden in einer medizinischen Doktorarbeit verwendet und in einer Fachzeitschrift in anonymisierter Form als statistische Daten veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Einzelpersonen ist ausgeschlossen.

Durch die Teilnahme an dieser Studie könnten Sie eventuell an unangenehme Erlebnisse erinnert werden. Sollte dies der Fall sein, können Sie das Interview jederzeit ganz abbrechen oder einzelne Fragen nicht beantworten. Die Doktorandin wird sich hierbei ganz nach Ihrem Befinden richten und ggf., falls Sie es wünschen, Kontakt zum jeweiligen Bezugsbetreuer/zur jeweiligen Bezugsbetreuerin aufnehmen. Im Wohnbereich steht das betreuende Team von Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Psychologinnen und Psychologen bei Gesprächsbedarf zur Verfügung. Das Betreuungsteam im ambulanten und stationären Wohnbereich unterstützt Sie insbesondere beim Umgang mit Ihrer persönlichen Krankheitssymptomatik sowie bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen in Ihrer eigenen Wohnung bzw. in Ihrer Wohngemeinschaft und kann Ihnen dementsprechend zeitnah Gesprächstermine anbieten. Ihre ärztliche Betreuung wird von der Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer/einem niedergelassenen Ärztin/Arzt geleistet, so dass auch hier Unterstützung für Sie gewährleistet ist. Die Doktorandin ist nicht Teil des Betreuungsteams, so dass sich die Befragung nicht auf die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Bezugsbetreuer/Ihrer Bezugsbetreuerin auswirken wird. Sonstige Nebenwirkungen sind bei dieser Art von Studie, die nur aus einer Befragung besteht, nicht zu erwarten.

FREIWILLIGKEIT:

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

ERREICHBARKEIT DES STUDIENARZTES:

Sollten während des Verlaufes des Forschungsprojektes Fragen auftauchen, so können Sie jederzeit Prof. Dr. Tilman Steinert unter folgender Telefonnummer erreichen: 0751 7601 2738.

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Das Universitätsklinikum Ulm und dessen an der Studie mitwirkende Mitarbeiter (Studienärzte, sonstiges Personal) ist haftpflichtversichert für den Fall, dass Sie durch deren Verschulden einen Schaden erleiden. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass Sie für die direkten Wege zum und vom Studienzentrum nicht unfallversichert sind. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Studienarzt/-leiter.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der 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 Krankenakte nehmen.

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

Die in diesem Projekt für die Datenverarbeitung verantwortliche Person ist: Nancy Thilo, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Tel.Nr: 0751/7601-2784, Nancy.Thilo@zfp-zentrum.de.

Bei Fragen zur Nutzung oder Verarbeitung Ihrer Daten wenden Sie sich bitte an den/die:

(a) Universität Ulm: Universität Ulm, Helmholtzstr. 16, 89081 Ulm, Tel.Nr.: 0731 50 - 25056, E-Mail:
datenschutz@uni-ulm.de

(b) Uniklinikum Ulm: Klinikumsverwaltung, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, Tel.Nr.: 0731 / 500-69290, E-Mail: *dsb.ukl@uniklinik-ulm.de*

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: *https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/dsb-online-melden/*

.....… ……

Ort, Datum Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Anhang 4

Briefkopf wurde entfernt

Einwilligungserklärung

Befragung zu subjektiv empfundenen Zwang bei der ärztlich verordneten Medikamenteneinnahme bei Bewohnerinnen und Bewohnern im ambulanten und stationär betreuten Wohnen

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten 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 Proband/in)

.....	.....
Ort, Datum	(Unterschrift Proband/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:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.

2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

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 Proband/in)

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

Anhang 5

Briefkopf wurde entfernt

Probandeninformation

Befragung zu Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen/ Zwangsmedikation von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

wir möchten Sie bitten, an der nachfolgenden beschriebenen Studie teilzunehmen, die in Form eines einmaligen Interviews durchgeführt wird. Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, ob und in welchem Ausmaß Sie im Laufe Ihres stationären Aufenthalts Zwang bezüglich der Einnahme von Medikamenten oder andere Formen von Zwang erlebt haben. Zu diesem Zweck wollen wir Patienten, die sich in stationärer Behandlung befinden, befragen. Dafür hätten wir gerne auch Ihre Hilfe und bitten Sie, an unserer Studie teilzunehmen.

Die Studie wird als Interview durchgeführt, in dem es um das Erleben seelischer und psychischer Schwierigkeiten sowie um das Erleben einer Zwangsmaßnahme/ Zwangsmedikation geht. Je nachdem, wie viel Sie mitteilen, dauert das Interview zwischen einer halben Stunde und einer Stunde. Für die Auswertung speichern wir Ihre Daten unter einem Nummerncode. Die zugehörige Namensliste wird nach Abschluss der Auswertung vernichtet. Die Ergebnisse werden in einer medizinischen Doktorarbeit verwendet und in einer Fachzeitschrift in anonymisierter Form als statistische Daten veröffentlicht. Ein Rückschluss auf Einzelpersonen ist ausgeschlossen.

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

FREIWILLIGKEIT:

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

ERREICHBARKEIT DES STUDIENARZTES:

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

VERSICHERUNG:

Während der Teilnahme an dem Forschungsprojekt genießen Sie Versicherungsschutz. Das Universitätsklinikum Ulm und dessen an der Studie mitwirkende Mitarbeiter (Studienärzte, sonstiges Personal) ist haftpflichtversichert für den Fall, dass Sie durch deren Verschulden einen Schaden erleiden. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass Sie für die direkten Wege zum und vom Studienzentrum nicht unfallversichert sind. Einen Schaden, der Ihrer Meinung nach auf die Untersuchung zurückzuführen ist, melden Sie bitte unverzüglich dem Studienarzt/-leiter.

SCHWEIGEPFLICHT/DATENSCHUTZ:

Alle Personen, welche Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der 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 Krankenakte nehmen.

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

Die in diesem Projekt für die Datenverarbeitung verantwortliche Person ist: Nancy Thilo, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Tel.Nr: 0751/7601-2784, Nancy.Thilo@zfp-zentrum.de.

Bei Fragen zur Nutzung oder Verarbeitung Ihrer Daten wenden Sie sich bitte an den/die:

(a) Universität Ulm: Universität Ulm, Helmholtzstr. 16, 89081 Ulm, Tel.Nr.: 0731 50 - 25056, E-Mail:

datenschutz@uni-ulm.de

(b) Uniklinikum Ulm: Klinikumsverwaltung, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, Tel.Nr.: 0731 / 500-69290, E-Mail: *dsb.ukl@uniklinik-ulm.de*

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: *https://www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de/dsb-online-melden/*

.....	……
Ort, Datum	Name des/der aufklärenden Arztes/Ärztin

Anhang 6

Briefkopf wurde entfernt

Einwilligungserklärung

Befragung zu Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen/ Zwangsmedikation von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Inhalt, Vorgehensweise, Risiken und Ziel des obengenannten 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 Proband/in)

....
Ort, Datum (Unterschrift Proband/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:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ohne Namensnennung verarbeitet werden.

2) Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass eine autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person (z.B.: des Auftraggebers, der Universität) in meine erhobenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung des Projektes notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

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 Proband/in)

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

Anhang 7	**Auswertungen bzgl. soziodemografischer Daten**	Tab. 21, Tab. 22
Anhang 8	**Gültige Werte**	Tab. 23
Anhang 9	**Auswertungen mit imputierten Daten**	Tab. 24 bis Tab. 38
Anhang 10	**Auswertungen ohne imputierten Daten**	Tab. 39 bis Tab. 43

Anhang 7

Tab. 21: Angaben zur Normalverteilung und Varianzhomogenität für das Alter zum Interviewzeitpunkt von Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie aus dem betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. Nach Hirsch et al. 2021.

	Aufenthaltsstatus	**Kolmogorov-Smirnov, Sig.**	**Shapiro-Wilk, Sig.**	**Levene-Test**
Alter	Stationär freiwillig	.200	.03	F(2,136)= 2,19; p= .12
	Stationär untergebracht	.200	.06	
	Psychiatrischer Wohnbereich	.200	.68	

Tab. 22: Soziodemografische und klinische Daten, die sich nicht signifikant zwischen den Untersuchungsgruppen unterscheiden, erhoben bei Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie aus dem betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. [1]Kategorie unbekannt ist von der Berechnung ausgeschlossen wurden. [2]Gemäß ICD-10 zum Interviewzeitpunkt. [3]Zweiseitiger Test. Die in dieser Tabelle dargestellten Ergebnisse sind nicht signifikant (p > .05). n. s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Soziodemografisches/klinisches Merkmal		**Stationär untergebracht**	**Stationär freiwillig**	**Wohnbereich**	**Testmethode**	**Ergebnis**
		N (% spaltenweise)				
Einrichtung	*Weissenau*	30 (83,3)	36 (65,5)	-	Chi-Quadrat-Test[3]	$X^2(1)= 3,49^{n.s.}$
	Friedrichshafen	6 (16,7)	19 (34,5)	-		
Geschlecht	*männlich*	24 (66,7)	32 (58,2)	27 (56,3)	Chi-Quadrat-Test[3]	$X^2(2)= 1,02^{n.s.}$
	weiblich	12 (33,3)	23 (41,8)	21 (43,8)		
Familienstand[1]	*ledig*	25 (71,4)	41 (74,5)	34 (70,8)	Exakter Test nach Fisher[3]	p= .10
	verheiratet (Lebens-partnerschaft)	6 (17,1)	8 (14,5)	1 (2,1)		
	verwitwet	0 (0)	1 (1,8)	3 (6,3)		
	geschieden	4 (11,4)	5 (9,1)	10 (20,8)		
Deutsch als Mutter-sprache[1]	*nein*	6 (17,1)	5 (9,4)	1 (2,2)	Exakter Test nach Fisher[3]	p= .07
	ja	29 (82,9)	48 (90,6)	45 (97,8)		
Abge-schlossene Berufsausbildung[1]	*ja*	21 (67,7)	30 (57,7)	28 (59,6)	Chi-Quadrat-Test[3]	$X^2(2)= 0,87^{n.s.}$
	nein	10 (32,3)	22 (42,3)	19 (40,4)		
Haupt-diagnose[2]	*F20*	27 (75,0)	44 (80,0)	40 (83,3)	Exakter Test nach Fisher[3]	p= .48
	F25	4 (11,1)	8 (14,5)	3 (6,3)		
	F31	5 (13,9)	3 (5,5)	5 (10,4)		
Gesetzliche Betreuung[1]	*vorhanden*	13 (38,2)	20 (37,0)	25 (54,3)	Chi-Quadrat-Test[3]	$X^2(2)= 3,51^{n.s.}$
	nicht vorhanden	21 (61,8)	34 (63,0)	21 (45,7)		

Anhang 8

Tab. 23: Anzahl gültiger Werte der verwendeten Skalen von Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie aus dem betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. Nach Hirsch et al. 2021.

	Gültige Werte	
	Mit imputierten Daten	**Ohne imputierte Daten**
	N	N
Gesamtstichprobe		
Adapt. Admission Experience Scale Indexaufenthalt (aAES)	137	104
VAS_Medikation	Nicht imputiert	123
VAS_Aufenthalt	Nicht imputiert	127
Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10)	127	108
Drug Attitude Inventory (DAI-10)	132	108
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24)	108	96
Stichprobe Patient*innen		
Aufenthaltsstatus (Unterbringung)	Nicht imputiert	91
Dokumentierte freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme (KIS)	Nicht imputiert	91
Dokumentierte Zwangsmedikation (KIS)	Nicht imputiert	91
Adapt. Admission Experience Scale frühere Aufenthalte (aAES)	64	41
Summenwert Coercion Experience Scale (CES) mechanische Zwangsmaßnahme (Vergleich mit KIS)	Nicht imputiert	24

Anhang 9

Auswertungen mit imputierten Daten

Tab. 24: Unterschiede zwischen vollständigen und nicht vollständigen Datensätzen der Selbstauskunftsskalen aAES Indexaufenthalt, FKE-10, DAI-10, VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt der Gesamtstichprobe von Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie der betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. Die Ergebnisse dieser Tabelle sind nicht signifikant ($p > .05$). n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

	aAES Indexaufenthalt	**FKE-10**	**DAI-10**	**VAS_Medikation**	**VAS_Aufenthalt**
Vollständig: 115					
N	115	115	115	115	115
MW	7,13	34,30	1,51	4,19	3,46
SD	5,33	10,71	5,75	3,51	3,84
Median	5,78	35,0	2,0	5,0	2,0
Nicht vollständig: 24					
N	22	12	17	8	12
MW	7,90	30,76	-1,25	4,50	3,83
SD	5,53	9,71	5,15	4,0	3,86
Median	5,68	32,63	0,0	5,50	4,50
NV	nein	nein	nein	nein	nein
VH	F(1,135)= 0,17; p= .69	F(1,125)= 0,29; p= .59	F(1,130)= 0,76; p= .39	F(1,121)= 0,33; p= .57	F(1,125)= 0,12; p= .73
t-Test[1]	$t(135) = 0,61^{n.s.}$	$t(125) = -1,10^{n.s.}$	$t(130) = -1,87^{n.s.}$	$t(121) = 0,24^{n.s.}$	$t(125) = 0,32^{n.s.}$
Nichtpara-metrischer Test[2]	$z = -0,81^{n.s.}$	$z = -1,17^{n.s.}$	$z = -1,95^{n.s.}$	$z = -0,26^{n.s.}$	$z = -0,25^{n.s.}$

Tab. 25: Nichtparametrische Tests, Normalverteilungs- und Varianzhomogenitätstests zur Auswertung der verwendeten Skalen adaptierte Admission Experience Scale (aAES), visuelle Analogskalen (VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt), Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10)und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen den drei Untersuchungsgruppen, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie im betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, df = Freiheitsgrade, NV = Normalverteilung. [1]Gruppenvariable: Patient*innen mit Unterbringungsstatus, stationär freiwillige Patient*innen, Bewohner*innen. [2]Summenwert der Skala. [3]Asymptotische Signifikanz. [4]Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Nach Hirsch et al. 2021.

Kruskal-Wallis-Test[1]	**aAES Indexaufenthalt[2]**	**VAS_ Medikation**	**VAS_ Aufenthalt**	**FKE-10[2]**	**DAI-10[2]**	**BPRS-24[2]**
Ergebnis	28,31	4,58	47,68	37,17	32,34	8,26
df	2	2	2	2	2	2
N	137	123	127	127	132	108
Signifikanz[3]	.00	.10	.00	.00	.00	.02
NV[4]	nein	nein	nein	nein	nein	ja
Levene-Test	F(2,134)= 1,17; p= .32	F(2,120)= 2,63; p= .08	F(2,124)= 2,73; p= .07	F(2,124)= 0.63; p= .54	F(2,129)= 0,68; p= .51	F(2,105)= 1,46; p= .24

Tab. 26: Nicht signifikante Ergebnisse der Auswertung des Item 16 „Was für Gefühle erzeugte es Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, mind. = mindestens. [1]Testmethode: Pearson Chi-Quadrat-Test. n.s. = nicht signifikant.

Item 16 aAES aktueller Aufenthalt – angegebene Gefühle	**Stationär untergebrachte Patient*innen**	**Stationär freiwillige Patient*innen**	**Wohnbereich**	**Ergebnis[1] X^2 (2)**
	N (%)	N (%)	N (%)	
Mind. ein angenehmes Gefühl	3 (8,3)	10 (18,2)	14 (29,8)	6,07[n.s.]
Kein angenehmes Gefühl	33 (91,7)	45 (81,8)	33 (70,2)	
Keine besonderen Gefühle – zutreffend	14 (38,9)	24 (43,6)	27 (57,4)	3,26[n.s.]
Keine besonderen Gefühle – nicht zutreffend	22 (61,1)	31 (56,4)	20 (42,6)	
Gesamt N	36	55	47	138

Tab. 27: Normalverteilung und Varianzhomogenität der signifikanten Mittelwertunterschiede der Skala adapt. Admission Experience Scale (aAES) des aktuellen Aufenthaltes durch soziodemografische Merkmale, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. [1]Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. [2]Mann-Whitney-U-Test/Kruskal-Wallis-Test. Asymptotische Signifikanz, zweiseitig. Nach Hirsch et al. 2021.

	Alter	**Soziale Lebenssituation**	**Anzahl Voraufenthalte**	**Berufliche Tätigkeit**
NV[1]	nein	nein	nein	nein
Levene-Test	F(1,127)= 0,61; p= .44	F(2,130)= 1,15; p= .32	F(2,118)= 0,10; p= .91	F(3,108)= 1,65; p= .18

Tab. 28: Nicht signifikante Mittelwertunterschiede der Skala adapt. Admission Experience Scale (aAES) des aktuellen Aufenthaltes durch soziodemografische Merkmale, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, NV = Normalverteilung. [1]Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Levene-Test. [2]Kategorie unbekannt wurde ausgeschlossen. [3]Gruppenanzahl = 2: t-Test für unverbundene Stichproben/Mann-Whitney-U-Test; bei Gruppenanzahl > 2: ANOVA/Kruskal-Wallis-Test. n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Soziodemografisches/klinisches Merkmal		**aAES Indexaufenthalt der drei Untersuchungsgruppen**				
		N (%)	MW/SD	Median	Ergebnis[1]	Ergebnis[3]
Geschlecht	*männlich*	81 (59,1)	7,09/4,78	6,60	NV: nein	t(99)= -0,42[n.s.]
	weiblich	56 (40,9)	7,50/6,11	4,5	F(1,135)= 8,78; p= .00	z= -0,07[n.s.]
Familienstand[2]	*ledig*	99 (72,8)	7,51/5,35	6,60	NV: nein	F(3,132)= 0,87[n.s.]
	verheiratet (Lebenspartnerschaft)	14 (10,3)	5,71/5,22	4,0	F(3,132)= 0,51; p= .68	X²(3)= 3,48[n.s.]
	verwitwet	4 (2,9)	4,37/4,10	2,50		
	geschieden	19 (14,0)	7,10/5,23	4,0		
Abgeschlossene Berufs-ausbildung[2]	*ja*	78 (60,9)	7,35/5,02	6,0	NV: nein	t(102)= 1,50[n.s.]
	nein	50 (39,4)	5,96/5,15	4,0	F(1,126)= 0,00; p= .95	z= -1,75[n.s.]
Migrations-hintergrund[2]	*ja*	27 (20,1)	7,06/6,12	5,20	NV: nein	t(132)= -0,12[n.s.]
	nein	107 (79,9)	7,19/5,09	5,78	F(1,132)= 2,35; p= .13	z= -0,66[n.s.]
Deutsch als Mutter-sprache[2]	*ja*	120 (90,9)	7,35/5,25	6,0	NV: nein	t(130)= -0,22[n.s.]
	nein	12 (9,1)	7,00/6,05	3,0	F(1,130)= 2,32; p= .13	z= -0,48[n.s.]
Haupt-sächlicher Lebens-unterhalt[2]	*Arbeits-entgelt*	41 (35,3)	6,31/5,24	4,0	NV: nein	F(4, 111)= 1,53[n.s.]
	Krankengeld	8 (6,9)	9,35/5,25	9,19	F(4,111)= 0,32; p= .86	X²(4)= 6,19[n.s.]
	Arbeits-losengeld	22 (19,0)	8,91/5,58	9,0		
	Vermögen	2 (1,7)	4,0/4,24	4,0		
	Rente	43 (37,1)	6,68/4,96	4,63		
Psychia-trische Hauptdiagnose	*F20*	110 (80,3)	6,91/5,08	5,51	NV: nein	F(2,134)= 1,22[n.s.]
	F25	14 (10,2)	8,44/6,94	5,12	F(2,134)= 2,95; p= .06	
	F31	13 (9,5)	8,94/5,62	8,11		X²(2)= 2,08[n.s.]
Gesetzliche Betreuung[2]	*nein*	74 (56,1)	7,23/5,21	5,24	NV: nein	t(130)= 0,09[n.s.]
	ja	58 (43,9)	7,15/5,26	6,06	F(1,130)= 0,00; p= .97	z= -0,18[n.s.]

Tab. 29: Angaben zur Normalverteilung und Varianzhomogenität der Gruppenauswertung unangenehme und angenehme Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) des aktuellen Aufenthaltes, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. NV = Normalverteilung. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES aktueller Aufenthalt**	
	NV¹	Levene-Test
unangenehme Gefühle	nein	F(1,134)= 4,77; p= .03
angenehme Gefühle	nein	F(1,134)= 20,64; p= .00

Tab. 30: Gruppenauswertung keine besonderen Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) hinsichtlich des Summenmittelwertes der Skala aAES des aktuellen Aufenthaltes, erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Test auf Varianzhomogenität: Levene-Test. ²Testmethode: t-Test. Mann-Whitney-U-Test. n.s. = nicht sigifikant.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES Indexaufenthalt**				
	N	MW/SD	Median	Ergebnis¹	Ergebnis²
Keine besonderen Gefühle - zutreffend	64	6,43/4,63	5,24	NV: nein	$t(132)= 1,66^{n.s.}$
Keine besonderen Gefühle – nicht zutreffend	72	7,91/5,85	6,50	F(1,134)= 7,0; p= .01	$z= -1,12^{n.s.}$

Tab. 31: Angaben zur Normalverteilung und Varianzhomogenität der Gruppenauswertung unangenehme und angenehme Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) des aktuellen Aufenthaltes bei stationären Patient*innen mit mind. einem früheren Aufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. NV = Normalverteilung. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. n.s. = nicht signifikant.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES aktueller Aufenthalt bei stationären Patient*innen, die mindesten einen früheren Aufenthalt erlebt haben**	
	NV¹	Levene-Test
unangenehme Gefühle	ja	F(1,56)= 3,72; p= .06
angenehme Gefühle	nein	F(1,56)= 3,38; p= .07

Tab. 32: Gruppenauswertung keine besonderen Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) hinsichtlich des Summenmittelwertes der Skala aAES des aktuellen Aufenthaltes bei stationären Patient*innen mit mind. einem früheren Aufenthalt, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Test auf Varianzhomogenität: Levene-Test. ²Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben und Mann-Whitney-U-Test. n.s. = nicht signifikant.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES aktueller Aufenthalt bei stationären Patient*innen, die mindesten einen früheren Aufenthalt erlebt haben**				
	N	MW/SD	Median	Ergebnis¹	Ergebnis²
Keine besonderen Gefühle - zutreffend	24	7,16/4,75	6,0	NV: ja	$t(56)= 1,13^{n.s.}$
Keine besonderen Gefühle – nicht zutreffend	34	8,84/6,03	8,17	F(1,56)= 3,02; p= .09	$z= -0,83^{n.s.}$

Tab. 33: Angaben zur Normalverteilung und Varianzhomogenität der Gruppenauswertung unangenehme Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) frühere Aufenthalte, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. NV = Normalverteilung. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES frühere Aufenthalte**	
	NV¹	Levene-Test
unangenehme Gefühle	nein	F(1,57)= 0,07; p= .79

Tab. 34: Normalverteilungs- und Varianzhomogenitätstests für die Berechnung der Unterschiede im Gruppenmittelwert der adapt. Admission Experience Scale (aAES) im Indexaufenthalt aufgrund mindestens einer dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation im Indexaufenthalt und Zwangsmedikation lifetime, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. NV = Normalverteilung, ZM = Zwangsmaßnahme. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahme	**Summenwert aAES aktueller Aufenthalt**	
	NV¹	Levene-Test
Mechanische ZM vor Interview	nein	F(1,87)= 0,36; p= .55
Zwangsmedikation vor Interview	nein	F(1,87)= 1,62; p= .21
Zwangsmedikation lifetime	nein	F(1,87)= 4,90: p= .03

Tab. 35: Gruppenauswertung angenehme Gefühle und keine besonderen Gefühle des Item 16 „Was für Gefühle erzeugt es in Ihnen, diese Medikamente einzunehmen?“ der adaptierten Admission Experience Scale (aAES) hinsichtlich des Summenmittelwertes der Skala aAES frühere Aufenthalte, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. Test auf Varianzhomogenität: Levene-Test. ²Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben u. Mann-Whitney-U-Test. n.s. = nicht signifikant.

Angegebene Gefühle	**Summenwert aAES frühere Aufenthalte**				
	N	MW/SD	Median	Ergebnis¹	Ergebnis²
Mind. ein angenehmes Gefühl	9	8,54/6,04	7,0	NV: nein	$t(57)= 1,47^{n.s.}$
Kein angenehmes Gefühl	50	11,68/5,89	11,83	F(1,57)= 0,02; p= .90	$z= -1,47^{n.s.}$
Keine besonderen Gefühle - zutreffend	17	10,36/5,66	11,0	NV: nein	$t(57)= 0,68^{n.s.}$
Keine besonderen Gefühle – nicht zutreffend	42	11,54/6,13	11,72	F(1,57)= 1,74; p= .19	$z= -0,77^{n.s.}$

Tab. 36: Unterschiede im Gruppenmittelwert der adapt. Admission Experience Scale (aAES) im Indexaufenthalt aufgrund mindestens einer dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme lifetime, erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ZM = Zwangsmaßnahme. ¹Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov-Test u. Shapiro-Wilk-Test. ²Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben u. Mann-Whitney-U-Test. n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Dokumentierte Zwangsmaßnahme		**Summenwert aAES Indexaufenthalt**				
		N	MW/SD	Median	Ergebnis¹	Ergebnis²
Mechanische ZM lifetime	ja	57	8,94	5,95	NV: j	t(87)= - 1,14$^{n.s.}$
	nein	32	7,54	4,74	F(1,87)= 3,07; p= .08	z= - 0,89$^{n.s.}$

Tab. 37: Anzahl von Patient*innen zum Interviewzeitpunkt mit mindestens einer subjektiv erlebten und/ oder dokumentierten freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme in einem stationären Aufenthalten (lifetime), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, ZM = Zwangsmaßnahme. Nach Hirsch et al. 2021.

			Anzahl Patient*innen mit einer dokumentierten mechanischen ZM lifetime (KIS)		
			N		
			ja	nein	Gesamt
Anzahl Patient*innen mit einer subjektiv erlebten mechanischen ZM lifetime	N	ja	50	8	58
		nein	8	23	31
Gesamt			58	31	89

Tab. 38: Auswertung der einzelnen Subskalen der Coercion Experience Scale (CES) in Bezug auf Unterschiede zwischen Patient*innen mit und ohne erlebter freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme in einem stationären Aufenthalt (KIS, lifetime), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, NV = Normalverteiliung, VH = Varianzhomogenität, mechan. = mechanisch, ZM = Zwangsmaßnahme. [1]Normalverteilungstests: Kolmogorov-Smirnov u. Shapiro-Wilk. [2]Testmethoden: t-Test für unabhängige Stichproben und [3]Mann-Whitney-U-Test. [4]Subskalen. * $p < .05$. n.s. = nicht signifikant.

Skala CES Mechan. ZM	**Dokumentierte mechan. ZM**	**N**	**MW/SD**	**Median**	**NV/VH[1]**	**Ergebnis[2]**	**Ergebnis[3]**
CES_1[4]	nein	8	77,50/22,51	85,0	NV: nein F(1,38)= 0,16; p= .70	t(38)= -0,50$^{n.s.}$	z= -0,59$^{n.s.}$
	ja	32	81,88/21,91	90,0			
CES_2[4]	nein	8	91,88/10,67	95,0	NV: nein F(1,38)= 8,31; p= .01	t(30)= 2,70*	z= -1,50$^{n.s.}$
	ja	32	75,31/27,35	90,0			
CES_Demütigung[4]	nein	7	56,86/11,08	57,0	NV: ja F(1,31)= 0; p= .99	t(31)= 1,56$^{n.s.}$	z= -1,37$^{n.s.}$
	ja	26	48,65/12,68	49,0			
CES_Körperliche_Effekte[4]	nein	7	8,29/4,57	7,0	NV: ja F(1,34)= 0,04; p= .84	t(34)= -1,05$^{n.s.}$	z= -1,17$^{n.s.}$
	ja	29	10,28/4,48	10,0			
CES_Kontaktbeschränkung[4]	nein	8	6,63/2,83	7,0	NV: ja F(1,35)= 0,04; p= .85	t(35)= 0,10$^{n.s.}$	z= -0,09$^{n.s.}$
	ja	29	6,52/2,77	6,0			
CES_Negative_Umwelt[4]	nein	7	7,86/2,61	7,0	NV: ja F(1,35)= 3,10; p= .09	t(35)= -2,03$^{n.s.}$	z= -2,10*
	ja	30	11,63/4,73	11,5			
CES_ Furcht[4]	nein	8	5,50/3,63	4,5	NV: F(1,35)= 2,88; p= .10	t(35)= 1,11$^{n.s.}$	z= -0,88$^{n.s.}$
	ja	29	4,24/2,61	3,0			
CES_ Zwang[4]	nein	8	8,50/1,60	9,0	NV: F(1,35)= 0,48; p= .49	t(35)= 0,75$^{n.s.}$	z= -0,64$^{n.s.}$
	ja	29	7,86/2,25	8,0			
CES_Summe	nein	5	86,60/13,28	85,0	NV: F(1,27)= 1,50; p= .23	t(27)= -0,51$^{n.s.}$	U= 49,0$^{n.s.}$
	ja	24	91,88/22,27	89,0			

.

Anhang 10

Auswertungen ohne imputierte Daten

Tab. 39: Auswertung der verwendeten Skalen adaptierte Admission Experience Scale (aAES) Indexaufenthalt, VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt, Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. N = Fallzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ANOVA = Analysis of Variance, NV= Normalverteilung, VH = Varianzhomogenität, VAS = visuelle Analogskalen. ¹Einfaktorielle ANOVA (F-Test). ²Kruskal-Wallis-Test. *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

aAES Indexaufenthalt		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		23	11,96/ 5,44	13,0	39	5,74/ 4,91	4,0	42	5,02/ 4,13	3,0
	NV	nein								
	VH	F(2,101)= 1,27; p= .29								
	Ergebnis¹	F(2,101)= 17,54***								
	Ergebnis²	X²(2)= 20,07***								
VAS_Medikation		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		30	5,50/ 4,0	5,0	52	3,75/ 3,45	3,0	41	3,85/ 3,10	5,0
	NV	nein								
	VH	F(2,120)= 2,63; p= .08								
	Ergebnis¹	F(2,120)= 2,73$^{n.s.}$								
	Ergebnis²	X²(2)= 4,58$^{n.s.}$								
VAS_Aufenthalt		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		29	7,66/ 2,89	10,0	53	2,94/ 3,43	2,0	45	1,47/ 2,61	0,0
	NV	nein								
	VH	F(2,124)= 2,73; p= .07								
	Ergebnis¹	F(2,124)= 38,09***								
	Ergebnis²	X²(2)= 47,68***								
FKE-10		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		27	24,0/ 9,60	24,0	46	36,50/ 9,17	38,0	35	39,11/ 8,33	41,0
	NV	nein								
	VH	F(2,105)= 0,12; p= .89								
		Fortsetzung auf S. 99								

Fortsetzung von S. 98

	Ergebnis	F(2,105)= 23,96***								
	Ergebnis²	$X^2(2)$= 30,16***								
DAI-10		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		23	-3,39/ 4,92	-4,0	43	1,58/ 4,91	2,0	42	4,76/ 4,12	6,0
	NV	nein								
	VH	F(2,105)= 0,58; p= .56								
	Ergebnis¹	F(2,105)= 23,21***								
	Ergebnis²	$X^2(2)$= 31,56***								
BPRS-24		**Stationär untergebrachte Patient*innen**			**Stationär freiwillige Patient*innen**			**Wohnbereich**		
		N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median	N	MW/SD	Median
		20	58,0/ 17,18	57,0	45	49,76/ 13,21	48,0	31	50,84/ 13,57	49,0
	NV	ja								
	VH	F(2,93)= 1,01; p= .37								
	Ergebnis¹	F(2,93)= $2,44^{n.s.}$								
	Ergebnis²	$X^2(2)= 3,61^{n.s.}$								

Korrelationen der verwendeten Skalen ohne Imputation für die Stichprobe der Patient*innen

Tab. 40: Spearman-Korrelationen zwischen adaptierter Admission Experience Scale (aAES) zum Indexaufenthalt und Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) und visuellen Analogskalen (VAS), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. * p < .05, *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. Nach Hirsch et al. 2021.

Verwendete Skalen	**Spearman-Korrelationen mit aAES_aktueller Aufenthalt (Spearman-Rho)**
FKE-10 Patient*innen	- .65*** (N= 53)
DAI-10 Patient*innen	- .77*** (N= 47)
BPRS-24 Patient*innen	.34* (N= 49)
VAS_Medikation Patient*innen	.71*** (N= 58)
VAS_Aufenthalt Patient*innen	.62*** (N= 57)

Tab. 41: Lineares Regressionsmodell zur Prädiktion der Wahrnehmung von Zwang bei der Medikamenteneinnahme (aAES Indexaufenthalt), erhoben an Patient*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. FKE-10 = Fragebogen zur Krankheitseinsicht, DAI-10 = Drug Attitude Inventory, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. [1]Für die Untersuchungsgruppe der Patient*innen (stationär freiwillig und stationär untergebracht). *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

Prädiktoren[1]	**Regressions-koeffizient b**	**Standardfehler**	**Standardisierter ß-Koeffizient**	**Signifikanz**
FKE-10	- .28	.10	- .52	.011
DAI-10	- .35	.15	- .31	.031
BPRS-24	- .01	.05	- .01	.919
Stationär untergebracht (ja/nein)	- 1.68	2.10	- .13	.430
Mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation lifetime	4.96	3.25	.18	.137
Mindestens eine dokumentierte freiheitsbe-schränkende ZM Indexaufenthalt	1.42	1.82	.11	.443
Mindestens eine subjektiv erlebte Zwangsmedikation lifetime	2.46	1.86	.17	.196
Korr. R^2	.68[a]			
ANOVA	F(7,30)= 12,42***			

[a]Die Variable „mindestens eine dokumentierte Zwangsmedikation im Indexaufenthalt“ wurde aufgrund fehlender Korrelation mit der aAES Indexaufenthalt aus der Analyse ausgeschlossen.

Korrelationen der verwendeten Skalen ohne Imputation für die Gesamtstichprobe

Tab. 42: Spearman-Korrelationen zwischen adaptierter Admission Experience Scale (aAES) und Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10), Drug Attitude Inventory (DAI-10), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-24) und visuellen Analogskalen (VAS), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. *** p < .001, n.s. = nicht signifikant. ¹Für die Gesamtstichprobe. Nach Hirsch et al. 2021.

Verwendete Skalen¹	**Spearman-Korrelationen mit aAES_aktueller Aufenthalt (Spearman-Rho)**
FKE-10	- .57*** (N= 86)
DAI-10	- .67*** (N= 85)
BPRS-24	.16$^{n.s.}$ (N= 78)
VAS_Medikation	.60*** (N= 95)
VAS_Aufenthalt	.55*** (N=96)

Regression ohne imputierte Daten für die Gesamtstichprobe

Tab. 43: Lineares Regressionsmodell zur Prädiktion des wahrgenommenen Zwangs bei der Einnahme von antipsychotischer Medikation (aAES Indexaufenthalt), erhoben an Patient*innen und Bewohner*innen mit Schizophrenie, schizotypen, wahnhaften und bipolaren Störungen der allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bodensee sowie des betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der Landkreise Ravensburg und Bodensee im Erhebungszeitraum von Oktober 2017 bis Juli 2019. FKE-10 = Fragebogen zur Krankheitseinsicht, DAI-10 = Drug Attitude Inventory, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale. [1]Gesamtstichprobe. *** p < .001. Nach Hirsch et al. 2021.

Prädiktoren[1]	**Regressionskoeffizient b**	**Standardfehler**	**Standardisierter ß-Koeffizient**	**Signifikanz**
FKE-10	- .16	.06	- .33	.007
DAI-10	- .56	.10	- .59	.000
BPRS-24	- .01	.03	- .03	.754
Alter bis 35 Jahre (ja/nein)	- 1.54	1.02	- .13	.136
Betreute Wohnform (ja/nein)	- .16	.97	- .02	.870
Korr. R^2	.62			
ANOVA	F(5,56)= 21,01***			

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Göttingen, 22.07.2022
Nancy Thilo