

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Zwangsreduktion durch ein multiprofessionelles,
trialogisches, patientenzentriertes Behandlungskonzept – das
„Weddinger Modell“
Reduction of coercion by a multiprofessional, trialogical and
patient-centered care concept – the „Weddinger Modell“

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Klara Czernin

aus Wien

Datum der Promotion: 26.06.2022

Inhaltsverzeichnis

1 Abstract	3
1.1 Deutsch	3
1.2 English.....	5
2 Manteltext	6
2.1 Einleitung und Darstellung des Forschungsstandes	6
2.1.1 Zwangsmaßnahmen	6
2.1.1.1 Patientenbezogene Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen	8
2.1.1.2 Institutionelle und strukturelle Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen	8
2.1.1.3 Negative und positive Aspekte von Zwangsmaßnahmen	10
2.1.1.4 Prävention und Reduktion von Zwangsmaßnahmen.....	11
2.1.2 Das „Weddinger Modell“	12
2.2. Vertiefende Darstellung der Methodik	17
2.2.1 Fragestellung	17
2.2.2 Studiendesign	17
2.2.3 Patientenkollektiv.....	18
2.2.4 Erhebungszeiträume und Einschlusskriterien	18
2.2.5 Ausschlusskriterien	19
2.2.6 Erfasste Daten	19
2.2.7 Statistische Analyse	20
2.2.7.1 Soziodemographische und klinische Variablen	20
2.2.7.2 Zwangsmaßnahme-Variablen	20
2.3. Wesentliche neue Erkenntnisse	22
2.3.1 Soziodemographische und klinische Variablen	22
2.3.2 Hauptanalysen	22
2.3.3 Kontrollanalysen	22
2.4. Diskussion, klinische Anwendung und weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen.....	23
2.5. Literaturverzeichnis	26
3 Eidesstattliche Versicherung	32
4 Ausführliche Anteilserklärung an der Publikation	33
5 Auszug aus der Journal Summary List	35
6 Druckexemplar der Publikation	41
7 Lebenslauf	49
8 Publikationsliste	51
9 Danksagung	52

1 Abstract

1.1 Deutsch

Einleitung: Zwangsmaßnahmen stellen einen schwerwiegenden Eingriff in die Freiheitsrechte Betroffener dar und sind deshalb ein kontrovers diskutierter Bestandteil der psychiatrischen Alltagspraxis. Auf Grund der zahlreichen negativen Aspekte von Zwangsmaßnahmen dürfen sie nur bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, wenn alle weniger einschränkenden Maßnahmen ausgeschöpft wurden, angewandt werden. Im Dezember 2010 wurde an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus ein neues multiprofessionelles, trialogisches und patientenzentriertes Behandlungskonzept, das „Weddinger Modell“, eingeführt. Dieses verfolgt als eines seiner Hauptziele die Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Ziel der vorliegenden Studie war es, den Effekt des Weddinger Modells auf mechanische Zwangsmaßnahmen zu untersuchen.

Methodik: In dieser retrospektiven Fallkontrollstudie wurden 357 Patienten untersucht. Die Patienten wurden an zwei Erhebungszeiträumen vor und an zwei Erhebungszeiträumen nach Implementierung des Weddinger Modells auf drei psychiatrischen Akutstationen behandelt. Die Studie analysierte zwei Patientengruppen, eine nach dem Weddinger Modell behandelte Interventionsgruppe (n = 122) und eine konventionell behandelte Kontrollgruppe (n = 235). Ausgewählte Parameter betreffend mechanische Zwangsmaßnahmen wurden zwischen den zwei Gruppen verglichen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen in der Interventionsgruppe, die nach dem Weddinger Modell behandelt wurde, eine signifikante Reduktion der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen, des Anteils der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen an der Verweildauer, der Fixierungsanzahl sowie der durchschnittlichen und kumulativen Isolierungsdauer.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass multiprofessionelle, trialogische und patientenzentrierte Behandlungskonzepte wie das Weddinger Modell einen positiven Beitrag zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen leisten können. Das

Weddinger Modell und ähnliche Behandlungsansätze zur Zwangsvermeidung können demnach verbreitet und umgesetzt werden.

1.2 English

Introduction: Coercive measures pose a significant encroachment on the personal liberty of those concerned and are therefore a controversially discussed issue of everyday psychiatric practice. Due to numerous negative aspects, coercive measures may only be used if there is acute risk of self-endangerment or endangerment to others and only if all less restrictive measures have been exhausted. In December 2010 a new multiprofessional, triological and participatory treatment concept, the “Weddinger Modell”, was introduced at the Charité Psychiatric University Clinic at the St. Hedwig Hospital. One of its main goals is to reduce coercive measures. The aim of the present study was to investigate the effects of this novel treatment approach on mechanical coercive measures.

Methods: The retrospective case-control study examined 357 patients. The patients were treated at three in-patient facilities for acute psychiatric care. They were investigated at two reporting periods before and at two reporting periods after implementation of the Weddinger Modell. The study analyzed two patient groups. The data on mechanical coercive measures were compared based on affiliation to an intervention group (n = 122) treated according to the Weddinger Modell or a control group treated conventionally (n = 235).

Results: A significant reduction of the cumulative duration of coercive measures, the proportion of the cumulative duration of coercive measures to the length of stay, the frequency of restraint events and the average and cumulative duration of seclusion incidents was detected in the intervention group.

Conclusion: The results indicate that multiprofessional, triological and patient centered concepts such as the Weddinger Modell can make a positive contribution to the reduction of coercive measures. The Weddinger Modell and similar treatment approaches to prevent coercion can therefore be disseminated and implemented.

2 Manteltext

Der Manteltext umfasst eine vertiefte Darstellung des aktuellen Forschungsstandes, der Methodik, der wesentlichen neuen Ergebnisse, der Diskussion, der klinischen Anwendung, der Limitationen sowie der weiterführenden wissenschaftlichen Fragestellungen, welche durch die wissenschaftliche Arbeit im Kontext der zugrundeliegenden Publikation „Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen [Effects of the Psychiatric Care Concept "Weddinger Modell" on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>“ [1] erbracht worden sind. Im Rahmen der Einleitung und der Darstellung des Forschungsstandes wird ein Überblick über die Forschung zum Thema Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern gegeben. Berücksichtigt werden beeinflussende Faktoren, die negativen und positiven Aspekte von Zwangsmaßnahmen sowie Präventionsmaßnahmen. In diesem Kontext wird das psychiatrische Behandlungskonzept mit dem Namen „Weddinger Modell“ beschrieben.

2.1 Einleitung und Darstellung des Forschungsstandes

In den letzten Jahrzehnten und insbesondere seit der Erklärung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 [2] sind psychiatrische Institutionen gefordert, die Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen zu fördern. Gleichzeitig sieht sich die Psychiatrie nicht nur mit der Wahrung der Patientenautonomie konfrontiert, sondern auch mit dem Anspruch Gefahren für den Patienten und seine Umwelt abzuwenden.

2.1.1 Zwangsmaßnahmen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen wie etwa eine Unterbringung an einer psychiatrischen Krankenhausabteilung gegen den Willen eines Patienten oder Zwangsmaßnahmen in Form von Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikationen stellen schwerwiegende Eingriffe in die Grund- und Menschenrechte dar [3]. Zwangsmaßnahmen dürfen nur im Fall einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung,

wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation und alle weniger einschränkenden Maßnahmen ausgeschöpft wurden, angewandt werden [4]. Abgesehen von den gesetzlich festgehaltenen Zwangsmaßnahmen, ist jede Behandlung gegen den natürlichen Willen eines Patienten, gleich ob verbal oder nonverbal geäußert, eine Zwangsbehandlung und schließt auch informellen Zwang wie Täuschung oder Drohung mit ein [5].

Ansätze zur Prävention von aggressivem und gewalttätigem Verhalten durch und an Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen werden innerhalb der Psychiatrie seit vielen Jahren diskutiert. Die hierbei diskutierten Ansätze stimmen jedoch teilweise nicht mit den in psychiatrischen Institutionen vorhandenen Strukturen und der personellen Ausstattung im Sinne von Anzahl und Qualifikation des Personals überein [6]. Trotz diverser Fortschritte sind Zwangsmaßnahmen nach wie vor ein bedeutsamer Teil des psychiatrischen Alltags. Die deutsche S3-Richtlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" hat zum Ziel, eine evidenzbasierte Grundlage zur Vermeidung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen zu schaffen [4]. Obgleich es zahlreiche Bestrebungen gibt Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, ist die Inzidenz in psychiatrischen Akutstationen in Europa weiter hoch [7]. Der Prozentsatz der bei unfreiwilligen Krankenhausaufenthalten von Zwangsmaßnahmen Betroffenen unterliegt einer großen Schwankungsbreite und variiert von Land zu Land zwischen 21 und 59%, wobei auch die Muster der zum Einsatz gebrachten Zwangsmaßnahmen zwischen den verschiedenen Ländern stark variieren. Fremdgefährdung ist der häufigste Grund für die Anordnung einer freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahme. Zwangsmedikation stellt die insgesamt am häufigsten angewandte Maßnahme mit 56% dar, gefolgt von Fixierung mit 36% und Isolierung mit 8%.

Es wurden in früheren Untersuchungen zahlreiche Faktoren beschrieben, die Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von aggressivem Verhalten und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen nehmen. Generell unterscheidet die Literatur zumeist zwischen patientenbezogenen sowie institutionellen und strukturellen Einflussfaktoren, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll [5].

2.1.1.1 Patientenbezogene Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen

Gewisse patientenbezogene Faktoren, wie beispielsweise die Diagnose eines Substanzmissbrauchs, besonders Missbrauch von Alkohol, und psychotischer Erkrankungen, sowie ein größerer Schweregrad der Symptome gehen mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von aggressivem Verhalten und darauffolgenden Zwangsmaßnahmen einher. Assoziationen zwischen aggressivem Verhalten und dem Geschlecht oder dem Alter konnten nicht konsistent belegt werden [6,7].

2.1.1.2 Institutionelle und strukturelle Einflussfaktoren auf Zwangsmaßnahmen

Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen hängt darüber hinaus maßgeblich von institutionellen Faktoren ab. Zu den institutionellen Einflussfaktoren gehören beispielsweise die quantitative und qualitative personelle Ausstattung sowie die Kommunikationskultur. Als weitere Beispiele sind das Vorhandensein von Deeskalationstrainings für das Personal, einer „offenen-Tür-Politik“, also das Führen von Stationen mit offenen Türen, regelmäßige Psychoedukation, der Ausbau regionaler Hilfesysteme mit einer flächendeckenden Versorgung, „*home treatment*“, das Vorhandensein und Befolgen von Leitlinien und Behandlungsvereinbarungen zu nennen [5]. Zwischenmenschliche Faktoren und die Kommunikation zwischen Personal und Patient nehmen einen Einfluss auf den Umgang mit akuten psychosozialen Krisensituationen und über die Entscheidung bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Die Kommunikation zwischen Personal und Patienten spielt außerdem eine wesentliche Rolle in der Etablierung der therapeutischen Beziehung [8]. Die Öffnung von Türen von psychiatrischen Akutstationen hat einen reduzierenden Effekt auf Zwangsmaßnahmen gezeigt. In einer retrospektiven Studie von Cibis et al. führten offene im Vergleich zu geschlossenen Türen zu einer signifikanten Reduktion von aggressiven Vorfällen und Zwangsmedikationen ohne dass die Entweichungsraten zunahmen [9].

Manche Faktoren sind aufgrund der Notwendigkeit tiefgreifender struktureller Veränderungen schwieriger in einem kurzen Zeitraum modifizierbar, wozu auch gesetzliche und gesellschaftliche Normen zählen. Die Auswirkungen von solchen als strukturell bezeichneten Faktoren auf das Vorkommen von Aggression und Zwangsmaßnahmen gelten als belegt. Der negative Zusammenhang zwischen Größe und Überbelegung einer psychiatrischen Akutstation ist allgemein bekannt [10]. Überbelegung stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Häufigkeit von aggressiven

Vorfällen und damit einhergehenden Zwangsmaßnahmen dar. Faktoren, die für den Zusammenhang zwischen Überbelegung und Aggression auf psychiatrischen Akutstationen verantwortlich gemacht wurden, sind unter anderem die Patientendichte und Privatsphäre, die Architektur und soziale Organisation und der zwischenmenschliche Raum. Auch in einer retrospektiven Studie zur Prävention psychiatrischer Zwangsmaßnahmen aus Patientenperspektive nannten 38% der Patienten räumliche Rückzugsmöglichkeiten als hilfreiche allgemeine Maßnahme zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. 11% gaben den „Schutz vor Mitpatienten“ als Möglichkeit an, welche die letzte oder schwerste Zwangsmaßnahme hätte verhindern können [11]. In einer deutschlandweiten Online-Umfrage wurden von Zwangsmaßnahmen betroffene Psychatriepatienten zu Gründen für das Scheitern milderer Mittel vor der Anwendung von Zwangsmaßnahmen befragt. Strukturelle Gründe wurden als häufigste Ursache angegeben [12]. In einer deutschen Universitätsklinik kam es nach dem Umzug in ein neues Gebäude mit verbesserter Architektur im Sinne von größeren Stationsräumlichkeiten, weniger Patienten in einem Zimmer, verbesserten sanitären Einrichtungen und mehr Lichteinfall zu einer signifikanten Reduktion von Zwangsmaßnahmen [13].

In der Diskussion über die Vor- und Nachteile von bezüglich der Aufnahmeindikation durchmischten versus spezialisierten Stationen zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. Spezialisierte Stationen weisen weniger problematische Vorkommnisse im Vergleich zu durchmischten Stationen auf. Am Beispiel des Soteria-Konzeptes gezeigt scheinen jedoch vor allem an einer Psychose leidende Patienten von spezialisierten Einrichtungen und einem spannungsarmen Milieu zu profitieren [14,15]. Bei anderen Diagnosen hingegen, vor allem bei Patienten ohne psychotische Erkrankung, wiesen durchmischte Stationen Vorteile auf [16].

Die rechtliche Grundlage von Zwangsmaßnahmen ist ein weiterer struktureller Faktor, der sich auf ein Konglomerat an geltenden Gesetzestexten auf Verfassungs-, Bundes- sowie regionaler Ebene bezieht. Hinzu kommen Rechtsentscheidungen von lokalen Gerichten bis hin zum Obersten Gerichtshof und Europäischen Gerichtshof.

Neben den oben genannten Einflussfaktoren können Zwangsmaßnahmen in Hinblick auf deren negative und positive Aspekte für Patienten psychiatrischer Kliniken betrachtet werden. Hierauf soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

2.1.1.3 Negative und positive Aspekte von Zwangsmaßnahmen

In der Fachliteratur werden zahlreiche negative Aspekte von Zwangsmaßnahmen beschrieben. Menschen, die mehr von unfreiwilligen Aufnahmen betroffen und mit der anfänglichen Behandlung unzufriedener sind, zeigen höhere Wiederaufnahmeraten gegen ihren Willen im ersten Jahr nach unfreiwilligem Krankenhausaufenthalt [17]. Die Angst vor unfreiwilliger Behandlung kann Patienten auch daran hindern bei psychischen Gesundheitsproblemen Hilfe in Anspruch zu nehmen [18]. Patienten, die unfreiwillige Krankenhausaufenthalte erleben, können unter Selbststigmatisierung und Stigma-assoziiertem Stress und deren negativen Folgen leiden [19]. Betroffene zeigen weniger *Empowerment* und Lebensqualität [20]. Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen kann für betroffene Patienten auch mit physischen und psychischen Konsequenzen verbunden sein. Das Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen bei bis zu einem Viertel der Betroffenen wurde beispielsweise beschrieben [21]. Solche Maßnahmen können darüber hinaus nicht nur für die betroffenen Patienten, sondern auch für die ausführenden sowie anwesenden Mitarbeiter potentiell belastend sein [22].

Die therapeutische Beziehung, die als einer der wichtigsten Behandlungsfaktoren angesehen wird, wird durch aus Patientensicht wahrgenommenem Zwang beeinflusst. Das Ausmaß an wahrgenommenem Zwang für das Individuum hängt mit einem höheren Symptomlevel und einem niedrigeren globalen Funktionsniveau bei der Aufnahme zusammen. Es sagt voraus, wie Patienten die Natur der therapeutischen Beziehung einschätzen. Aus Patientensicht geht ein höherer wahrgenommener Zwang sowie der wahrgenommene Verlust der Patientenautonomie mit einer negativeren Patienten-Therapeuten-Beziehung einher [23]. Patienten nehmen wiederum die therapeutische Beziehung sowie die Kommunikation mit dem Stationspersonal als maßgeblich für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen wahr [8], welche auch als wesentlich für die subjektive Wahrnehmung von Zwang angesehen werden [24]. Aus der Betroffenenperspektive korrelieren Erfahrungen wie die Behandlung als nicht wirksam zu erleben, nicht ausreichend am Aufnahme- und Behandlungsprozess teilzunehmen sowie nicht ausreichend respektiert zu werden mit einem höheren Maß an subjektiv wahrgenommenem Zwang [25]. Negative Konsequenzen von Zwangsmaßnahmen wie eine weniger günstige Symptomverbesserung scheinen mehr vom subjektiv erlebten Zwang als von der tatsächlichen Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen abhängig zu sein [26].

Andererseits können Zwangsmaßnahmen auch lebensrettend sein und dem Schutz eines Patienten dienen, beispielsweise vor selbstgefährdenden Handlungen [27]. Zwischen 33 und 81% der Patienten, die ursprünglich gegen ihren Willen untergebracht waren, betrachten den Umstand der unfreiwilligen Aufnahme rückblickend sogar als gerechtfertigt oder vorteilhaft [28].

Den potentiell häufig negativen Aspekten von Zwangsmaßnahmen wird durch Präventionsmaßnahmen und Methoden zur Reduktion entgegengewirkt. Konkrete Maßnahmen werden im Folgenden beschrieben.

2.1.1.4 Prävention und Reduktion von Zwangsmaßnahmen

Auf Grund der genannten negativen Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen ist deren Reduzierung Gegenstand zahlreicher Arbeitsgruppen und wissenschaftlicher Untersuchungen [29]. Die Inzidenz und der Umgang mit Zwangsmaßnahmen können sogar als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken angesehen werden [30]. Es wurde bereits eine große Anzahl an möglichen Maßnahmen beschrieben die zur Prävention und Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen können [4,5,11,29].

Im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen, die die Wirksamkeit von sechs Kernstrategien zur Reduzierung von Isolierungen und Fixierungen untersucht haben, hat sich die Nachbesprechung von stattgefundenen Zwangsmaßnahmen mit dem Patienten als eine Maßnahme herausgestellt, die Zwang reduzieren kann [31]. Auch von Fachverbänden wird die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen als Expertenkonsens empfohlen [4]. Nachbesprechungen sollen einen präventiven Effekt auf zukünftige Zwangsmaßnahmen haben und die therapeutische Beziehung schützen. Dadurch sollen negative Effekte von Zwang auf die therapeutische Beziehung verhindert, sowie die Entwicklung möglicher posttraumatischer Symptome gelindert werden [32].

Komplexe Programme, die mehrere Aspekte der Behandlung betreffen, haben zu einer effektiven Verringerung des Einsatzes von Isolierungen und Fixierungen geführt und sich als wirksam erwiesen [33]. Das Safe-Wards-Modell konnte in einer randomisierten Studie zeigen, dass eine verbesserte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen führt [34]. Es bestehen Hinweise, dass strukturierte Risikobewertungsmaßnahmen für aggressive Übergriffe die Anwendung von Zwangsmaßnahmen reduzieren können [35].

Nach retrospektiven Möglichkeiten zur Verhinderung einer selbst erlebten Zwangsmaßnahme aus Patientensicht befragt, gaben beinahe zwei Drittel der Patienten Gesprächskontakte an. In der gleichen Untersuchung nannten Patienten als allgemeine Maßnahmen zur Prävention von Zwangsmaßnahmen gesprächsbezogene Interventionen, Weiterbildung in Deeskalationsmanagement, Erhöhung des Personalschlüssels, räumliche Rückzugsmöglichkeiten und 1:1 Betreuung [11]. Eine gute Qualifikation des Personals gilt als präventiv gegenüber Aggression [6]. Auch aus Patientensicht ist für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im stationär psychiatrischen Setting quantitativ ausreichendes und qualifiziertes Personal notwendig [11]. Wie bereits erwähnt, haben bauliche Verbesserungen einen präventiven Einfluss auf Zwangsmaßnahmen gezeigt und können eine zwangsarme Stationskultur fördern, und spielen auch aus Patientensicht eine wesentliche Rolle [11,13]. Weiter werden aus Patientensicht als potentiell hilfreich auch das Angebot von Bewegungsmöglichkeiten, das Eingehen auf Erleben und Ängste und die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen angesehen, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden [11]. Die subjektive Wahrnehmung von Zwang könnte durch größtmöglichen Respekt und Einbindung in Entscheidungsfindungsprozesse abgemildert werden [25].

Die hier angeklungenen Grundprinzipien von Partizipation und Transparenz werden im akutpsychiatrischen Behandlungskonzept mit dem Namen „Weddinger Modell“ gefördert [36]. In diesem werden Ansatzpunkte zu einem modifizierten Umgang mit Aggression und Zwangsmaßnahmen durch Veränderungen von Klinikstrukturen hinsichtlich dieser Grundprinzipien umgesetzt. Dies findet auch Reflektion in der therapeutischen Haltung. Die Entstehung, die wesentlichen Elemente sowie die konkreten strukturellen Veränderungen des Modells werden im folgenden Kapitel beschrieben.

2.1.2 Das „Weddinger Modell“

Es kam in den letzten Jahrzehnten zu einer zunehmenden Beschäftigung und gestiegenen Anzahl an Publikationen bezüglich Zwangsvermeidung im Kontext einer bedürfnisadaptierten und *Recovery*-orientierten Behandlung [37-41].

Mit der Intention therapeutische Prozesse langfristig zu verändern und die psychiatrische Akutversorgung zu verbessern, wurde im Dezember 2010 an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Berliner Charité im St. Hedwig-Krankenhaus ein

neues akuppsychiatrisches Behandlungskonzept, das „Weddinger Modell“, etabliert [36,42]. Namensgebend für das Modell war der Stadtteil Wedding in Berlin Mitte, welcher das Versorgungsgebiet des St. Hedwig-Krankenhauses darstellt.

Das Behandlungskonzept wurde in einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe entwickelt. Es entstand aus den klinischen Erfahrungen der Behandelnden in Zusammenarbeit mit den Patienten, deren Angehörigen und Bezugspersonen. Die Behandelnden verfolgten als Ziel, die psychiatrische Versorgung therapeutischer und effizienter zu gestalten und die aktive Beteiligung von Betroffenen zu fördern.

Das Weddinger Modell hat einen *Recovery*-orientierten klinischen Ansatz. *Recovery* beschreibt die Förderung der individuellen Stärken von Menschen mit psychischen Erkrankungen, welche eine Stabilisierung begünstigen soll. Die Förderung zielt darauf ab, trotz psychischer Beeinträchtigung zu erhöhter subjektiver Lebensqualität zu führen. Psychische Symptome werden demnach einer *Recovery*-orientierten Behandlung entsprechend als der individuellen Biographie eines Menschen zugehörig angesehen. Es erfolgt eine Defokussierung von störungsorientierter Behandlung. Neben dem *Recovery*-Ansatz vernetzt sich das Modell theoretisch mit Konzepten von Salutogenese, *Empowerment* und bedürfnisangepasster Therapie.

Das Weddinger Modell strebt an, nachhaltige Strukturen in der psychiatrischen Versorgung zu schaffen, die die Förderung von Partizipation, Transparenz und Individualisierung der Therapie schwerkranker Patienten ermöglichen. Als zentral für die Behandlung wird die Stärkung der persönlichen Ressourcen und die Selbstwirksamkeit der Patienten angesehen. Grundlegend hierfür ist eine multiprofessionelle und trialogische Zusammenarbeit. Der Patient wird als Experte seines Lebens inklusive seiner Erkrankung angesehen. Durch den trialogischen Ansatz soll von Anfang der Interaktion an die Übernahme und Inanspruchnahme von Eigenverantwortung ermöglicht und gefördert werden.

Zur Umsetzung der genannten Kernelemente des Weddinger Modells müssen herkömmliche Stationsstrukturen und Behandlungsabläufe verändert und eine therapeutische Haltung im Sinne des *Recovery*-Gedankens etabliert werden. Alle strukturellen Veränderungen haben zum Ziel die psychiatrische Arbeit transparenter, partizipativer, individueller und auch effektiver zu gestalten. In Zusammenschau gehören zu den wichtigsten strukturellen Veränderungen im Vergleich zu den in den meisten psychiatrischen Akutstationen üblichen Strukturen:

- Keine teaminternen Vor- oder Nachbesprechungen über den Patienten
- Therapieplanung orientiert sich an den individuellen Zielen und Wünschen des Patienten sowie dessen Ressourcen
- „Offener Dialog“, „reflektierendes Team“ und „partizipative Patientenvorstellung“ werden als Techniken für einen transparenten Informationsaustausch angewandt
- Durch die Bildung multiprofessioneller Bezugstherapeutenteams (MBTs) werden noch mehr Mitarbeiter umfassend in den Behandlungsprozess integriert
- Angehörige oder Bezugspersonen können mit Einverständnis des Patienten bei allen Besprechungen miteinbezogen werden
- „Normalisierung“ der Station durch entsprechende Einrichtung und Ausstattung sowie Rückzugsmöglichkeiten, das Anstreben von „offenen Türen“ auch im Kontext von Anhaltung, die Förderung von Ausgängen ins Umfeld eines Patienten, Kontakte und Besuche werden realisiert, Straftaten zur Anzeige gebracht
- Individuelle Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne kommen konsequent und verlässlich zum Einsatz
- Obligatorische Nachbesprechung von erlebten Zwangsmaßnahmen mit dem Patienten
- Ambulante Versorgung wird vor einer stationären Behandlung priorisiert

Im Folgenden werden die genannten Punkte erläutert: In der psychiatrischen Alltagspraxis werden diese Schritte umgesetzt, indem Übergaben, Visiten und Therapiebesprechungen neu gestaltet werden. Der Fokus der Behandlung wird auf eine partizipative und transparente Entscheidungsfindung gelegt. Therapieplanungen, Visiten, Zweitsichten etc. finden grundsätzlich in Anwesenheit des Patienten statt. Vor- oder Nachbesprechungen bezüglich des Patienten sind abgeschafft. Jeder Behandlungsschritt erfolgt unter Einbezug des Patienten. Dies erlaubt eine ständige transparente Anpassung und Evaluierung der Behandlung. Die therapeutischen Schwerpunkte können nach den Vorgaben der Patienten gerichtet werden. Die vom Patienten vorgegebenen Themen werden von mehreren Seiten reflektiert. Durch die gemeinsame Reflexion haben die Visiten zugleich einen therapeutischen Effekt. Die Visite kann von jedem Beteiligten einer Berufsgruppe moderiert werden.

Im Rahmen des Weddinger Modells erstellen Ärzte, Bezugspflege, Psychologen, Sozialtherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten in multiprofessioneller Zusammenarbeit ein Gesamtbehandlungskonzept. Dieses richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und Zielen des Patienten. Klassische hierarchische Organisationsstrukturen einer Station werden durch eine multiprofessionelle, personenzentrierte Therapie ersetzt. Alle genannten Berufsgruppen werden in die Behandlung miteinbezogen. Dadurch wird auf der einen Seite der Fokus auf den Arzt aufgehoben und auf der anderen Seite die Verantwortung auf alle Berufsgruppen übertragen. Die jeweiligen Sonderkompetenzen der einzelnen Berufsgruppen werden gestärkt und gleichwertig ins Gesamtbehandlungskonzept miteinbezogen.

Zusätzlich zum Gesamtbehandlungskonzept werden pro zu Betreuendem MBTs gebildet. Diese sind gemeinsam für den Patienten zuständig. Durch die kleinere Größe der MBTs im Vergleich zum gesamten Team, und klare Ansprechpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen soll die therapeutische Beziehung sowie eine multiprofessionelle Haltung gegenüber dem Patienten gefördert werden. Durch die gemeinsame Interaktion mit dem Patienten wird eine berufsgruppenspezifische Wahrnehmung vermindert und die Konsistenz der Wahrnehmung der Behandlung von Seiten des Patienten gefördert. So können einerseits leichter gemeinsame Ziele für die Therapie formuliert und andererseits unterschiedliche Erwartungen an diese thematisiert werden. Darüber hinaus erhalten MBTs gemeinsame Supervisionen und Fortbildungen.

Wie oben erwähnt ist die Individualisierung der Therapie ein ausgesprochenes Ziel des Weddinger Modells. Das bedeutet, dass die Patienten von Anfang an in die Überlegungen des therapeutischen Teams einbezogen werden. Die Therapieziele werden multiprofessionell mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet. Alle für den Patienten wichtigen Bezugspersonen werden trialogisch in den Therapieplan miteinbezogen. Darüber hinaus finden Netzwerkgespräche, *Rooming-In* und Angehörigenberatung durch *Peers* statt. Die Perspektive des Patienten wird einem trialogischen Ansatz entsprechend als zentral für die Therapieplanung angesehen. Maßgeblich hierfür sind die Ressourcen, die je individuellen Krankheits- und Genesungskonzepte, aber auch Probleme, Sorgen, Hoffnungen und Wünsche des Patienten. Durch die trialogische Ausrichtung der Behandlung erfolgt die Integration der individuellen Lebenswelt des Patienten in die therapeutische Arbeit. Teil davon ist

auch die flexible Anpassbarkeit des Behandlungssettings zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Die Weiterbetreuung soll durch das MBT erhalten bleiben.

Das Weddinger Modell fokussiert auf einen reflektierenden und zurückhaltenden Umgang mit Zwang. Darüber hinaus verfolgt das Modell als deklariertes Ziel, das Vorkommen von Zwangsmaßnahmen in Häufigkeit und deren Anwendung in Dauer zu reduzieren. Entscheidungen hinsichtlich Maßnahmen gegen den Willen eines Patienten bzw. Abwägungen zwischen Risiko und Zwang werden so multiprofessionell und partizipativ wie möglich unter aktivem Einbezug des Patienten getroffen. Die durch das Weddinger Modell begünstigte Transparenz wird für die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung, insbesondere im Kontext der Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, als entscheidend angesehen. Die Förderung von Transparenz, Partizipation und aktiver Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen korrelierte in einer Studie mit der Abnahme von subjektiv erlebtem Zwang [24]. Im Rahmen des Weddinger Modells wurde eine verpflichtende Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen eingeführt. Diese ermöglicht die Nachbearbeitung von erlebten Zwangsmaßnahmen. In der vorliegenden Studie erfolgten die Nachbesprechungen noch nicht in einem standardisierten Setting. Für eine systematisierte Nachbesprechung wurde ein Leitfaden entwickelt, der 2017 standardisiert und wissenschaftlich untersucht wurde. Der Leitfaden wurde von Patienten und Mitarbeitern als geeignet empfunden [43]. Wie bereits erwähnt, kann die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen laut mehreren Studien als eine zwangsreduzierende Maßnahme angesehen werden [31].

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitstudie wurden Outcome-Parameter wie die Patientenzufriedenheit und Resilienz bei nach dem Weddinger Modell betreuten Patienten evaluiert. Erste Ergebnisse wurden 2013 publiziert. Sie zeigten, dass die generelle Zufriedenheit sowohl der Patienten als auch der Mitarbeiter stieg, sowie die Resilienz der Patienten nach Einführung des Modells durch diese selber als höher eingeschätzt wurde [36].

Wie sich die Etablierung des Weddinger Modells auf mechanische Zwangsmaßnahmen ausgewirkt hat, wurde im Rahmen der Publikation, die dem vorliegenden Manteltext zugrundeliegt, untersucht [1]. Die Studie behandelt die Frage, ob die Einführung des Weddinger Modells tatsächlich die Inzidenz sowie das Vorkommen von mechanischen Zwangsmaßnahmen in Anzahl und Dauer reduzierte.

2.2. Vertiefende Darstellung der Methodik

2.2.1 Fragestellung

Seit der Einführung des Weddinger Modells im Jahr 2010 konnte von den Stationsteams der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus ein subjektiv gefühlter Rückgang von Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikationen beobachtet werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war, diesen subjektiven Eindruck anhand einer retrospektiven Datenerfassung über die durchgeführten Zwangsmaßnahmen auf drei allgemeinspsychiatrischen Stationen zu untersuchen. Dazu wurden mechanische Zwangsmaßnahmen (Fixierungen und Isolierungen) herangezogen. Wir vermuteten, dass sich Änderungen, sowohl in der Inzidenz von mechanischen Zwangsmaßnahmen, als auch darin wie oft und wie lange mechanische Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kamen, zeigen würden.

Es wurden folgende Haupthypothesen formuliert:

1. Das Weddinger Modell führt zu einer Reduzierung des Anteils der von mechanischen Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten (Inzidenz).
2. Das Weddinger Modell führt zu einer Reduzierung der absoluten Anzahl von mechanischen Zwangsmaßnahmen.
3. Das Weddinger Modell führt zu einer Reduzierung der absoluten Dauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen.

2.2.2 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit verwendete die Methode einer Fall-Kontroll-Studie mit einem retrospektiven Studiendesign. Die Daten betreffend mechanische Zwangsmaßnahmen wurden durch Einsichtnahme in 357 archivierte Originalpatientenakten aus den Fixierungs- bzw. Isolierungsanordnungsbögen der betroffenen Patienten erhoben. Mehrere klinische Populationen wurden hinsichtlich der durchgeführten mechanischen Zwangsmaßnahmen im Rahmen der stationären Behandlung mit und ohne Weddinger Modell verglichen.

2.2.3 Patientenkollektiv

Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus behandelt auf drei allgemeinspsychiatrischen Stationen - den Stationen 36, 37 und 39 - Menschen mit akuten Episoden von schwerwiegenden psychischen Störungen. Die Stationen 36, 37 und 39 teilen sich für die Regionen Wedding und Tiergarten in Berlin Mitte die akutpsychiatrische Versorgung: Die Station 36 versorgt Wedding West, die Station 37 Wedding Ost und die Station 39 Tiergarten. Die drei Stationen weisen jeweils die gleiche Bettenanzahl (27 Behandlungsplätze plus 3 Überbetten), Architektur und bauliche Gegebenheiten, Personalbesetzung (100% PsychPV) und die gleichen Therapieangebote und Charakteristika der Versorgungsregionen auf. Im Dezember 2010 wurde zunächst auf den Stationen 36 und 37 das Weddinger Modell eingeführt, auf der Station 39 erst zu einem späteren Zeitpunkt. Zu den Zeitpunkten 3 und 4 (siehe weiter unten ‚Erhebungszeiträume und Einschlusskriterien‘) unterschieden sich die drei Stationen in der Anwendung des Weddinger Modells auf den Stationen 36 und 37. Die Effekte anderer Einflüsse auf die untersuchten Outcomeparameter wie der Klinikumzug in ein neu errichtetes Gebäude 2006, die Veröffentlichung neuer Leitlinien sowie die Erklärung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 [1] wurden neben einem prä-post-Design durch einheitliche, jedoch zufällig gewählte Erhebungszeiträume reduziert. Von der Station 39, die das Weddinger Modell bis zum Jahre 2013 noch nicht etabliert hatte, wurden Kontrollgruppen-Teilnehmer rekrutiert.

2.2.4 Erhebungszeiträume und Einschlusskriterien

Es wurden vier Erhebungszeiträume zu je 48 Stunden definiert, die jeweils zwei vollständige aufeinanderfolgende identische Wochentage im Monat November umfassten, zwei vor (2005 und 2009) und zwei nach (2011 und 2013) Einführung des Weddinger Modells: für 2005 waren dies der 16. und 17.11.2005, für 2009 der 18. und 19.11.2009, für 2011 der 16. und 17.11.2011 und für 2013 der 13. und 14.11.2013. Für die Auswahl der Erhebungszeiträume war entscheidend, dass mehrere Charakteristika des Weddinger Modells auf Station 39 nach 2013 etabliert wurden sowie gesetzliche Änderungen im Berliner PsychKG erst nach dem letzten Zeitraum eingeführt wurden. Alle Patienten, die sich in den ausgewählten Erhebungszeiträumen an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus in stationärer Behandlung (Station 36, 37 oder 39) befanden, wurden in die Studie

eingeschlossen. Insgesamt konnten 357 Patienten eingeschlossen werden. Die Daten betreffend Zwangsmaßnahmen der 357 Patienten wurden über jeweils den gesamten Verlauf des stationären Aufenthalts untersucht.

2.2.5 Ausschlusskriterien

Es lagen keine Ausschlusskriterien vor.

2.2.6 Erfasste Daten

Definitionen von Fixierung und Isolierung

Zur Erfassung der mechanischen Zwangsmaßnahme-Daten wurden folgende Definitionen angewandt: Unter einer Fixierung ist die Beschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit eines Patienten mittels Fixiergurte zu verstehen. Unter einer Isolierung ist die Absonderung eines Patienten in einem für diesen Zweck vorgesehenen, verschlossenen Raum zu verstehen.

Erhebung von soziodemographischen und klinischen Variablen

Soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund (definiert als Geburtsort nicht in Deutschland) sowie klinische Variablen wie Hauptaufnahmediagnose nach ICD-10 wurden aus dem elektronischen Dokumentationssystem erfasst. Wir teilten die behandelten Fälle in vier Diagnosegruppen von klinischer Relevanz sowie eine Restkategorie ein: substanzgebundene Suchterkrankungen (F1), Psychosen (F2, F30, F31), affektive Störungen sowie Störungen aus dem neurotischen und belastungsassoziiertem Formenkreis (F32, F33, F4), Persönlichkeitsstörungen (F6) und sonstige Erkrankungen (F0, F5, F7, F9).

Erhebung von mechanischen Zwangsmaßnahme-Daten

Die Daten der durchgeführten mechanischen Zwangsmaßnahmen wurden aus den Patientenkurven, Fixierungs- und Isolierungsanordnungsbögen sowie der elektronischen Patientendokumentation entnommen. Bei allen eingeschlossenen Patienten wurde die Inzidenz, Anzahl und Dauer der Fixierungen und Isolierungen erfasst.

2.2.7 Statistische Analyse

Es wurden vier Gruppenvergleiche berechnet um mögliche Auswirkungen der Implementierung des Weddinger Modells auf Inzidenz, Anzahl und Dauer mechanischer Zwangsmaßnahmen während eines stationären Aufenthalts zu untersuchen.

Es wurden zwei Hauptanalysen durchgeführt: Die Fälle nach Einführung des Weddinger Modells auf den Stationen 36/37 wurden einerseits mit jenen auf der Station 39 (jeweils zu den Zeitpunkten 2011 und 2013), und andererseits mit jenen auf den Stationen 36/37 vor der Einführung (2005 und 2009) verglichen.

Zusätzlich wurden zwei Kontrollanalysen durchgeführt: Hierfür wurden die Fälle vor Einführung des Modells auf der Station 39 zum Einen mit jenen auf den Stationen 36/37 (jeweils zu den Zeitpunkten 2005 und 2009), zum Anderen mit jenen auf der Station 39 nach Einführung (2011 und 2013) verglichen.

2.2.7.1 Soziodemographische und klinische Variablen

Die vier Studiengruppen wurden zur Analyse der soziodemographischen Einflussvariablen mittels Chi-Quadrat-Test hinsichtlich Geschlechterverteilung, Diagnosehäufigkeiten und Migrationshintergrund auf statistisch signifikante Unterschiede getestet. Verteilung von Alter wurde als Median und Standardabweichung angegeben und Unterschiede wurden mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert.

2.2.7.2 Zwangsmaßnahme-Variablen

Zunächst wurde die Gesamtheit der mechanischen Zwangsmaßnahmen (Fixierung und Isolierung) durch folgende Variablen untersucht [29]:

Anzahl der von mechanischen Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle

Anzahl der von mechanischen Zwangsmaßnahmen (Fixierung und/oder Isolierung) betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl der auf Station behandelten Fälle in Prozent.

Anzahl der von Fixierung und Isolierung in Kombination betroffenen Fälle

Anzahl der von Fixierung und Isolierung in Kombination betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl der auf Station behandelten Fälle in Prozent.

Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen

Durchschnittliche kumulative Dauer der mechanischen Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) pro betroffenem Fall in Stunden.

Anteil der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer

Anteil der kumulativen mechanischen Zwangsmaßnahmendauer (Fixierung, Isolierung) an der Aufenthaltsdauer in Prozent.

Fixierung und Isolierung wurden getrennt durch folgende Variablen untersucht:

Anzahl der von Fixierung/Isolierung betroffenen Fälle

Anzahl der von Fixierung/Isolierung betroffenen Fälle dividiert durch die Anzahl der auf Station behandelten Fälle in Prozent.

Fixierungsanzahl/Isolierungsanzahl

Gesamtzahl aller Fixierungen/Isolierungen pro betroffenem Fall während des stationären Aufenthaltes.

Durchschnittliche Fixierungsdauer/Durchschnittliche Isolierungsdauer

Durchschnittliche Dauer der Fixierung/Isolierung pro betroffenem Fall in Stunden.

Kumulative Fixierungsdauer/Kumulative Isolierungsdauer

Kumulative Dauer der Fixierung/Isolierung pro betroffenem Fall in Stunden.

Nominal skalierte Variablen wurden mittels Chi-Quadrat-Test und metrisch skalierte Variablen mittels Mann-Whitney-U-Test auf statistisch signifikante Unterschiede getestet. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha=5\%$ festgelegt. Ein p-Wert kleiner als α wurde als statistisch signifikant betrachtet. Die statistischen Analysen der erhobenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm IBM Statistics SPSS Version 21 für Apple Macintosh OSX durchgeführt.

2.3. Wesentliche neue Erkenntnisse

2.3.1 Soziodemographische und klinische Variablen

Der Vergleich der vier Gruppen ergab zu allen 4 Zeitpunkten hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Einflussvariablen (Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Diagnosehäufigkeiten) keine signifikanten Unterschiede.

2.3.2 Hauptanalysen

Vergleich der Stationen 36/37 mit der Station 39 post Weddinger Modell

Nach Etablierung des Weddinger Modells zeigten sich für die Stationen 36/37 im Vergleich mit Station 39 signifikante Reduktionen bei den Variablen kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen ($U=71,50$, $p=0,009$), Anteil der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer ($U=60,00$, $p=0,006$), durchschnittliche Isolierungsdauer ($U=63,00$, $p=0,002$) sowie kumulative Isolierungsdauer ($U=65,50$, $p=0,003$). In der deskriptiven Statistik waren alle Zwangsmaßnahme-Variablen anzahlmäßig reduziert zugunsten des Weddinger Modells, ohne dabei statistisch signifikante Unterschiede zu zeigen.

Vergleich der Stationen 36/37 prä-post

Der Vergleich zwischen den unterschiedlichen Zeitpunkten auf den Stationen 36/37 zeigte einen signifikanten Unterschied zugunsten des Zeitpunkts nach Etablierung des Weddinger Modells bei der Variable Fixierungsanzahl ($U=103,50$, $p=0,046$). In der deskriptiven Statistik zeigten sich zahlenmäßige Unterschiede zugunsten des Weddinger Modells bei den Variablen kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen, Anteil der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen an der Aufenthaltsdauer, durchschnittliche Fixierungsdauer, kumulative Fixierungsdauer, Isolierungsanzahl sowie kumulative Isolierungsdauer. Diese Variablen zeigten jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede.

2.3.3 Kontrollanalysen

Vergleich der Stationen 36/37 mit der Station 39 prä Weddinger Modell

Vor Etablierung des Weddinger Modells unterschieden sich die Stationen 36/37 in jeglichen Zwangsmaßnahme-Variablen nicht signifikant von der Station 39.

Vergleich der Station 39 prä-post

Der Vergleich zwischen den unterschiedlichen Zeitpunkten auf der Station 39 zeigte eine signifikante Reduktion zugunsten des Zeitpunkts vor Etablierung des Weddinger Modells bei der Variable Anzahl der von Fixierungen und Isolierungen in Kombination betroffenen Fällen ($\chi^2(1)=6,849, p=0,009$) und Anzahl der von Isolierungen betroffenen Fälle ($\chi^2(1)=5,260, p=0,022$).

2.4. Diskussion, klinische Anwendung und weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen

Im Rahmen der dem Manteltext zugrundeliegenden Publikation wurden erstmalig die Effekte des Weddinger Modells auf die Inzidenz, Anzahl und Dauer von mechanischen Zwangsmaßnahmen systematisch untersucht. Sie liefert somit die ersten Hinweise auf die Wirksamkeit dieses Modells in der Vermeidung von Zwang in einem klinisch-psychiatrischen Setting und leistet einen Beitrag zur bis dato geringen Datenlage zu Effekten von *Recovery*-orientierten Ansätzen.

Wie oben geschildert, kam es in den Stationen mit Weddinger Modell nicht zu einer Abnahme der Inzidenz von Zwangsmaßnahmen im Sinne des prozentualen Betroffenseins individueller Personen, jedoch waren die Anzahl der Fixierungen und deren kumulative Dauer reduziert. Außerdem waren in diesem Kollektiv die durchschnittliche sowie kumulative Isolierungsdauer und die kumulative Dauer aller freiheitsentziehenden Maßnahmen und deren Anteil am stationären Aufenthalt verringert.

Angesichts der zentralen Aspekte des Weddinger Modells und der Charakteristika der psychiatrischen Versorgung in Berlin Mitte lassen sich diesbezüglich diverse Zusammenhänge diskutieren: Trotz der strukturellen Veränderungen waren vergleichbar viele Individuen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes von Zwang betroffen (Inzidenz). Vermutlich ist dies auch im Zusammenhang mit unveränderter Symptombelastung und unverändertem Vorkommen von schweren Episoden von psychischer Krankheit und damit assoziierter Selbst- oder Fremdgefährdung zu sehen. Gerade in diesem Kontext hebt das Weddinger Modell die Förderung von Partizipation

als unverzichtbares Kernelement hervor. Transparent werden von Beginn an die handlungs- und behandlungsbestimmenden Motive erläutert und Entscheidungen in Kooperation mit den Patienten abgestimmt. Das erfolgt in modernen, für wichtige Bezugspersonen offenen Visiten sowie in multiprofessioneller Zusammenarbeit, wo der Patient im Zentrum der Behandlung steht, im Gegensatz zur Arzt-zentrierten, hierarchischen Stationsstruktur. Die auf diese Weise gestärkte Autonomie und Selbstwirksamkeit von Betroffenen könnten mit einem niedrigeren Niveau von subjektiv erlebtem Zwang einhergehen [25].

Durch die MBTs werden Informationen zwischen Mitarbeitern regelmäßig ausgetauscht. Jedes MBT ist in jeder Schicht vertreten, wodurch eine konsequente und verlässliche Informationsübergabe gewährleistet ist. Das Potential für Missverständnisse, Eskalationen und Krisensituationen wird dadurch reduziert. Entscheidungen und Initiativen werden im Sinne einer gemeinsamen Behandlungsverantwortung und Risikoübernahme auf mehrere Handelnde verteilt. Krisensituationen werden durch die enge multiprofessionelle Zusammenarbeit regelmäßig evaluiert, was zu einer Verkürzung von Zwangsmaßnahmen beigetragen haben könnte.

Zuletzt dürften im Besonderen der Umgang mit Aggression und die Aufrechterhaltung der Grundprinzipien des Modells auch in der Krise ausschlaggebend sein. Stationsteams werden gegenüber Behandlungen gegen den Willen des Patienten sensibilisiert, sodass Zwangsvermeidung zu einem offiziellen Ziel wird. Verpflichtende Nachbesprechungen erfolgter Zwangsmaßnahmen wiederholen die Grundsätze der Transparenz, verbessern die therapeutische Beziehung und eröffnen die Möglichkeit zur partizipativen Gestaltung von Patientenseite in einer neuen Krisensituation.

Zusammenfassend zeigte sich die Implementierung des Weddinger Modells an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus assoziiert mit einer Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen. Die Förderung von Partizipation, Transparenz, Autonomie und Selbstwirksamkeit der Patienten, gemeinsamer Behandlungsverantwortung und Risikoübernahme des Personals sowie die Sensibilisierung gegenüber Behandlung gegen den Willen von Patienten kommen als Einflussfaktoren in Frage. Aufgrund der vorliegenden positiven Ergebnisse der Studie könnte das Weddinger Modell mit seinem multiprofessionellen, dialogischen und patientenzentrierten Behandlungsansatz als mögliche Strategie zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen mitberücksichtigt werden. In der klinischen Praxis können das

Weddinger Modell und ähnliche Behandlungskonzepte demnach verbreitet und umgesetzt werden.

Limitiert wird die Aussagekraft der Studie einerseits durch ihr retrospektives Design, die eine Randomisierung ihrer untersuchten Studiengruppen nicht zulässt, wodurch keine direkte Kausalität angenommen werden kann. Andererseits sind durch geringe Fallzahlen in Subgruppen möglicherweise relevante Unterschiede angesichts geringer Power eventuell nicht detektiert worden.

In der aktuellen Studie wurden lediglich mechanische Zwangsmaßnahmen analysiert, Zwangsmedikationen wurden nicht herangezogen. In zukünftigen Studien könnten Zwangsmedikationen mitberücksichtigt werden, um das gesamte Vorkommen von Zwangsmaßnahmen abzubilden. Eine prospektive Studie könnte der nächste Schritt zur Evaluation des Weddinger Modells hinsichtlich Zwangsmaßnahmen sein. Die Ergebnisse dieser Studie können als Grundlage zur Entwicklung von weiteren Forschungshypothesen genutzt werden. Welche konkreten Modifikationen durch das Weddinger Modell wirken sich in der Anwendung von Zwang sowie in der Prävention von Aggression aus? Ergänzende qualitative Untersuchungen unter *Service-Usern* mit der Frage nach erlebtem subjektiven Zwang vor und nach Einführung des Weddinger Modells wären dabei ein interessantes weiteres Feld. Einen wertvollen Beitrag zu der Fragestellung der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch das neue Behandlungskonzept könnte auch *survivor/peer*-Forschung liefern. Die vorliegende Arbeit sollte als Anstoß für zukünftige Studien dienen, die sich mit dem Thema Zwangsvermeidung in Zusammenhang mit einer *Recovery*-orientierten Behandlung beschäftigen.

2.5. Literaturverzeichnis

1. Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen [Effects of the Psychiatric Care Concept "Weddinger Modell" on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-11116-0720>.
2. UN General Assembly. (2007, January 24). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution / adopted by the General Assembly*. <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html>. Zugegriffen 20. Okt. 2020.
3. Sailas, E., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2000(2), CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>.
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, P. und N. e. V. (DGPPN). (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Praevention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf. Zugegriffen 21. Jan. 2021.
5. Bundesärztekammer. (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(26). <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=141964>. Zugegriffen 21. Jan. 2021.
6. Steinert, T., & Bergk, J. (2008). Aggressives und gewalttätiges Verhalten. Diagnostik, Prävention, Behandlung [Aggressive and violent behaviour. Diagnosis, prevention, and treatment]. *Der Nervenarzt*, 79(3), 359–370. <https://doi.org/10.1007/s00115-007-2389-7>.
7. Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., & Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric services*

- (Washington, D.C.), 61(10), 1012–1017.
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>.
8. Ilkiw-Lavalle, O., & Grenyer, B. F. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 54(3), 389–393. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.3.389>.
 9. Cibis, M. L., Wackerhagen, C., Müller, S., Lang, U. E., Schmidt, Y., & Heinz, A. (2017). Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward]. *Psychiatrische Praxis*, 44(3), 141–147.
<https://doi.org/10.1055/s-0042-105181>.
 10. Kumar, S., & Ng, B. (2001). Crowding and violence on psychiatric wards: explanatory models. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 46(5), 433–437. <https://doi.org/10.1177/070674370104600509>.
 11. Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bempohl, F., Rentzsch, J., Lehmann, A., & Montag, C. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. *Psychiatrische Praxis*, 44(6), 316–322. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105861>.
 12. Heumann, K., Bock, T., & Lincoln, T. M. (2017). Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen [Please do Something - no Matter what! A Nationwide Online Survey of Mental Health Service Users About the Use of Alternatives to Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 44(2), 85–92. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109033>.
 13. Dresler, T., Rohe, T., Weber, M., Strittmatter, T., & Fallgatter, A. J. (2015). Effects of improved hospital architecture on coercive measures. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(1), 105–106.
<https://doi.org/10.1002/wps.20201>.
 14. Schalast, N., & Sieß, J. (2018). Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen [Interrelations of Objective Conditions on Psychiatric Wards and Ward Climate

- Characteristics]. *Psychiatrische Praxis*, 45(5), 242–247. <https://doi.org/10.1055/s-0043-100010>.
15. Ciompi, L., Dauwalder, H. P., Maier, C., & Aebi, E. (1991). Das Pilotprojekt "Soteria Bern" zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen [The pilot project "Soteria Bern" in treatment of acute schizophrenic patients. I. Conceptual principles, practical realization, clinical experiences]. *Der Nervenarzt*, 62(7), 428–435.
 16. Friis S. (1986). Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 74(5), 469–473. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1986.tb06270.x>.
 17. 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 : the journal of mental science*, 194(1), 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>.
 18. Swartz, M. S., Swanson, J. W., & Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral sciences & the law*, 21(4), 459–472. <https://doi.org/10.1002/bsl.539>.
 19. Xu, Z., Müller, M., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Vetter, S., Rössler, W., & Rüschi, N. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 309–312. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1489-y>.
 20. Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2014). Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert review of neurotherapeutics*, 14(2), 131–141. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286>
 21. Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., & Frey, R. (2016). Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/acps.12501>.
 22. Virtanen, M., Vahtera, J., Batty, G. D., Tuisku, K., Pentti, J., Oksanen, T., Salo, P., Ahola, K., & Kivimäki, M. (2011). Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *The British journal of psychiatry :*

- the journal of mental science*, 198(2), 149–155.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082388>
23. Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rössler, W., & Jäger, M. (2012). Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry research*, 200(2-3), 939–944.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012>.
24. Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8(4), 357–366.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>.
25. 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.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.001>.
26. Kallert, T. W., Katsakou, C., Adamowski, T., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Kjellin, L., Mastrogianni, A., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schützwohl, M., Solomon, Z., Torres-González, F., Bremner, S., & Priebe, S. (2011). Coerced hospital admission and symptom change--a prospective observational multi-centre study. *PloS one*, 6(11), e28191.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028191>.
27. Giacco, D., Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Kallert, T., Onchev, G., Raboch, J., Mastrogianni, A., Nawka, A., Hadrys, T., Kjellin, L., Luciano, M., De Rosa, C., Maj, M., & Priebe, S. (2012). Caregivers' appraisals of patients' involuntary hospital treatment: European multicentre study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 201(6), 486–491.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112813>.
28. Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission--a review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232–241.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>.
29. Wullschleger, A., Mielau, J., Mahler, L., Vandamme, A., & Montag, C. (2018). Beiträge zur Vermeidung von Zwang in der Akutpsychiatrie [Contributions to reduce coercion in psychiatric care]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 86(8), 500–508. <https://doi.org/10.1055/a-0604-2714>.

30. Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelink, G., Knopp, M., Kronstorfer, R., Martinez-Funk, B., Roser, M., Voigtländer, W., Brandecker, R., & Steinert, T. (2007). Die Inzidenz von Zwangsmassnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse [Incidence of coercive measures as an indicator of quality in psychiatric hospitals. Problems of data recording and processing, preliminary results of a benchmarking study]. *Psychiatrische Praxis*, 34(1), 26–33.
<https://doi.org/10.1055/s-2005-866920>.
31. Azeem, M., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2017). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 30(4), 170–174.
<https://doi.org/10.1111/jcap.12190>.
32. Sutton, D., Webster, S., & Wilson, M. (2014). *Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature*.
<https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf>. Zugegriffen am 21. Jan. 2021.
33. Lewis, M., Taylor, K., & Parks, J. (2009). Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in mental health nursing*, 30(3), 159–164.
<https://doi.org/10.1080/01612840802694171>.
34. Bowers L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>.
35. van de Sande, R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 473–478.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.09514>.
36. Mahler, L., Jarchov-Jàdi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2014). *Das Weddinger Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext* (1st ed.). Psychiatrie Verlag GmbH.

37. Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363–372.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>.
38. Amering M. (2008). Recovery--warum nicht? [Recovery--why not?]. *Psychiatrische Praxis*, 35(2), 55–56. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986358>.
39. Eikmeier, G., Kieser, L. D., Paap, M., Utschakowski, J., & Lacroix, A. (2017). Umstrukturierung einer psychiatrischen Abteilung nach Recovery-Grundsätzen: eine Pilotstudie mit „mixed-method design“ [Reorganising a department of psychiatry according to recovery principles: A pilot study with mixed-method design]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 120, 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2016.11.005>.
40. Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403–418.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>.
41. Andersen T. (1987). The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family process*, 26(4), 415–428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>.
42. Mahler, L., Heinz, A., Jarchov-Jädi, I., Bempohl, F., Montag, C., & Wullschleger, A. (2019). Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell [Therapeutic attitudes and structures in (open) acute psychiatry: the Wedding model]. *Der Nervenarzt*, 90(7), 700–704.
<https://doi.org/10.1007/s00115-019-0741-3>.
43. Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C., & Mahler, L. (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie [Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study]. *Psychiatrische Praxis*, 46(3), 128–134. <https://doi.org/10.1055/a-0651-6812>.

3 Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Klara Czernin, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Zwangsreduktion durch ein multiprofessionelles, trialogisches, patientenzentriertes Behandlungskonzept – das „Weddinger Modell“ / Reduction of coercion by a multiprofessional, trialogical and patient-centered care concept – the „Weddinger Modell““ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

[Für den Fall, dass Sie die Forschung für Ihre Promotion ganz oder teilweise in Gruppenarbeit durchgeführt haben:] Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Erstbetreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

4 Ausführliche Anteilserklärung an der Publikation

Publikation:

Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen [Effects of the Psychiatric Care Concept "Weddinger Modell" on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>.

Ich habe einen erheblichen Beitrag zur vorliegenden Studie geleistet. Zusammenfassend war ich an der Konzeption der Studie beteiligt, habe die Daten erfasst, analysiert und interpretiert und die Publikation verfasst, die von allen anderen Autoren überarbeitet wurde. Im Folgenden sind die einzelnen Anteile aufgelistet:

Die ursprüngliche Idee einer Evaluation des Weddinger Modells hinsichtlich mechanischer Zwangsmaßnahmen stammt von der Initiatorin des Weddinger Modells Dr. Lieselotte Mahler. Zu Studienbeginn war ich an der Gestaltung der Studie beteiligt. In der Studienplanung habe ich gemeinsam mit Dr. Lieselotte Mahler und Prof. Dr. med. Felix Bempohl die Hypothesen und Definitionen erarbeitet. Ich habe den ersten Entwurf des Ethikantrags erarbeitet, der gemeinsam mit den Koautoren finalisiert wurde. Die Datentabelle zur Erfassung der Daten habe ich im Programm SPSS eigenständig erstellt. Alle klinischen Daten wurden durch mich erhoben. Dabei wurde ich durch Dr. med. Lieselotte Mahler supervidiert, die mit mir alle Fragen und Unklarheiten besprach. Zur Erhebung der Daten wurden von Prof. Dr. med. Felix Bempohl die Originalpatientenakten aus dem Patientenarchiv der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus angefordert. Über die Dauer eines halben Jahres wurden täglich von Montag bis Freitag eine begrenzte Anzahl an Patientenakten zur Verfügung gestellt und von mir eingesehen. Diese wurden ausschließlich für den Bearbeitungszeitraum von einem Tag bereit gestellt. Anschließend habe ich die Patientenakten zurück in das Archiv des St. Hedwig-Krankenhauses gebracht. Patientendaten, die eindeutige Hinweise auf die Identität der Patienten geben konnten (Name, Geburtsdatum, Adresse etc.) wurden ausschließlich von mir im gesicherten Rahmen und Umfeld des St. Hedwig-Krankenhauses eingesehen. Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund) sowie krankheitsbezogene Daten (Hauptdiagnose gemäß ICD-10) habe ich, abgesehen von der Erhebung aus der Originalpatientenakte, aus der elektronischen

Dokumentation erhoben und manuell extrahiert. Die Zwangsmaßnahme-Daten habe ich aus den Fixierungs- bzw. Isolierungsbögen der Patientenakten manuell extrahiert. Die erhobenen Daten habe ich in der Datentabelle im Programm SPSS gespeichert und bearbeitet. Die Aufbereitung der Daten zur Auswertung wurde durch mich durchgeführt. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte ausschließlich durch mich, nachdem ich durch PhD Ulrike Grittner zur eigenen Datenauswertung beraten wurde. In weiterer Folge habe ich die Daten interpretiert. Die Darstellung der Ergebnisse in Tabellen erfolgte durch mich und wurde mit den Koautoren abgestimmt. Für das Verfassen der Publikation habe ich eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. In der Literaturdatenbank PubMed habe ich ausgewählte Fachartikel herausgesucht. Die Erstfassung der Publikation „Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen“ wurde von mir verfasst. Die erste Entwurfsversion wurde von allen anderen Autoren kritisch kommentiert. Die Kommentare sowie Änderungsvorschläge wurden von mir eingearbeitet. Die endgültige als zu veröffentlichende Fassung wurde von allen Autoren genehmigt und anschließend durch Dr. med. Lieselotte Mahler bei der Zeitschrift Psychiatrische Praxis eingereicht. Im Peer-Review Prozess angeregte Revisionen wurden durch mich in enger Abstimmung mit allen Koautoren integriert.

Unterschrift, Datum und Stempel des/der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

5 Auszug aus der Journal Summary List

Der Artikel erschien in der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“. Im Jahr 2018 lag dieses Journal auf Platz 123/214. Im Jahr 2017 war die Zeitschrift nicht gelistet.

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2018** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **“PSYCHIATRY”** Selected Category
 Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 214 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	World Psychiatry	5,426	34.024	0.014100
2	Lancet Psychiatry	4,887	18.329	0.022100
3	JAMA Psychiatry	10,894	15.916	0.055560
4	PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS	3,892	13.744	0.005800
5	AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY	43,025	13.655	0.036370
6	MOLECULAR PSYCHIATRY	20,353	11.973	0.049290
7	BIOLOGICAL PSYCHIATRY	43,122	11.501	0.053320
8	JOURNAL OF NEUROLOGY NEUROSURGERY AND PSYCHIATRY	29,660	8.272	0.030730
9	SCHIZOPHRENIA BULLETIN	17,794	7.289	0.025590
10	BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY	25,101	7.233	0.022570
11	NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	25,672	7.160	0.039090
12	ADDICTION	19,945	6.851	0.032100
13	Epidemiology and Psychiatric Sciences	1,217	6.402	0.003830
14	JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY	19,942	6.391	0.019370
15	BRAIN BEHAVIOR AND IMMUNITY	14,533	6.170	0.025700
16	JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY	19,072	6.129	0.023100
17	PSYCHOLOGICAL MEDICINE	25,176	5.641	0.038080
18	JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY	15,807	5.519	0.014930
19	Translational Psychiatry	7,313	5.182	0.024860
20	AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY	7,078	5.000	0.008330

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
21	BIPOLAR DISORDERS	5,143	4.936	0.006760
22	DEPRESSION AND ANXIETY	8,537	4.935	0.014490
23	JOURNAL OF PSYCHIATRY & NEUROSCIENCE	3,293	4.899	0.004540
24	Journal of Behavioral Addictions	1,642	4.873	0.004340
25	ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA	13,340	4.694	0.010630
26	SCHIZOPHRENIA RESEARCH	22,220	4.569	0.029410
27	CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY	4,030	4.483	0.006280
28	EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	7,488	4.468	0.015500
29	PROGRESS IN NEURO-PSYCHOPHARMACOLOGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY	10,674	4.315	0.012400
30	JOURNAL OF PSYCHOPHARMACOLOGY	6,460	4.221	0.010120
31	INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	6,551	4.207	0.012320
32	CNS DRUGS	4,602	4.192	0.007190
33	JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS	30,314	4.084	0.052950
34	CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY-REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE	5,658	4.080	0.006390
35	WORLD JOURNAL OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY	2,429	4.040	0.004200
36	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY	19,074	4.023	0.019900
37	PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY	16,809	4.013	0.028150
38	EUROPEAN PSYCHIATRY	5,610	3.941	0.008420
39	CNS SPECTRUMS	2,368	3.940	0.003340
40	PSYCHOSOMATIC MEDICINE	12,747	3.937	0.009630
41	JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH	15,180	3.917	0.020850
42	Current Psychiatry Reports	4,050	3.816	0.009260

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
43	EUROPEAN CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY	5,186	3.740	0.009270
44	Journal of Attention Disorders	3,436	3.656	0.006340
45	International Journal of Bipolar Disorders	399	3.550	0.001490
46	INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS	8,728	3.523	0.008910
47	PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES	3,720	3.489	0.004230
48	AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	6,965	3.488	0.010970
49	JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS	6,639	3.472	0.009030
50	DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE	18,798	3.466	0.039250
51	PSYCHOPHARMACOLOGY	23,565	3.424	0.022260
52	Early Intervention in Psychiatry	1,630	3.323	0.003310
53	BEHAVIOR THERAPY	5,427	3.243	0.006220
54	GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY	5,224	3.220	0.007360
55	EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE	4,096	3.192	0.004590
56	Behavioral Sleep Medicine	1,285	3.171	0.002350
57	Frontiers in Psychiatry	4,605	3.161	0.013910
58	SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPIDEMIOLOGY	8,313	3.152	0.013620
59	INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	9,327	3.141	0.010130
60	Body Image	3,304	3.124	0.004870
61	AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS PART B- NEUROPSYCHIATRIC GENETICS	4,087	3.123	0.006280
62	JOURNAL OF THE INTERNATIONAL NEUROPSYCHOLOGICAL SOCIETY	6,773	3.098	0.007380
63	SUICIDE AND LIFE-THREATENING BEHAVIOR	4,200	3.032	0.005100
67	European Journal of Psychotraumatology	1,546	3.020	0.005010

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
68	Mindfulness	2,629	3.000	0.005710
69	Therapeutic Advances in Psychopharmacology	563	3.000	0.001590
70	INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY	2,741	2.991	0.004390
71	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	5,135	2.977	0.005030
72	AGING & MENTAL HEALTH	5,420	2.956	0.008280
73	Revista de Psiquiatria y Salud Mental	397	2.927	0.000660
74	JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY AND NEUROLOGY	1,632	2.747	0.001840
75	PHARMACOPSYCHIATRY	1,833	2.738	0.001370
76	Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity	1,421	2.730	0.002110
77	JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH	13,139	2.722	0.011420
78	BMC Psychiatry	10,121	2.666	0.023790
79	COMPREHENSIVE PSYCHIATRY	6,629	2.586	0.010050
80	Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy	1,859	2.529	0.005430
81	HARVARD REVIEW OF PSYCHIATRY	1,803	2.507	0.002890
82	HARVARD REVIEW OF PSYCHIATRY	1,803	2.507	0.002890
83	REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA	2,044	2.440	0.002740
84	International Journal of Mental Health Nursing	1,957	2.433	0.002020
85	EPILEPSY & BEHAVIOR	10,335	2.378	0.017530
86	Archives of Womens Mental Health	2,875	2.348	0.004990
87	BEHAVIORAL MEDICINE	905	2.344	0.001410
88	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	1,372	2.327	0.001160
89	ARCHIVES OF SUICIDE RESEARCH	1,454	2.316	0.002160
90	PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA	2,739	2.281	0.002390

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
91	JOURNAL OF ECT	1,635	2.280	0.001950
92	INTERNATIONAL JOURNAL OF METHODS IN PSYCHIATRIC RESEARCH	2,933	2.276	0.002750
93	PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL	1,865	2.270	0.002980
94	HUMAN PSYCHOPHARMACOLOGY-CLINICAL AND EXPERIMENTAL	2,149	2.265	0.002320
95	DEMENTIA AND GERIATRIC COGNITIVE DISORDERS	4,583	2.260	0.003830
96	PSYCHIATRIC SERVICES	10,947	2.253	0.015610
97	PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY-THEORY RESEARCH AND PRACTICE	1,095	2.244	0.001420
98	Neuropsychiatric Disease and Treatment	5,337	2.228	0.012260
99	Crisis-The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention	1,656	2.221	0.002320
100	PSYCHIATRY RESEARCH	20,633	2.208	0.031200
101	JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY	3,722	2.189	0.005270
102	Eating Behaviors	3,000	2.178	0.005400
103	JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY	2,719	2.160	0.004100
104	Annals of General Psychiatry	903	2.158	0.001490
105	CHILD PSYCHIATRY & HUMAN DEVELOPMENT	2,279	2.071	0.004120
106	NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY	2,077	2.061	0.002710
107	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2,644	2.009	0.002470
108	ANXIETY STRESS AND COPING	1,890	1.981	0.002210
109	ACTA NEUROPSYCHIATRICA	863	1.978	0.001510
110	JOURNAL OF NEUROPSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES	3,615	1.971	0.002540
111	EUROPEAN ADDICTION RESEARCH	1,146	1.957	0.002110
112	Asian Journal of Psychiatry	1,483	1.932	0.003140

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
113	EXPERIMENTAL AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	2,548	1.922	0.003270
114	Journal of Trauma & Dissociation	910	1.901	0.001290
115	JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY AND THE LAW	1,206	1.885	0.001290
116	ACADEMIC PSYCHIATRY	1,425	1.880	0.002330
117	STRESS AND HEALTH	1,691	1.875	0.002790
118	PSYCHIATRY-INTERPERSONAL AND BIOLOGICAL PROCESSES	2,190	1.873	0.001570
119	JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE	8,182	1.859	0.007030
120	CLINICAL EEG AND NEUROSCIENCE	1,018	1.822	0.001510
121	INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE	816	1.821	0.001430
122	PSYCHOPATHOLOGY	1,790	1.816	0.001850
123	PSYCHIATRISCHE PRAXIS	807	1.813	0.000750
124	JOURNAL OF TRAUMATIC STRESS	7,592	1.804	0.007460
125	Research in Autism Spectrum Disorders	3,161	1.799	0.005960
126	Mental Health and Physical Activity	540	1.797	0.001020
127	Personality and Mental Health	435	1.732	0.000960
128	NEUROPSYCHOBIOLOGY	2,645	1.675	0.001820
129	CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA	1,648	1.642	0.002370
130	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	1,112	1.642	0.002120
131	INTERNATIONAL CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	2,045	1.638	0.001830
132	Clinical Gerontologist	830	1.586	0.000790
133	Transcultural Psychiatry	1,317	1.558	0.001950
134	Journal of Child and Family Studies	4,546	1.556	0.009680

6 Druckexemplar der Publikation

Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen [Effects of the Psychiatric Care Concept "Weddinger Modell" on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>.

7 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

8 Publikationsliste

Originalarbeiten

Czernin, K., BERPPOHL, F., HEINZ, A., WULLSCHLEGER, A., & MAHLER, L. (2020). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen [Effects of the Psychiatric Care Concept "Weddinger Modell" on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>.

Cole, C., Vandamme, A., BERPPOHL, F., CZERNIN, K., WULLSCHLEGER, A., & MAHLER, L. (2020). Correlates of seclusion and restraint of patients admitted to psychiatric inpatient treatment via a German emergency room. *Journal of psychiatric research*, 130, 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.033>.

Czernin, K., BERPPOHL, F., WULLSCHLEGER, A., MAHLER, L. (2021). Effects of the Recovery-oriented psychiatric care concept "Weddinger Modell" on forced medication and maximum daily drug doses. (Einreichung in Vorbereitung).

Lehrbuchkapitel

Czernin K, Plener P. Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert J, Resch F, Plener P, Kaess M, Döpfner M, Konrad K, Legenbauer T, Hrsg. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2019. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_88-1.

9 Danksagung

Mein außerordentlicher Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Felix Bermpohl für die stets verlässliche und professionelle Betreuung dieser Arbeit.

Insbesondere möchte ich meiner Betreuerin und Mentorin Dr. med. Lieselotte Mahler danken, die im Rahmen meiner medizinischen Ausbildung mein Interesse für das Fach Psychiatrie geweckt hat. Es hat mich stets inspiriert, mit wie viel Engagement sie sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzt. Von Beginn an halfen mir ihre kritischen und differenzierten Anregungen. Als Betreuerin stand sie mir stets zur Seite. Ihr gebührt mein herausragender Dank.

Meine Dankbarkeit gilt darüber hinaus auch allen Ko-Autoren der Studie.

Tief verbunden und dankbar bin ich meiner Familie, meinem Freund Josef und meiner Freundin Karoline.