universität wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Das Erleben von mechanischer Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie aus Sicht der Patient*innen“

verfasst von / submitted by

Florian Wostry BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 330
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Pflegewissenschaft
Betreut von / Supervisor:	Prof. Dr. Sabine Hahn, PhD, MNSc

Abstract

Hintergrund: Bei akutem selbst- und fremdverletzendem Verhalten kommt in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie primär die mechanische Fixierung als Zwangsmaßnahme zum Einsatz. Für die Pflegepraxis stellt die mechanische Fixierung eine ethische Herausforderung dar. Studien zum Erleben von freiheitseinschränkenden Maßnahmen aus Sicht der betroffenen Patient*innen sind selten.

Ziel: Diese Arbeit soll beschreiben, wie in Österreich erwachsene psychiatrische Patient*innen die Zwangsmaßnahme mechanische Fixierung erleben. Aus den Ergebnissen sollen sich optimierte Pflegestrategien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen ableiten lassen.

Methodik: Im Rahmen eines qualitativen Studiendesigns wurden zwölf leitfadengestützte Einzelinterviews mit Patient*innen geführt. Als Kodierverfahren kam das Initial Coding zur Anwendung. Der interpretative, reduktive Analyseansatz und die Erstellung von Prototypen dienten als Orientierung für die Auswertung der Daten.

Ergebnisse: Es wurden drei Prototypen, acht Allgemeine Kategorien und zehn Verbesserungsvorschläge identifiziert. Patient*innen erleben eine psychische und physische Belastung. Dabei treten Angst, Panik, Traumatisierung, Vertrauensverlust und Schmerzen auf. Geringfügig ist auch positives Erleben in Form von Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis feststellbar. Die Patient*innen äußern unter anderem den Wunsch nach würdevoller Pflege, Partizipation, Nachbesprechungen, Kontrolle und der Implementierung eines Isolierzimmers.

Diskussion: Das überwiegend negative Erleben ist für die Patient*innen belastend und begünstigt Traumatisierungen. Dies zeigen auch andere Studienergebnisse auf. Die Ergebnisse dieser Arbeit leisten einen Beitrag zur Optimierung der Pflegepraxis. Ziel ist es, die mechanische Fixierung bestmöglich zu vermeiden und diese bei Bedarf so angenehm und kurz wie möglich zu gestalten.

Schlüsselwörter: mechanische Fixierung, Patient*innen, Erleben, Psychiatrie

Abstract

Background: In Austrian adult psychiatry, mechanical restraint is primarily used as a coercive measure in cases of acute self-endangerment and danger to others behaviour. For nursing practice, mechanical restraint represents an ethical challenge. Studies about the experience of restraining measures from the perspective of the affected patients are rare.

Aim: The aim of this study is to describe how adult psychiatric patients in Austria experience mechanical restraint. The results will be used to derive optimized care strategies for dealing with coercive measures.

Method: Twelve guided individual interviews with patients were conducted within the framework of a qualitative study design. Initial coding was used as the coding method. The interpretive, reductive analysis approach and the creation of prototypes served as a guide for the analysis of the data.

Results: Three prototypes, eight general categories and 10 suggestions for improvement were identified. Patients experience psychological and physical stress. Fear, panic, trauma, loss of confidence and pain occur. There is also a slight positive experience in the form of calm, protection, security and understanding. The patients express, among other things, the desire for dignified care, participation, debriefing, control, the implementation of an isolation room and physical restraint.

Discussion: The predominantly negative experience is stressful for the patient and promotes trauma. This is also shown by other study results. The results of this work make an important contribution to the optimization of nursing practice. The aim is to avoid mechanical restraint as far as possible and, if necessary, to make it as comfortable and short as possible. It is important to consider the patient's suggestions for improving mechanical restraint and reform psychiatry accordingly.

Keywords: mechanical restraints, patient, experience, psychiatry

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Problemdarstellung 9

3. Forschungsziel 11

4. Methodik 13

4.1. Design 13

4.2. Datenerhebung und Datenanalyse 13

4.2 Gütekriterien 17

4.4 Sample 17

4.5 Feldzugang 19

4.6 Ethische Überlegungen 21

5. Ergebnisse 23

5.1 Prototyp 1: Psychische Belastung 25

5.1.1 Angst und Horror 25

5.1.2 Kontrollverlust und Panik 27

5.1.3 Traumatisierung 28

5.2 Prototyp 2: Physische Belastung 30

5.2.1 Gewalt von außen 30

5.2.2 Gewalt von innen 32

5.2.3 Schmerz 33

5.3 Prototyp 3: Großartige Wohltat 34

5.3.1 Super Gefühl 34

5.3.2 Geborgenheit 35

5.3.3 Zufriedenheit 35

5.4 Allgemeine Kategorien der Prototypen 1 und 2 36

5.4.1 Unverständnis 36

5.4.2 Missachtung der Grundbedürfnisse 37

5.4.3 Medikamentenerfahrungen 39

5.4.4 Unangenehme Atmosphäre 40

5.4.5 Vertrauensverlust 41

5.4.6 Erleichterung durch das Einschlafen 42

5.4.7 Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis ... 43
5.4.8 Empathische Pflege ... 44
5.5 Verbesserungsvorschläge zur mechanischen Fixierung ... 45
5.5.1 Würdevoller Umgang ... 46
5.5.2 Alte Strukturen aufbrechen ... 47
5.5.3 Kontrolle ... 49
5.5.4 Kommunikative Deeskalation ... 49
5.5.5 Medikamentöse Deeskalation ... 50
5.5.6 Beruhigende Berührungen ... 50
5.5.7 Körperliche Fixierung ... 51
5.5.8 Isolierzimmer ... 52
5.5.9 Partizipative Entscheidungsprozesse ... 55
5.5.10 Nachbesprechungen ... 55
6. Diskussion ... 57
6.1 Negative Gefühle ... 57
6.2 Traumatisierung ... 59
6.3 Gewalt und Schmerzen ... 60
6.4 Positives Erleben ... 62
6.5 Deeskalation ... 63
6.6 Vertrauensverlust ... 66
6.7 Machtmissbrauch ... 68
6.8 Schutz der Grundbedürfnisse ... 69
6.9 Traditionen und Gepflogenheiten ... 71
6.10 Auswahlmöglichkeit und Partizipation ... 72
7. Resümee für die Forschung und Praxis ... 74
7.1 Limitationen ... 74
7.2 Relevanz für die Pflegeforschung ... 75
7.3 Relevanz für die Pflegepraxis ... 79
Literaturverzeichnis ... 84
Anhang ... 93

1. Einleitung

Zur Zeit der französischen Revolution war Phillipe Pinel (1745-1826) einer der ersten Vordenker für eine Reform der Psychiatrie. Er behandelte psychisch Kranke nicht als Verbrecherinnen und Verbrecher, sondern forcierte eine psychiatrische Behandlung mit dem Hintergrundwissen, dass Zwangsmaßnahmen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung nicht immer vermeidbar sind (Eckart, 2011, S. 165-169). Die Maxime dazu lautete „die Befreiung der Geisteskranken von den Ketten“ (Eckart, 2011, S. 165). In den ersten drei Jahrzehnten des neunzehnten Jahrhunderts galt in England der Gebrauch von Zwangsmaßnahmen durch Ketten, Zwangsjacken, Gurte und Zwangsstühle als eine legitime Methode im Umgang mit gewalttätigen Patient*innen. Ende der 1830er Jahre entstand die „no-restraint“-Bewegung, welche Zwangsmaßnahmen kritisch hinterfragte (Topp, 2018). Der Psychiater John Conolly (1794-1866) intensivierte in Deutschland erstmals eine humane Behandlung und Pflege psychisch kranker Menschen (Eckart, 2011, S. 165). In den 1970er Jahren leistete die Antipsychiatriebewegung weitere wichtige Impulse im Umgang mit psychiatrischen Patient*innen (Schott, 2004). Aufgrund von Skandalen und Missbrauch in Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung setzen sich auch heutzutage Organisationen wie zum Beispiel das Restraint Reduction Network (RRN) dafür ein, die mechanische Fixierung wie auch Zwangsmaßnahmen allgemein zu hinterfragen, deren Einsatz zu reduzieren und Alternativen zu entwickeln. Die Vision ist eine Gesellschaft, welche die Rechte der Patient*innen und Mitarbeiter*innen schützt. Es soll eine Kultur entstehen, welche das Gesundheitswesen dafür sensibilisiert, auf die Menschenrechte zu achten. Die Autonomie und das Wohlergehen der Patient*innen soll gewahrt werden. Um dies zu erreichen, sollen Qualitätsstandards entwickelt und Forschungsergebnisse für die Praxis tauglich gemacht werden. Des Weiteren wird Unterstützung beim Kulturwandel innerhalb der Institutionen angeboten. Ein globales Netzwerk zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen ist im Entstehen (RRN 2020).

In der heutigen Psychiatrie wird laut Olszewski und Jäger (2015) von Zwangsmaßnahmen gesprochen, wenn gegen den Willen der Patient*innen Maßnahmen durchgeführt werden. Zu den meist verbreiteten Zwangsmaßnahmen gehören neben der Unterbringung, auch als Zwangseinweisung bekannt, die

Isolierung, die mechanische Fixierung und die Zwangsmedikation (Steinert, 2008, S. 106).

Die Voraussetzung für eine Unterbringung gegen den Willen der Patient*innen regelt in Österreich das Unterbringungsgesetz (BGBl. I Nr. 155 / 1990), welches zuletzt durch das BGBl. I Nr. 18/2010 geändert wurde. Darin bestimmt der §33 die Beschränkungen der Bewegungsfreiheit im Falle einer Zwangsmaßnahme. Eine mechanische Fixierung oder eine Isolierung darf nur dann durchgeführt werden, wenn eine psychiatrische Erkrankung vorliegt, eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung seitens der Patient*innen besteht und keine andere Behandlungsform möglich ist. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 2018) macht darauf aufmerksam, dass vor einer Zwangsmaßnahme alle Deeskalationsstrategien anzuwenden sind. Zwangsmaßnahmen dürfen nur als letztes Mittel der Wahl zum Einsatz kommen. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Wirkung der Zwangsmaßnahmen im Nicht-Eintreten der Gefahr beruht, die Patient*innen ziehen daraus keinen gesundheitlichen Nutzen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2013) hält fest, dass wenn eine Zwangsmaßnahme zur Anwendung kommt, diese nicht durch eine weniger einschränkende Maßnahme ersetzbar sein soll. Die Zwangsmaßnahme muss immer zum Grad der Gefährdung passen. Laut Lang (2013) weisen Zwangsmaßnahmen keinen therapeutischen Effekt auf.

Bei einer mechanischen Fixierung wird die betroffene Person mittels speziell entwickelten Gurtsystemen an ein Krankenhausbett fixiert. Wenn alle Extremitäten fixiert werden, spricht man von einer Vierpunktfixierung. Eine Fünfpunktfixierung ist dann gegeben, wenn zusätzlich ein Bauchgurt angebracht wird. Das Ziel der mechanischen Fixierung ist es, die Bewegungsfähigkeit des menschlichen Körpers größtmöglich einzuschränken. Ist eine mechanische Fixierung unvermeidbar, so gilt es im Idealfall, die betroffene Person so zu positionieren, dass Fluchtwege für das Personal vorhanden sind und somit das Gefährdungspotenzial minimiert wird (Fogel & Steinert, 2012). Teilweise müssen aggressive oder ängstlich erregte Patient*innen vom Pflegepersonal überwältigt und körpernah festgehalten werden,

was einer Immobilisation entspricht. Dabei ist damit zu rechnen, dass sich die Patient*innen aktiv gegen die körperliche Intervention des Pflegepersonals zur Wehr setzen. Dies stellt eine Gefahrensituation für alle Beteiligten dar. Die Immobilisation der Patient*innen erfolgt mit Unterstützung einer personellen Dominanz. Eine erhöhte Personalpräsenz kann auch dazu führen, dass Patient*innen trotz realitätsverkennender Symptomatik realisieren, dass es bei solch einem unausgewogenen Kräfteverhältnis sinnvoller ist, den Widerstand aufzugeben und die Zwangsmaßnahme oder alternativ eine Medikamenteneinnahme zu akzeptieren (Steinert, 2008, S. 87-89). Negroni (2017) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass wenn ein oder mehrere Mitarbeiter*innen mit psychischem Druck, Einschüchterung oder mit Befehl die Patient*innen zu etwas zwingen, es sich um eine psychologische Zwangsmaßnahme handelt.

In Deutschland bedarf es für eine Immobilisierung einer Person im Durchschnitt acht Pflegepersonen. In England, wo Immobilisierungstechniken intensiv geschult werden, sind es vier Pflegepersonen. Damit das Verletzungsrisiko sinkt, benötigt es eine klare Aufgabenverteilung zur Immobilisierung von Patient*innen. Dazu ist es sinnvoll, im Pflegeteam einen Coach zu bestimmen, welcher den Zugriff koordiniert. Unter den durchführenden Akteuren wird besprochen, wer welche Körperextremität der zu immobilisierenden Person festhalten wird. Das Ziel der Immobilisierung ist es, die Patient*innen an den Extremitäten zu sichern und anschließend rasch und schmerzfrei in Bauchlage zu Boden zu bringen. In dieser Position besteht für das Personal die geringste Verletzungsgefahr. Während dem Prozedere der Immobilisierung soll ein ruhiger und kontinuierlicher verbaler Kontakt mit den Patient*innen stattfinden (Steinert, 2008, S. 87-89).

Detaillierte Beschreibungen, wie mechanische Fixierungen ablaufen, sind in der Literatur nicht auffindbar. Aus der österreichischen psychiatrischen Praxiserfahrung des Autors dieser Forschungsarbeit erhalten immobilisierte Patient*innen, die ein hohes Aggressionspotential aufweisen und sich außerordentlich stark wehren, bereits am Boden in Bauchlage eine ärztlich verordnete sedierende intravenöse oder intramuskuläre Medikation. Für die Umsetzung der mechanischen Fixierung wird im weiteren Verlauf die am Boden immobilisierte Person mit schmerzfreien

Haltetechniken in ein Bett mit Fixiergurten mobilisiert. Es gilt anzumerken, dass aggressive oder stark agitierte Patient*innen für eine mechanische Fixierung nicht immer zuerst am Boden immobilisiert werden müssen. Wenn die Verletzungsgefahr gering ist, können diese Personen vom Pflegepersonal mit schmerzfreien Haltetechniken direkt in das Bett mit den Fixiergurten mobilisiert werden. Bei der Durchführung der mechanischen Fixierung kann es zu Situationen kommen, in denen das Pflegepersonal gezielten Fußtritten, Faustschlägen, Beißattacken, Kopfstößen sowie dem bespuckt werden seitens der zu fixierenden Person ausgesetzt ist. In solchen Fällen benötigt es zum Teil zwei bis drei Pflegepersonen, die sich über die unteren Extremitäten der zu fixierenden Person legen; zwei bis vier Pflegepersonen, welche die oberen Extremitäten und Schulter immobilisieren sowie eine Pflegeperson, welche den Kopf der betroffenen Person hält. Dabei ist darauf zu achten, dass bei der betroffenen Person kein Druck auf die Gelenke ausgeübt und eine ausreichende Atmung gewährleistet wird. Zum Anlegen und Schließen der Fixiergurte benötigt es im Idealfall zwei weitere Pflegepersonen. Eine Pflegeperson steht in einem ständigen verbalen Kontakt zur fixierten Person, gibt Information zur Situation und versucht beruhigend und deeskalierend einzuwirken. Dieses Prozedere kann mehrere Minuten in Anspruch nehmen. Anschließend erhalten die Patient*innen in der mechanischen Fixierung eine ärztlich verordnete Medikation mit beruhigender und sedierender Wirkung. Es kommt immer wieder vor, dass das Pflegepersonal während einer mechanischen Fixierung verletzt wird oder der körperlichen Kraft der zu fixierenden Person nicht standhalten kann. In solch einem Fall benötigt es im Hintergrund weiteres Pflegepersonal als Reserve, welches bei Bedarf das verletzte oder erschöpfte Pflegepersonal ablöst. In manchen Fällen ist zu wenig Pflegepersonal verfügbar oder die körperliche Stärke und das aggressive Gefahrenpotenzial der zu fixierenden Person so groß, dass das Pflegepersonal zum Eigenschutz hausinternes Sicherheitspersonal oder die Polizei alarmieren muss. Die mechanische Fixierung wird beendet, wenn bei der fixierten Person keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung mehr besteht. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2018) weist darauf hin, dass die Würde der fixierten Person gewahrt werden muss. Die Räumlichkeiten müssen angemessen ausgestattet sein und eine mechanische Fixierung soll nicht vor anderen Patient*innen stattfinden. Zudem muss das durchführende Personal eine dementsprechende Ausbildung nachweisen, insbesondere in der verbalen und

nonverbalen Deeskalationstechnik, des körpernahen Festhaltens sowie in der Überwachung und Betreuung. Fogel und Steinert (2012) empfehlen während der mechanischen Fixierung eine Durchsuchung der fixierten Person. Gefährliche Gegenstände, wie zum Beispiel Messer und Feuerzeuge, sollten aus Sicherheitsgründen abgenommen werden. Eine Entkleidung der betroffenen Person ist entwürdigend und erfolgt nur, wenn dies unbedingt erforderlich ist. Eine kontinuierliche Überwachung ist zu gewährleisten. Insbesondere bei den fixierten Extremitäten gilt es auf ausreichende Durchblutung, Sensibilität und Motorik zu achten. Die Indikationen für den Fortbestand der mechanischen Fixierung müssen laut der SAMW (2018) engmaschig überprüft werden. Eine ausführliche Dokumentation über die Zwangsmaßnahme sowie eine Nachbesprechung mit den betroffenen Patient*innen ist erforderlich.

Wenn die Patientin oder der Patient in einem geschlossenen Raum ohne Personalkontakt untergebracht wird, wird von Isolierung gesprochen. In einem Isolierzimmer befindet sich nur das Nötigste: ein Bett, eine Bettdecke, etwas zu trinken und eine Toilette. Zusätzlich wird die isolierte Person mittels Sichtfenster oder Kamera überwacht. Um ein selbstverletzendes Verhalten zu vermeiden, werden der betroffenen Person gefährliche Gegenstände abgenommen. Auch bei einer Isolierung kann es erforderlich sein, die zu isolierende Person im Vorfeld zu immobilisieren (Steinert, 2008, S. 87-107).

Von einer körperlichen Fixierung spricht man, wenn das Pflegepersonal die betroffene Person festhält und somit für eine Bewegungseinschränkung sorgt. Für die Durchführung benötigt es mehrere Pflegepersonen, welche die betroffene Person auf den Bauch legen und diese mit Festhaltetechniken immobilisieren. Bei dieser Zwangsmaßnahme ist es wichtig, dass die betroffene Person ausreichend atmen kann, dazu müssen die Nase und der Mund frei liegen. Eine Druckausübung des Pflegepersonals auf Bauchraum, Brustkorb und Genick sind nicht erlaubt (Department of Health, 2015).

Bei der Zwangsmedikation handelt es sich ebenfalls um eine psychiatrische Zwangsmaßnahme. Man spricht von einer Zwangsmedikation, wenn gegen den Willen eines psychisch erkrankten Menschen Medikamente verabreicht werden.

Der Wille der Patient*innen gegen die Medikamenteneinnahme kann dabei verbal als auch durch eine nonverbale passive Ablehnungsbekundung erfolgen (DGPPN, 2018).

In der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie wird bei akutem selbst- oder fremdverletzendem Verhalten aktuell primär die mechanische Fixierung als bewegungseinschränkende Zwangsmaßnahme angewendet. Isolierungen finden nur sehr selten statt. Länder wie beispielsweise die Niederlande, Deutschland, Finnland, Japan, Kanada, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA verwenden nach Steinert et al. (2010) sowohl die mechanische Fixierung als auch die Isolierung. In Großbritannien kommt die mechanische Fixierung nicht zum Einsatz. Stattdessen wird überwiegend körperlich fixiert. Isolierungen werden nur selten angewendet. Island setzt auf eine pflegerische 1:1-Betreuung der Patient*innen und wendet keine Zwangsmaßnahmen an.

Im internationalen Vergleich variiert die Häufigkeit der Anwendung der mechanischen Fixierung bei stationären psychiatrischen Patienten zwischen 3,8 % und 51,3 % (Beghi et al., 2013; Wynn, 2015; Zhu et al., 2014). In Europa ist die Dokumentation über die Art und Weise der Anwendung von Zwangsmaßnahmen lückenhaft und Vergleiche zwischen den Mitgliedsstaaten sind nur bedingt möglich (Dressing & Salize, 2004; Steinert et al. 2010). Für Österreich liegt bezüglich der Häufigkeit, Dauer und Art der angewendeten Zwangsmaßnahmen keine ausreichende Dokumentation vor, daher sind auch regionale Vergleiche nicht möglich. Es ist bekannt, dass im Jahr 2015 insgesamt 24.308 Unterbringungen ohne Verlangen bei den österreichischen Bezirksgerichten registriert wurden. Bei 33 % der Unterbringungen hat eine nicht näher beschriebene Einschränkung der Bewegungsfreiheit stattgefunden (Sagerschnig et al., 2018). Einzig das Bundesland Vorarlberg weist diesbezüglich eine übersichtliche, transparente und öffentlich zugängliche Datenerhebung auf. Das Institut für Sozialdienste (2020) hat im Jahr 2019 für das Bundesland Vorarlberg 221 mechanische Fixierungen mit einer durchschnittlichen Dauer von 4,45 Stunden dokumentiert. Isolierungen oder körperliche Fixierungen wurden nicht durchgeführt.

Pflegepersonen und das Ärztepersonal erleben eine mechanische Fixierung als herausforderndes und kompliziertes Prozedere. Es besteht die Gefahr, während der mechanischen Fixierung von der zu fixierenden Person verletzt zu werden, zudem kann auch die fixierte Person durch die Zwangsmaßnahme verletzt werden. Die mechanische Fixierung wird als ethisches Dilemma bezeichnet. Es wird der Bedarf nach humaner und patientenorientierter Versorgung erkennbar, welche die Rechte und Würde der Patient*innen wahrt (Vedana et al., 2018; Hem et al., 2014).

Das professionelle Anwenden von Zwangsmaßnahmen im Sinne von Sorgehandeln zum Wohl der Patient*innen erfordert für eine ethische und rechtliche Legitimation einen normativen Orientierungsrahmen. Die Unantastbarkeit der menschlichen Würde gilt diesbezüglich als oberster Grundsatz (SAMW, 2018). Auch wenn der Einsatz von Zwangsmaßnahmen moralisch legitimiert ist, handelt es sich nach wie vor um eine akute Einschränkung der persönlichen Freiheit, welche durch eine institutionelle und berufliche Machtausübung erfolgt (Molewijk et al., 2017). Unabhängig davon, ob für Zwangsmaßnahmen Regeln und Prozessabläufe bestehen, führen Zwangsmaßnahmen zu einer Verletzung der Persönlichkeitsrechte, was den Anspruch einer ethischen Rechtfertigung bedarf. Es gilt, Zwangsmaßnahmen sorgfältig ethisch zu reflektieren und zugleich die geltenden Richtlinien und rechtlichen Bestimmungen zu beachten (SWAM, 2018; Molewijk et al. 2017).

Im Entscheidungstext des Obersten Gerichtshof (2019, RIS) vom 29.10.2014 mit der Geschäftszahl Ob134/14b wird die mechanische Fixierung als äußerst beengende Maßnahme bezeichnet. Sagerschnig et al. (2018) sowie der österreichische medizinische Rechtsexperte Kopetzki (2012, S. 554) machen darauf aufmerksam, dass bei der Dauer als auch bei der Art und Intensität der Freiheitsbeschränkung das Gebot der Verhältnismäßigkeit gilt. Das bedeutet, dass nur jene Freiheitsbeschränkung zur Anwendung kommen darf, welche die persönliche Freiheit der Patient*innen am geringsten einschränkt. Der Grundsatz, so weit wie möglich ohne Zwang zu agieren, steht im Vordergrund.

Zwangsmaßnahmen werden zum Teil als geeignete Maßnahme angesehen und andererseits komplett abgelehnt, da sie mit Gewalt gegen Patient*innen

gleichgesetzt werden (Meise et al., 2011). Das Fürsorge- und Nichtschadensprinzip in Kombination mit Zwangsmaßnahmen erzeugt auch heute noch ein ethisches Spannungsfeld (SAMW, 2018). Die Problematik der Gewalt in der Psychiatrie verortet sich in der Kontroverse von Bewirken und Belassen, von Tun und Nichts-Tun (Wienberg, 1997, S. 14-28). Meise et al. (2011) verdeutlichen, dass das Beschränken von Freiheit in der Psychiatrie unter bestimmten Bedingungen erforderlich, jedoch nicht mit der ethischen Grundhaltung und dem Selbstbild helfender Berufe vereinbar ist. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN, 2018) steht die Psychiatrie vor der Herausforderung, eine menschenwürdige Behandlung zu gewährleisten und zugleich dem Schutz vor selbstschädigendem und fremdgefährdendem Verhalten gerecht zu werden.

Helmchen (2019) fordert die Umsetzung der regulativen Idee der Menschenrechte in der psychiatrischen Praxis. Dazu müssen die Einstellung und Sichtweise bezüglich psychiatrischer Zwangsmaßnahmen, der uns alle beeinflusst und welchen wir zugleich mit unserem Handeln selbst gestalten, diskutiert und hinterfragt werden. Pflegepersonen müssen den Einsatz von Zwangsmaßnahmen immer wieder kritisch reflektieren und moralisch rechtfertigen. Auf internationaler Ebene versuchen viele Gesundheitseinrichtungen den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und diesbezüglich Alternativen zu finden. Das Auftreten von moralischen Zweifeln bei Zwangsmaßnahmen ist der erste Ansatz einer kritischen Reflexion und des Überdenkens der Kultur und Einstellung gegenüber diesen Maßnahmen (Molewijk et al., 2017).

2. Problemdarstellung

Laut Bowers et al. (2004) haben regionale und kulturgebundene Traditionen einen großen Einfluss auf ethische Überlegungen, welche wiederum Auswirkungen auf die Präferenzen bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen haben. Die Entscheidung, welche Zwangsmaßnahme zum Einsatz kommt, hängt laut Klein und König (2016) von den jeweiligen Empfindungen des Pflege- und Ärztepersonals ab. Ein weiterer Einfluss auf die Auswahl haben die Traditionen und Gepflogenheiten der jeweiligen Institutionen. In Bezug auf die Wahrung der Patient*innen-Autonomie ist es schwierig abzuwägen, welche Zwangsmaßnahme am geeignetsten ist. Die Auffassungen gegenüber Zwangsmaßnahmen sind bei Patient*innen, Pflege- und Ärztepersonal unterschiedlich.

Eine singuläre Auswahlmöglichkeit in Form der mechanischen Fixierung ist laut Steinert (2008, S. 110) nicht zeitgemäß. Auf Empfehlung der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer sollen Pflegepersonen aktiv in den Entscheidungsprozess zur Auswahl der Zwangsmaßnahme miteinbezogen werden. Selbstbestimmung ist ein wesentliches Recht der Patient*innen, welches durch internationale Konventionen verankert ist und zum Leitprinzip der medizinischen Ethik gehört (SAMW, 2018). Im Sinne der Partizipation soll der Entscheid und die Auswahl einer Zwangsmaßnahme mit der betroffenen Person besprochen werden. Diesbezüglich sind die Präferenzen der Patient*innen zu eruieren und diese, wenn möglich, zu befolgen (SWAM, 2018; DGPPN, 2018).

Die mechanische Fixierung birgt das Risiko in sich, dass die Patient*innen eine tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Druckstellen oder Knochenbrüche erleiden. Es wurden auch Todesfälle im Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung dokumentiert (Kersting et al., 2019; Laursen et al., 2005; Hem et al., 2001; Morrison & Sadler, 2001; Hick et al., 1999). Einige wenige internationale Studien haben qualitativ erforscht, wie Patient*innen eine mechanische Fixierung erleben. Betroffene berichten diesbezüglich über Traumatisierungen und der Reaktivierung alter Traumata (Brophy et al., 2016; Knowles et al., 2015; Lanthén et al., 2015; Ling et al. 2015; Larue et al., 2013; Frajo-Apor et al., 2011). Eine mechanische Fixierung

kann einen Vertrauensverlust vonseiten der Patient*innen gegenüber den Pflegepersonen erwirken, welcher sich negativ auf die weitere Behandlung auswirkt (Lanthén et al., 2015; Frajo-Apor et al., 2011). Des Weiteren berichteten Patient*innen während der mechanischen Fixierung von negativen Gefühlen wie Angst, Wut, Hass und Aggression (Knowles et al. 2015; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015; Larue et al., 2013; Frajo-Apor et al., 2011). Bisher hat sich in Österreich nur eine Studie (Frajo-Apor et al., 2011) mit dem Erleben der Patient*innen in Bezug auf die mechanische Fixierung beschäftigt. Darin erleben die Patient*innen die mechanische Fixierung überwiegend negativ, sie erleben sie in Zusammenhang mit Angst, Hass, Erniedrigung und schmerzhafter Gewaltanwendung. Vereinzelt gibt es auch positives Erleben wie Schutz und Sicherheit.

3. Forschungsziel

Der Umgang mit Zwang stellt eine wichtige Komponente in der psychiatrischen Behandlungsqualität dar (DGPPN, 2018). Im Vergleich zu anderen Ländern kommt in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie primär die mechanische Fixierung bei akutem selbst- und fremdverletzendem Verhalten zur Anwendung. Dadurch ist eine partizipative Einbindung der Patient*innen in den Entscheidungsprozess zur Auswahl der Zwangsmaßnahme nicht gewährleistet. Die mechanische Fixierung stellt für die Patient*innen eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte sowie eine psychische als auch physische Belastung dar, was sich wiederum negativ auf den weiteren Behandlungsverlauf auswirken kann.

Aufgrund dessen ist es wichtig, mehr über die Anwendung der mechanischen Fixierung und deren Auswirkungen auf die Patient*innen in Österreich zu erfahren. Insbesondere das Erleben der Patient*innen bezüglich einer mechanischen Fixierung soll in den Forschungsmittelpunkt gerückt werden.

Es wurde folgende qualitative Forschungsfrage formuliert:
„Wie erleben stationäre psychiatrische Patient*innen in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie die Zwangsmaßnahme mechanische Fixierung?“
Aus den Ergebnissen sollen sich neue und verbesserte pflegerische Strategien für den Umgang, den Einsatz, die Auswahl und die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ableiten lassen. Des Weiteren sollen die Ergebnisse Schlussfolgerungen über die Qualität der Intervention ermöglichen. Diesbezüglich gibt es spezifisch für Österreich nur eine geringfügige Forschung. Da das Erleben kulturell unterschiedlich ist (Mesquita & Walker, 2003), können bisherige Ergebnisse internationaler Studien hinsichtlich des Erlebens einer mechanischen Fixierung aus der Perspektive der Betroffenen nur bedingt auf die österreichische Psychiatrie übertragen werden.
Im Rahmen der Datenerhebung haben die Patient*innen viele Verbesserungsvorschläge und Alternativen zur mechanischen Fixierung genannt. Da diese Informationen einen essenziellen Mehrgewinn für die psychiatrische Pflege mitbringen, wurde im Nachhinein eine zweite Forschungsfrage formuliert:

„Welche Verbesserungsvorschläge nennen stationäre Patient*innen in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie für die Zwangsmaßnahme mechanische Fixierung?“

4. Methodik

In diesem Abschnitt werden das Studiendesign, die wissenschaftlichen Methoden der Datenerhebung sowie Datenanalyse, Gütekriterien, die Gestaltung des Samples, der Feldzugang und ethische Überlegungen erläutert.

4.1. Design

Bei der mechanischen Fixierung handelt es sich um eine Zwangsmaßnahme, die eine außergewöhnliche und stark emotional geprägte Situation für die Patient*innen darstellt. Das Erleben nimmt während der mechanischen Fixierung eine zentrale Rolle ein.

Um das Phänomen aus der Perspektive der Befragten zu betrachten und zugleich das Ausmaß der Bedeutung der Thematik für die Betroffenen zu erkennen, wurde als Design eine qualitative, deskriptive Herangehensweise ausgewählt (Mayer, 2019). Dadurch sollen spezifische Informationen zur mechanischen Fixierung in Bezug auf Patient*innen der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie erforschbar gemacht werden.

4.2. Datenerhebung und Datenanalyse

Um das Erleben der Patient*innen zu erforschen, hat sich in der Pflegeforschung das qualitative Interview etabliert. Die Betroffenen kommen dabei, unter Wahrung der Charakteristik eines Alltagsgesprächs, selbst zur Sprache, wodurch es möglich ist, dem subjektiven Erleben Ausdruck zu verleihen (Mayer 2019). Da es sich bei der mechanischen Fixierung um ein sensibles sowie teilweise traumatisierendes Ereignis handelt, eignet sich die qualitative Interviewform dazu, um Patient*innen behutsam zu befragen. Zugleich kann auf eine eventuelle psychische Überforderung seitens der Patient*innen sofort und adäquat reagiert werden.

Damit die Forschungsfrage im Mittelpunkt des Interviews steht, wurde die Datenerhebung in Form eines leitfadengestützten Interviews (siehe Anhang) durchgeführt. Leitfadengestützte Interviews haben ein hohes Maß an Offenheit und

Konkretion. Eine fokussierte Erfassung von Informationen wird durch die Bewahrung der vorab definierten Forschungsinteressen ermöglicht (Shaha & Schnepp, 2012). Die Konstruktion des Interviewleitfadens erfolgte literaturgestützt und mit eigenem Erfahrungswissen. Bei psychiatrischen Patient*innen, welche krankheitsbedingt im Gespräch wortkarg, weitschweifig oder perseverierend sein können, kann der Interviewleitfaden bei Bedarf unterstützend wirken. Trotz des Interviewleitfadens war es dem Forscher ein Anliegen, so offen wie möglich in den Interviews zu sein. Der Interviewleitfaden wurde nur verwendet, wenn der Erzählfluss der Interviewteilnehmer*Innen abgebrochen ist oder für die Beantwortung der Forschungsfrage noch wichtige Themen ausständig waren. Zusätzlich dient der Interviewleitfaden in dieser Forschungsarbeit zugleich als Case Report Form (CRF) für die Ethikkommission der Stadt Wien.

Im Zeitraum von August 2020 bis November 2020 wurden im Wiener Gesundheitsverbund zwölf Einzelinterviews durchgeführt. Die Interviews erfolgten mittels der Face-to-Face-Methode und wurden auf einem Diktiergerät als Audiodatei aufgezeichnet. Diese Aufzeichnungen wurden pseudonymisiert und wörtlich nach Kallmeyer und Schütze (1976) transkribiert (siehe Tabelle 1: Transkriptionsregeln). Nach der Transkription wurden die aufgezeichneten Einzelinterviews unwiderruflich gelöscht.

Tab. 1: Transkriptionsregeln (eigene Darstellung, 2021)

(Lachen)	Nonverbale Ereignisse
..	Kurze Pause
…	Mittlere Pause
(Pause)	Lange Pause
(,)	kurzes Absetzen einer Äußerung
GROßSCHRIFT	Ausspruch / auffällige Betonung
XXX	Anonymisiert
[…]	Textauslassung in Zitaten aus dem Transkript

In einem nächsten Arbeitsschritt hat sich der Forscher intensiv mit den Texten der Einzelinterviews beschäftigt, um ein tieferes Verständnis für die Daten zu erhalten.

Dazu hat der Forscher jedes einzelne Interview zunächst nur gelesen. Bei weiteren Lesedurchgängen wurden zur Forschungsfrage markante Textstellen markiert und handschriftlich Notizen erstellt. Des Weiteren wurden auf den ausgedruckten Transkripten erste potenzielle Textstellen in Anlehnung an Saldaña (2016) kodiert.

Ein weiterer Analyseschritt erfolgte mit der Software MAXQDA2020, in der zum Teil Wort für Wort als auch über mehrere Zeilen oder Phrasen hinweg kodiert wurde. Dieses qualitative Kodierverfahren erfolgte ebenfalls nach Saldaña (2016), indem innerhalb des Datenmaterials Ähnlichkeiten und Unterschiede in Bezug auf das Erleben benannt werden. Auftretende Fragen und Antworten zur Codierung wurden als Memo festgehalten. Der induktive Ansatz des interpretativ-reduktiven Verfahrens (Mayer, 2019) diente im Anschluss der Bildung von ersten allgemeinen Kategorien.

Zum Abschluss wurden die Daten nach einer Analysepause aus einer anderen Perspektive betrachtet. Dazu wurde jedes Interview inhaltlich auf das Wesentliche reduziert und als Kurzfassung mittels Mind-Map dargestellt. Durch den Vergleich dieser Mind-Maps konnten Merkmalskombinationen sowie Charaktereigenschaften zwischen den Interviews identifiziert werden. Daraus wurden in Anlehnung an Murphy (2002) drei Prototypen gebildet, welche den Kern der Ergebnisse darstellen und durch die allgemeinen Kategorien des interpretativ-reduktiven Verfahrens (Mayer, 2019) ergänzt werden.

Die Datenerhebung und Datenanalyse dieser Forschungsarbeit ist komplex. Für eine übersichtliche Veranschaulichung wurde die Abbildung 1: Datenerhebung und Datenanalyse (eigene Darstellung, 2021) erststellt, in der die wichtigsten Prozessschritte vereinfacht dargestellt werden.

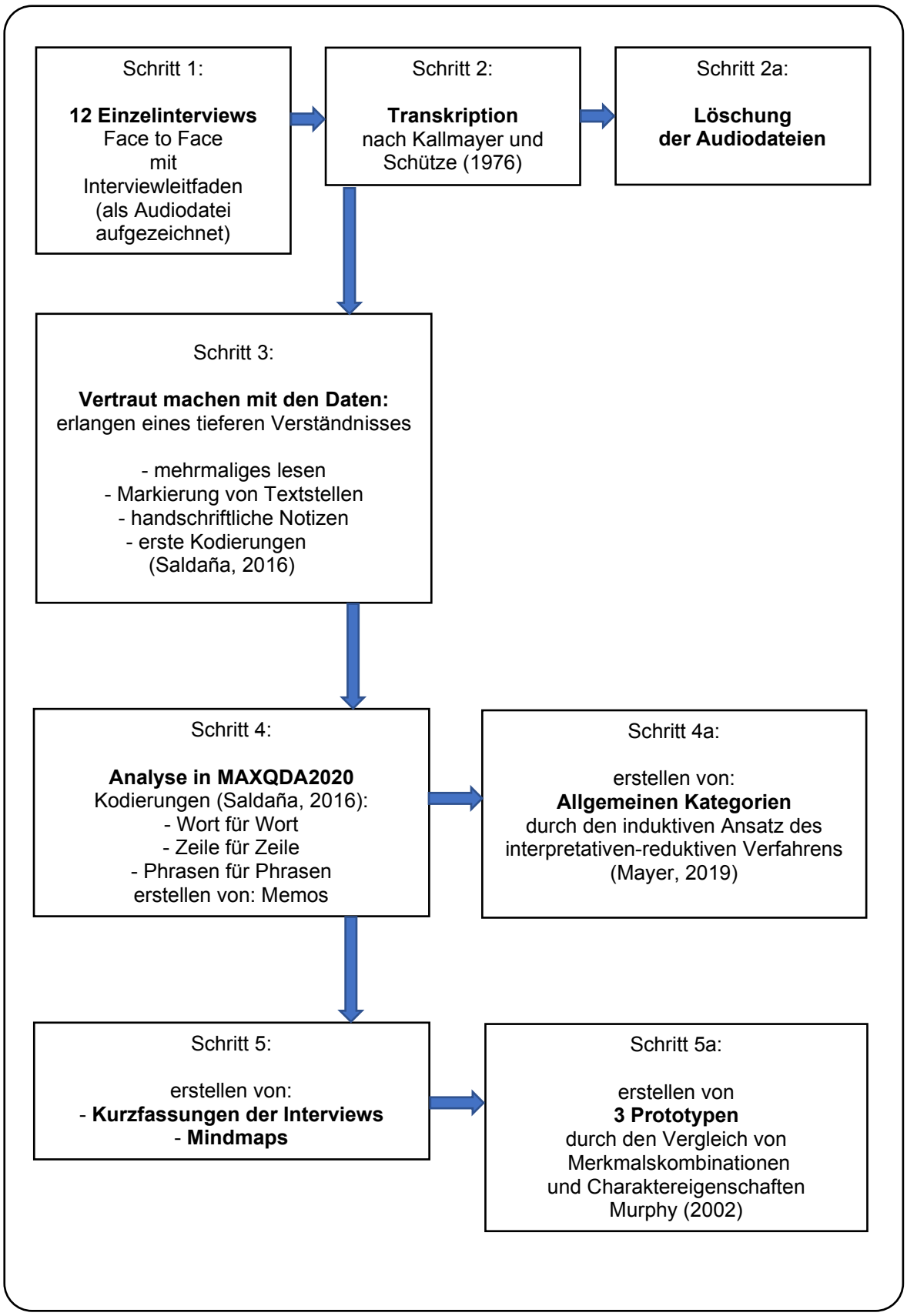

Abb. 1: Datenerhebung und Datenanalyse (eigene Darstellung, 2021)

4.2 Gütekriterien

Dieses Forschungsprojekt basiert auf den allgemeinen Gütekriterien nach Mayring (2016). Zu diesen Gütekriterien gehören: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation.

Das Vorverständnis über das Forschungsvorhaben sowie der Forschungsprozess und dessen Umsetzung mit Analyse und Auswertung wurden nachvollziehbar erläutert. Die Kriterien einer Verfahrensdokumentation sind somit erfüllt. Die argumentative Interpretationsabsicherung der Ergebnisse wird mit belegten Zitaten aus den Interviews gewährleistet. Die Regelgeleitetheit und die dazugehörigen Abweichungen sind in der Forschungsarbeit beschrieben. Um die Nähe zum Gegenstand zu erreichen, hat sich der Forscher in das direkte Umfeld der zu untersuchenden Personen begeben. In diesem Fall war dies die stationäre Psychiatrie, wo mechanische Fixierungen stattfinden. Der Forscher hat seine Absichten offen geäußert und eine große Nähe zum Gegenstand erreicht. Die Forschung wurde für die Betroffenen betrieben. Eine kommunikative Validierung im Sinne einer Rückspiegelung der Ergebnisse an die Betroffenen hat in dieser Forschungsarbeit nicht stattgefunden. Der wissenschaftliche Austausch zur Forschung hat im Rahmen der universitären Betreuung stattgefunden. Eine Triangulation unter Einbeziehung verschiedener Analsyseverfahren hat stattgefunden.

4.4 Sample

Durch eine gezielte Erhebung sollen die Nützlichkeit und Angemessenheit der angestrebten Informationen gewährleistet werden. Das Ziel ist es, situationsbezogene Handlungen herauszufiltern, indem typische Fälle für die Befragung ausgesucht werden (Mayer, 2019). Morse (1998) empfiehlt als Primärauswahl Interviewteilnehmer*innen, welche Erfahrung zum Thema der Erhebung haben. Des Weiteren sollen die Interviewteilnehmer*innen in der Lage sein, sich zu artikulieren und die Fähigkeit zur Reflexion aufweisen. Dadurch soll der Einschluss von aussagekräftigen Fällen gewährleistet werden.

Für die Auswahl des Samples wurden bestimmte Voraussetzungen definiert. Als Einschlusskriterium gilt, dass die psychiatrischen Patient*innen bereits eine mechanische Fixierung erlebt haben und aktuell kein selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten aufweisen. Eine weitere Voraussetzung ist, dass es sich um stationäre, erwachsene Patient*innen handelt. Es werden keine Teilnehmer*innen eingeschlossen, bei denen der Forscher an der Behandlung oder einer mechanischen Fixierung beteiligt war. Bei mangelnden Sprachkenntnissen in Deutsch wird vom Einschluss abgesehen.

Anhand der Einschlusskriterien hat der Forscher innerhalb des Wiener Gesundheitsverbundes, ausgenommen das Allgemeine Krankenhaus Wien, gezielt nach potenziellen Interviewteilnehmer*innen gesucht. Es konnten insgesamt zwölf Teilnehmer*innen interviewt werden. Davon sind sieben weiblich und fünf männlich. Alle Teilnehmer*innen entsprechen den Einschlusskriterien. Die im Rahmen dieser Forschungsarbeit erforderliche Datensättigung konnte mit den zwölf Interviews erreicht werden.

Durch die Einbeziehung verschiedener Geschlechter, Altersgruppen und psychiatrischen Diagnosen wurde ein umfangreiches Erfahrungsspektrum als Informationsgewinn angestrebt. Details über die pseudonymisierten Interviewteilnehmer*innen bezüglich Diagnose und Geschlecht sind in der Tabelle 2: Sample Übersicht (eigene Darstellung 2021) ersichtlich.

Pseudonymisierung	Diagnose nach ICD 10	Geschlecht
1F	F60.3 Emotionale instabile Persönlichkeitsstörung	♀
2A	F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	♀
3Y	F20.0 Paranoide Schizophrenie	♂
4Q	F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	♀
5P	F20.0 Paranoide Schizophrenie	♀
6V	F05.8 Sonstige Formen des Delirs	♀
7L	F19.0 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	♂
8M	F25.0 Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	♂
9S	F06.2 organisch wahnhafte [schizophrenieforme] Störung	♀
10R	F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	♀
11Z	F20.0 Paranoide Schizophrenie	♂
12T	F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	♂

Tabelle 2: Sample Übersicht (eigene Darstellung 2021)

4.5 Feldzugang

Zu Beginn sind die einzelnen Pflegedirektionen des Wiener Gesundheitsverbundes mittels einer telefonischen und schriftlichen Kontaktaufnahme über das Forschungsvorhaben informiert worden. Nach der Genehmigung des Forschungsantrages durch die Ethikkommission der Stadt Wien erhielt der Forscher die Berechtigung, innerhalb des Wiener Gesundheitsverbundes in der Klinik Donaustadt, Klinik Favoriten, Klinik Hietzing, Klinik Landstraße und Klinik Penzing Patient*innen zu dem Thema mechanische Fixierung zu interviewen.

Die Stationsleitungen der psychiatrischen Abteilungen sind durch den Forscher über das Forschungsvorhaben aufgeklärt worden. Der Forscher nahm im Zeitraum von August 2020 bis November 2020 wöchentlich telefonisch Kontakt mit den Stationsleitungen auf und erkundigte sich nach potenziellen Interviewteilnehmer*innen, welche im stationären Setting verfügbar waren und den Einschlusskriterien entsprachen. Von der Klinik Penzing kam die Auskunft, dass keine Patient*innen den Einschlusskriterien für ein Interview entsprechen. Von der Klinik Donaustadt, Klinik Favoriten, Klinik Hietzing und Klinik Landstraße kamen die Rückmeldungen, dass Patient*innen, welche die Einschlusskriterien erfüllen, vorhanden sind. Wenn Interviewteilnehmer*Innen verfügbar waren, nahm der Forscher innerhalb von ein bis drei Tagen mit diesen im stationären Setting persönlich Kontakt auf.

Die potenziellen Teilnehmer*innen wurden vom Forscher direkt angesprochen, ob sie an den Einzelinterviews teilnehmen möchten. Dabei erfolgte eine Aufklärung über Ziel und Verwendungszweck, den Ablauf und den erwarteten Aufwand der Erhebung. Des Weiteren wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruht. Es erfolgte der Hinweis, dass durch die Teilnahme keinerlei Vor- oder Nachteile für den weiteren Behandlungsverlauf entstehen, was als Nebeneffekt eine offene und ehrliche Narration ermöglichte. Eventuelle Fragen zum Forschungsvorhaben wurden adäquat beantwortet.

Die Interviews fanden im jeweiligen stationären Setting der Interviewteilnehmer*Innen statt. Dazu wurden Umgebungen aufgesucht, in denen man ungestört das Interview durchführen konnte. Dazu eigneten sich Besprechungsräume und Einzelzimmer von Patient*innen. Damit eine gemütliche Gesprächsatmosphäre gewährleistet wurde, sind im Vorhinein Getränke bereitgestellt worden. Der Forscher hat sich bei allen Interviewteilnehmer*innen vorgestellt und zuerst über alltägliche Gespräche oder simplem Zuhören ein sich Kennenlernen ermöglicht.

Bevor das Einzelinterview begann, hat der Forscher eine schriftliche und mündliche Einverständniserklärung seitens der zu interviewenden Personen eingeholt. Die

Teilnehmer*Innen konnten das Einverständnis verweigern und hatten das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen.

4.6 Ethische Überlegungen

Für diese Masterarbeit liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Stadt Wien vor. Für die Teilnahme am Interview ist es wichtig, dass die Patient*innen zurechnungsfähig und selbstbestimmt entscheiden, ob sie daran mitwirken möchten oder nicht. Aus diesem Grund wurden zum Schutz nur jene Patient*innen interviewt, welche nach dem österreichischen Unterbringungsgesetz nicht untergebracht waren. Eine Unterbringung hängt immer von der Entscheidung des Gerichts sowie des Ärztepersonals ab und ist individuell immer subjektiv geleitet, was auch zu Fehlentscheidungen führen kann. Des Weiteren bedeutet eine Unterbringung nicht unbedingt, dass Patient*innen nicht selbstbestimmt oder unzurechnungsfähig sind. Bei untergebrachten Patient*innen ist jedoch davon auszugehen, dass sich diese in einer akuten psychiatrischen Krankheitsphase befinden, in der das Treffen von selbstbestimmten Entscheidungen erschwert ist. Für dieses Forschungsvorhaben war es wichtig, einen Indikator zu haben, um solche akutpsychiatrischen Patientengruppen zu schützen. Dies führt dazu, dass untergebrachte Patient*innen vom Forschungsvorhaben ausgegrenzt wurden, welche eventuell am Interview gerne teilgenommen hätten. Somit gab es für die Teilnahme am Interview keine Chancengleichheit für die Patient*innen.

Bei psychiatrischen Patienten handelt es sich um eine vulnerable Gruppe, zusätzlich hat die mechanische Fixierung das Potenzial Traumatisierungen hervorzurufen. Deshalb ist es für den Forscher wichtig, während der Interviews auf eventuelle psychische Exazerbationen oder einer Retraumatisierung seitens der Patient*innen zu achten. Dass Patient*innen während des Interviews Anzeichen einer psychischen Belastung aufgrund der Thematik mechanische Fixierung oder ihrer Diagnose nach ICD 10 aufweisen, ist nicht abwegig. In solch einem Fall gilt es, die Patienten zu fragen, wie es ihnen geht, ob sie eine Pause benötigen oder das Interview abbrechen möchten. Falls die Patient*innen das Interview weiterführen möchten und nach wie vor psychisch belastet wirken, bricht der Forscher das Interview ab. Beim Forscher handelt es sich um einen diplomierten psychiatrischen

Gesundheits- und Krankenpfleger, der die Expertise besitzt, eine psychische Belastung oder Retraumatisierung zu erkennen. Zusätzlich wurden die Interviewteilnehmer*innen darauf aufmerksam gemacht, dass sie sich bei Abbruch oder nach Beendigung des Interviews jederzeit an das diplomierte psychiatrische Pflegepersonal an der jeweiligen Station wenden können, falls eine psychiatrische Belastungsreaktion auftreten sollte.

Da der Forscher im Wiener Gesundheitsverbund selbst als diplomierter psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitet, wurden keine Patient*innen eingeschlossen, bei denen der Forscher an einer mechanischen Fixierung oder Behandlung beteiligt war.

Die tagesaktuellen Covid-19-Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel der Mund-Nasenschutz und ein Mindestabstand von 1,5 Meter zwischen Interviewer und Interviewteilnehmer*innen, wurden eingehalten.

5. Ergebnisse

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die Patient*innen der österreichischen, stationären Erwachsenenpsychiatrie die mechanischen Fixierungen sehr unterschiedlich erleben. Die mechanische Fixierung wird überwiegend negativ erlebt. Von den zwölf Teilnehmenden berichtet nur ein Patient über ein durchgehend positives Erleben bezüglich der mechanischen Fixierung. Die Analyseresultate verdeutlichen, dass mechanische Fixierungen als eine extreme Ausnahmesituation erlebt werden. Jede mechanische Fixierung weist eine unterschiedliche Charakteristik und eine individuelle Eigendynamik auf. Das Verhalten der Patient*innen sowie des Pflege- und Ärztepersonals, die Kommunikation, pflegerische Zuwendung, Architektur und Umgebung scheinen das Erleben der mechanischen Fixierung zu beeinflussen.

Die Analyseresultate identifizieren bei den Patient*innen drei **Prototypen**, welche verschiedene Schwerpunkte im Erleben der mechanischen Fixierung aufweisen. Beim Prototyp 1 liegt der Schwerpunkt auf der „psychischen Belastung“, beim Prototyp 2 auf der „physischen Belastung“ und der Prototyp 3 weist im Erleben eine „großartige Wohltat“ auf.

Zusätzlich wurden weitere **Allgemeine Kategorien** identifiziert, welche sich an die Prototypen 1 und 2 angliedern. Zu diesen Kategorien zählen Unverständnis, Missachtung der Grundbedürfnisse, Medikamentenerfahrungen, unangenehme Atmosphäre, Vertrauensverlust, Erleichterung durch das Einschlafen, empathische Pflege sowie die Kategorie Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis.

In Bezug auf **Verbesserungsvorschläge** wurden im Rahmen der Datenanalyse die Kategorien würdevoller Umgang, alte Strukturen aufbrechen, Kontrolle, kommunikative und medikamentöse Deeskalation, beruhigende Berührungen, körperliche Fixierung, Isolierzimmer, partizipative Entscheidungsprozesse sowie Nachbesprechungen identifiziert.

Die Abbildung 2: Ergebnisse (2021, eigene Darstellung) ist eine vereinfachte Darstellung in Bezug auf die Prototypen, den Allgemeinen Kategorien und der Verbessrungsvorschläge zur mechanischen Fixierung.

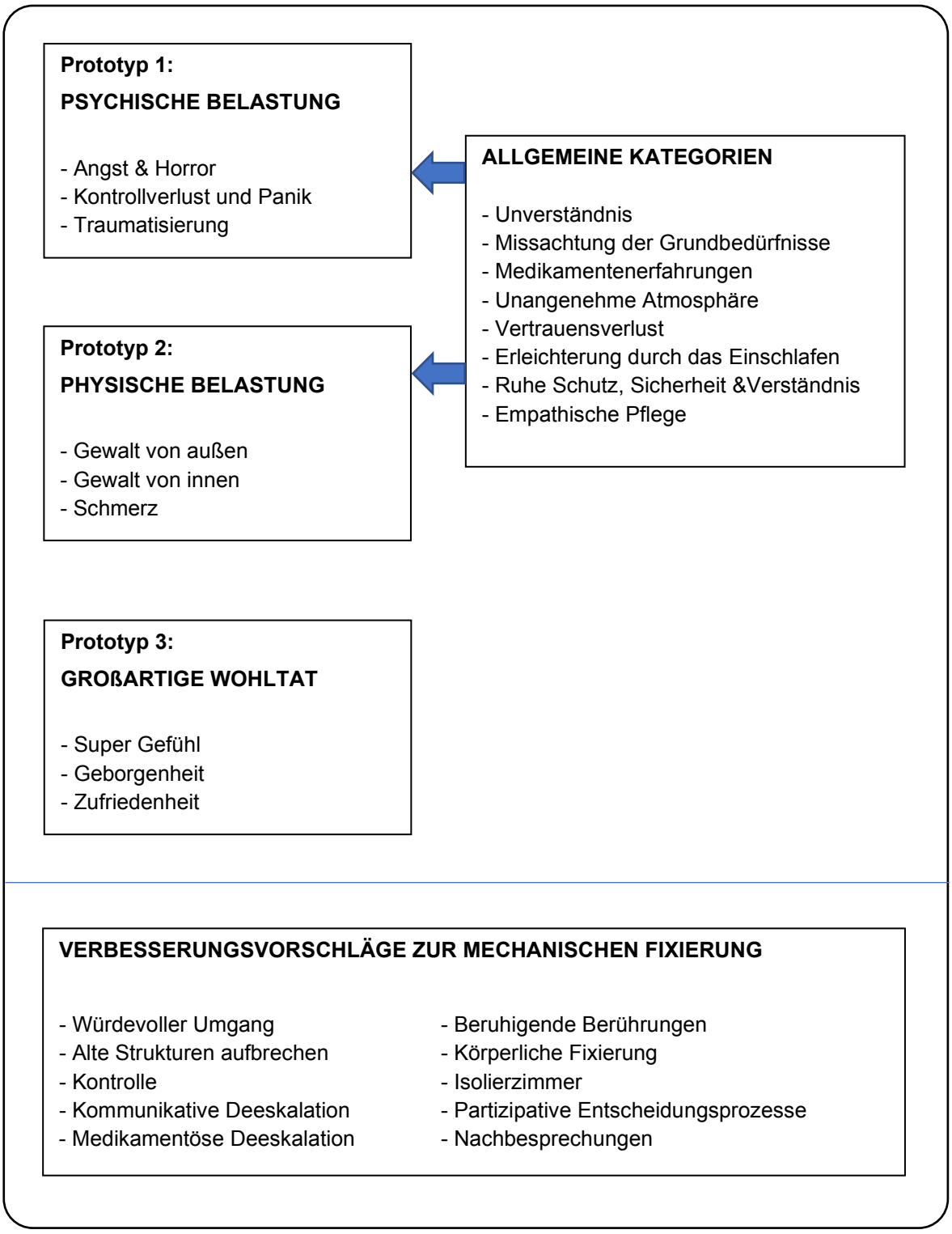

Abb. 2: Ergebnisse (eigene Darstellung, 2021)

5.1 Prototyp 1: Psychische Belastung

Die mechanische Fixierung wird in Bezug auf die Gesamtsituation von vielen Patient*innen als psychische Belastung erlebt. Diese Patient*innen werden dem Prototyp 1 zugeordnet.

„Die psychische Belastung ist enorm.“ (Interview 4_Q, Pos. 237)

Der Prototyp 1 Psychische Belastung setzt sich aus insgesamt drei Unterkategorien zusammen, dazu zählen Angst und Horror, Kontrollverlust und Panik sowie Traumatisierung. Das Erleben dieser Patient*innen begrenzt sich nicht allein auf die psychische Belastung. Es bestehen bezüglich des Erlebens auch Überschneidungen zu den anderen Prototypen und den Allgemeinen Kategorien (siehe Kapitel 5.2, 5.3 und 5.4), allerdings werden diese im Erleben weniger gewichtet und in diesem Kapitel daher nicht abgehandelt.

5.1.1 Angst und Horror

Das Angsterleben tritt in verschiedenen Situationen bei der mechanischen Fixierung auf. In der Phase, in welcher Patient*innen zur Durchführung der mechanischen Fixierung vom Pflegepersonal festgehalten beziehungsweise immobilisiert werden, ist das Erleben der Angst bei den Patient*innen sehr ausgeprägt. Die durch die mechanische Fixierung verursachte Bewegungseinschränkung verstärkt diese Angst zusätzlich. Ein Informationsmangel zur mechanischen Fixierung führt bei den Patient*innen ebenfalls zu einem Erleben von Angst.

*„**V:** (…) das ist ein sehr scheußliches Gefühl, man kann sich keinen Millimeter bewegen. Eigentlich auch beängstigend. Also ich habe zwar keine Klaustrophobie, aber ich habe Angst, wenn man mich festhält. Mit der Fixierung war das dann noch viel schlimmer, wenn man überhaupt keine, also null Bewegungsfreiheit hat. (Pause)*
***I:** Was kommen da für Gefühle bei einem hoch?*
***V:** .. Bei mir Angst, Beklemmung. Was ist los… ich habe mich zuerst nicht ausgekannt, also warum ich hier so festgeschnallt wurde. Ich habe ja nichts*

Schlimmes gemacht, das habe ich wirklich nicht gemacht…“ (Interview 6_V, Pos. 11-19)

„Angst .. Ich hatte mich nicht wohl gefühlt. Ich wollte raus aus der Fixierung, ich habe versucht meine Arme zu bewegen und durch die Fixierung zu ziehen.“ (Interview 7_L, Pos. 12-13)

Die Angst wird in den Interviews unterschiedlich zum Ausdruck gebracht. Unter anderem werden in den Aussagen der Patient*Innen Analogien zu Psychothrillern und Horrorfilmen erkennbar. Die mechanische Fixierung wird in Bezug auf das Erleben von den Patient*innen als alptraumhaft und als Horror beschrieben.

„Ansonsten war das Ganze sehr alptraumhaft. Es war wie ein Film. Als ich wieder bei mir war, ich weiß nicht, da bin ich mir vorgekommen wie in Lost Highway .. irgendwie sehr sonderbar.“ (Interview 11_Z, Pos. 31-33)

„GEFESSELT! Kennen sie das nicht, nein das kennen sie nicht. Haben sie schon mal Pornofilme und Horrorfilme gesehen. Also genau so fühlt sich das an, wie ein Horrorfilm, Horror. Ich dachte, die bringen mich um. Ich habe da einen Horror erlebt. Ich habe schon so viel gesehen. Also der letzte Aufenthalt hier war echt nicht lustig. Das war Horror.“ (Interview 4_Q, Pos. 47-51)

Blutabnahmen und Medikamentengaben während der mechanischen Fixierung, gegen welche sich die Patient*innen nicht wehren konnten, löste bei den Patient*innen ebenfalls ein Angsterleben aus. Es besteht auch im Nachhinein im Erleben der Patient*innen ein Angstgefühl in Bezug darauf, dass es wieder zu einer mechanischen Fixierung kommen kann.

„Wissen sie, bei den Medikamenten ist immer die Angst gekommen. Angst vor den Medikamenten, die bekommt man einfach (,) ob man will oder nicht. Man liegt ja in den Gurten und kann sich nicht wehren. Die Angst eigentlich … die Angst, wieder ausgeliefert zu sein.“ (Interview 2_A, Pos. 62-66)

„Der Polizist hat gesagt, ich soll eine Ruhe geben und der Arzt hat gesagt, wir nehmen Blut ab und hat gefragt, ob ich Angst habe. Ja ich habe ANGST, mir sind sofort die Tränen gekommen. Ich hatte solche Angst. Ich möchte sowas mit allem Drum und Dran nicht nochmals erleben.“ (Interview 10_R, Pos. 72-75)

5.1.2 Kontrollverlust und Panik

Die psychische Belastung des Prototyp 1 geht im Erleben neben der Angst auch mit dem Erleben von Kontrollverlust und Panik einher. Der Kontrollverlust und die Panik wurden gebündelt zu einer Unterkategorie zusammengefasst, da in den Interviews die Beschreibungen eines Kontrollverlustes an das Erleben der Panik gekoppelt sind. Das Erleben von Kontrollverlust und Panik kommt vor allem durch ein Gefühl der Hilflosigkeit, des wehrlosen Ausgeliefertseins, der Resignation, Ohnmacht und der Verzweiflung durch die mechanische Fixierung zum Ausdruck.

„Die Fixierung ist halt doch ein Panikmodus, da ist es sozusagen der zwischenmenschliche Körperkontakt nicht mehr da. Die Leute fixieren dich und gehen dann .. dann bist du alleine .. ganz alleine.“ (Interview 11_Z, Pos. 61-64)

Die Patient*innen berichten, dass bei der Durchführung der mechanischen Fixierung meistens sehr viel Pflegepersonal anwesend war. Für die Patient*innen stellt die große Anzahl an Pflegepersonen in der Situation der mechanischen Fixierung eine Art Übermacht dar, was wiederum das Erleben von Kontrollverlust und Panik getriggert hat.

„Dieses panische Ausgeliefertsein war ganz schlimm. Diese Ohnmacht, ich konnte die Kontrolle nicht übernehmen. Es wurde mir die Möglichkeit genommen, mich .. wie soll ich das formulieren .. ich hatte keine Chance gegen die Übermacht ..“ (Interview 2_A, Pos. 55-58)

„Okay ich werde wieder fixiert, ich bin ja eingeliefert, wie soll ich mich auch wehren als Frau mit Minirock, ich habe keine Chance. Gegen Polizisten und neun Pflegern, was soll ich machen, ich habe dann aufgegeben. .. Ich habe okay gesagt, ich habe gesehen, es geht nicht.

I: *Wie war das genau?*
Q: *Die sind um mich gestanden, ganz dicht wie eine Mauer, also ich habe .. ich habe k.o. gegeben.“ (Interview 4_Q, Pos. 18-25)*

Die mechanische Fixierung wird unter anderem mit einem ungewollten Adrenalinschub umschrieben und als Gefühl bezeichnet, welches man nicht haben möchte.

„[…] man hat da einen Adrenalinschub, das ist aber kein Wow, das ist auf jeden Fall kein Gefühl, das man wieder haben möchte.“ (Interview 3_Y, Pos. 61-63)

Eine Patientin erlebt die mechanische Fixierung als zerstörend. Dabei drücken sich der Kontrollverlust und die Panik durch das Empfinden einer Dehumanisierung und Wertlosigkeit aus.

„Es (,) es macht einen kaputt. Es macht eine Kreatur aus dir und nicht mehr. Es ist eine absolute Wertlosigkeit, die ich empfunden habe.“ (Interview 9_S, Pos. 61-62)

Die Anwesenheit des Personals und die wahrgenommene Kommunikation während der mechanischen Fixierung werden von einem Patienten als Unruhe erlebt. Zusätzlich hatte der Patient keine Informationen zu seiner Situation.

„Da war nur Unruhe, da war keine richtige Kommunikation, überall Leute, die durcheinanderreden, das war unangenehm. Ich wusste nicht, was los war, das ist eine fast unbeschreibbare Situation, wenn man das selber nicht live miterlebt hat.“ (Interview 12_T, Pos. 83-86)

5.1.3 Traumatisierung

Eine weitere Unterkategorie der psychischen Belastung ist die Traumatisierung. Die Interviews verdeutlichen, dass die mechanische Fixierung nicht nur während der Dauer der Zwangsmaßnahme für die Patient*innen eine prekäre Situation darstellt, sondern auch langfristig negativ auf das psychische Wohlbefinden der

Patient*innen einwirkt. Die Patient*innen erlebten unter anderem einen tagelangen Schock und bezeichnen die Nachwirkungen als dramatisch.

„Psychisch labil, ich bin noch tagelang danach geschockt.“ (Interview 1_F, Pos. 102)

„Man kann die Situation nicht mehr Rückgängig machen. Die Traumatisierung ist auf jeden Fall gegeben, wenn man eine Fixierung erlebt hat. Das ist die Dramatik. Niemand kann das rückgängig machen.“ (Interview 9_S, Pos. 113-115)

Nicht nur die mechanische Fixierung an sich, sondern auch die Vorgehensweise, wie das Pflegepersonal die Betroffenen mechanisch fixierte, führte zu Traumata. Weiterführend wird nach Beendigung der mechanischen Fixierung von einer Retraumatisierung durch den nachträglichen Anblick der Fixiergurte berichtet.

„Ich habe die Fixierung sehr traumatisch erlebt. .. Ich wurde von mehreren Personen in das Zimmer gebracht, wo das Bett mit den Gurten steht. Ich wurde in das Bett geworfen, was mit meiner körperlichen Behinderung nicht gerade lustig ist. Die haben mich einfach so hingestoßen. Ich habe das immer wieder traumatisch erlebt.“ (Interview 9_S, Pos. 3-7)

„Wo ich aufgewacht bin .. nein also, was dann wirklich schräg war, also was meine Psyche zerstört hat, waren die zwei Betten in meinem Zimmer. Auf meinem Bett waren die Gurte oben. Auf dem Bett stand auch mein Name. Ich habe mich dann in das andere Bett gelegt. Es war furchtbar, diese Gurte dauernd zu sehen. Ich habe neben dem Bett mit den Gurten liegen müssen. Die hätten die Gurte wegmachen können. Ich musste ständig an die Fixierung denken. Da denkst du dann wieder SCHEIßE.“ (Interview 10_R, Pos. 42-48)

Bei den Patient*innen besteht im Nachhinein Angst vor einer erneuten mechanischen Fixierung. Weitere Trauma-Charakteristiken sind Alpträume von der mechanischen Fixierung sowie die bewusste Verdrängung des Erlebten.

„Na ja, eine gewisse Angst ist immer noch da. Angst davor, dass sich das nochmals wiederholen könnte. Nach der Entlassung war ich locker ein zwei Wochen fix und fertig .. da wollte ich nicht mehr zurück.“ (Interview 11_Z, Pos. 115-117)

„Das Ganze ist unvorstellbar, obwohl ich im Prinzip .. nein, du weißt gar nicht genau, was da mit dir passiert. Aber dann, wenn man sich wieder einpendelt und das ganze Geschehnis reflektiert, dann legt man das in seinem Gehirn ganz weit hinten ab, daran will man nicht mehr denken.“ (Interview 12_T, Pos. 120-124)

5.2 Prototyp 2: Physische Belastung

Die Komponente Physische Belastung spielt im Erleben eine zentrale Rolle und charakterisiert den Prototyp 2.

„Das war extrem fest, sehr unangenehm, das tut schon sehr weh. Ich halte schon sehr viel aus, aber es hat trotzdem wehgetan. So hat es sich angefühlt, schmerzhaft.“ (Interview 12_T, Pos. 49-51)

Drei Unterkategorien unterteilen die physische Belastung, dazu gehören die Gewalt von außen, die Gewalt von innen und der Schmerz. Das Erleben der Patient*innen, welchen den Prototyp 2 auszeichnen, begrenzt sich nicht allein auf die physische Belastung. Es bestehen bezüglich des Erlebens auch Überschneidungen zu den anderen Prototypen und den Allgemeinen Kategorien (siehe Kapitel 5.1, 5.3 und 5.4), jedoch stehen diese in der Interviewanalyse weniger im Vordergrund und werden in diesem Kapitel nicht abgehandelt.

5.2.1 Gewalt von außen

Bei der Durchführung der mechanischen Fixierung sind Patient*innen in ihrem Erleben mit der Gewalt von außen konfrontiert worden. Diese Gewalt von außen ist durch das Pflegepersonal zustande gekommen, welches die Patient*innen mit erhöhter Körperkraft mechanisch fixierte. Die mechanische Fixierung wird dadurch als stürmische, robuste und tobende Situation erlebt, in welcher es auch zu Handgreiflichkeiten kommt.

„Nicht so stürmisch und robust, kein Herumschlagen. Ich habe das schon lange nicht mehr erlebt, aber man bekommt es auch mit bei anderen Einsätzen mit. Da wird wirklich herumgeprügelt und getobt.“ (Interview 9_S, Pos. 26-30)

Das Pflegepersonal hat zur Durchführung der mechanischen Fixierung Patient*innen auf den Boden gedrückt oder sich direkt auf die Patient*innen gelegt und diese festgehalten. Die Gewalt von außen wird dabei als hoch eingestuft.

„Es waren viele Leute anwesend, Pflegepersonal und Ärzte. Das waren fünf oder sechs Leute. Die haben mich gehalten überall, die sind auf mir gelegen und dann wurde ich fixiert an den Beinen und den Armen.“ (Interview 7_L, Pos. 8-10)

„Sodass der Arzt gesagt hat, dass .. ich in das Zimmer muss, ich werde jetzt fixiert. Dort haben sie so eine Glocke läuten lassen, da hat alles gebimmelt, die Telefone und so. Auf einmal sind von drei verschiedenen Stationen alle Pfleger gekommen, die haben mich hochgehoben, gelupft, dies waren zehn Leute oder mehr, die haben das Bett geholt, mich dort hingelegt und fixiert. Das war gar nicht schön, die haben nämlich Gewalt angewendet auf höchstem Niveau.“ (Interview 1_F, Pos. 10-15)

Die Gewalt von außen ist zusätzlich durch eine verbale, strukturelle und medikamentöse Gewalt gekennzeichnet. Eine Patientin berichtet, vom Pflegepersonal ausgelacht worden zu sein. Des Weiteren sind Hilferufe und das Bedürfnis nach einer Urinausscheidung ignoriert worden. Zusätzlich habe die Patientin durch Medikamente tagelang in einer Fixierung geschlafen und ist dadurch abgemagert aufgewacht.

„Es geht nicht immer nach ihrem Kopf und wie sie es wollen, haben sie gesagt .. sie müssen jetzt die Gerechtigkeit tragen und haben es noch lustig gefunden. Die Pflegerin hat hinterrücks mit den anderen gelacht und blöd geredet .. so haha, jetzt hat sie die gerechte Strafe bekommen (tiefes durchatmen) .. […] Die haben mich da stundenweise fixiert, ich musste auf das Klo, dringend, ich musste mich anpinkeln, voll anpinkeln. […] Ich habe nichts zu essen und zu trinken bekommen. […] Die haben mich fixiert zwei Wochen, und die haben mir irgendetwas gegeben wo ich abgehungert aufgewacht bin …“ (Interview 1_F, Pos. 19-42)

5.2.2 Gewalt von innen

Eine weitere Unterkategorie der physischen Gewalt ist die Gewalt von innen. Diese Form der Gewalt geht von den Patient*innen selbst aus und hat unterschiedliche Ausprägungen. Die Gewalt von innen richtet sich gegen das Pflegepersonal und die mechanische Fixierung sowie teilweise gegen die Patient*innen selbst.

Bei der mechanischen Fixierung wehren sich die Patient*innen aktiv gegen die Durchführung. Dabei kommt es zwischen den Patient*innen und dem Pflegepersonal zu kampfähnlichen Situationen. Das Pflegepersonal hält dabei mit starker Körperkraft Patient*innen fest, welche sich mit Schlägen gegen die mechanische Fixierung wehren.

„Ich hatte viele Psychiatrieaufenthalte. Eines war fix, ich habe mich jedes Mal gegen die Fixierungen gewehrt.“ (Interview 12_T, Pos. 4-6)

„Also in der Fixierung habe ich mich gewehrt. Da muss deine Hand von zwei Personen mit Gewalt oder angemessener Härte gehalten werden, aber auch so dosiert, dass sie nicht gebrochen wird, aber eine Schmetterlingskraft ist auch nicht ausreichend. Die müssen mich so halten, dass ich nicht umherschlage und niemanden im Gesicht treffe .. kompliziert die Situation. Du kämpfst dagegen an und es benötigt schon einige Minuten, bis sie dich fixiert haben. Das ist alles nicht so einfach, wie soll man es sonst tun. Das ist immer noch eine heikle Situation.“ (Interview 12_T, Pos. 63-70)

Die Patient*innen berichten, dass sie aktiv mit Körperkraft gegen die mechanische Fixierung ankämpfen. Dies beinhaltet ein sich aufbäumen, schreien, zerren und winden innerhalb der Fixiergurte. Dieses extreme dagegen Ankämpfen führt unter anderem zur totalen körperlichen Erschöpfung, zu Frustrationsabbau als auch zu Selbstverletzungen.

„Ich war fixiert und habe um Hilfe geschrien, ich hatte Durst .. ich habe gezuckt und mich aufgebäumt (,) angekämpft, das ist das richtige Wort, ich habe gegen die Fixierung angekämpft.“ (Interview 11_Z, Pos. 6-8)

„Also wenn man so da liegt, völlig fixiert und man versucht sich zu bewegen, das geht nicht, das ist nicht schön, ganz und gar nicht. .. Es ist schmerzhaft, obwohl, die Schmerzen fügt man sich selber zu (,) indem man gegen die Fixierung ankämpft, man kämpft immer wieder dagegen an (,) innerlich und körperlich, bis man völlig erschöpft ist und nicht mehr kann.“ (Interview 3_Y, Pos. 25-30)

Des Weiteren werden durch die mechanische Fixierung auch Gewaltfantasien erlebt, welche sich gezielt gegen das Pflegepersonal richten. Die Gewaltfantasien beinhalten negative Gefühle sowie den Drang, das Pflegepersonal zu schlagen und zu verletzen.

„Na ja, da gibt es eigentlich nur Wut und Hass .. das ist so als ob man die Pfleger am liebsten treten und beißen möchte, also schlagen mit den Händen. Man möchte am liebsten, wenn die Fixierung aufgeht, hinschlagen, also diese angreifen, die einfach nur hinreißen, auf sie draufschlagen und auf sie hinhauen, genau dann, wenn man die Fesseln frei hat. Also der Moment, wo sie mir die Medikamente geben und ich eine Hand aus der Fixierung hätte, ich würde sie an den Haaren reißen. Das dürfen die besser nicht machen .. sonst reiße ich denen alle Haare aus. Wenn sie das gewesen wären, ihre Haare würden nicht mehr sitzen, die hätte ich so arg gepackt die Haare .. dann war‘s das mit ihren Haaren.“ (Interview 1_F, Pos. 229-238)

5.2.3 Schmerz

Während der mechanischen Fixierungen erleben die Patient*innen auch Schmerz. Unter anderem verursachten zu eng festgezogene Fixiergurte Schmerzen an den Händen der Patient*innen. Außerdem führte die aus der mechanischen Fixierung resultierende Bewegungseinschränkung, welche teilweise mehrere Stunden dauerte, zu Rückenschmerzen.

„Scheiße. Man hat Schmerzen am ganzen Rücken, wenn man stundenlang am Rücken liegt, fangt der Rücken an zu schmerzen, wenn man in derselben Position liegt. Es tut dann scheiße weh, wenn man dann endlich losgelassen wird, wenn der Rücken seine Freiheit bekommt. Wenn man da ein paar Stunden liegt, tut es scheiß

weh. Ich habe da so eine Lumbago-Sache, ich vertrage das gar nicht, wenn die mich gurten…“ (Interview 1_F, Pos. 56-61)

„Sie haben fest die Gurte angezogen, saueng, vor allem bei den Händen, bei den Füßen ging es noch halbwegs. Das hat wehgetan an den Händen, weil davor noch familiär was war ... sehen sie, hier wurde ich gebissen, an der Stelle am Unterarm und genau da haben sie die Gurte angezogen. Das war purer Schmerz in der Situation…“ (Interview 10_R, Pos. 60-64)

5.3 Prototyp 3: Großartige Wohltat

Ein einziger Patient von den zwölf Interviewteilnehmer*innen hat die mechanische Fixierung durchwegs positiv erlebt. Dieser Patient wollte freiwillig eine mechanische Fixierung haben und hat diesbezüglich das Pflegepersonal mehrmals darum gebeten, fixiert zu werden. Der Prototyp 3 Großartige Wohltat gliedert sich in folgende drei Unterkategorien: Super Gefühl, Geborgenheit und Zufriedenheit.

5.3.1 Super Gefühl

Der Patient beschreibt das mechanische Fixiertsein als angenehmes und positives Erlebnis. Während der Fixierung hat der Patient versucht, sich mehrmals aus den Gurten zu befreien, aber er blieb erfolglos. Schlussendlich ist der Patient während der mechanischen Fixierung eingeschlafen, was zugleich das eigentliche Ziel des Patienten war.

„Also als erstes, diese Fixierung war freiwillig. .. Ich habe gemerkt (,) ich BRAUCHE eine Fixierung, weil sonst schlafe ich nicht ein. .. Ich habe mindestens zweimal, dreimal wenn nicht zehnmal gefragt, ob sie mich fixieren können. Die Leute von der Pflege machen das sehr ungern. … Irgendwann war dann ein Pfleger, der auf der Station war, der hat sich dann erbarmt, okay das machen wir jetzt. Sowohl er als auch alle anderen Pfleger machen das ungern. Ich wusste nicht, dass die Fixierungen so ungern gemacht werden. Ich war so froh, dass er das trotzdem gemacht hat. Auf jeden Fall bin ich dann freiwillig fixiert worden. Das hat sich SUPER angefühlt. Der Pfleger ist dann weggegangen und ich habe dann

versucht, mich aus der Vierpunkt-Fixierung zu befreien. Ich habe es ausprobiert, aber es ging halt natürlich nicht. Ich musste mich einrenken und ausrenken. Meine Schultern habe ich gespürt. Ich wollte mir aber nicht die Knochen brechen. Ich habe dann versucht, meinen Blutdruck zu regulieren mit der Atmung, damit die Maschine anzeigt, dass ich tot bin und dann die Pfleger reinkommen und sehen, dass ich tot bin (LACHEN) .. das habe ich aber nicht geschafft. Ich musste irgendwie raus aus dieser Fixierung, da habe ich alles probiert. Ich wollte die Magnete öffnen, das ging aber auch nicht. Irgendwann bin ich dann eingeschlafen, und genau das wollte ich für meinen Körper haben." (Interview 8_M, Pos. 7-24)

5.3.2 Geborgenheit

Insbesondere die Ruhe war für den Patienten wichtig. Die Ruhe wurde mit einer Waffe verglichen, welche Sicherheit und Schutz bietet. Der Patient erlebte diesbezüglich das Alleinsein und die Stille im Raum als förderlich.

„Der Raum war RUHIG, es war ganz ruhig, ich war allein. Es hat sich angefühlt wie eine Waffe diese Ruhe. (…) Diese Ruhe war so sicher, das war wichtig. Ich war geschützt wie eine Waffe. Die Ruhe war wie eine Waffe." (Interview 8_M, Pos. 49-53)

5.3.3 Zufriedenheit

Die Pflegeperson, welche die mechanische Fixierung durchführte, wird als kompetent und vertrauenswürdig erlebt. Medikamente und eine Rufglocke während der mechanischen Fixierung waren seitens des Patienten unerwünscht. Einzig die mechanische Fixierung wurde als wichtig erlebt.

„[…] der Pfleger hat mir nichts gegeben. In der Fixierung will ich keine Medikamente. Ich habe keine gebraucht, ich wollte ja fixiert werden, wieso auch Medikamente. Ich habe keine bekommen. Ich wollte Vierpunkt-fixiert werden. […] Das ist gut, ich habe das Vertrauen in den Pfleger. Der macht das sehr ungern, und wenn es heißt, man macht es ungern, dann ist das sehr hellhörig und präzise (,) von diesem Pfleger." (Interview 8_M, Pos. 58-69)

„Zum Glück nicht, ich wollte keine Rufglocke, ich brauche diese nicht. Ich wollte nur die Fixierung haben. Mir ist das egal, ich kann mich da nicht genau erinnern. Ich hätte sie nicht angenommen.“ (Interview 8_M, Pos. 101-103)

Für diesen Patienten war die mechanische Fixierung die einzige Möglichkeit, um einzuschlafen. Im Nachhinein hat sich der Patient für die Durchführung der mechanischen Fixierung beim Pflegepersonal bedankt.

„Ich habe keine andere gesehen .. nur das weitere Umherirren, bis ich verwese.“ (Interview 8_M, Pos. 72)

5.4 Allgemeine Kategorien der Prototypen 1 und 2

Das Erleben der Patienten weist zusätzlich allgemeine Kategorien auf, welche sich an die Prototypen 1 und 2 angliedern. Zu den allgemeinen Kategorien gehören Unverständnis, Missachtung der Grundbedürfnisse, Medikamentenerfahrung, unangenehme Atmosphäre, Vertrauensverlust, Erleichterung durch das Einschlafen, empathische Pflege sowie die Kategorie Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis für die Zwangsmaßnahme.

5.4.1 Unverständnis

Die Patient*innen erlebten die mechanische Fixierung als sinnbefreit und nutzlos. Das Erleben wurde davon geprägt, dass die Anwendung der mechanischen Fixierung als ungerechtfertigt wahrgenommen wurde. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass Gespräche sinnvoller gewesen wären als die mechanische Fixierung.

„Es war überhaupt nicht notwendig. Ich habe immer zugehört und im Reden nie jemanden unterbrochen. Ich bin den Anweisungen gefolgt und wurde trotzdem gefesselt.“ (Interview 10_R, Pos. 90-92)

„Das Team tut nach außen hin, als ob die Sonne scheint, aber das tut es nicht. Sie funktionieren irgendwie noch immer nicht nach dem logischen Aspekt. .. Eine

Fixierung bringt gar nichts. Man sollte sich mit dem Patient auseinandersetzen." (Interview 9_S, Pos. 105-108)

Die mechanische Fixierung wird als schlecht und überflüssig angesehen. Patient*innen werfen dem Personal, das eine mechanische Fixierung durchführt, einen Eigennutzen vor. Der Eigennutzen bestehe darin, dass das Personal durch mechanische Fixierungen weniger Arbeit habe.

„Für das Personal war das vielleicht gut, aber für mich war das schlecht." (Interview 10_R, Pos. 135)

„Ich mag diese Fixierungen nicht. Die sollen sich was Besseres überlegen. Die fixieren ja alle wegen irgendeiner Scheiße. Die XXX wird fixiert, der XXX wird fixiert, na ja, die wissen nichts Besseres zu tun als alle Leute zu fixieren .. weil sie keine Arbeit machen wollen. Es liegt nicht an den Gurten oder sonst was, es liegt an dem Pflegepersonal." (Interview 1_F, Pos. 195-199)

Ein Patient vergleicht die mechanische Fixierung mit einer belastenden Situation, insbesondere darauf bezogen, was das Aufwachen innerhalb der Fixiergurte betrifft. Der Patient erlebt dies als eine annähernde Missachtung der Menschenwürde.

„Dann kommt da noch der Druck, wenn man zu sich kommt und noch immer in den Gurten hängt, das ist die nächste Belastung, das ist knapp an der Verletzung der Menschenwürde." (Interview 12_T, Pos. 26-28)

5.4.2 Missachtung der Grundbedürfnisse

Die Patient*innen erleben während der mechanischen Fixierung immer wieder eine Missachtung der Grundbedürfnisse. Davon betroffen waren physiologische und soziale Grundbedürfnisse, die Individualbedürfnisse sowie das Bedürfnis nach Sicherheit. Teilweise hatten Patient*innen während der mechanischen Fixierung keine Harnflasche, Bettpfanne oder die Möglichkeit, eine Toilette aufzusuchen. Stuhlgang sowie Harn mussten diese Patient*innen ohne Hilfsmittel während der mechanischen Fixierung ablassen.

„Auf die Toilette habe ich müssen, zweimal habe ich auf die Toilette müssen. Zweimal habe ich in die Hose geschissen. Also wenn ich in die Hose scheißen muss, pardon, dann drehe ich durch. Das ist mir alles zu viel." (Interview 4_Q, Pos. 118-120)

Neben weiteren physiologischen Bedürfnissen wie Essen und Trinken wurden auch die sozialen Bedürfnisse vernachlässigt. Eine soziale Kontakt- beziehungsweise Kommunikationsaufnahme mit dem Pflegepersonal war nur eingeschränkt möglich. Das empfohlene Bereitlegen einer Rufglocke wurde während der mechanischen Fixierung nicht immer gewährleistet, es haben pflegerische Kommunikationsdefizite stattgefunden.

„Und du kannst nichts machen außer schreien .. und die schauen stundenlang nicht nach dir. Die bringen dir weder was zum Essen oder was zum Trinken und auf das Klo, da schauen sie auch nicht darauf, ob du eventuell pinkeln musst. Du musst in das Bett pinkeln. Die machen gar nichts. Irgendwann in fünf Stunden fällt ihnen ein, ah, die wurde ja fixiert. Dann fragen sie, wie es einem geht, obwohl die Blase schon übergegangen ist. Und wenn du nichts sagst, dann geht er wieder aus dem Zimmer raus, und dann später sind wieder sechs Stunden vergangen." (Interview 1_F, Pos. 47-54)

„SCHLIMM. Schlimm, weil ich bin inkontinent, das heißt, ich hatte nicht mal die Möglichkeit, zu klingeln, man bekommt keine Glocke und gar nichts .. Man liegt in den eigenen Exkrementen […]" (Interview 9_S, Pos. 16-18)

Eine unzureichende Informationsgabe und Partizipation stellt eine Verletzung der Individualbedürfnisse dar. Ein Patient berichtet von Informationsmangel und mangelnder Einbindung in Entscheidungen.

Man wird ja nicht gefragt, ob man so was haben will. Man fragt sich, was soll diese Infusion. Aber das ist im Krankenhaus öfters so (,) wo Patienten nicht gefragt werden. Man darf und kann nicht mitentscheiden. Die denken vermutlich, die müssen manischen Patienten nicht erklären, warum es so eine Infusion benötigt. Mir könnte man es auf jeden Fall erklären. (Interview 5_P, Pos. 73-78)

Unter dem Aspekt des Bedürfnisses nach Sicherheit erlebte eine Patientin bei der mechanischen Fixierung eine Missachtung ihrer Privat- und Intimsphäre durch das Pflege- und Reinigungspersonal.

„Ich kann mich selber pflegen, ich kann meinen Tanga selber ausziehen. Aber wenn das ganze Personal sieht, welche Unterhose ich anhabe, dann ist das peinlich. Die Unterhose war voll. Und mein weißer dünner Tanga hat dann die Putzfrau in die Ecke geschoben, das ist grauslich, das ist unhygienisch. Ich habe sogar einmal geschrien, nicht putzen. Die ganze Privatsphäre, die Intimsphäre wird gebrochen.“ (Interview 4_Q, Pos. 98-103)

5.4.3 Medikamentenerfahrungen

Patient*innen erleben positive und negative Erfahrung mit Medikamenten. Bei den negativen Erfahrungen handelte es sich um Nebenwirkungen, wie anschließende Gangunsicherheit, Orientierungslosigkeit und Kiefersperre.

„Sie haben mir was gespritzt, und ich konnte kaum mehr mein Zimmer finden. Ich habe mich angestoßen, Mein Kopf wusste nicht mehr, wo die Querseiten sind, wo links und rechts ist. Mit diesen Medikamenten verliert man die Orientierung.“ (Interview 4_Q, Pos. 189-192)

„Nein ich habe mich nur so lange gewehrt, bis sie mich fix in der Fixierung hatten, dann kommen gleich die Medikamente, dann ist man weg. Ich hatte danach diese Mundsperre, das war furchtbar, da hat man gleich die nächsten Sorgen.“ (Interview 12_T, Pos. 112-114)

Des Weiteren wurde durch die Gabe der Medikamente Angst erlebt. Eine Patientin gibt an, aufgrund von Medikamenten tagelang geschlafen zu haben. Dadurch hat die Patientin einen Gewichtsverlust erlitten.

„Wissen sie, bei den Medikamenten ist immer die Angst gekommen. Angst vor den Medikamenten, die bekommt man einfach (,) ob man will oder nicht. Man liegt ja in den Gurten und kann sich nicht wehren.“ (Interview 2_A, Pos. 62-65)

Die Gabe von Medikamenten während der mechanischen Fixierung wurde teilweise positiv erlebt. Durch die Medikamentengabe konnten sich Patient*innen beruhigen, und die Situation wurde erträglich erlebt. Außerdem wurde die Medikamentengabe während der mechanischen Fixierung von den Patient*innen als Unterstützung für das Einschlafen erlebt und war erwünscht.

„Nur diese Drucksituation, daran kann ich mich erinnern, und diese Machtlosigkeit so dazuliegen in der Fixierung, das war wie eine Ohnmacht. Ein Gefühl extrem, extremer psychische Belastung. Es dauert aber nur kurz, bis du ein narkoseähnliches Medikament bekommst. Das ist eine Narkose und dann bist du weg. Das dauert Gott sei Dank nicht lange." (Interview 12_T, Pos. 7-11)

„Ja die Medikamente, die bekommt man, die waren eigentlich wichtig, auf jeden Fall. Ich wollte sie sogar haben. Du kämpfst an und dann kommen die Medikamente, mit denen beruhigst du dich dann." (Interview 3_Y, Pos. 49-51)

5.4.4 Unangenehme Atmosphäre

Einige Patient*innen befanden sich während der mechanischen Fixierung in einem dunklen Raum und erlebten dies als unangenehm. Für andere Patient*inne hat die Beleuchtung des Zimmers zu sehr geblendet. Zusätzlich hat das viele Personal im Raum mit den schattenhaften Lichtverhältnissen unheimlich gewirkt. Das Erleben wird diesbezüglich mit einem Psycho-Thriller verglichen.

„Es war so finster in diesem Raum. Das war so wie im … das Schweigen der Lämmer eigentlich, genau solche Sequenzen waren das. Unbequem .. ein bisschen Licht wäre schon besser gewesen, ein bisschen mehr Lichtquelle." (Interview 11_Z, Pos. 126-128)

„Wenn ich bei dem Licht wie hier gefesselt werde, dann blendet das. Das Licht hat extrem geblendet, es war viel zu hell. Dann waren auch noch die Schatten von den Leuten, das war unheimlich. Überall waren die Köpfe über einem, das war chaotisch. Die hätten mir lieber die Hand halten sollen. Aber nein, die machen einen noch unruhiger. Stellen sie sich mal vor, sie gehen mit zehen

oder mit zwei Leuten Eis essen. Ja sie verstehen, was ich meine." (Interview 10_R, Pos. 164-169)

Die Räumlichkeiten, in der die mechanische Fixierung stattfand, wurden als beengend erlebt. Des Weiteren haben mechanische Fixierungen in Mehrbettzimmern stattgefunden, was als unangenehm erlebt wurde.

„Es war ein kleines Einzelzimmer und sehr beengend, vielleicht habe ich das wegen der Isolierung, also dem Alleinsein, so empfunden." (Interview 6_V, Pos. 78-79)

„Da gibt es nichts Besonderes, da steht ein Bett im Raum, aber es gibt auch Zimmer mit zwei Betten, die sind alle mit Gurten ausgestattet, das ist nicht fein, wenn man dort mit Gurten liegt, wenn andere neben einem liegen." (Interview 9_S, Pos. 69-71)

Ein Patient erlebt den Zeitraum kurz vor der mechanischen Fixierung als unangenehm. Dabei nimmt der Patient wahr, dass nicht nur er selbst, sondern auch das anwesende Personal nervös ist. Diese Atmosphäre wird als Druckbelastung beschrieben.

„Aber dieser Zeitraum, wo man gebeten wird, Ruhe zu geben und sich die Situation zuspitzt und nervös war ich auch, und dann war natürlich diese Mannschaft da, dieses Team, das nebenher noch andere Fälle hat und auch nervös ist, das war ein Akutbereich. Das ergibt eine extreme Druckbelastung." (Interview 12_T, Pos. 11-15)

5.4.5 Vertrauensverlust

Das Erleben während der mechanischen Fixierung führte bei den Patient*innen zu einem Vertrauensverlust. Dieser richtet sich gegen das Pflegepersonal sowie gegen die psychiatrische Institution. Der Vertrauensverlust geht mit dem negativen Erleben und der Häufigkeit der mechanischen Fixierung einher. Es entsteht eine Wut gegenüber dem Pflegepersonal und die psychiatrische Behandlung wird infrage gestellt.

„Aber eigentlich ist bei der Fixierung alles unmenschlich, da denkt man gar nicht darüber nach, da ist alles unmenschlich. Man entwickelt eine extreme Wut und ist dann einfach gegen alles. Da hasst man alle, die da sind.“ (Interview 12_T, Pos. 106-109)

„Ich bin jetzt vier Mal hier ... innerhalb dieses kurzen Aufenthalts von eineinhalb Monaten, eigentlich ist das schon ein längerer Aufenthalt. Ich bin in dieser Zeit also vier Mal fixiert worden innerhalb dieser eineinhalb Monaten, das ist nicht gerade die Perspektive, die man sich erwartet.“ (Interview 9_S, Pos. 8-11)

Nach der mechanischen Fixierung forderte eine Patientin die Entlassung ein, was auf einen Vertrauensverlust gegenüber der Institution hinweist. Dabei kam es zu einem Bruch der pflegerischen Beziehung. Die Patientin machte zum Erreichen der Entlassung unwahre Angaben über ihren suizidalen Status.

„Ich wollte einfach nur noch raus aus dem Spital. Ich habe mich dann immer selbst entlassen, ich wollte nicht länger bleiben. Ich bin dann immer abgehaut, wenn sie mich entfixiert haben. Ich habe immer gesagt, ich habe keine Selbstmordgedanken mehr, obwohl ich immer noch starke Selbstmordgedanken hatte. Ich sagte es einfach und bin abgehaut. .. Ich hatte sie angelogen und bin abgehaut.“ (Interview 1_F, Pos. 102-108)

„Das war ganz schlimm. Ich hoffe, dass ich nie wieder in die russische, in die türkische und auch nicht in die österreichische Psychiatrie komme.“ Interview 4_Q, Pos. 231-233)

5.4.6 Erleichterung durch das Einschlafen

Die Patient*innen berichteten in den Interviews immer wieder davon, dass das Erleben der mechanischen Fixierung unangenehm ist. Um so wenig wie möglich von der mechanischen Fixierung mitzubekommen, waren Patient*innen froh und erleichtert, wenn das Erleben durch Schlaf unterbrochen beziehungsweise verkürzt wurde. Dabei bestand bei den Patient*innen auch die Hoffnung nach dem Aufwachen, nicht mehr mechanisch fixiert zu sein.

„Geholfen hat mir, dass ich mich nicht an alles erinnern kann, dass ich eingeschlafen bin und zum Glück nur noch Bruchstücke von der Fixierung weiß.“ (Interview 2_A, Pos. 84-85)

„Einschlafen ist immer angenehm, wenn man müde ist. Wenn eine psychisch kranke Person ins Spital kommt ist sie ja eh schon voll müde, wegen der Verzweiflung, den Selbstmordgedanken, man ist müde. Schlafen ist dann angenehm. Wenn man einschläft, merkst du nicht, dass du fixiert bist. Nur die Momente wo man aufwacht und fixiert ist (,) diese Momenten sind unangenehm. Das Gefühl eingesperrt zu sein, sie wachen auf und niemand ist da. Sie schreien Hilfe und niemand kommt zu ihnen. Stellen sie sich das einmal geistig vor, dass sie fixiert sind, das sind die Gedanken, die man hat.“ (Interview 4_Q, Pos. 173-180)

5.4.7 Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis

Das Erleben der mechanischen Fixierung ist trotz überwiegend negativer Erlebnisse auch von einem positiven Erleben geprägt. Patient*innen kommen durch die mechanische Fixierung in Kombination mit Medikamenten zur Ruhe. Nach der mechanischen Fixierung erlebten die Patient*innen eine neue Sichtweise zur Situation, welche positiv gewertet wurde.

„Ja, also die Fixierung hat dazu geführt, und aber auch die Spritze, da bin ich dann ruhig geworden.“ (Interview 1_F, Pos. 241)

„Ja, dass man irgendwann zur Ruhe kommt, dass man schläft (,) weil wenn man wach wird, sieht man die Dinge anders (,) das war das Positive daran.“ (Interview 3_Y, Pos. 121-122)

Im Nachhinein erlebte ein Teil der Patient*innen Verständnis für die mechanische Fixierung. Die Patient*innen sehen in der mechanische Fixierung eine Schutzmaßnahme, welche Sicherheit vor den Gefahren einer Psychose bietet. Ein Patient wurde durch die mechanische Fixierung vor dem Weglaufen bewahrt. Dadurch wurde eine weiterführende psychiatrische Behandlung ermöglicht, welche schlussendlich zu einer gesundheitlichen Besserung des Patienten führte.

„Es gibt furchtbare Fixierungen, die wehtun, aber hier war es notwendig und hat nicht wehgetan. (Pause) Eine Psychose ist schwer zu kontrollieren, die kann man nicht abschätzen. Die Episode war so schnell vorbei, ich bin ca. zwei bis drei Stunden fixiert gewesen, die wollten mich damit schützen, das kann ich jetzt verstehen.“ (Interview 2_A, Pos. 96-100)

„Ich bin jetzt wieder gesund, ich nehme jetzt meine Tabletten. Ich verstehe jetzt auch, warum ich fixiert wurde, ich mag die Fixierung nicht, aber ich wäre ja ansonsten weggelaufen. Jetzt geht es mir wieder besser.“ (Interview 7_L, Pos. 58-60)

Manche Patient*innen sprechen sich gegen die mechanische Fixierung aus, bringen aber teilweise Verständnis dafür auf, dass diese Zwangsmaßnahme bei aggressiven und gewalttätigen Verhalten angewendet wird.

„SEELISCH. Rein psychologisch ist dieses Angurten eine heftige Erfahrung. Es sollt eigentlich gar nicht passieren. .. Außer man ist wirklich ein Haudegen und man schlägt alles kurz und klein, dann kann ich es irgendwie verstehen. Ich bin aber eher prinzipiell dagegen.“ (Interview 5_P, Pos. 36-40)

5.4.8 Empathische Pflege

Ein Teil der Patient*innen hatten das Gefühl, dass das Pflegepersonal deeskalierend und patientenorientiert arbeitet. Die kontinuierliche pflegerische Kontaktaufnahme mit Informationsgabe zur Situation während der mechanischen Fixierung wurde ebenfalls als hilfreich erlebt.

„Also es war so, dass ich (,) sehr mit Nachdruck versucht habe, was zu verändern, im Nachhinein betrachtet und es deshalb zu dieser Zwangsfixierung gekommen ist. Und .. ich muss sagen, im Nachhinein betrachtet, dass das Pflegepersonal auch eigentlich sehr gut auf mich eingegangen ist. Sie haben versucht, mich ruhig zu halten (,) das ist natürlich, wenn man aufgebracht ist, nicht besonders einfach .. oder.“ (Interview 3_Y, Pos. 3-8)

„Es gab eine Schwester (,) die gekommen ist, die mir Perspektiven gegeben hat. Die ist verlässlich gekommen und hat gesagt, wann sie wieder kommt. Sie ist dann mit dem Oberarzt gekommen und hat dann die Fixierung aufgehoben.“ (Interview 9_S, Pos. 77-79)

In dem Fall, wo es eine Nachbesprechung gab, wurde das Personal gelobt. Eine anschließende Unterstützung für die psychische Aufarbeitung der Situation, welche in Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung steht, wurde als hilfreich angesehen.

„Ich muss dieses Team loben, die waren sehr professionell. Ich habe mir die Infusionen rausgezogen, weil ich auf das Klo musste. Sie haben mich dann fixiert. Ich habe angeblich einen Pfleger gebissen. Wissen sie, die haben mir hier so gut geholfen das Ganze wieder aufzulösen. […] Ich habe mich dann bei allen entschuldigt und habe sehr gute Gespräch gehabt .. mit dem Pfleger, der auch dabei war, also bei dieser Fixierung war das was absolut Positives. Die Schwester ist im Tagdienst dann zu mir gekommen und wir haben alles nachbesprochen. (Interview 2_A, Pos. 33-44)

Ein Patient gibt an, dass er sich bei jeder mechanischen Fixierung gewehrt hat. Trotz dieses Verhaltens sei der Patient vom Pflegpersonal immer so behandelt worden, dass er dabei nie verletzt wurde.

„Eines war fix, ich habe mich jedes Mal gegen die Fixierungen gewehrt. Ich kann mich daran erinnern, mir wurde niemals wehgetan, das möchte ich hier ausdrücklich sagen.“ (Interview 12_T, Pos. 5-7)

5.5 Verbesserungsvorschläge zur mechanischen Fixierung

Während des Interviews äußerten die Patient*innen Maßnahmen, mit dem Ziel, die mechanische Fixierung patientenfreundlicher zu gestalten. Es wurden Alternativen genannt, welche die Anwendung der mechanischen Fixierung reduzieren oder gänzlich ersetzen sollen. Folgende Verbessrungsvorschläge wurden identifiziert:

würdevoller Umgang, alte Strukturen aufbrechen, Kontrolle, kommunikative Deeskalation, medikamentöse Deeskalation, beruhigende Berührungen, körperliche Fixierung, Isolierzimmer, partizipative Entscheidungsprozesse und Nachbesprechungen.

5.5.1 Würdevoller Umgang

Generell soll eine mechanische Fixierung nur dann stattfinden, wenn sie unbedingt notwendig ist und alle Alternativen ausgeschöpft wurden. Für die Patient*innen ist bei der mechanischen Fixierung ein gewaltfreier, deeskalierender und würdevoller Umgang wichtig. Des Weiteren erwarten sich die Patient*innen eine Partizipation in den Entscheidungsprozessen sowie ein kommunikatives und empathisches Pflegepersonal, welches auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingeht. Ausreichend Pflegepersonal und eine Sensibilisierung hinsichtlich der Thematik werden diesbezüglich als hilfreich angesehen.

„Den Umgang mit den Patienten. Eine würdevolle Behandlung, der Patient soll mitentscheiden und der Umgang mit der Handlung sollte wesentlich würdiger ablaufen.“ (Interview 9_S, Pos. 26-28)

„Na ja, das sind die Gespräche und vor allem Empathie. Das muss man halt beherrschen. Aber es gibt einen Punkt, da geht es sich einfach nicht anders aus. Es gab auch eine Schwester, die hat gesagt, sie wäre mit mir einfach in den Raucherraum gegangen, um zu reden, dann hätte man das vielleicht auch vermeiden können.“ (Interview 2_A, Pos. 90-94)

„Ganz wichtig, keine Fixierungen, nur dann, wenn es absolut notwendig ist. Wirklich nur, wenn Gefahr besteht, wenn jemand wild um sich schlägt, einem quasi in die Fresse haut. Oder jemand, der sich ein Messer in den Bauch rammt. Bei der Selbstgefährdung weiß ich nicht, was man sich da antuen kann (,) wenn drei Ärzte und Pflegepersonal anwesend sind, dann sollte das doch ausreichend sein. Sie kennen das sicher aus Erfahrung, wenn man was gespritzt bekommt, wird man ja schnell ruhig, und wenn man dann aufwacht, ist man ja eh schon wieder ruhig. Eine Sensibilisierung ist hier wichtig, und die Rufglocke bitte nicht vergessen. Wie

gesagt, stärkere Sensibilisierung zur mechanischen Fixierung, es gibt ja Erfahrungswerte." (Interview 6_V, Pos. 132-141)

5.5.2 Alte Strukturen aufbrechen

Die mechanische Fixierung wird unter anderem als nicht mehr zeitgemäß sowie als Foltermethode angesehen. Bisherige Gepflogenheiten und Traditionen sollen hinterfragt werden. Es soll ein Diskurs über die mechanische Fixierung stattfinden, um Mängel aufzudecken. Diesbezüglich wird eine Reformierung der mechanischen Fixierung gefordert. Medizinische und pflegewissenschaftliche Forschung sollen helfen, diese Ziele zu erreichen.

„[…] ich würde mir wünschen, dass es diese Fixierung gänzlich gar nicht mehr gibt, sondern wirkliche Überlegungen, die aus der Pflege und der Medizin entwickeln .. die das für den Patienten anderweitig verbessern. .. Ich bin diejenige, die solche alte eingesessen Strukturen sowieso nicht leiden kann, denn das sind Kindergartenmethoden beziehungsweise Foltermethoden, die in unserem Zeitalter nicht mehr Platz haben. (Interview 9_S, Pos. 19-24)

„Damit ist die Fixierung ein Thema, was viel zu selten auf den Tisch kommt, sondern nur noch eine Handlung, die man kennt, aber auch nicht abschaffen will, letztendlich. Es gibt Mängel, und warum gibt es die Mängel bei der Fixierung schon so lange, weil das ist ein uraltes, gewachsenes System ist mit der Fixierung" (Interview 9_S, Pos. 136-140)

Damit die mechanische Fixierung kritisch betrachtet und alteingesessene Strukturen hinterfragt werden, benötigt es eine professionelle Pflegeausbildung. Pflegepersonen sollen in den Pflegeberuf Lebenserfahrung und Menschlichkeit mitbringen. Des Weiteren benötigen Pflegepersonen die Fähigkeit, kritisch zu denken und sich selbst zu reflektieren. Eine gute pflegerische Teamarbeit soll negative Dynamiken, wie Machtmissbrauch, verhindern. Diesbezüglich wird die in Österreich geforderte Pflegelehre als kritisch betrachtet.

„Ausbildungsqualifikationen, indem man Zugangskriterien setzt. Ich war zum Beispiel viel zu jung für den Pflegeberuf. Ich halte auch nichts von der Pflegereform, wo sie das Alter herabsetzen. Die Pflegelehre ist da der falsche Weg, davon halte ich nichts. Auf die Präsenz der Pflege hat es Auswirkungen (,) Pflegende sollten Lebenserfahrung mitbringen. Sie können es nicht einschätzen, sie haben es nicht. .. In den diversen Schulunterrichts-Situationen .. es beginnt ja schon, alleine bei den Zulassungskriterien hat die Pflege generell derzeit in der Ausbildungsaufnahme Probleme. Zum Beispiel für den Bachelor, da fehlen die Modalitäten, welche die Vorbildung entsprechend reifen haben lassen. Dadurch kommt es zu Handlungen, die man im Rahmen des Dienstnehmerverhältnisses einfach übernimmt, ohne sich selbst zu hinterfragen wollen oder auch zu müssen, wie würde ich in dieser Situation reagieren. Daran glaube ich (,) es haben sich ja auch die Supervisionen aufgelöst, das gab es früher viel mehr, das hat sich alles reduziert, dadurch kommt es zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung." (Interview 9_S, Pos. 122-136)

„Es gibt Menschen mit Menschlichkeit, je nachdem, was sie in die Arbeit mitbringen und wie geht es denen familiär. Dann gibt es so einen Guantanamo-Drive. Da gibt es Studien, wenn die richtigen Leute im Team arbeiten, dann läuft alles geschmiert. Da hat man mit dem Personal Spaß. Aber es gibt auch Teams, mit denen entsteht Druck und Druck erzeugt immer Gegendruck. Das ist wichtig für die Zukunft, gute Teams mit Reflexionsfähigkeit. Ja so ist das." (Interview 12_T, Pos. 87-93)

Ein Patient lässt einen Teil seiner psychiatrischen Geschichte Revue passieren. Dabei wird darauf aufmerksam gemacht, dass Patient*innen auch heute noch machtlos gegenüber Zwangsmaßnahmen sind. Dies wird als nicht mehr zeitgemäß beschrieben. Patient*innen sehen in der heutigen Psychiatrie ein modernes Wiederaufleben der alten Psychiatrie.

„In dieser Situation ist man machtlos, mit dir wird getan, gegen deinen Willen. Das ist eine Überschreitung der Härte, und das in unserer Zeit. In den 60ern wurde heiß gebadet und mit Stromstößen gearbeitet, dann gab es den Narrenturm in Wien. Dieses Gebäude ist ein moderner Narrenturm, wo alle Deppen im Kreis laufen. Ja so ist es, that's it, das ist alles ein Revival. So empfinde ich das. Es gibt immer zwei Wahrheiten." (Interview 12_T, Pos. 54-60)

5.5.3 Kontrolle

Ein Patient macht darauf aufmerksam, dass nur ein sehr geringer Teil des Pflegepersonals als unprofessionell erachtet wird. Um zu gewährleisten, dass es in der Psychiatrie zu keinen Missständen kommt, sollen inkognito Kontrollorgane eingeführt werden, welche Machtmissbrauch aufdecken und beseitigen.

„Na ja, es gibt halt überall menschliche Mitarbeiter und schwarze Schafe. 99 % sind wirklich okay, das muss man ganz deutlich sagen. Die schwarzen Schafe müsste man halt aussortieren.“ (Interview 12_T, Pos. 104-106)

„Ja da gibt es was. Mein Herzenswunsch wäre der .. ich wünsche mir ein Team, das ist natürlich eine jahrelange Aufgabe, dass es ein Team gibt, die sich inkognito in die Psychiatrie aufnehmen lassen und überprüfen, wo Schindluder getrieben wird. Es gibt arme Menschen, die sich selber das nicht ausgesucht haben, da kommen Lebensumstände und Krankheiten hinzu, die dazu geführt haben .. Ein Team, das rigoros vorgeht gegen diese Personen, die nicht dort hingehören in so einen Dienst. Das wäre mein einziger großartige Wunsch, und von mir aus bin ich dann der Chef von diesem Team .. ja .. das ist halt leider nicht möglich. Es gibt Geschichten, die sind Wahrheit. Die sagen, bring dich um, und fesseln die Leute, das passiert in unseren Psychiatrien und dann kommt am Abend die Mutter und fragt warum hast du dich geschnitten .. weil wir nicht mehr können, wir können nicht mehr. Ja das ist mein Wunsch, dass ein Team alles kontrolliert und Missstände aufdeckt. Lassen wir den Wunsch an das Universum schicken, das bringt was, das funktioniert, glauben sie mir. Einer hört uns immer zu. Schauen wir mal (,) dann sehen wir es.“ (Interview 12_T, Pos. 206-221)

5.5.4 Kommunikative Deeskalation

In den Interviews machen Patient*innen darauf aufmerksam, dass Gespräche als deeskalierende Maßnahme sinnvoll wären. Dabei ist es wichtig, dass das Pflegepersonal den Patient*innen zuhört. Des Weiteren werden von den Patient*innen alternative Lösungsvorschläge gewünscht.

„Die hätten einfach nur reden müssen mit mir, dann wäre alles wieder gut gewesen.“ (Interview 2_A, Pos. 81-82)

„Ganz einfach, ein Gespräch. Einfach vermitteln (,) wir wissen, du willst dies und jenes. Es ist egal, um was es geht. Du möchtest das und das, aber das geht jetzt nicht, aber wir können dir anbieten das und jenes .. offener zu sein und nicht das geht jetzt nicht, verlassen sie den Stützpunkt. Einfach zu sagen, schau mal her, dies und das funktioniert jetzt nicht. Die sollen einfach eine Lösung anbieten.“ (Interview 3_Y, Pos. 84-89)

5.5.5 Medikamentöse Deeskalation

Viele Patient*innen bevorzugen lieber eine Medikation als eine mechanische Fixierung. In Akutsituationen sollen daher zuerst Medikamente verabreicht werden, wodurch eine mechanische Fixierung eventuell vermieden werden kann. Zusätzlich zur Medikation soll die betroffene Person engmaschig betreut werden. Falls es zu einer mechanischen Fixierung kommt, soll diese so kurz wie möglich andauern.
„Zum Schutz des Patienten, also wenn es wirklich sinnvoll ist, dann sollte man die Infusionen geben, dann wenn er gefährlich ist. Aber dann nur mit ständiger Beobachtung, ob es einem gut geht. Das sich nicht bewegen können ist dann sinnvoll, aber nur wenn es kurz ist.“ (Interview 4_Q, Pos. 197-201)

„Also ich weiß noch, dass ich bei einem Gespräch mit dem Gerichtsmediziner eine Tasse zerschlagen haben, ich kann mich nicht mehr an alles von der Fixierung erinnern. Da stellt sich doch die Frage, wenn man fixiert wird und sowieso so viel Medikamente hat, dass man wie ein Zombie unterwegs ist, ob es dann überhaupt eine Fixierung braucht. Wenn die mich mit Medikamenten flachlegen, dann braucht es keine Fixierung. Das wäre aus meiner Sicht eigentlich so.“ (Interview 11_Z, Pos. 49-54)

5.5.6 Beruhigende Berührungen

Erfahrungen außerhalb und innerhalb des psychiatrischen Akutsettings verdeutlichen, dass sich manche Patient*innen Körperkontakt in Form von beruhigenden Berührungen wünschen. Durch die Berührungen finden Patienten zur

Ruhe, was die Anwendung der mechanischen Fixierung verhindern könnte. Auch während der mechanischen Fixierung wird berichtet, dass eine körperliche Zuwendung beruhigend und deeskalierend wirkt.

„Was gibt es noch an Alternativen .. na ja, mit gut zureden wird man vermutlich nicht viel weiterkommen, außer es sind top ausgebildete Leute. Ich habe das auch bei der Polizei gesehen, wenn jemand einen souveränen Auftritt hat, so wie sie zum Beispiel .. ich hatte da einen von der Cobra mit rotem Barrett, der hat einfach nur die Hand auf meine Schulter gelegt und gesagt, ich soll tief ein- und ausatmen. Ich habe mich dann sofort beruhigt, der hat mich einfach nur sanft berührt. Da gibt es viele Möglichkeiten, die man sich abschauen kann." (Interview 12_T, Pos. 178-184)

„Da gibt es Pfleger, die sind wirklich sehr gut, muss man sagen. Die schauen, dass man runterkommt, die legen dir die Hand auf die Schulter, die fragen, was ist los (,) schau mich an, beruhig dich, das bringt nichts .. die reden einem einfach gut zu. Ja genau das ist ein großer positiver Fortschritt, was ich mich zurückerinnern kann." (Interview 3_Y, Pos. 9-13)

5.5.7 Körperliche Fixierung

Ein Patient macht darauf aufmerksam, dass in Schweden die körperliche Fixierung zur Anwendung kommt. Bei der körperlichen Fixierung wird die betroffene Person vom Pflegepersonal durch Festhalten immobilisiert. Der Patient wurde innerhalb der Psychiatrie von Securities körperlich festgehalten und bezeichnet dies als vertrauenserweckend sowie als gute Erfahrung. Die Securities werden vom Patienten als ruhig, bestimmend und gut ausgebildet beschrieben. Der Patient möchte lieber körperlich als mechanisch fixiert werden.

„Solange sie dich aber körperliche fixieren, zum Beispiel mit Securities, das habe ich auch schon öfters erlebt, das war immer ganz, wie soll ich sagen, die waren immer ganz vertrauenserweckend für mich. Also in Schweden, ich weiß nicht, wie das genau dort ist, wenn da jemand tobt, das ist dann die Frage mit dem Drauflegen. ... Ich kenne noch die Netzbetten von früher, die waren dann auf einmal

unmenschlich und dann machen sie jetzt nur noch die Fixierung. .. Ich kann das so schwer beurteilen.“ (Interview 11_Z, Pos. 64-71)

Z: “Ich würde gern sagen (,) wenn da jemand kommt, der irgendwie (,) also mir hat das …also im Spital XXX waren immer solche Securities da, das waren ganz coole Socken die Securities. (Pause)“
I: „Was haben die in ihnen ausgelöst?“
Z: „Die haben so eine gewisse Ruhe ausgestrahlt, wenn die so dastehen und dann sagen: so jetzt gibst du eine Ruhe. Wenn die dich dann zurückpfeifen, dann fühlt sich .. dann ist die Compliance aus meiner Sicht so, dass ich mich mit denen besser nicht anlege. Dann ist es nicht teuer. Also die wollen mir nichts Böses, die agieren gut, dass muss auch gut ausgebildetes Personal sein. Ich habe hier mit Securities immer recht gute Erfahrungen gemacht. Die waren immer ruhig, besonnen und zugleich bestimmend. Die haben ihr Handwerk gut verstanden. (Pause)“
I: „Sehr interessant (Pause). Wie haben sie die Medikamente wahrgenommen während der Fixierung.“
Z: „Also sicher kann man sagen, wenn man Medikamente bekommt … also eine Fixierung muss dann nicht immer sein … wie gesagt, wenn da Leute sind, die auf den Körper einwirken, dann ist das besser als eine Fixierung. (Pause) Die Frage sollte lauten wie lange eine Fixierung sein muss.“ (Interview 11_Z, Pos. 146-162)

5.5.8 Isolierzimmer

Patient*innen erwähnen als Alternative zur mechanischen Fixierung immer wieder das Isolierzimmer. Die Patient*innen kennen das Isolierzimmer aus der Jugendpsychiatrie, von Psychiatrien außerhalb Österreichs, von Gefängnissen sowie aus Filmen. Laut den Patient*innen hat die Isolierung den Vorteil, dass man sich in dem Raum frei bewegen kann, Zugang zu einer Toilette hat, essen sowie trinken kann und besser von äußeren Reizen abgeschirmt ist. Die Isolierung wird als weniger erniedrigend erlebt als die mechanische Fixierung.

„Mich einfach wegsperren, als mit Gurten anbinden. .. Ich weiß auch nicht genau. .. Ich will auf das WC gehen können, wenn ich es benötige, ich möchte was essen,

wenn ich Hunger habe. .. Ich möchte mich frei bewegen.“ (Interview 7_L, Pos. 66-68)

„Das ist ja wie im Film. Ich weiß nicht genau, aber wenn ich dort nicht fixiert werde und die auch wirklich wieder aufsperren .. dann hätte ich das lieber. Das ist eine super Idee… Dann habe ich auch die ganzen Köpfe nicht um mich herum, dann habe ich meine Ruhe. Beim Fesseln hört dir ja niemand zu. Dann würde ich mich dort hineinsetzen und .. ja, da hätte ich Ruhe und gefesselt wäre ich auch nicht. Das ist gut .. logisch (,) wieso gibt es sowas nicht, das ist doch viel angenehmer für die Patienten.“ (Interview 10_R, Pos. 216-222)

„Na ja (,) ich habe einmal einem in das Gesicht geschlagen, da bin ich im Gefängnis gelandet ohne Hemd und T-Shirt. Das war auch wie die Fixierung sehr erniedrigend, dort konnte ich wenigstens auf das WC gehen, bei der Fixierung nicht.“ (Interview 11_Z, Pos. 139-142)

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass die Anwendung der Isolierung individuell je nach Verhalten der betroffenen Person abgestimmt werden sollte. Des Weiteren wird erwähnt, dass es sich bei der Isolierung um eine ethische Gratwanderung handelt.

„Also so ein Gummizellen-Raum oder eine Fixierung ..na ja, wenn jemand tobt.. (Lachen) vielleicht hilft das individuell.“ (Interview 11_Z, Pos. 79-80)

„.. Na ja, das ist schwierig … sie haben sicher auch schon diese Filme gesehen mit dieser Gummizelle, aus den Filmen (,) halt vielleicht, sie wissen schon (,) aber das ist eine ethische Gratwanderung (,) das Wegsperren .. es waren ja meistens furchtbare Filme, nicht schön anzusehen. Ich weiß nicht so genau .. aber da könnte man sich wenigstens bewegen. Wer will diese Gurte wirklich haben .. und wann ist der richtige Moment?“ (Interview 6_V, Pos. 105-111)

Ein Patient findet sowohl die Isolierung als auch die mechanische Fixierung in Ordnung. Voraussetzung dafür ist, dass es sich um ein sicheres Isolierzimmer

handelt, in dem man sich nicht verletzen kann und dass die mechanische Fixierung nur von kurzer Dauer ist.

„Also das Isolierzimmer kann schwierig sein, und die mechanische Fixierung ist noch schwieriger. Das Isolierzimmer habe ich noch nicht richtig erlebt. Sie haben hier ein Zimmer, aber das ist kein richtiges Isolationszimmer, also keine Gummizelle oder so wie in der Kinderpsychiatrie. Also ich finde das Isolationszimmer okay, und wenn die mechanische Fixierung nicht länger als eine Nacht dauert, ist diese auch okay. Man muss verstehen, also wenn man einen Löwen in das Krankenhaus bringen möchte, das ist wirklich sehr schwer. Die Ärzte sagen, sie müssen hier bleiben, dann sagt man, nein, dann bekommt man Beruhigungsmittel und dann kann man wieder gehen ... Also sehr viel Ruhe zu haben ist angenehm, da ist das Isolierzimmer ganz gut, aber wenn jemand tobt, ich weiß nicht, das könnte vielleicht gefährlich sein. Wenn dort Möbel oder so drinnen sind, da könnte eventuell was passieren, dann muss man auch aufpassen.“ (Interview 5_P, Pos. 133-145)

Ein weiterer Vorteil der Isolierung besteht darin, dass diese mit keinen körperlichen Schmerzen verbunden ist. Wobei ein Patient darauf aufmerksam macht, dass man eventuell Gewalt benötigt, um die betroffene Person in das Isolierzimmer zu bekommen.

„Da kann man sich hinlegen oder sich bewegen, man kann besser bestimmen, wie lange man darin bleibt. Man macht sich was aus .. je nach dem, wie man sich benimmt. Dort gibt es auch eine Fensterscheibe, wo man reinschauen kann. Das ist viel besser als fixiert herumliegen .(…) Da gibt es keine Schmerzen. Man kann keine Schmerzen haben in dem Zimmer. Da kann man nur einsperren, sonst nichts. Dort braucht es keine engen Gurte.“ (Pause) (Interview 1_F, Pos. 165-171)

„… dann würde ich die Vierpunkt-Fixierung bevorzugen, um ehrlich zu sein, weil man schneller runterkommt. Jetzt rein von der Effektivität her. Von der Behandlungsmethode, dass man das mit Gewalt machen muss, das ist ja egal. Es ist auch das Gleiche beim Zimmer, da müssen sie dich auch erst hineinbekommen

.. weil alles funktioniert nur mit Gewalt, da würde ich die Fixierung in den Vordergrund setzen, das würde ich besser finden“ (Interview 3_Y, Pos. 139-144)

5.5.9 Partizipative Entscheidungsprozesse

Eine Patientin äußert das Bedürfnis, in Entscheidungsprozesse miteinbezogen zu werden. Das Nichtwahrgenommenwerden bei Entscheidungen und das Desinteresse gegenüber der Patientin werden als schlimm beschrieben.

„I: Möchten sie gefragt werden, welche Zwangsmaßnahem zur Anwendung kommt? F: Ja auf jeden Fall. Das Problem ist, man wird nicht gefragt. Die machen, was sie wollen. Die entscheiden über unsere Köpfe hinweg und das interessiert sie gar nicht mehr. Die machen einfach und tun einfach und fragen nicht einmal. Das ist das Schlimmste daran, wissen sie.“ (Interview 1_F, Pos. 179-183)

5.5.10 Nachbesprechungen

Durch die Aussagen der Patient*innen ist feststellbar, dass überwiegend keine Nachbesprechungen zur mechanischen Fixierung stattgefunden haben. Die Patient*innen fühlen sich ohne Nachbesprechung mit dem Thema mechanische Fixierung alleingelassen. Eine nachträgliche Aufklärung und Informationsgabe zum Geschehen der mechanischen Fixierung wird von den Patient*innen gewünscht.

„Da hat es nie eine Nachbesprechung gegeben. Das Thema wurde nie reflektiert oder wieder aufgegriffen. Höchstens, dass man gesagt hat, ich soll mich nicht mehr so aufführen. All die Jahre war das nicht.“ (Interview 12_T, Pos. 132-134)

„Mit gewissen Situationen und Abläufen tappt man dann im Dunkeln. Man bekommt einen Patientenbrief und einen Entlassungsbrief. Da wird nichts erklärt, was das jetzt ist und was das bedeutet. Die schreiben von Erstdiagnosen und solchen Sachen, von der Fixierung stand gar nichts.“ (Interview 11_Z, Pos. 121-124)

Eine Patientin mit einer Erinnerungslücke zur mechanischen Fixierung berichtet, dass sie eine Nachbesprechung angeboten bekommen hat. Jedoch hatte diese

Patientin das Angebot bewusst mit dem Argument abgelehnt, dass sie darüber nichts wissen wolle.

„In der Psychose will man zwar nicht immer wissen, was passiert ist (,) das ist ein Teil, der fehlt einem. Ein Pfleger hat ein bisschen erzählt und dann habe ich abgewunken, ich wollte gar nicht wissen, was alles passiert ist.“ (Interview 6_V, Pos. 88-91)

6. Diskussion

Diese Forschungsarbeit gibt einen vertieften qualitativen Einblick in das Erleben der Patient*innen hinsichtlich der mechanischen Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie. Dabei wird ersichtlich, dass die Patient*innen überwiegend psychische Belastungen in Form von Angst, Horror, Panik, Kontrollverlust und Traumatisierung sowie physische Belastungen wie Schmerz und Gewalt erleben. Ein positives Erleben in Form von Geborgenheit, Zufriedenheit und ein super Gefühl bei der mechanischen Fixierung findet nur in Ausnahmesituationen statt. Vonseiten der Patient*innen werden konstruktive Verbesserungsvorschläge zur mechanischen Fixierung genannt. Diese Ergebnisse werden unter Einbezug der aktuellen vergleichbaren Literatur kritisch und diskursiv betrachtet. Des Weiteren lassen sich neue und verbesserte pflegerische Strategien für den Umgang, den Einsatz, die Auswahl und die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ableiten. Schlussfolgerungen über die Qualität der Intervention werden ermöglicht. Der Informationsgewinn aus den Ergebnissen ermöglicht patientenorientierte Implikationsvorschläge für die Pflegepraxis. Fragen, welche sich aus den Forschungsergebnissen ableiten, werden für die Pflegeforschung als zukünftige Forschungsideen formuliert.

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit lassen Analogien zu anderen Studienergebnissen erkennen. Diesbezüglich zeigt das Systematic Review von Wostry und Schermann (2018) auf, dass auch im internationalen Vergleich ein prekäres Erleben der mechanischen Fixierung ersichtlich wird, welches mit negativen Gefühlen und Traumatisierungen einhergeht. Nur eine geringe Anzahl von Patient*innen erlebt bei der mechanischen Fixierung Schutz und Sicherheit.

6.1 Negative Gefühle

In der Literatur finden sich Beispiele, welche die „psychische Belastung“ des Prototyp 1 bestätigen. Die Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen beim Prototyp 1 auf, dass die mechanische Fixierung bei den Patient*innen mit

einem Erleben von Angst und Horror verbunden ist. Auch Brophy et al. (2016), Lanthén et al. (2015) und Frajo-Apor et al. (2011) verdeutlichen, dass Patient*innen ausgeprägte Angst erleben und die mechanische Fixierung als schrecklich wahrnehmen. Bei Lanthén et al. (2015) wird die mechanische Fixierung von den Patient*innen als Horrorshow bezeichnet. Die Unterkategorie Kontrollverlust und Panik sind beim Prototyp 1 durch das Erleben von Hilflosigkeit, Resignation, Ohnmacht und Verzweiflung geprägt. Dies ist auch in den Studienergebnissen von Frajo-Apor et al. (2011) mit dem Erleben von Ohnmacht und hilflosem Ausgesetztsein und Alleinsein erkennbar. Bei Wynn (2004) wird bei den Patient*innen während der mechanischen Fixierung das Erleben von Panik ersichtlich.

Aus den Interviews dieser Forschungsarbeit lässt sich durch die Beschreibungen der Patient*innen plausibel ableiten, dass im Erleben der mechanischen Fixierung Panik, Kontrollverlust und Angst vorkommen. Die Patient*innen berichten in den Interviews während der mechanischen Fixierung von physischer Gewalt, Schmerzen, Verletzungen, Ungerechtigkeit, unübersichtlichen Situationen und einer Übermacht an Pflegepersonen. Dies mündet darin, dass die mechanische Fixierung unter anderem einem Horrorfilm gleichgesetzt wird.

Damit das Erleben von Angst, Horror, Panik und Kontrollverlust reduziert werden kann, gilt es, mittels qualifizierter Pflege auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patient*innen einzugehen. Das Pflegepersonal soll den Patient*innen Sicherheit vermitteln.

Die physische Anwesenheit von Pflegepersonal während der mechanischen Fixierung sowie die kontinuierliche Informationsgabe zur Situation sind für die Patient*innen hilfreich, um Stress zu reduzieren. Dabei ist es vorteilhaft, wenn während der mechanischen Fixierung nur eine Pflegeperson zu der fixierten Person spricht. Patient*innen, die wissen, warum sie mechanisch fixiert werden und wie lange es dauern wird, erlangen dadurch einen Teil ihrer Selbstkontrolle zurück und fühlen sich während der mechanischen Fixierung wohler und sicherer (Lanthén et al., 2015).

6.2 Traumatisierung

Bei psychiatrischen Patient*innen handelt es sich um eine vulnerable Gruppe, die auf zusätzlich physische und psychische Belastungen besonders sensibel reagiert (Patientensicherheit Schweiz, 2021; Frueh et al. 2005). Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatherapie (DeGPT, 2021) macht darauf aufmerksam, dass einschneidende Lebensereignisse eine erhöhte Anfälligkeit für eine Traumatisierung in sich bergen. Stressvolle Situationen können das angeborene biologische Stresssystem überfordern und langfristig negative psychische als auch physische Spätfolgen hervorrufen. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, die gemachte Erfahrung angemessen zu verarbeiten und in ihrem Erlebnisschatz abzuspeichern. Ein gesunder Distanzaufbau zum Erlebten ist dann nicht mehr gewährleistet und die Betroffenen verharren auf einem erhöhten Stressniveau mit daraus resultierenden charakteristischen Spätfolgen.

In den Forschungsergebnissen dieser Arbeit wird beim Prototyp 1 ersichtlich, dass manche Patient*innen nach der mechanischen Fixierung eine Traumatisierung in Form von Alpträumen, tagelangen Schockzuständen und Angst vor weiteren Fixierungen aufweisen. In anderen Studienergebnissen wird ebenfalls von einer Traumatisierung sowie von einer Retraumatisierung der Patient*innen im Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung berichtet (Brophy et al., 2016; Knowles et al., 2015; Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015; Larue et al., 2013; Frajo-Apor et al., 2011). Somit ist davon auszugehen, dass eine durch die mechanische Fixierung indizierte Traumatisierung der Patient*innen sich negativ auf den psychiatrischen Langzeitverlauf auswirkt. Deshalb ist es wichtig, Traumatisierungen zu vermeiden. Je nach Lokalisation der zu mechanischen fixierenden Person in der Psychiatrie kann es passieren, dass Mitpatient*innen mitansehen müssen, wie Patient*innen immobilisiert und mechanisch fixiert werden. Whittington, Baskind und Paterson (2006) erläutern, dass auch Mitpatient*innen durch das Miterleben von Zwangsmaßnahmen traumatisiert werden können. Das Pflegepersonal ist laut Bonner et al. (2002) ebenfalls der Gefahr ausgesetzt, durch eine mechanische Fixierung traumatisiert zu werden.

In den Forschungsergebnissen dieser Arbeit berichtet eine Patientin von einer Retraumatisierung nach der mechanischen Fixierung durch den Anblick der Fixiergurte auf dem Bett. Damit solch eine Retraumatisierung vermieden wird, sollten unter Berücksichtigung des Gefahrenpotenzials nicht erforderliche Fixiergurte vom Bett entfernt werden und aus dem Blickfeld der Patient*Innen gebracht werden.

Nachbesprechungen sollen helfen, eine durch die Zwangsmaßnahme verursachte Traumatisierung zu verarbeiten. Guidelines empfehlen für die Praxis eine verpflichtende Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen. Mittels Nachbesprechungen soll die Patientenperspektive im weiteren Behandlungsverlauf berücksichtig und präventive Maßnahmen entwickelt werden (Ketelsen & Pieters, 2004; Petti et al., 2001). Die SAMW (2015) gibt der Nachbesprechung einen obligatorischen Stellenwert innerhalb des Prozedere von Zwangsmaßnahmen. Die Nachbesprechung soll nicht nur mit den Patient*innen erfolgen, sondern auch innerhalb des Teams stattfinden. Es gilt, die Durchführung und die prägnanten Inhalte der Nachbesprechung in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse dieser Arbeit wird auch von den Patient*innen der Verbesserungsvorschlag genannt, dass Nachbesprechungen mit Aufklärung und Informationsgabe zur mechanischen Fixierung gewünscht und als sinnvoll erachtet werden. Es gilt in dieser Forschungsarbeit kritisch zu beachten, dass ein Teil der interviewten Patient*innen nach der mechanischen Fixierung keine Nachbesprechung erhalten hat. Schulungen und eine Sensibilisierung des Pflegepersonals zur Thematik sollen helfen, dieses Defizit zu überwinden.

6.3 Gewalt und Schmerzen

Auch der Protoyp 2 physische Belastung mit seinen Unterkategorien Gewalt von Innen, Gewalt von außen und Schmerz sind in der Literatur vorhanden. Patient*innen erleben bei der mechanischen Fixierung eine unmenschliche Behandlung mit Gewaltanwendung (Wong et al., 2020; Knowles et al., 2015; Meyers et al. 2011; Frajo-Apor et al., 2011). Die in den Forschungsergebnissen von

den Patient*innen erlebte Gewalt von Innen, in Form des gegen die mechanische Fixierung ankämpfen, beschreibt auch die Studie von Knowles et al. (2015) und Wynn (2004). Patient*innen berichten, sich aktiv gegen die mechanische Fixierung gewehrt zu haben. Dabei haben die Patient*innen Gewalt gegen das Pflegepersonal angewendet. Die Durchführung der mechanischen Fixierung wird als Kampf beschrieben.

Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen beim Prototyp 2, dass die Patient*innen im Rahmen der mechanischen Fixierung Schmerzen erleben. Auch in anderen Studien (Wong et al., 2020; Knowles et al., 2015; Meyers et al. 2011; Frajo-Apor et al., 2011; Wynn, 2004) erleben Patient*innen Schmerz in Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung. Die Schmerzen kommen aufgrund der Durchführung als auch durch die Bewegungseinschränkung der mechanischen Fixierung zustande. Patient*innen berichten aufgrund der Fixiergurte, Verletzungen erlitten zu haben.

Es gilt kritisch zu hinterfragen, inwiefern Patient*innen bei der mechanischen Fixierung verletzt werden können. Damit es bei der mechanischen Fixierung zu keinen gewalttätigen und schmerzhaften Situationen kommt, benötigt es ausreichend qualifiziertes und geschultes Pflegepersonal im Umgang mit der Immobilisation von Patient*innen und dem korrekten Anlegen der Fixiergurte. Verpflichtende Schulungen für das Pflegepersonal im Umgang mit der mechanischen Fixierung sowie deren Vermeidung sollen mehrmals jährlich stattfinden. Das Pflegepersonal soll sich in Schulungssituationen der Selbsterfahrung einer Immobilisation und einer einhergehenden mechanischen Fixierung aussetzen. Dadurch soll das Pflegepersonal erkennen, was im Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung unangenehm und schmerzhaft ist.

Dieser Selbsterfahrungswert trägt dazu bei, in der Pflegpraxis adäquat zu handeln und somit eine Sicherheit während der mechanischen Fixierung zu gewährleisten. Während der mechanischen Fixierung benötigt es laut der DGPPN (2018) eine kontinuierliche intensive Betreuung und Überwachung. Zusätzlich soll regelmäßig geprüft werden, ob die Zwangsmaßnahme noch erforderlich beziehungsweise

gerechtfertigt ist. Die Patient*innen sollen in der Bewältigung ihrer Krise unterstützt werden.

6.4 Positives Erleben

Der Prototyp 3 Großartige Wohltat ist in der gegenwärtigen Literatur nur ansatzweise vorhanden. Insbesondere das Erleben von einem super Gefühl während der mechanischen Fixierung scheint in diesen Forschungsergebnissen einzigartig zu sein. Eventuell hat dieser Patient einen Fetisch für die mechanische Fixierung entwickelt. Der Patient beschreibt im Interview euphorisch wirkend, wie angenehm die Fixierung ist und dass die mechanische Fixierung gewünscht war. Die Unterkategorie Zufriedenheit, in der sich der Patient mit der mechanischen Fixierung rund um Einverstanden zeigt, ist nur bei Frajo-Apor et al. (2011) zu finden, wo eine Patientin absichtlich eine mechanische Fixierung provoziert hat und diese als angenehm bezeichnet. Die Unterkategorie Geborgenheit des Prototyp 3, in der der Patient von Ruhe und Schutz berichtet, spiegelt sich auch in den Ergebnissen von Lanthén et al. (2015), Frajo-Apor et al. (2011) und Wynn (2004) wider.

Zusätzlich überschneidet sich in dieser Forschungsarbeit die Unterkategorie Geborgenheit mit der Allgemeinen Kategorien der Prototypen 1 und 2 Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis sowie Erleichterung durch das Einschlafen. Der Unterschied zwischen der Unterkategorie Geborgenheit zu den Kategorien Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis sowie Erleichterung durch das Einschlafen liegt darin, dass der Prototyp 3 durchgehend ein positives Erleben bezüglich der mechanischen Fixierung aufweist. Wobei die Patient*innen, welche der Kategorien Ruhe, Schutz, Sicherheit und Verständnis sowie Erleichterung durch das Einschlafen zuzuordnen sind, zusätzlich ein überwiegend negatives Erleben zur mechanischen Fixierung aufweisen.

Bei Lanthén et al. (2015) und Frajo-Apor et al. (2011) erleben Patient*innen durch die mechanischen Fixierung Schutz vor selbstverletzendem Verhalten. Die mechanische Fixierung wird als unvermeidbar wahrgenommen. Bei Wynn (2004) gibt ein Teil der Patient*innen an, eine beruhigende Wirkung durch die mechanische

Fixierung erlebt zu haben. Des Weiteren hat die mechanische Fixierung Patient*innen vor fremdverletzendem Verhalten bewahrt.

Die Kategorie Erleichterung durch das Einschlafen verdeutlicht in den Forschungsergebnissen dieser Arbeit, dass ein Teil der Patient*innen das Einschlafen in der mechanischen Fixierung als hilfreich erlebt hat. Das Einschlafen ermöglichte den Patient*innen das vorübergehende Ausblenden der schrecklichen Erlebnisse im Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung. Diese Thematik ist in anderen Studienergebnissen nicht auffindbar.

Möglicherweise steht das Einschlafen auch in Zusammenhang mit der beruhigenden Medikation, welche Patient*innen zur mechanischen Fixierung erhalten. Ohne Medikamente wäre es für die Patient*innen sicherlich schwer, in einem angstbesetzten Zustand während der mechanischen Fixierung einzuschlafen. Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass ein Teil der Patient*innen aktiv gegen die mechanische Fixierung ankämpft, was wiederum zu Müdigkeit und einem erhöhten Schlafbedürfnis führt. Für die Pflege ist daraus abzuleiten, bei Bedarf schlaffördernde Interventionen für die fixierten Personen bereitzuhalten.

6.5 Deeskalation

Unter anderem nennen Patient*innen als Verbesserungsvorschlag das Anwenden von beruhigenden Berührungen. Patient*Innen betonen in den Forschungsergebnissen, dass von Pflegepersonen ausgehender sanfter Körperkontakt in Form von Berührungen vor und während der mechanischen Fixierung als hilfreich erlebt wird. Dieses Ergebnis scheint einzigartig zu sein und ist in weiterführender Literatur in Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung nicht auffindbar. Es lassen sich jedoch Ähnlichkeiten zu Therapeutic Touch erkennen. Bei älteren Menschen ist bekannt, dass durch Therapeutic Touch das Angstlevel reduziert und das Wohlbefinden gesteigert wird (Maksum et al. 2019; Alp & Yucel, 2017). Somit könnte der Einsatz von beruhigenden Berührungen in der Psychiatrie als Deeskalationsmaßnahme eingesetzt werden. Der Einsatz von

Berührungen muss jedoch kritisch betrachtet werden. Insbesondere Patient*innen mit psychotischen und paranoiden Zustandsbildern können auf beruhigende Berührungen eventuell paradox reagieren. Sack et al. (2009) führt fort, dass bei Menschen mit traumatischen Vorerfahrungen eine körperliche Berührung als Trigger für eine Retraumatisierung wirken kann.

In den Forschungsergebnissen dieser Arbeit wird bei der Kategorie Empathische Pflege von den Patient*innen verdeutlicht, dass Deeskalation und Informationsgabe durch das Pflegepersonal während der mechanischen Fixierung als wertvoll erlebt wird. Des Weiteren werden Nachbesprechungen und die Nicht-Anwendung von Gewalt von den Patient*innen als hilfreich erlebt. Diesbezüglich sind Ähnlichkeiten zu Lanthén et al. (2015) erkennbar, wo durch das anwesende Pflegepersonal bei den Patient*innen das Gefühl von Wärme und Sicherheit auftritt. Eine ausreichende Kommunikationsmöglichkeit wurde von den Patient*innen während der mechanischen Fixierung positiv wahrgenommen.

Insofern passt der in dieser Forschungsarbeit von den Patient*innen formulierte Verbesserungsvorschlag einer kommunikativen Deeskalation. Bereits im Vorfeld der mechanischen Fixierung sollte pflegerisch verbal deeskalierend auf die Patient*innen eingewirkt werden. Zusätzlich wünschen sich die Patient*innen vom Pflegepersonal konkrete Lösungsvorschläge, damit die mechanische Fixierung vermieden werden kann. Frick et al. (2018) empfehlen neben der Verbesserung der Sicherheitsinfrastruktur ein Deeskalationstraining für Mitarbeiter einzuführen.

Laut Richter (2014) benötigt Deeskalation Übung und regelmäßige Trainings. Der Aggressor soll aktiv in die Problemlösungsstrategie miteingebunden werden. Die Reduzierung von Zwang steht dabei im Vordergrund. Um Gewaltsituationen erfolgreich zu deeskalieren, sind laut Asikainen et al. (2020) gemeinschaftliche Anstrengungen als auch der Einsatz persönlicher Fähigkeiten erforderlich. Dazu zählen die Kommunikation und Selbstregulierung sowie die Einschätzung der Gefahr und Sicherheit. Das Fachpersonal muss sich bewusst sein, dass das eigene Verhalten Konfliktereignisse verstärken oder minimieren kann. Pajonk und D'Amelio (2016) machen darauf aufmerksam, dass es keine Musterlösung im Umgang mit Aggression und Agitation gibt. Für den Umgang mit aggressiven Situationen

benötigt es ein trainiertes und eingespieltes Team mit klarer Rollenaufteilung. Interventionen und Maßnahmen zur Deeskalation sind individuell einzusetzen und der Situation anzupassen. Insbesondere bei Fremdgefährdung gilt es, die Situation zu analysieren. Drohungen sollen ernst genommen und auf Selbstschutz geachtet werden. Fluchtwege sollen eingeplant und psychopharmakologische Medikamente unterstützend eingesetzt werden. Wenn notwendig, soll bei Gefahr Unterstützung angefordert werden. Nach Frick et al. (2018) und Gerdtz (2013) besteht ein wissenschaftlicher Mangel darüber, ob eingeführte Deeskalationsmaßnahmen Effektivität zeigen und sie zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

Der Einsatz von Psychopharmaka als medikamentöse Deeskalation wird von einem Teil der Patient*innen als weiterer Verbesserungsvorschlag zur mechanischen Fixierung genannt. Patient*innen präferieren in Akutsituationen lieber eine Medikation anstatt einer mechanischen Fixierung. Auch bei Kontio et al. (2012) bevorzugt ein Teil der Patient*innen die Gabe von Psychopharmaka, anstatt einer mechanischen Fixierung. In Bezug auf Psychopharmaka verdeutlichen Frajo-Apor et al. (2011), dass es diesbezüglich einen behutsamen Umgang benötigt. Manche Patient*innen schätzen eine Sedierung und für andere ist oft die Gabe einer (Zwangs-)Medikation der Auslöser für eine mechanische Fixierung.

Die unterschiedliche Haltung der Patient*innen gegenüber den Medikamenten ist auch in den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit ersichtlich. Ein Teil der Patient*innen empfindet die Gabe von Medikamenten zur mechanischen Fixierung als hilfreich, um Ruhe zu erlangen. Die anderen Patient*innen erleben Angst vor den Medikamenten und berichten aufgrund der Medikamentengabe von Gangunsicherheit, Orientierungslosigkeit sowie Kiefersperren. Auch bei Brophy et al. (2016) und Frajo-Apor et al. (2011) erleben Patient*innen aufgrund der Medikamentengabe zur mechanischen Fixierung Nebenwirkungen. Bei Larue et al. (2013) und Wynn (2004) empfinden Patient*innen die Medikamentengabe zur mechanischen Fixierung wiederum als hilfreich. Im pflegerischen Handeln gilt es diesbezüglich, individuell auf die Präferenzen der Patient*innen einzugehen.

Die Kategorie Unangenehme Atmosphäre macht darauf aufmerksam, dass Patient*innen während der mechanischen Fixierung schlechte Lichtverhältnisse,

Hektik und ein nervöses Pflegepersonal erleben. In Larue et al. (2013) wird der schlechte Komfort aufgrund der Fixiergurte thematisiert und bei Lanthe et al. (2015) redet das Pflegepersonal über den fixierten Patienten hinweg. Unangenehme Lichtverhältnisse während der mechanischen Fixierung werden in anderen Studien nicht erwähnt. Rohe et al. (2017) weisen darauf hin, dass Zwangsmaßnahmen und aggressive Vorfälle mit einer geeigneten und hochwertigen Architektur reduziert werden können. Dies gilt es vor allem bei Neugestaltungen von Psychiatrien zu berücksichtigen. Laut Dijkstra et al. (2008) sinkt das Stressniveau, wenn man Klinikräume mit Pflanzen ausstattet. Des Weiteren gilt es zu beachten, dass die Kombination von engen Räumen, einer großen Personenanzahl und Lärm den Stresslevel erhöht (Martimportugués-Goyenechea & Gómez-Jacinto, 2005).

6.6 Vertrauensverlust

In den Forschungsergebnissen wird unter der Kategorie Vertrauensverlust von den Patient*innen Hass gegen das Pflegepersonal erlebt sowie der Wunsch geäußert, nie wieder in die Psychiatrie zu müssen. Dies sind ernst zu nehmende Warnzeichen, dass sich die Patient*innen aufgrund der mechanischen Fixierung vom Pflegepersonal und der Psychiatrie distanzieren. Eventuell steht dieser Vertrauensverlaust auch in Zusammenhang mit den durch die mechanische Fixierung erlebten Traumatisierungen und negativen Gefühlen der Patient*innen. Vertrauensverlust in Form einer gebrochenen therapeutischen Beziehung sowie gegenüber der Institution ist auch in den Studien von Brophy et al. (2016), Knowles et al. (2015), Ling et al. (2015) und Frajo-Apor (2011) zu finden. Swartz et al. (2003) machen darauf aufmerksam, dass Zwangsmaßnahmen therapeutische Beziehungen schädigen oder zerstören können. Dadurch steigt die Gefahr, dass Patient*innen das Behandlungsprogramm abbrechen, was wiederum das Risiko einer Zwangsbehandlung erhöht. Insbesondere therapeutische pflegerische Beziehungen sind laut Barts (2005) in der Psychiatrie essenziell für eine optimale Betreuung und Behandlung der Patient*innen. Ein gutes Beziehungsverhältnis stellt an sich schon eine Therapie dar und nimmt Einfluss auf das Therapieergebnis. Frajo-Apor et al. (2011) weisen darauf hin, dass die Nachvollziehbarkeit, warum eine Zwangsmaßnahme zum Einsatz kommt, für die Patient*innen gewährleistet

sein soll. Durch diese Transparenz kann das Vertrauen der Patient*innen gegenüber dem Klinikpersonal gestärkt werden.
Somit gilt es, therapeutische Beziehungen sorgfältig und professionell zu pflegen. Dazu muss sich das Pflegepersonal der potenziellen Gefühlswelt von Patient*innen während einer mechanischen Fixierung und deren weitreichenden Folgen bewusst sein. Die Studien von Fereidooni Moghadam, Malek, Fallahi Khoshknab, Masoud, & Pazargadi, Mehrnoosh (2019), Vedena et al. (2018), Chapman et al. (2016) und von Bigwood und Crowe (2008) befassen sich qualitativ mit den Erfahrungen und Wahrnehmungen des Pflegepersonals bezüglich der mechanischen Fixierung. Fereidooni et al. (2019) und Vedena et al. (2016) zeigen auf, dass die Pflegepersonen sich bewusst sind, dass die mechanische Fixierung zu Verletzungen und zu einem therapeutischen Vertrauensverlust bei den Patient*innen führen kann.

Des Weiteren ist eine professionelle therapeutische Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patient*innen hilfreich, um in psychiatrischen Akutsituationen deeskalierend einzuwirken. Durch Beziehungsarbeit gewonnenes Vertrauen schafft Raum für Diskussion und durch das Anbieten von Alternativen, welche den Bedürfnissen der Patient*innen entsprechen, können Zwangsmaßnahmen vermieden werden. Trotz therapeutischer Beziehung und Deeskalationsversuchen kann es bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung zu einer mechanischen Fixierung kommen. Das Dasein der Pflegeperson und der Informationsgabe zum Geschehen während der mechanischen Fixierung soll darauf abzielen, das negative Erleben und dem mit der mechanischen Fixierung einhergehenden Vertrauensverlust zu reduzieren.

In solch einem Fall kann man davon ausgehen, dass bei einem Vertrauensverlust der Patient*innen gegenüber dem Pflegepersonal eine vorangegangen therapeutische Beziehung hilft, diesen Vertrauensverlust wieder schneller abzubauen.

6.7 Machtmissbrauch

In der Kategorie Unverständnis zeigen die Forschungsergebnisse, dass manche Patient*innen die mechanische Fixierung als sinnbefreit, nutzlos und als ungerechtfertigt erachten. Unter anderem tritt im Erleben das Gefühl einer menschenunwürdigen Behandlung auf. Von einer Patient*in wird dem Pflegepersonal vorgeworfen, Patient*innen mechanisch zu fixieren, um weniger arbeiten zu müssen.

Brophy et al. (2016), Frajo-Apor et al. (2011) und Meyers et al. (2010) zeigen bei der mechanischen Fixierung im Erleben der Patient*innen ebenfalls eine Unmenschlichkeit sowie Verletzung und Respektlosigkeit gegenüber der Menschenwürde auf.

Dass Zwang in Form einer mechanischen Fixierung einer menschenunwürdigen Behandlung gleichkommt, ist im negativen Erleben der Patient*innen in dieser Forschungsarbeit plausibel nachvollziehbar. Ein Großteil der Patient*innen spricht sich gegen die mechanische Fixierung aus. Das Erleben einer menschenunwürdigen Behandlung kann den Patient*innen nicht mehr genommen werden. Jedoch kann eine kontinuierliche Informationsgabe zur aktuellen Situation vor und während der mechanischen Fixierung das negative Erleben der Patient*innen entschärfen. Des Weiteren bietet eine Nachbesprechung zur mechanischen Fixierung eine Möglichkeit, das erlebte Unverständnis der Patient*innen nachträglich erträglicher zu machen.

Dass Patient*innen die mechanische Fixierung als ungerechtfertigt erleben, kann aufgrund des veränderten Realitätsbezugs der psychiatrischen Patient*innen zum Beispiel auf eine Psychose zurückgeführt werden. Jedoch gilt es zu beachten, dass psychiatrische Pflegepersonen sich in einer Position befinden, in der Machtmissbrauch möglich ist und in der Geschichte der Psychiatrie bereits immer wieder stattgefunden hat. Insbesondere bei kritischen Aussagen der Patient*innen gegenüber der Psychiatrie wird oft auf das psychiatrische Krankheitsbild der Patient*innen hingewiesen, was eindeutig einer Stigmatisierung gleichkommt. Wynn (2004) deutet ebenfalls an, dass die mechanische Fixierung vom

Pflegepersonal missbräuchlich als Machdemonstration eingesetzt wird. Mehrere Patienten*innen berichteten von der Gefahr bei Fehlverhalten oder dem nicht Befolgen von Anweisungen mechanisch fixiert zu werden. Des Weiteren bestand nach der Fixierungsbeendigung Angst vor weiteren mechanischen Fixierungen. Bei Vedana et al. (2018) berichten Pflegepersonen, dass die mechanische Fixierung nicht nur bei selbst- oder fremdgefährdenden Verhalten angewendet wird. Die mechanische Fixierung wird bei einem Teil des Pflegepersonals als erzieherische und bestrafende Methode angesehen.

Die Aussage von den Patient*innen in dieser Forschungsarbeit, dass die mechanische Fixierung ungerechtfertigter Weise angewendet wird, kann somit als Machtmissbrauch in der Psychiatrie gewertet werden. Utz (2011) weist daraufhin, dass institutionelle und organisatorische Strukturen dazu beitragen, den Machtmissbrauch zu begünstigen. Deshalb liegt die Verantwortung bei den Institutionen, sie sollen Rahmenbedingungen schaffen, die darauf abzielen, Machtmissbrauch zu reduzieren.

6.8 Schutz der Grundbedürfnisse

Nach Maslow (1970) gibt es physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, soziale Bedürfnisse, Individualbedürfnisse sowie das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Henderson (1977) hebt hervor, dass die Wahrung der Grundbedürfnisse der Patient*innen pflegerisch essenziell ist.

Durch diese Forschungsarbeit wird ersichtlich, dass bei der mechanischen Fixierung gemäß den Aussagen der Patient*innen in dieser Studie eine Verletzung von Grundbedürfnissen auf physiologischer, sozialer und individueller Ebene stattfindet. Dass während der mechanischen Fixierung Patient*innen Hunger, Durst und das Bedürfnis nach einer Toilette erleben, wird auch in den Studien von Wong et al. (2020), Kontio et al. (2012) und Frajo-Apor et al. (2011) ersichtlich. Patient*innen erleben einen Kommunikations- und Informationsmangel während der mechanischen Fixierung (Brophy et al., 2016; Ling et al., 2015; Kontio et al.,

2012; Mayers et al. 2010). Bei Frajo-Apor et al. (2011) wird ebenfalls von einer Verletzung der Privatsphäre berichtet.

Die Resultate dieser Forschungsarbeit werfen die Fragen auf, wie es dazu kommen kann, dass in Österreich Patient*innen während einer mechanischen Fixierung in ihrem eigenen Urin und Exkrementen liegen, dass die Rufglocke fehlt, dass es pflegerische Kommunikations- und Sozialdefizite gibt sowie in Mehrbettzimmern mechanisch fixiert wird?

Lösungsansätze zur Abdeckung der Grundbedürfnisse sind in den Verbesserungsvorschlägen dieser Forschungsarbeit vorhanden. Patient*innen wünschen sich einen würdevollen Umgang. Ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal soll empathisch und bedürfnisorientiert auf die Patient*innen eingehen. Eine Sensibilisierung der Thematik mechanische Fixierung soll erfolgen. Des Weiteren wird der Wunsch nach ausreichend Kommunikation geäußert sowie das Bereitlegen der Rufglocke.

Beim Verbesserungsvorschlag Kontrolle wünscht sich ein Patient Kontrollorgane, welche sich in die Psychiatrie einschleusen, um Missstände aufzudecken. Solch ein Verbesserungsvorschlag ist in der Literatur nicht zu finden. Die Eppendorfer Zeitung für Psychiatrie und Soziales (2019) berichtet jedoch von einer TV-Reportage, bei dem sich investigative Reporter mit versteckter Kamera und vorgetäuschten psychiatrischen Symptomen in Psychiatrien in Deutschland einweisen haben lassen. In diesen Psychiatrien wurden menschenverachtende Missstände aufgedeckt. Diese TV-Reportage hat dazu beigetragen, patientenorientierte Veränderungen in einem Teil der betroffenen Psychiatrien zu erwirken. Diesbezüglich ist es eine Überlegung wert, für die Zukunft neben der Patient*innenanwaltschaft eine offizielle Task-Force einzurichten, welche unangekündigte Kontrollbesuche in Psychiatrien durchführen darf. Bei entdeckten Missständen erteilt die Task-Force für die betroffene Psychiatrie verpflichtende Verbesserungsvorschläge und Schulungsprogramme. Psychiatrien und das dortige Personal sollen die Task-Force nicht als Gegner ansehen, sondern als eine Stütze, die hilft, das eigene Arbeiten besser zu reflektieren. Das Aufdecken von Missständen durch eine offizielle Task-Force soll betroffene Entscheidungsträger

zu Reformen drängen, was insbesondere in Institutionen mit veralteten Traditionen und Gepflogenheiten meist nur schwer bis nicht möglich ist.

6.9 Traditionen und Gepflogenheiten

Patient*innen fordern in dieser Forschungsarbeit als Verbesserungsvorschlag, dass die Gepflogenheiten und Traditionen in der Psychiatrie hinterfragt werden müssen. Alte Strukturen gehören aufgebrochen. Dazu benötigt es aus Sicht einer Patientin pflegewissenschaftliche und medizinische Forschung. Das psychiatrische Pflegepersonal soll professionell ausgebildet sein. Menschlichkeit, kritisches Denken, Reflexionsbereitschaft, Teamfähigkeit und Lebenserfahrung sollen beim Pflegepersonal obligat sein. Zum Thema mechanische Fixierung sollen ein öffentlicher Diskurs sowie eine Reformierung stattfinden. Des Weiteren betont ein Patient, dass die Machtlosigkeit der Patient*innen in der Psychiatrie beendet gehört. Die von der Patientin genannten Verbesserungsvorschläge finden sich auch in der Literatur wieder. Bereits DiCenso, Cullum & Ciliska (1998) machen darauf aufmerksam, dass Pflegepersonen klinische Entscheidungen aufgrund von evidenzbasierter Forschung und klinischer Expertise treffen sollen. Ein Teil des Pflegepersonals sieht laut Bigwood & Crowe (2008) in der mechanischen Fixierung einen integralen, nicht vermeidbaren und kulturell geprägten Bestandteil der psychiatrischen Pflege. Diese Haltung des Pflegepersonals gilt es zu hinterfragen. Insbesondere dann, wenn Selbstreflexion ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Pflege sein soll. Die mechanische Fixierung als unvermeidbar anzusehen, kann dazu führen, deren Einsatz verfrüht zu legitimieren. Es ist wünschenswert, wenn in der Haltung des Pflegepersonals erkennbar wird, dass die mechanische Fixierung das letzte Mittel der Wahl ist, und das Personal bemüht ist, die mechanische Fixierung bestmöglich zu reduzieren und zu vermieden. Via-Clavero et al. (2019) zeigen auf, dass auch ein Teil des Pflegepersonals sich gegen die mechanische Fixierung ausspricht. Jedoch befindet sich das Pflegepersonal in einem institutionellen Rahmen, welcher Machtlosigkeit erzeugt und Veränderungen nur schwer zulässt. Sashidharan et al. (2019) machen darauf aufmerksam, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie um ein globales Problem handelt.

Gesetzesänderungen allein lösen die Problematik nicht. Vielmehr benötigt es eine grundlegende Änderung der Kultur innerhalb der Psychiatrie.

6.10 Auswahlmöglichkeit und Partizipation

Neben der mechanischen Fixierung existieren auch noch andere Zwangsmaßnahmen. Die Forschungsergebnisse dieser Arbeit zeigen auf, dass sich ein Teil der Patient*innen die Isolierung und die körperliche Fixierung als Alternative zur mechanischen Fixierung wünscht. Insbesondere die singuläre Anwendung der mechanischen Fixierung in der österreichischen Psychiatrie lässt keinen Spielraum offen, um in Akutsituationen individuell als auch partizipativ und bedürfnisorientiert auf Patient*innen einzugehen. Die Auswahlmöglichkeit in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie zwischen einer mechanischen Fixierung, körperlichen Fixierung und Isolierung fehlt.

Betrachtet man die durchschnittliche Dauer dieser Zwangsmaßnahmen, lässt sich bei einer Implementierung solcher Alternativen ein Potenzial erkennen, die Dauer der Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Laut Furre et al. (2016) dauert in Norwegen die mechanische Fixierung durchschnittlich 3,5 Stunden, eine Isolierung 30 Minuten und die körperliche Fixierung zehn Minuten. Diese Ergebnisse beruhen auf einer Auswertung von 2.277 Zwangsanwendungen. 79 % der Patient*innen wurden dabei körperlich fixiert, 13 % mechanisch fixiert, 6 % isoliert und 2 % wurden mit Psychopharmaka zwangsbehandelt. Das Systematic Review von Gleerup et al. (2019) weist daraufhin, dass Patient*innen vermehrt die Isolierung, anstatt einer mechanischen Fixierung bevorzugen. Die Auswahl der Zwangsmaßnahmen sollte individuell nach Patient*innen-Präferenz erfolgen.

Der Wunsch nach aktiver Mitbestimmung wird von einem Patient in den Forschungsergebnissen dieser Arbeit unter dem Verbesserungsvorschlag Partizipative Entscheidungsprozesse verdeutlicht. Für die Patient*innen ist es wichtig, eine Beteiligung und Mitspracherecht bei der psychiatrischen Behandlung zu haben (Soininen et al., 2013). Psychiatrische Patient*innen sollen nach Knuf et al. (2007) durch Empowerment befähigt werden, aktiv ihre Behandlung

mitzugestalten. Patient*innen sind keine passiven Hilfeempfänger*innen, sondern mündige Behandlungspartner*innen. Durch eine aktive Partizipation der Patient*innen während der psychiatrischen Behandlung ist eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen möglich (Renberg & Sandlund, 2019). Die therapeutische Beziehung wird durch Shared Decision Making, bedürfnisorientiertes Arbeiten und Behandlungsvereinbarungen gestärkt (DGPPN, 2018). Erfahrungsberichte zeigen auf, dass Behandlungsvereinbarungen das Potenzial einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und einer verkürzten psychiatrischen Aufenthaltsdauer beinhalten (Khazaal et al., 2014). Es wird empfohlen, gemeinsam mit den Patient*innen eine schriftliche Behandlungsvereinbarung auszuarbeiten. Darin soll für den Notfall explizit festgehalten werden, welche Deeskalationsstrategien sinnvoll sind, was für Medikamente und welche Zwangsmaßnahmen bevorzugt werden (Borbé 2016; Gather et al., 2016). Zugleich gilt es zu berücksichtigen, dass ein ethisches Spannungsfeld entstehen kann, indem manche Patient*innen alle Hilfsangebote der Psychiatrie ablehnen. Optimistisch betrachtet ist davon auszugehen, dass die Adhärenz der Patient*innen durch die Partizipation bei Entscheidungsprozessen gesteigert wird. Insbesondere die individuelle Auswahlmöglichkeit von verschiedenen Zwangsmaßnahmen kann zu einer verbesserten Patient*innen-Adhärenz und somit zu einer Reduktion von durch Zwangsmaßnahmen verursachten Traumatisierungen führen.

7. Resümee für die Forschung und Praxis

7.1 Limitationen

Für diese Forschungsarbeit wurden zwölf Interviews im Wiener Gesundheitsverbund durchgeführt. Für die psychiatrische Versorgungslandschaft von Wien stellen die Forschungsergebnisse eine wichtige Informationsquelle dar, um den Umgang mit Zwangsmaßnahmen zu überdenken und patientenoptimierter zu gestalten.

Mit zwölf Interviews konnten drei Prototypen, acht allgemeine Kategorien und zehn Verbesserungsvorschläge erstellt werden. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde eine ausreichende Datensättigung erreicht. Eine größere Interviewanzahl hätte eventuell weitere Forschungsergebnisse ermöglicht und die Heterogenität und Varianz der Interviewteilnehmer erhöht.

Die finanzielle Ausstattung der Psychiatrien in den österreichischen Bundesländern variiert. Dies führt zu unterschiedlichen pflegerischen Schulungsangeboten, Stationskonzepten und Personalressourcen. Des Weiteren weisen die Bundesländer vermutlich unterschiedliche Traditionen und Gepflogenheiten in der psychiatrischen Versorgungslandschaft auf. Eine Ausweitung der Stichprobe auf die anderen österreichischen Bundesländer könnte weitere Unterschiede im Erleben der Patient*innen sichtbar machen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Patient*innen, welchen im stationären Setting befragt werden, unter dem Einfluss von Psychopharmaka stehen, ist sehr hoch. Diesbezüglich kann die Erinnerung der Patient*innen an das Erleben der mechanischen Fixierung verzerrt werden. Psychopharmaka können zu Erinnerungslücken und zu einer Abschwächung der Konzentrations- und Merkfähigkeit führen. Das Risiko, dass Patient*innen das Interview aufgrund von Medikamenteneinfluss frühzeitig abbrechen oder kurzhalten, ist erhöht. Des Weiteren hat auch das jeweilige Krankheitsbild nach ICD-10 Einfluss auf das

Erleben der Patient*innen. Insbesondere psychotische Zustände können das Erleben der mechanischen Fixierung dramatisieren, verharmlosen sowie Erinnerungslücken auslösen.

Die Interviews haben zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach der mechanischen Fixierung stattgefunden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit haben Patient*innen mit großem zeitlichem Abstand zur mechanischen Fixierung eine geringere Erinnerung an das Erleben als Patient*innen mit kurzem zeitlichem Abstand.

In den Interviews hat sich herausgestellt, dass manche Patient*innen nur einmal und andere mehrmals mechanisch fixiert wurden. Es ist davon auszugehen, dass Patient*innen, welche nur einmal einer mechanischen Fixierung ausgesetzt waren, ein anderes Erleben aufweisen als Patient*innen, welche schon mehrmals mechanisch fixiert wurden. Eventuell hat ein Teil der Patient*innen nur deshalb ein positives Erleben während der mechanischen Fixierung angegeben, um der sozialen Erwünschtheit zu entsprechen.

Im Sinne einer kommunikativen Validierung und der Sicherung einer hochwertigen Qualität der Ergebnisse hat es einen regelmäßigen Austausch zwischen der Supervisorin und dem Autor dieser Forschungsarbeit gegeben. Dabei wurde im Rahmen des Forschungsprozesses die Heranführung an die Thematik, die gewählte Methodik und die Ergebnisse sorgfältig analysiert, diskutiert und in Beziehung gesetzt.

7.2 Relevanz für die Pflegeforschung

In den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit berichten Patient*innen im Vorfeld als auch während der mechanischen Fixierung von hilfreichen und beruhigenden Berührungen. Da es sich dabei um neue wissenschaftliche Erkenntnisse handelt gilt es die Forschung zu dieser Thematik zu intensivieren. Insbesondere Forschung im Zusammenhang von Deeskalation und Therapeutic Touch könnten neue Impulse für die psychiatrische Pflegepraxis hervorbringen und dazu beitragen die

Anwendung der mechanischen Fixierung zu reduzieren beziehungsweise diese erträglicher zu gestalten.

Die in den Ergebnissen aufgezeigten Prototypen eröffnen weitere Forschungsschwerpunkte. Ein Forschungsschwerpunkt soll sich auf die psychische Belastung konzentrieren. Dabei sollen alle Determinanten bei der mechanischen Fixierung im Detail erforscht werden, welche Einfluss auf das Erleben von Angst, Horror, Kontrollverlust, Panik und Traumatisierung nehmen. Beim zweiten Forschungsschwerpunkt stehen die physische Belastung mit der Gewalt von außen und innen sowie Schmerzen während der mechanischen Fixierung im Vordergrund. Die Großartige Wohltat des dritten Prototyp mit dem Erleben von einem super Gefühl, Geborgenheit und Zufriedenheit während der mechanischen Fixierung bildet den dritten Forschungsschwerpunkt. Diese drei Forschungsschwerpunkte sollen ebenfalls darauf abzielen pflegewissenschaftlich fundierte Strategien zu entwickeln, welche das Erleben der Patient*innen während der mechanischen Fixierung erträglicher machen. Wenn eine mechanische Fixierung nicht vermeidbar ist, dann soll die psychische und physische Belastung bestmöglich reduziert und positives Erleben gefördert werden.

Des Weiteren gilt es Deeskalationsstrategien, Nachbesprechungen, Behandlungsvereinbarungen und Alternativen zur Reduzierung der mechanischen Fixierung zu verbessern, implementieren, evaluieren und auf ihre Effektivität hin zu erforschen. Diesbezüglich bedarf es qualitativer und quantitativer Forschung.

Pflegepersonen nehmen im Erleben der Patient*innen während der mechanischen Fixierung eine zentrale Rolle ein. Pflegepersonen sind maßgeblich daran beteiligt, ob es während der mechanischen Fixierung bei den Patient*Innen zu einer Verletzung der Grundbedürfnisse kommt, Vertrauensverlust, Machtmissbrauch oder positives Erleben stattfindet. Dahingehend ist es interessant das Erleben und die Sichtweise des Pflegepersonals hinsichtlich der mechanischen Fixierung zu erforschen. Ein weiteres Forschungsziel dazu wäre es herauszufinden inwiefern Pflegepersonen sich dem Erleben während der mechanischen Fixierung aus der Patient*innenperspektive bewusst sind. Diesbezügliche Forschungsergebnisse können wichtige Hinweise zur Verbesserung der Pflegepraxis während der

mechanischen Fixierung beinhalten. Des Weiteren besteht die Möglichkeit mit Hilfe der Ergebnisse das Pflegepersonal zur Thematik mechanische Fixierung zu sensibilisieren sowie Schulungsinhalte zur mechanischen Fixierung in der Aus - und Weiterbildung zu optimieren.

Patient*innen wünschen sich laut dieser Forschungsarbeit eine Auswahlmöglichkeit von unterschiedlichen Zwangsmaßnahmen. Die bisherige pflegewissenschaftliche Studienlage zur körperlichen Fixierung und Isolierung ist gering. Somit benötigt es mehr Forschung über die körperliche Fixierung und Isolierung als Alternative zur mechanischen Fixierung. Die primäre, singuläre Anwendung der mechanischen Fixierung in der österreichischen Erwachsenenpsychiatrie scheint traditionell geprägt zu sein. Diesbezüglich bedarf es insbesondere Forschung im Bereich der historischen psychiatrischen Entwicklung in Österreich als auch des Leaderships. Die Implementierung alternativer Zwangsmaßnahmen zur mechanischen Fixierung sowie neuer Guidelines hat unter Berücksichtigung eines professionellen pflegewissenschaftlichen Change-Managements zu erfolgen.

Mittels strukturierten Nachbesprechung nach Isolierungen ist es gelungen, die Häufigkeit und Dauer der Isolierungen zu reduzieren (Goulet et al., 2017; Whitecross et al., 2013). Diesbezüglich eröffnet sich ein Forschungsfokus über die Effektivität von Nachbesprechungen bei mechanischen Fixierungen. Ein weiteres relevantes Forschungsinteresse dazu wäre, inwiefern sich Traumatisierungen aufgrund von mechanischen Fixierungen mit Nachbesprechungen reduzieren lassen.

Bei Wietschorke (2017) ist Architektur mehr als ein Spiegel der Gesellschaft. Es soll vermehrt die Raumstruktur auf ihre soziale Effektivität hin untersucht werden. Richter & Hoffmann (2014) machen darauf aufmerksam, dass die aktuelle Literatur zur architektonischen Gestaltung von Psychiatrien von subjektiven Erfahrungswerten geprägt ist. Es lässt sich nicht evidenzbasiert feststellen, welche architektonische Maßnahme explizit positive Auswirkungen auf das Verhalten der Patient*innen hat.
Insofern gilt es die Stationsarchitektur als Determinante zur Reduzierung von mechanischen Fixierungen zu untersuchen.

Der in den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit aufgezeigte Wunsch der Patient*innen nach Partizipation bei Entscheidungsprozessen soll auch in der Pflegeforschung Anwendung finden. Laut Laure et al. (2013) und Mayers et al. (2010) soll zukünftige Forschung über die mechanische Fixierung aktiv Erfahrungswissen von Betroffenen berücksichtigen. Dazu ist eine partizipative Forschung mit Patient*innen wünschenswert.

7.3 Relevanz für die Pflegepraxis

In Anlehnung an den ersten und zweiten Prototyp dieser Forschungsarbeit lassen sich für die Pflegepraxis zwei wichtige pflegerische Interventionsfelder erkennen. Das erste pflegerische Interventionsfeld umfasst die Reduzierung der psychischen Belastung der Patient*innen während und nach der mechanischen Fixierung. Die Vermeidung der physischen Belastung während der mechanischen Fixierung stellt das zweite pflegerische Interventionsfeld dar. In Bezug auf die psychische Belastung soll in der Pflegepraxis das Erleben von Angst, Panik, Kontrollverlust und Traumatisierungen bei Patient*innen verhindert werden. Die Reduzierung von Gewalt und Schmerzen zielt darauf ab die physische Belastung der Patient*innen bei der mechanischen Fixierung bestmöglich zu vermeiden. Des Weiteren gilt es die Wahrung der Grundbedürfnisse der Patient*innen während der mechanischen Fixierung zu gewährleisten. Ein Vertrauensverlust der Patient*innen gegenüber der Psychiatrie und dem Personal soll durch eine tragfähige und empathische Pflegebeziehung vermieden werden. Während der mechanischen Fixierung ist auf eine ausreichende Kommunikation und Informationsgabe für die Patient*innen zu achten. Die Dauer der mechanischen Fixierung soll so kurz wie möglich sein. Patient*innen zeigen in den Forschungsergebnissen dieser Arbeit hinsichtlich der mechanischen Fixierung auf, dass sie sich in der Pflegepraxis Reformen und Alternativen wünschen. Primäres Ziel ist es, Zwangsmaßnahmen mittels Deeskalation gänzlich beziehungsweise bestmöglich zu reduzieren. Wenn eine Zwangsmaßnahme nicht vermeidbar ist, soll eine Auswahlmöglichkeit in Form einer mechanischen Fixierung, körperlichen Fixierung und eines Isolierzimmers möglich sein. Patient*innen sollen im Entscheidungsprozess, welche Zwangsmaßnahme zum Einsatz kommt, miteinbezogen werden. Das Pflegepersonal soll sich den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit bewusst sein, um in der Pflegepraxis patientenorientiert zu handeln.

Damit die Pflegepraxis den Anforderungen der Patient*innen gerecht wird, bietet sich ein Konglomerat an pflegerischen Maßnahmen an, welches teilwiese im Verlauf der Diskussion (siehe Kapitel 6) bereits vorgestellt wurden. Damit diese Maßnahmen konsequent umgesetzt werden, benötigt es in der österreichischen Psychiatrie verpflichtende Guidelines. Diesbezüglich könnte sich Österreich an

ethischen Richtlinien orientieren, wie sie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2015) sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN, 2018) für Zwangsmaßnahmen vorgeben. Es gilt, diese Guidelines regelmäßig mit dem aktuellen Stand der Pflegewissenschaft zu aktualisieren. Mindeststandards wie zum Beispiel qualifiziertes Pflegepersonal, Deeskalation, partizipative Entscheidungsfindung, Behandlungsvereinbarung, angepasstes Umfeld, die kontinuierliche pflegerische Überwachung mit einhergehender Kommunikationsmöglichkeit, Nachbesprechungen, Dokumentation sowie die Abdeckung der Grundbedürfnisse während der mechanischen Fixierung wären somit geregelt.

Bei der mechanischen Fixierung handelt es sich um eine komplexe Intervention. Die Einflussfaktoren, die dazu beitragen, die mechanische Fixierung bestmöglich zu reduzieren und zu verhindern, sind dementsprechend vielfältig und setzen auf verschiedenen Ebenen der Pflege an. Nachstehend werden diesbezüglich weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Pflegepraxis in Bezug zur mechanischen Fixierung beschrieben.

Ein Schwerpunkt für die Pflegepraxis liegt in der konzeptuellen Deeskalation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Die Implementierung von Konzepten, wie die Six-Score-Strategie (Huckshorn, 2004) und das Safewards-Model (Bowers et al., 2015), ist für die Pflegepraxis wünschenswert. Die Six-Score-Strategie (Putkonen et al., 2013) hat in einer randomisierten und kontrollierten Studie signifikant dazu beigetragen, die Dauer und Anzahl von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Im Rahmen der Six-Score-Strategie, wurde als erstes der Ist-Zustand auf den psychiatrischen Stationen analysiert. Anschließend ist das Management sowie das Pflegepersonal über die Risiken von Zwangsmaßnahmen in Kenntnis gesetzt worden. Mittels des partizipativen Ansatzes wurden mit dem Pflegepersonal und den Patient*innen individuelle Strategien zur Reduzierung von Zwang ausgearbeitet. Es erfolgte eine assistierte Implementierungsphase der neuen Interventionen auf den Stationen. Patient*innen haben wöchentlich das Pflegepersonal über ihre Erfahrungen von Gewalt und Zwang, deren Auslöser sowie über effektive Beruhigungsstrategien informiert. Im multiprofessionellen Team wurde mit den Patient*innen die Stationsregeln hinterfragt und erneuert sowie

Strategien besprochen, um Angst und Zwang zu reduzieren. Zusätzlich fand mit kreativen Workshops eine erleichterte Annäherung an das Thema Zwang und Gewalt statt. Eine Dokumentation über Dauer und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen wurde geführt. Gemeinsam mit den Patient*innen wurden individuelle Krisenpläne erstellt. Die Krisenpläne haben das Ziel, bei Frühwarnzeichen von Aggression bereits mit beruhigenden und deeskalierenden Strategien frühzeitig zu intervenieren. Täglich wurden im multiprofessionellen Team Vorfälle von Aggression sowie dazu eingesetzte Interventionen besprochen und evaluiert. Das Safewards-Modell zeigte in der Studie von Fletcher et al. (2017) ebenfalls positive Effekte in der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen. Das Safewards-Modell beinhaltet zehn Interventionen. Gegenseitige Erwartungen sollen geklärt werden, damit die Ziele der Patient*innen als auch des Pflegepersonals berücksichtig werden. Diese Erwartungen werden als Poster gestaltet und in der Station aufgehängt. Es wird auf eine verständnisvolle Kommunikation sowie auf eine deeskalierende und positive Gesprächsführung geachtet. Bei belastenden Nachrichten erhalten Patient*innen therapeutische Unterstützung. Zur Förderung der therapeutischen Beziehung wird auf ein ehrliches gegenseitiges Kennenlernen zwischen Pflegepersonal und Patient*innen wert gelegt. Regelmäßige gemeinsame Unterstützungskonferenzen dienen dazu, im moderierten Rahmen Dank und Unterstützung zu ermöglichen sowie offene Fragen zu klären. Konflikte werden gemeinsam nachbesprochen, damit alle Beteiligten wieder ein Gefühl der Sicherheit erhalten. Patient*innen hinterlassen für nachfolgende Patient*innen eine Entlass-Nachricht, die darauf abzielt, Hoffnung zu geben.

Eine weitere Möglichkeit der Reduzierung von Gewaltereignissen und damit einhergehenden mechanische Fixierungen bietet die Implementierung der Brøset-Gewalt-Checkliste zur Einschätzung des aktuellen Aggressionspotenzials bei Patient*innen in der Erwachsenenpsychiatrie. Die Brøset-Gewalt-Checkliste kommt bei allen Patient*innen täglich, zweimal innerhalb der ersten drei Tage der Aufnahmephase und anschließend bei Bedarf zur Anwendung. Dabei werden von Pflegepersonen sechs Verhaltensweisen (verwirrt, reizbar, lärmig, körperliches Drohen, verbales drohen, Angriff auf Gegenstände) mit Punkten auf einer visuellen Analogskala bewertet. Je nachdem, ob ein sehr geringes oder sehr hohes Risiko besteht, bietet die Brøset-Gewalt-Checkliste deeskalierende Interventionen an, die

im Team besprochen und bei Bedarf umgesetzt werden. Die Anwendung und Implementierung der Brøset-Gewalt-Checkliste in der Pflegepraxis ist einfach und kostengünstig (Abderhalden et al., 2008).

Des Weiteren ist es in der Pflegpraxis wichtig, Phänomene der Gewalt systematisch zu dokumentieren und zu melden. Aus den daraus gewonnen Daten können sich neue Strategien zur Prävention von Gewalt ableiten lassen (Liesche, 2020). In Bezug auf die Auswertung der Dokumentation von Zwangsmaßnahmen lassen sich lösungsorientierte Ansätze zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland und der Schweiz finden, wo ein freiwilliges quantitatives Benchmarking für Zwangsmaßnahmen etabliert ist. Dieser Vergleich der Kliniken hinsichtlich Häufigkeit und Dauer der Zwangsmaßnahmen führt zu mehr Transparenz und Sicherheit. Dies betrifft unter anderem die Menschenwürde und die rechtliche Legitimität der Patient*innen. Des Weiteren liefert das Benchmarking wichtige Informationen für das psychiatrische Qualitätsmanagement, da ein Austausch über Rahmenbedingungen sowie prozessbezogene und organisatorische Klinikunterschiede stattfindet. Das Benchmarking führt zu einer Entwicklung gezielter Maßnahmen, welche Zwangsmaßnahmen reduzieren (Steinert, 2011; Kuhl et al., 2008). Beim Benchmarking gilt es zu berücksichtigen, dass es je nach Einzugsgebiet und Patient*innen-Klientel zu statistischen Ausreißern kommen kann, wodurch Vergleiche teilweise erschwert werden. Durch das Benchmarking entsteht unter den teilnehmenden Kliniken ein positiver Leistungsdruck, welcher den Willen nach einer Reduzierung von Zwangsmaßnahmen erhöht.

Eine weitere Determinante, um den Bedürfnissen der Patient*innen im Zusammenhang mit der mechanischen Fixierung gerecht zu werden, stellt das Pflegepersonal dar. Professionell ausgebildetes Pflegepersonal verfügt laut Vedana et al. (2018) im Gegensatz zu Pflegehelfern über ein größeres Repertoire an deeskalierenden Strategien, erachtet Zwangsmaßnahmen als weniger notwendig und neigt dazu, weniger anfällig für Aggressionen zu sein. Daher muss in die Fähigkeiten des Pflegepersonals investiert werden. Lanthén et al. (2015) machen darauf aufmerksam, dass die Führungsebene der Psychiatrie dafür zu sorgen hat, dass Pflegepersonen ausreichend in Deeskalation und Empathie geschult werden.

Des Weiteren gilt es, Fortbildungsmaßnahmen für das Pflegepersonal bereitzustellen, welche darauf sensibilisieren, den Umgang mit Zwang innerhalb der Kultur und den Gepflogenheiten der Psychiatrie zu überdenken. Dadurch soll dem Wunsch der Patient*innen nach einer Reform der Zwangsmaßnahmen näher gerückt werden. Die Akzeptanz, das Erkennen der Notwendigkeit und der Wille für eine Veränderung im Umgang mit Zwangsmaßnahmen ist vermutlich umso größer, je intensiver sich das Pflegepersonal mit der mechanischen Fixierung und deren Auswirkungen auf alle beteiligten und betroffenen Personen auseinandersetzt. Das Pflegepersonal soll sich bewusst sein, mit was für einem Erleben von psychischen und physischen Leid Patient*innen im Zusammenhang mit einer mechanischen Fixierung ausgesetzt sind. Die in dieser Arbeit entwickelten Prototypen können für diese Auseinandersetzung einen wichtigen Beitrag leisten. Mit der daraus gewonnen Erkenntnis kann das Pflegepersonal die eigenen Handlungen bei mechanischen Fixierungen aus der Eigenperspektive als auch ansatzweise aus der Patient*innenperspektive reflektieren. Die Pflege soll dadurch patientenorientiert optimiert werden. Die Wünsche der Patient*innen hinsichtlich der mechanischen Fixierung sollen ernstgenommen und im pflegerischen Handeln berücksichtigt werden. Damit die Individualperspektive ergänzt wird, benötigt es laut Riedel (2012) einer ethischen Reflexion, die auch eine Werteorientierung beinhaltet. Die ethische Reflexion will im professionellen Handeln den Anspruch des Individuums als auch der wertorientierten Pflege vereinen. In Bezug auf die mechanische Fixierung soll sich das Pflegepersonal in Anlehnung an Kuhn (2018) folgender Aussage bewusst sein: „Ethik ist immer eng verwoben mit gesellschaftlichen Normen und Werten der jeweiligen Zeit. Einmal festgesetzte Normen erfahren zwar im Verlauf Anpassungen an neuere Sichtweisen, der Kern des ursprünglichen Ansatzes bleibt jedoch erhalten, wenn er unreflektiert mitgetragen wird“ (Kuhn, 2018, S. 207).

Literaturverzeichnis

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.J. & Fischer, J.E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiat*ry, *193*(1), 44–50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534

Alp F.Y. & Yucel S.C, (2020). The Effect of Therapeutic Touch on the Comfort and Anxiety of Nursing Home Residents. *Journal of Religious Health*. doi: 10.1007/s10943-020-01025-4

Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C.M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di Psichiatria, 48*(1), 10-22.

Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health* nursing*, 17*(3), 215–222. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(4), 465-473.

Borbé, R. (2016). Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. In: Zinkler M, Laupichler K, Osterfeld M (Hg.): *Prävention von Zwangsmaßnahmen*. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 198–208.

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 52*(9), 1412–1422. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

Bowers, L., Alexander, J., Simpsons, A., Ryan, C. & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today, 24*, 435-442. doi: 10.1016/j.nedt.2004.04.008

Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamiltion, B. E., Tellez, J. J. & McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, *10*(6), 1-10. doi: 10.1186/s13033-016-0038-x

Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B. & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: A qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing, 25*(9-10), 1273-1281. doi: 10.1111/jocn.13159

DeGPT - Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatherapie (2021). Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen. Zugriff am 14. Februar 2021 unter https://www.degpt.de/informationen/fuerbetrof-fene/trauma-und-traumafolgen/

Department of Health (2015). Reference Guide to the Mental Health Act 1983. Zugriff am 10. Februar 2021 unter https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417412/Reference_Guide.pdf (Zugegriffen: 10.2.2021).

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018). S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (Langversion - Fassung von 10.9.2018). Zugriff am 1. September 2020 unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%2BLITERATU%20FINAL%2010.9.2018.pdf

DiCenso, A., Cullum, N. & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions. *Evidence-based Nursing, 1*(2), 38-39.

Dijkstra, K. Pieterse, M. & Pruyn, A. (2008). Stress-reducing effects of indoor plants in the built healthcare environment: The mediating role of perceived attractiveness. *Preventive Medicine, 47*(3), 279–283. doi: 10.1016/j.ypmed.2008.01.013

Dressing, H. & Salize, H. J. (2004). Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39,* 797–803. doi: 10.1007/s00127-004-0814-9

Eckart, W. U. (2011). *Illustrierte Geschichte der Medizin. Von der französischen Revolution bis zur Gegenwart*. Berlin: Springer.

Eppendorfer Zeitung für Psychiatrie und Soziales (2019). Team Wallraff. In der Psychiatrie. Zugriff am 30. Mai 2021 unter https://eppendorfer.de/3465-2/

Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A. & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*, 303-312. doi: 10.1111/jpm.12097

Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M. & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery, 2*(1), 20–30.

Fletcher., J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S. & Hamilton, B., (2017) Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal Mental Health Nursing, 26*(5), 461-471. doi: 10.1111/inm.12380. PMID: 28960739.

Fogel, D. & Steinert, T. (2012). Aggressive und gewalttätige Patienten – Fixierung. *Lege artis, 2*, 28-33. doi: 10.1055/s-0032-1302472

Frajo-Apor, B., Stippler, M. & Meise, U. (2011). „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“. Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. *Psychiatrische Praxis, 38*, 293-299. doi: 10.1055/s-0030-1266138

Frick, J., Slagman, A., Möckel, M., Searle, J., Stemmler, F., Joachim, R. & Lindner, T. (2018). Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. *Notfall Rettungsmedizin, 21*(5), 349-356.

Frueh, B., Knapp, R., Cusack, K., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A, Cousins, V. C., Yim, E.; Robins, C. S., Monnier, J. & Hiers, T. G. (2005) Patients’ reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Service. 56*(9), 1123–1133

Furre, A., Sandvik, L., Friis, S., Knutzen, M. & Hanssen-Bauer, K. (2016). A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Research, 237*, 60–66. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.067

Gather, J., Henking, T., Juckel, G. & Vollmann, J. (2016). Vorausverfügte Therapieablehnungen in Situationen von Eigen- oder Fremdgefährdung. Ethische und rechtliche Überlegungen zur Umsetzung von Patientenverfügungen in der Psychiatrie. *Ethik Med, 28*, 207–222. doi: 10.1007/s00481-016-0409-5

Gerdtz, M. F., Daniel, C., Dearie, V., Prematunga, R., Bamert, M. & Duxbury, J. (2013). The outcome of a rapid training program on nurses’ attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: A multi-site evaluation. *International Journal of Nursing Studies, 50*(11), 1434-1445. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.007

Goulet, M.H., Larue, C. & Lemieux, A.J. (2018) A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspective Psychiatric Care, 54*(2), 212-220. doi: 10.1111/ppc.12225

Henderson, Virginia (1966). *The Nature of Nursing a Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*. New York: Macmillan.

Helmchen H. (2019). Zum Einfluss von Zeitgeist und Menschenrechten auf psychiatrisches Handeln. *Nervenarzt, 90*, 274-732. doi: 10.1007/s00115-019-0720-8

Hem, E., Steen, O. & Opjordsmoen, S. (2001). Thrombosis associated with physical restraints. A Case Series. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(1), 73-76. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00082.x

Hem, M. H., Molewijk, B. & Pederson, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics, 15*(82), 1-9. doi: 10.1186/1472-6939-15-82

Hick, J. L., Smith, S. W. & Lynch, M. T. (1999). Metabolic Acidosis in Restraint-associated Cardiac Arrest: A Case Series. *Academic Emergency Medicine, 6*(3), 239-242.

Huckshorn, K.A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: Core strategies for prevention. J*ournal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 42*(9), 22–33. doi: 10.3928/02793695-20040901-05

Institut für Sozialdienste Vorarlberg (2020). Jahresbericht 2019. Zugriff am 22. April 2021 unter https://www.ifs.at/fileadmin/user_upload/Bilder/Jahresberichte/SW_BV_PA/jb_ev_pa_bv_19.pdf

ICN - International Council of Nurses (2002). Definition Nursing. Zugriff am 16 April 2021 unter https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions

Kallmeyer, W. & Schütze F. (1976). Konversationsanalyse. In Studium Linguistik. Kronberg/Ts.: Scriptor.

Kersting, X., Hirsch, S. & Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 10*(400), doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400

Ketelsen, R. & Pieters, V. (2004). Prävention durch Nachbetreuung. Maßnahmen zur tertiären Prävention. In Ketelsen, R., Schulz, M., Zechert, C. (Hg.), *Seelische Krise und Aggressivität*. 1. Aufl. (S. 67–78). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Khazaal, Y., Manghi, R., Delahaye, M., Machado, A., Penzenstadler, L. & Molodynski, A. (2014). Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Frontiers in public health, 2*, 37. doi: 10.3389/fpubh.2014.00037

Klein G. & König, D. (2016). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive. *Swiss Medical Forum, 16(6),* 137-141. doi: 10.4414/smf.2016.02567

Knuf, A. (2007). Einleitung. In Knuf, A., Osterfeld, M., und Seibert, U. (Hg.), *Selbstbefähigung fördern: Empowerment und psychiatrische Arbeit*. (3. neubarbeitete Auflage), (S. 7). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Knowles, S. F., Hearne, J. & Smith, I. (2015). Physical restraint and the therapeutic relationship. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 26*(4), 461-475. doi: 10.1080/14789949.2015.1034752

Kopetzki, C. (2012). Grundriss des Unterbringungsrechts (3. erw. Aufl.). Wien: Springer.

Kuhn A. (2018). Pflegeethik ein Mandat der Berufspolitik? Ethische Belastungen und die Sorge um Unterstützung in der Pflege. In Riedel, A. & Linde, A.-C. (Hg.), *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte - Werte – Phänomene* (S. 207). Berlin: Springer.

Lang, U. (2013). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie.* Berlin Heidelberg: Springer.

Lanthén, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal,* 1-8. DOI 10.1155/2015/748392

Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.-H., Bonin, J.-P. & Baba, N. (2013). The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings: Perspectives of Patients. Issues. *Mental Health Nursing*, *34*, 317-324. doi: 10.3109/01612840.2012.753558

Laursen, S. B., Jensen, T. N. & Bolwig N.V. (2005). Deep venous Thrmobosis and pulmonary embolism following physical restraint. Case Report. *Acta Psychiatric Scnadinavia, 111*, 324-327.

Liesche, L. (2020). Gewaltprävention durch optimierte Datenlage fördern. *Pflegezeitschrift 73*, 56–59. doi: 10.1007/s41906-020-0723-x

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. doi: 10.1177/070674371506000903

Maksum, Untung S. & Andrew J. (2019). Conference Paper: Effects of Therapeutic Touch to Reduce Anxiety As a Complementary Therapy: A Systematic Review. *KnE*

Life Sciences. The 2019 International Conference on Healthcare and Technology. 162–175 DOI 10.18502/kls.v4i13.5237

Martimportugués-Goyenechea, C. & Gómez-Jacinto L. (2005). Simultaneous multiple stressors in the environment: physiological stress reactions, performance, and stress evaluation. *Psychological Reports, 97*(3) 867-874. doi: 10.2466/pr0.97.3.867-874

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Mayer, H. (2019). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium und Weiterbildung*. (5., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.

Meise, U., Frajo-Apor, B., Stippler, M. & Wancata, J. (2011). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – ein Tabu? *Neuropsychiatrie, 25*(1), 44-50.

Mesquita, B. & Walker, R. (2003). Cultural differences in emotions: a context for interpreting emotional experiences. *Behaviour Research and Therapy, (*41), 777–793.

Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R. & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics, 18*(1). doi: 10.1186/s12910-017-0190-0

Morrison, A. & Sadler, D. (2001). Death of a Psychiatric Patient during Physical Restraint. Excited Delirium - A Case Report. *Medicine Science Law, 41*(1), 46-50.

Morse, J. M. (1998). Designing Funded Qualitative Research. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Hg.), *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks. Sage, 56-85.

Murphy, G. L. (2002). *The Big Book of Concepts*. Cambridge: MIT Press.

Olszewski K. & Jäger, M. (2015). Abwägung zwischen Patientenautonomie und Patientenwohl. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. *InFo Neurologie & Psychiatrie, 17*(7-8), 55-62.

Pajonk, F.-G. B. & D'Amelio, R. (2016). Agitation und Aggression – Eine Herausforderung in der Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmedizin, 19*(3), 163-171.

Patientensicherheit Schweiz (2021). Patientensicherheit in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Zugriff am 14. Mai 2021 unter https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin /user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Psychiatrie/aktionsplan_D_teil_1.pdf

Petti, T.A., Mohr, W.K., Somers, J.W. & Sims, L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing 4*(3), 115-127. doi: 10.1111/j.1744-6171.2001.tb00303.x

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryynänen O.P., Kautiainen, H. & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services, 64*, 850–855. doi: 10.1176/appi.ps.201200393

Renberg, F. E. & Sandlund, M. (2019). Microdecisions instead of coercion: patient participation and self-perceived discrimination in a psychiatric ward. *Nordic Journal of Psychiatry, 73*(8), 532-538. doi: 10.1080/08039488.2019.1664629

Richter, D. (2014). Deeskalation von Konfliktsituationen. Strategie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Pflege, 20*(04), 221-225. doi: 10.1055/s-0034-1384782

Richter, D. & Hoffmann H. (2014). Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis, 41*(03) 128-134. doi: 10.1055/s-0033-1360032

Riedel, A. (2012). Werteorientierung - Relevanz der Akzentuierung in der professionellen Pflege. *Zeitschrift Für Evangelische Ethik, 56*(3), 197-206.

Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A. J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Der Nervenarzt 88*(1), 70-77. doi: 10.1007/s00115-015-0054-0

RRN - Restraint Reduction Network (2021). About. Zugriff am 8. Februar 2021 unter https://restraintreductionnetwork.org/about/

Sack, M., Sachsse, U. & Dulz, B. (2009) Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Dulz B, Benecke, C., Richter-Appelt, H. (Hg.) *Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie*. S 134–137 Stuttgart: Schattauer.

Sagerschnig, S., Nowotny, M. & Ladurner, J. (2017). Analyse der Unterbringungen nach UbG in Österreich. Berichtsjahre 2014/2015. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Zugriff am 28. September 2020 unter https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-10/UbG2016_Final_0 F.pdf

Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers*. Third edition. London: SAGE Publications.

SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Zugriff am 15. September 2020 unter https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis.html

SAMW - Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Medizin-Ethische Richtlinien. Zugriff am 15. September 2020 unter https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf

Schott, H. (2004). Zur Kulturgeschichte der Psychiatrie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, (4), 721-727. doi: 10.1007/s00103-004-0877-5

Shaha, M. & Schnepp, W. (2012). Qualitative Designs. In Brandenburg, H.; Panfil, E.; Mayer, H. (Hsrg), *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung*, (2. Auflage), (S.68-84). Bern: Huber Hans.

Soininen, P., Välimäki, M., Noda, T., Puukka, P., Korkeila. J., Joffe, G. & Putkonen, H. (2013). Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International journal of mental health nursing*, *22*(1), S. 47–55. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00838.x.

Steinert, T. (2008). *Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie.

Steinert, T., Lepping P., L., Bernhardsgütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatric Epidemiology*, *45*(9), 889- 897. doi: 10.1007/s00127-009-0132-3

Steinert T, Arbeitskreis Prävention von Gewalt in der Psychiatrie (2011) Benchmarking von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 360–364. doi: 10.1016/j.zefq.2011.05.018

Topp, L. (2018). Single Rooms, Seclusion and the Non-Restraint Movement in British Asylums, 1838-1844. *Social History of Medicine*, 31(4), 754–773.

Unterbringungsgesetz BGBl. I Nr. 155 / 1990. 155. Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten 1990.

Utz, R. (2011). “Total Institution”,”Greedy Institution”. Verhaltensstruktur und Situationen des sexuellen Missbrauchs. In: Baldus, M. & Utz, R. (Hg.): Sexueller

Missbrauch in pädagogischen Kontexten (S. 51-76). Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.

Vedana, K. G. G., Maria da Silva, D., Ventura, C. A. A., Giacone, C. B. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A.I. & Borges T.L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*, 367-372. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.027

Via-Clavero, G., Sanjuán-Naváis, M., Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Martínez-Estalella, G., Plata-Menchaca, E. & Delgado-Hito, P. (2019). Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nursing ethics, 26*(5), 1458–1472. doi: 10.1177/0969733017752547

Whitecross, F., Seeary, A. & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*(6), 512-21. doi: 10.1111/inm.12023

Whittington, R., Baskind, E. & Paterson, B. (2006). Coercive measures in the management of imminent violence: restraint, seclusion and enhanced observation. In: Richter D, Whittington R, (Hg.), *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management* (S. 145–172). New York: Springer.

Wienberg, G. (1997). Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. In M. Eink (Hg.); *Gewalttätige Psychiatrie. Ein Streitbuch* (S. 14-28). Bonn: Psychiatrie.

Wietschorke, J. (2017). Architektur in der Kulturanalyse: Stand und Perspektiven der Forschung. *Zeitschrift Für Volkskunde, 113*(2), 241-276.

Wostry, F. & Schermann, K. (2018). Das Erleben von Fixierung und Isolierung aus Sicht der Patientinnen und Patienten - Ein qualitativer und systematischer Literaturreview. *Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft, 5*(2),111-119.

Wynn R. (2015). The use of physical restraint in Norwegian adult psychiatric hospitals. *Psychiatry Journal,* 1-10. doi: 10.1155/2015/347246
Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 15*(1), 124-144. doi: 10.1080/14789940410001655187

Zhu, X. M., Xiang, Y. T, Zhou, J. S, Gou, L., Gou, L., Himelhoch, S., Ungvari, G. S., Chiu H. F. K., Lay, Y. C. L. & Wang X. P. (2014). Frequency of physical restraint and its associations with demographic and clinical characteristics in a Chinese psychiatric institution. *Perspectives in Psychiatric Care,* (50), 251-256. doi: 10.1111/ppc.12049

INTERVIEWLEITFADEN / CRF

Vorab: Begrüßung, persönliche Vorstellung, Aufklärung Forschungsvorhaben (Thema, Methode, Freiwilligkeit, Pseudonymisierung, …), Unterschrift Einverständniserklärung, angenehme Gesprächsatmosphäre herstellen (Trinkwasser bereitstellen), evtl. offene Fragen beantworten

Leitfrage/Stimuli/Erzählaufforderung

„Wie bereits erwähnt bin ich sehr daran interessiert wie sie die mechanische Fixierung erlebt haben. Wir haben keinen Zeitdruck, Sie können frei und ungezwungen erzählen, bei Bedarf werde ich eventuell ein paar Zwischenfragen stellen. Vielleicht fangen sie mit dem Zeitpunkt an, der dazu geführt hat, dass sie mechanisch fixiert wurden. Erzählen sie dann einfach was sie in weiterer Folge erlebt haben und woran sie sich erinnern können."

<table>
<tr><th>Inhaltliche Aspekte</th><th>Nachfragen</th><th>Aufrechterhaltungsfragen</th></tr>
<tr><td rowspan="2">z.B.
- körperlich
- psychisch
- Gefühle
- Pflegpersonal
- Kommunikation
- Räumlichkeit (Umgebung, Architektur)
- Medikamente
- Sinnhaftigkeit
- Nachbesprechung
- Nachwirkungen
- Alternative Angebote
- positives Erleben
- negatives Erleben
- Wünsche</td><td rowspan="2">z.B.
Sie haben erzählt, dass sie an Händen und Füßen fixiert waren. Wie hat sich das angefühlt?
Wie haben Sie das Anlegen/Ablegen der mechanischen Fixierung erlebt?
Wie fühlte sich ihr Körper an?
Haben sie so etwas schon mal erlebt?
Welche Gedanken kamen in Ihnen hoch?
Was hat ihnen während der mechanischen Fixierung geholfen? / Was nicht?
Gab es positive Aspekte im Erleben?
Gab es negative Aspekte im Erleben?
Wie haben Sie das Pflegepersonal/Umgebung erlebt?
Wie habe Sie die Kommunikation zwischen Ihnen und dem Pflegepersonal erlebt?</td><td>z.B.
- Können Sie mir das bitte ausführlicher erzählen?
- Wie ging es weiter?
- Wie haben sie das genau erlebt?

Abschluss: Nachfragen ob eine Frage an den Interviewer aufgetaucht ist. Dank und Information, was nun weiter passiert.</td></tr>
<tr><td>Sonstige Notizen:

Geschlecht:
○ weiblich
○ männlich
○ inter

Diagnose nach ICD-10: _____</td></tr>
</table>