

Teilprojekt 3: Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Rate von Zwangsmaßnahmen

Teilprojektleitung: Prof. Dr. Thomas Bock, Dr. Candelaria Mahlke (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Kooperation: Prof. Sebastian von Peter (Rüdersdorf), Prof. Georg Juckel (Bochum) u. a.

Beteiligung: René Uhlig, Gwen Schulz, Christine Botros, Hannes Muck, nutzerorientierte Wissenschaftsberatung NoW

1. Einleitung

Bei Behandlungsvereinbarung (BV) handelt es sich um ein konsensbasiertes Instrument für Betroffene und Behandelnde. Ihr Abschluss bedarf eines Prozesses der beiderseitig unterstützten Entscheidungsfindung und zielt auf mehr Selbstbestimmung und Kontrollgewinn bei Patientinnen und Patienten, die Verbesserung der therapeutischen Beziehung sowie auf die bessere Integration verschiedener Versorgungselemente (Borbé u. a. 2009; Nicaise u. a. 2013). Die Behandlungsvereinbarung entstand im Kontext von Dialog und Selbsthilfe und findet bereits seit den 1990er-Jahren in Deutschland Anwendung (Hildebrandt & Dietz 1998). Sie ist ein Instrument des partizipativen Langzeitmanagements psychiatrischer Behandlung, vor allem für Betroffene von psychotischen und schweren affektiven Störungen, die bei schwereren Verläufen mit Phasen der Einwilligungsunfähigkeit, mit wiederholter ggf. unfreiwilliger stationärer Versorgung und ggf. mit anderen Maßnahmen gegen den Patientenwillen verbunden sein können (Radenbach, Falkai, Weber-Reich & Simon, 2014). Zu den wesentlichen Zielen der Behandlungsvereinbarung nennen Borbé, Jaeger und Steinert (2009) folgende Aspekte: die Förderung der Patientenautonomie im Sinne des Empowerment, die Reduzierung von Maßnahmen gegen den Patientenwillen und die Verbesserung von Kommunikation, therapeutischem Bündnis und Behandlungskontinuität und die Reduzierung von Drehtüreffekten.

So forderte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2011), die verbindliche Verankerung der BV in der Gesetzgebung zu Patientenrechten. Im Einklang damit empfiehlt die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in Ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung (2013) ein Regelangebot von BV als wirkungsvolle Maßnahme zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und zum Schutz der Patientenrechte im Allgemeinen. Die BV ist als vorsorgliche Willensbekundung ein Weg der Umsetzung des Gebots der Selbstbestimmungsmöglichkeit von Patientinnen und Patienten und so Teil eines grundlegenden institutionellen Wandels.

Eine Behandlungsvereinbarung kann bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Patientin oder dem Patienten in dieser verletzlichen, hilflosen Situation eine »Stimme« geben und zu einer faireren, würde- und respektvollen Behandlung beitragen (Watson & Angell 2007). Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist in stabilen Zeiten gemeinsame Verabredungen für den Umgang mit Krisen zu treffen, um so rechtzeitige und flexiblere Hilfen einzuleiten und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Psychiatrische Vorsorgedokumente sind in ihrer Effektivität noch nicht hinreichend beforscht. Im Fokus der Studien standen Verbesserungen bzgl. Wiederaufnahme, bzgl. unfreiwilliger Aufnahme, bzgl. kumulierter Aufenthaltsdauer, bzgl. Anwendung von Zwang und bzgl. der Zufriedenheit mit der Versorgung insgesamt. Papageorgiou, King, Janmohamed, Davidson und Dawson (2002) fanden in

einem ersten RCT mit 156 stationären Patientinnen und Patienten keine derartige Verbesserung durch AD innerhalb eines Jahres. Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit 160 Patientinnen und Patienten über 15 Monate (Henderson et al., 2004) findet signifikant reduzierte Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen bei Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung, wobei in der Interventions-Gruppe zusätzlich stets Vertrauenspersonen der Patientin oder des Patienten einbezogen worden waren. Die Reduzierung der Anzahl der Klinikaufenthalte zeigte sich nicht. Rittmannsberger und Lindner (2006) konnten an 19 Linzer Betroffenen in einem Spiegelbilddesign, welches im Schnitt die 33,5 Monate vor und nach Abschluss einer BV verglich, den Rückgang freiwilliger und unfreiwilliger Aufnahmen zeigen. Hinsichtlich der Reduzierung der Aufenthaltsdauer gelang ihnen dies jedoch nicht.

Für mit einer Begleitmaßnahme unterstützt formulierte Behandlungsvereinbarung findet eine RCT-Studie von Swanson, Swartz, Elbogen et al. (2006) mit 469 Teilnehmern im 1-Monats-Follow-up eine verbesserte therapeutische Beziehung und verbesserte Behandlungszufriedenheit gg. Nicht-teilnehmenden. Für das 6-, 12- und 24-Monats-Follow-up wurden die Teilnehmenden der Begleitmaßnahme zusätzlich hinsichtlich des Abschlusserfolges (bei 61% der Teilnehmenden) geteilt und durch Einbeziehung eines Propensity Score auf der Basis relevanter zum Erfolg kovariater Größen vergleichbar gemacht. Die damit erfolgte Untersuchung der Langzeitwirkung von Behandlungsvereinbarung zeigte weniger Zwangsmaßnahmen und eine somit verbesserte Autonomie und Selbstbestimmung bei den Teilnehmenden, denen es gelungen war, eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen (Swanson et al., 2008).

Khazaal, Chatton, Pasandin, Zullino und Preisig (2009) verglichen in einem retrospektiven Spiegelbilddesign die zwei Jahre vor und nach einer kognitiv-behavioralen Intervention für 18 bipolare Betroffene u. a. mit dem Inhalt, eine Behandlungsvereinbarung zu verfassen. Sie fanden eine anschließend reduzierte Anzahl von Klinikaufhalten, von unfreiwilligen Aufnahmen und von stationär verbrachten Tagen. Eine randomisierte Studie im Kontext des britischen multizentrischen CRIMSON Projektes (CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement; Thornicroft et al., 2013) mit 560 Teilnehmenden konnte keinen konkreten Nutzen hinsichtlich der Vermeidung von Zwang und der Reduzierung von Klinikaufhalten durch Behandlungsvereinbarung zeigen. Allerdings kritisieren die Autoren an anderer Stelle, die in den beteiligten Team verbreitet zum Formalismus deformierte Handhabung von Vorausplanung für den Krisenfall (Henderson et al., 2015). Eine niederländische randomisiert-kontrollierte Studie mit 212 von Psychose oder bipolarer Störung Betroffenen (Ruchlewska et al., 2014) verglich Gruppen mit entweder unter Peer-Begleitung oder mit Hilfe einer Pflegekraft entstandenen rechtlich nicht bindenden BV-ähnlichen Dokumenten zur Krisenprävention und -bewältigung sowie eine Kontrollgruppe ohne Dokument im 18-Monats-Follow-up. Die Autoren fanden jedoch keine Auswirkung der beiden Formen von Vorsorgedokument auf die Anzahl freiwilliger oder unfreiwilliger Aufnahmen. Lediglich für eine Untergruppe unfreiwilliger Aufnahme, den gerichtlich angeordneten Einweisungen, zeigt sich bei den Behandlungsgruppen eine signifikante Reduzierung gegenüber der Kontrollgruppe.

Zur Wirkungsweise von grundsätzlich auf dem Patientenwillen beruhenden, jedoch bilateral vereinbarten Vorsorgedokumenten gehen Swanson et al. (2008), vor allem im Hinblick auf die angestrebte Reduzierung von Zwang, von folgenden vier Mechanismen aus:

1. Die Erfahrung des Dokumentierens von Präferenzen bzgl. künftiger Behandlung stärkte die Motivation und Einbindung in die Behandlung, womit sich u. U. Rückfälle reduzieren ließen, die ggf. zur Anwendung von Zwang geführt hätten.
2. Vorbereitung und Diskussion der Regelungen als sozial-interaktiver Prozess zwischen Patientin oder Patient und Behandelnde können das therapeutische Bündnis verbessern (Swanson, Swartz, Ferron, et al., 2006). Neben dem Beziehungsaspekt zeigte sich die stärkere Beurteilung der

Versorgung als bedürfnisgerecht sowie das verbesserte Vertrauen der Patientinnen und Patienten, dass der so mit den Präferenzen vertraut gewordene Behandelnde sich im Krisenfall für die Patientin oder den Patienten einsetze und unerwünschte Behandlungsformen vermeiden helfe.

3. Der ggf. im Dokument benannte bevollmächtigt stellvertretend Entscheidende, die ggf. vorsorgliche Einwilligung in präferierte künftige Behandlungsformen, wie z. B. spezifische Medikamente oder Klinikunterbringung überhaupt, aber auch konkrete Verfahrenshinweise für das Personal können helfen, Zwangsmaßnahmen zur Durchsetzung von abgelehnten Behandlungsformen zu vermeiden (Swanson, Swartz, Elbogen, et al., 2006).
4. Hinweise zu Kommunikation, Krankheitsverlauf und zu in der Vergangenheit wirksamen Therapiemaßnahmen können den Behandelnden und auch, wenn rechtzeitig z. B. von Angehörigen beigebracht, den Ordnungsbehörden helfen, unangemessene Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Das Dokument könne zudem die in einer akuten Krise eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit ersetzen und der Patientin oder dem Patienten in dieser verletzlichen, hilflosen Situation eine „Stimme“ geben, was zu einer faireren Behandlung beitrüge. Die so erhöhte Chance auf eine würde- und respektvolle Behandlung trüge rückwirkend positiv zur Kooperationsbereitschaft in solchen Situationen bei (Watson & Angell, 2007).

Bei dieser Studie handelt es sich um einen RCT mit angeschlossener qualitativer Prozessevaluation, in dem folgende Forschungsfragen beantwortet werden sollen:

Kann durch den Einsatz der Behandlungsvereinbarung gg. einem Krisenpass in der psychiatrischen Regelversorgung eine Reduzierung der unfreiwillig stationär verbrachten Tage (Unterbringung) erreicht werden? (primäre Fragestellung). Das Auftreten anderer Zwangsereignisse (Zwangsmedikation, Fixierung, Isolation) in Folgeaufenthalten reduziert werden?

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Hamburger Klinik hat im Kontext dieser Studie gemeinsam mit Partnern Behandlungsvereinbarungen im Akutbereich systematisch im ambulanten und stationären Akutbereich eingeführt und in drei Schritten ausgewertet: Zunächst ging es in einer Pilotstudie um die Wirkung des Vertragsschlusses, dann um die Gültigkeit der Vereinbarungen in Krisen sowie um die langfristige Wirkung auf die Rate der Zwangsmaßnahmen, im Verlauf dann auch um begünstigenden und erschwerenden Faktoren bei der Implementierung.

Fragestellungen

- Werden mit Behandlungsvereinbarungen auch Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung erreicht?
- Haben Behandlungsvereinbarungen im Vergleich mit Krisenpässen eine größere subjektiven Bedeutung und eine bessere Wirkung auf die Zwangserfahrung (Anzahl der Tage unter Zwang)?
- Welche Faktoren begünstigen oder erschweren die Implementierung?

Methodik

a) Pilotstudie zur Wirkung des Vertragsabschlusses:

Es handelte sich hier um eine qualitative Interview Studie. Es wurden mit Teilnehmenden, die eine BV abgeschlossen hatten Leitfaden gestützte, problemzentrierte Interviews geführt. Zunächst wurde der Leitfaden in einem Betroffenenengremium (EmPeeRie NoW: Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) entwickelt und diskutiert. Zusätzlich wurde ein Log-Buch während der Pilotphase zu Hemmnissen des Abschlusses von Behandlungsvereinbarungen auf Seiten der Mitarbeitenden gesammelt.

Ablauf:

Vor Beginn des Gesprächs mit den Probandinnen und Probanden wurde über den Datenschutz und die Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt und eine Einwilligungserklärung unterzeichnet. Ebenfalls hat sich der oder die Interviewende vorgestellt und über die Studie sowie den weiteren Ablauf informiert. Zur Erleichterung der Auswertung der Interviews wurden die Unterhaltungen mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend durch den/die InterviewerIn transkribiert. Eingeleitet wird in dem Leitfragenkatalog mit Fragen zu dem Empfinden nach dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung in Bezug zum Prozess der Genesung. Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem Klinikumfeld. Darin geht es vorrangig um die Versorgung und das therapeutische Bündnis. Die folgenden Fragen spezifizieren sich auf den Bereich der Maßnahmen gegen den Willen. Das Interview wird mit Fragen zu der Bewertung der Behandlungsvereinbarung im Allgemeinen abgeschlossen mit einer Möglichkeit zu Anmerkungen seitens des Interviewpartners.

Datenanalyse:

Für die Aufbereitung der Tonaufnahmen wurde eine wörtliche Transkription gewählt. Bei der Transkription wurden vereinzelt Satzbaufehler behoben und bei Schwierigkeiten, aufgrund der wechselnden Qualität der Audiospur, Passagen sinnhaft wiedergegeben. Die Inhaltsanalyse nach Mayring und Codierung der Interviews wurde mithilfe der Software MAXQDA® durchgeführt.

b) Hauptstudie:

Randomisiert kontrollierte, prospektiv, konfirmatorische multicenter Studie bzgl. der Reduktion von Tagen unter Zwang. Es handelt sich um eine Effectiveness Studie, zur Überlegenheitsprüfung von Nutzen und Risiko der Intervention Behandlungsvereinbarung (BV) unter Alltagsbedingungen im Vergleich zu Kontrollintervention Krisenpass (KP).

Die Studie wird innerhalb der regulären psychiatrischen stationären Versorgung und ggf. auch in der ambulanten Versorgung der Psychiatrischen Institutsambulanz an der jeweiligen Klinik durchgeführt.

Messinstrumente:

Zwangsereignisse: Routinedaten liegen nach Entlassung oder Verlegung zum nächsten Quartalsabschluss je Fall (Aufenthalt einer Person) vor: Anzahl Ereignis/Minuten Fixierung; Anzahl Ereignis/Minuten Isolation, Anzahl Zwangsmedikationen 0/1/>1;

Zur Stichprobenbeschreibung wird zur Einschätzung des Schweregrades die Brief Psychiatric Rating Scale² (BPRS), Global Assessment of Functioning³ (GAF) Globales Funktionsniveau und die [Clinical Global Impression Scale](#)⁴ (CGI) eingesetzt.

¹Høyer et al., 2002; Iversen, Høyer, Sexton, & Grønli, 2002; Kjellin & Wallsten, 2010

²Overall & Gorham, 1976

³Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003

⁴Guy, 1976

Studienteilnehmende:

Die Studienteilnehmenden rekrutieren sich aus den regulär stationär oder ambulant psychiatrisch versorgten Patientinnen und Patienten der beteiligten Kliniken und Polikliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Angebot Behandlungsvereinbarungen richtet sich an volljährige psychiatrisch versorgte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und schweren bzw. chronischen Verläufen mit z. B. wiederholten Klinikaufhalten, unfreiwilliger Unterbringung oder Maßnahmen gegen den Willen. Als Teil des Entlassungsmanagements beginnt die Intervention bereits im Rahmen der stationären Routinebehandlung innerhalb eines ggf. unfreiwilligen Stationsaufenthaltes oder im Rahmen der ambulanten Versorgung.

Einschlusskriterien:

1. Lebensjahre >18 Jahre, keine Obergrenze
2. Primärdiagnose aus ICD-10 Hauptgruppen F20-29 oder F30-39
3. reguläre Sektor-Patientin/ regulärer Sektor-Patient mit Wohnsitz im Versorgungsgebiet der Klinik *oder* Wiederkehrer (gegenwärtig mindestens 2. stationärer Klinikaufenthalt in Klinik *oder* gegenwärtige Versorgung in einer psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik
4. mindestens ein psychiatrischer stationärer Aufenthalt innerhalb der letzten 24 Monate auch in anderer Klinik *oder* Zwang bei einem Aufenthalt in der Vergangenheit (Unterbringung, Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) auch in anderer Klinik

Ausschlusskriterien:

1. unzureichende kognitive Kapazität zur Teilnahme nach klinischer Einschätzung
2. unzureichendes Verständnis der deutschen Sprache
3. voraussichtliche Langzeitunterbringung oder Verlegung in Forensik
4. im Vordergrund stehende somatische oder hirnorganische Erkrankung (z. B. fortgeschrittene Demenz, mittelgradige Intelligenzminderung) oder im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit
5. wenn gegenwärtig stationärer Aufenthalt, dann weniger als 3 Tage

Übersicht des Studienablaufs je Teilnehmende

Konsequente Prüfung der Eignung

- Zeitpunkt: stationär: frühestens ab dem 3. Tag nach Aufnahme; ambulant: beim nächsten regulären Behandlungs- oder Gesprächstermin
- Aufklärung, Erläuterung der Angebote BV und Krisenpass
- Prüfung der Ein-/Ausschluss-Kriterien
- Einverständniserklärung des Teilnehmenden
- psychopathologischen Basisdiagnostik (GAF, BPRS, CGI)

Randomisierung erfolgt durch einen an Rekrutierung und Intervention nicht beteiligten Mitarbeitenden nach Einverständniserklärung des Teilnehmenden. Die Blocklisten zur Zufallszuteilung wird mit Hilfe von SAS, Version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC) durch das Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie im Zentrum für Experimentelle Medizin des UKE erzeugt.

Genesungsbegleitende:

Wenn es am Standort Genesungsbegleitende gibt, sollte ihre Moderation der Erstellung der BV systematisch angeboten werden.

Intervention: Behandlungsvereinbarung:

Abschluss einer BV mit der verantwortlichen Bezugsperson. Jedem Teilnehmenden werden aktiv Gesprächstermine mit einer von der Behandlungssituation unabhängigen Person zur inhaltlichen Vorbereitung der BV angeboten (z. B. im UKE Hamburg: Peer-Beraterinnen und Berater/ Genesungsbegleitende). Wenn sich die oder der Teilnehmende *in stationärer Versorgung* befindet, erfolgt der Abschluss der BV nach Möglichkeit vor Aufenthaltsende. Anderenfalls wird der Abschluss in ambulanter Nachsorge unter Beteiligung der betreffenden Station nachgeholt. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in ambulanter Versorgung* befindet, erfolgt der Abschluss der BV in ambulanter Nachsorge unter Beteiligung der versorgenden Ambulanzmitarbeitenden.

Kontrollbedingung: Krisenpass (KP)**Verantwortlich für die Durchführung:**

verantwortliche Behandelnde (Arzt/Ärztin) oder Bezugsperson. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in stationärer Versorgung* befindet, wird im Rahmen des Entlassungsmanagements am Ende der stationären Behandlung ein KP ausgehändigt. Dieser enthält Kontaktadressen, die aktuelle Medikation, Informationen zu ggf. bestehenden Vorsorgedokumenten und zu Behandlungspräferenzen. Informationen zu guten und schlechten Erfahrungen mit Medikamenten im Krisenfall werden durch die Unterschrift eines Arztes/Ärztin bekräftigt. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in ambulanter Versorgung* befindet, wird ein KP im Rahmen des nächsten Behandlungs- oder Gesprächstermins ausgefüllt und ausgehändigt.

Primäre und sekundäre Endpunkte

Endpunkte / Erhebungsform	Operationalisierung / Instrument
Hauptzielkriterium „Tage in Unterbringung“ (days of detention)	<ul style="list-style-type: none"> • Routinedaten und Auskunft der Teilnehmer • Tage unfreiwillig in stationärem Aufenthalt verbracht • Datenquellen: KIS, Teilnehmerbefragung zu Unterbringung andernorts
Nebenzielkriterium „Zwangsergebnisse“	<ul style="list-style-type: none"> • Routinedaten und Auskunft der Teilnehmer • Anzahl / Dauer / Form im stationären Aufenthalt erlebte Zwangsergebnisse (Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation) • Datenquellen: KIS, Teilnehmerbefragung zu Zwangserleben andernorts

Verblindung:

Die Studie erfolgt unverblindet (Open-label-Studie). Teilnehmende und die Intervention koordinierende und durchführende Personen sind sich notwendigerweise jederzeit der Gruppenzuordnung des/der Teilnehmenden bewusst.

Statistische Methoden:

Die Datenauswertung erfolgt mit SPSS, Version 20 (IBM Corp., Armonk, NY) und SAS, Version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC). Für das primäre Zielkriterium des RCT wird eine Intention-to-treat-

Analyse mit einer zero-inflated negativen binomialen Regression berechnet. Dabei wird die Gruppenvariable (BV vs. KP) als fester Effekt und der Messwert der Baseline-Erhebung als Kovariate ins Modell aufgenommen. Um den Effekt einer tatsächlich durchgeführten Intervention zu untersuchen, wird zusätzlich eine Per-protocol-Analyse durchgeführt. Zusätzlich werden die Modelle in einer Sensitivitätsanalyse um die Variablen Diagnose, Zentrum, Alter und Geschlecht ergänzt. Für die sekundären Zielgrößen des RCT wird dieses Vorgehen gleichermaßen angewendet. Soziodemographische Daten werden deskriptiv für das gesamte Kollektiv und pro Gruppe dargestellt. Das Fehler 1. Art wurde auf 5% (zweiseitige Hypothesen) festgelegt. Alle Ergebnisse werden mittels adjustierter Schätzer und der dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle tabellarisch dargestellt.

Prozessevaluation:

Qualitative Interviews mit Patientinnen und Patienten bzgl. der Relevanz der BV in erneuten Krise. Es wurden mit Teilnehmenden des RCT, die eine BV abgeschlossen hatten Leitfaden gestützte, problemzentrierte Interviews mit Patientinnen und Patienten geführt. Zunächst wurde der Leitfaden in einem Betroffenengremium (EmPeeRie NoW: Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) entwickelt und diskutiert.

Vor Beginn des Gesprächs mit den Probandinnen und Probanden wurde über den Datenschutz und die Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt und eine Einwilligungserklärung unterzeichnet. Ebenfalls hat sich der oder die Interviewende vorgestellt und über die Studie sowie den weiteren Ablauf informiert. Zur Erleichterung der Auswertung der Interviews wurden die Unterhaltungen mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend durch den Interviewer transkribiert. Eingeleitet wird in dem Leitfragenkatalog mit Fragen zu dem Empfinden nach dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung in Bezug zum Prozess der Genesung. Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem Klinikumfeld. Darin geht es vorrangig um die Versorgung und das therapeutische Bündnis. Die folgenden Fragen spezifizieren sich auf den Bereich der Maßnahmen gegen den Willen. Das Interview wird mit Fragen zu der Bewertung der Behandlungsvereinbarung im Allgemeinen abgeschlossen mit einer Möglichkeit zu Anmerkungen seitens der Interviewpartnerin oder des Interviewpartners.

Datenanalyse:

Für die Aufbereitung der Tonaufnahmen wurde eine wörtliche Transkription gewählt. Bei der Transkription wurden vereinzelt Satzbaufehler behoben und bei Schwierigkeiten, aufgrund der wechselnden Qualität der Audiospur, Passagen sinnhaft wiedergegeben. Die Inhaltsanalyse nach Mayring und Codierung der Interviews wurde mithilfe der Software MAXQDA® durchgeführt.

Quantitative Online Befragung von Mitarbeitenden zu den Bedingungen der Implementierung

Diesen Zweck – bestehende Durchführungshindernisse abzubilden – verfolgt die zusätzliche Studie, die in Form einer Mitarbeitendenbefragung anhand der bisher theoretisch wie auch – in der gleichen Population (Log-Buch Pilotstudie) – empirisch sich zeigenden Hindernisse nun die konkret in den beteiligten Abteilungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie vorliegenden Hinderungsgründe in einer angestrebten Vollerhebung systematisch erhebt und vergleicht.

Darüber hinaus werden die angegebenen Hinderungsgründe und das Ausmaß ihres Vorhandenseins in Zusammenhang gebracht mit nicht nur demographischen Daten (z. B. Berufsgruppe, Wochenarbeitsstunden, Anzahl Bezüge etc.), sondern auch mit der Anzahl bisher bearbeiteter und/oder abgeschlossener Behandlungsvereinbarungen/Krisenpässe.

Ein letzter Aspekt der vorliegenden Studie prüft die zu erwartende Motivation und Intention zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen anhand der *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991). Es

werden die Valenz und Wahrscheinlichkeit der drei wichtigsten Wirkkomplexe nach Nicaise, Lorant und Dubois (2013) bewertet.

Ablauf:

Dazu wurde UNIPARK & QuestBack© eine quantitative online Befragung der Mitarbeitenden durchgeführt. Die Mitarbeitenden wurden per Emailverteiler kontaktiert. Ein Reminder wurde nach zwei und nach vier Wochen nach der ersten Aufforderung verschickt.

Datenanalyse:

Es wurde eine Korrelationsstudie mit exploratorischer Faktorenanalyse durchgeführt, um die Vielzahl möglicher korrelierenden, manifesten Variablen auf einen kleinen Satz latenter Variablen (Faktoren) zu reduzieren, die einen möglichst großen Teil der Varianz der Ausgangsvariablen aufklären. Die Datenauswertung erfolgte mit R.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

- Die Pilotstudie ist abgeschlossen (Uhlig, 2017).
- Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden des RCT ist abgeschlossen.
- Der Katamnese - Zeitraum ist 12/2019 abgeschlossen.
- Quantitative Datenanalyse voraussichtlich 02/2020 abgeschlossen.
- Abschließende Aussagen zur Wirkung der Behandlungsvereinbarung auf die Tage unter Zwang sind voraussichtlich Anfang 2020 möglich.
- Die quantitative und qualitative Prozessevaluation der Patientinnen und Patienten / Mitarbeitenden ist abgeschlossen.

Erreichbarkeit der Vorhabensziele:

Die Ziele des Teilprojekts wurden mit Einschränkungen erreicht. Die geplante Stichprobengröße der randomisiert kontrollierten Studie konnte im Zeitrahmen alleine nicht erreicht werden. Der Rekrutierungszeitraum wurde deshalb verlängert und zunächst ein weiterer Kooperationspartner mit dem Klinikum Rüdersdorf hinzugewonnen. Mit fünf Kliniken aus NRW im Forschungsverbund mit der Universitätsklinik Bochum (Prof. Juckel) konnte eine Kooperation mit der Chance einer gemeinsamen Auswertung von zwangserfahrenen Patientinnen und Patienten vereinbart werden. In der Hauptstudie konnten gemeinsam mit den Partnern ca. 300 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Das Gesamtziel von 374 wurde damit knapp verfehlt; relevante Aussagen werden trotzdem möglich sein.

Die abschließende quantitative Analyse gemeinsam mit den Kooperationspartnern wird noch bis Anfang 2020 dauern.

Aufgrund der besonderen Schwierigkeiten bei der Datenerhebung wurden die Anstrengungen bei der Prozessevaluation intensiviert – die qualitativen Interviews einer Auswahl der Teilnehmenden, wurde durch eine Online Mitarbeitendenbefragung am Standort UKE zu den Hindernissen bei Rekrutierung und Implementierung ergänzt. Da nicht nur zu Gunsten der vorliegenden Studie, sondern und vor allem auch zur perspektivisch flächendeckenden Einführung von Behandlungsvereinbarungen die Mitwirkung der Bezugspersonen essentiell ist, war es notwendig, ein genaueres Bild der anscheinend bestehenden Durchführungshindernisse zu bekommen, so dass entsprechende Gegenmaßnahmen empfohlen und Abhilfen geschaffen werden können. Die Prozessevaluation konnte rechtzeitig abgeschlossen werden.

4. Ergebnisse

<p>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Behandlungsvereinbarungen zur Reduzierung von Zwang führen</p>	<p>(a) Eine Pilotstudie belegt den Einfluss der BV auf die Vertrauensbildung</p> <p>(b) Die Hauptstudie belegt die großen Schwierigkeiten, gerade Patientinnen und Patienten mit Zwangsrisiko bzw. -erfahrung zu erreichen, und gibt Aufschluss, was zu beachten ist.</p> <p>(c) Eine zusätzliche Online Befragung der Mitarbeitenden gibt Aufschluss über deren Vorbehalte bzgl. Implementierung und Wirkung von Behandlungsvereinbarungen.</p> <p>(d) Die Hauptstudie wird zeigen, welche Patientinnen und Patienten unter welchen Bedingungen von einer BV profitieren.</p>
---	--

a) Die **Pilotstudie** ist abgeschlossen (Uhlig, 2016): Die Wirkung des Vertragsschlusses auf Vertrauensbildung inkl. Selbstvertrauen gut. Es konnte gezeigt werden, dass der Prozess des Abschlusses der Behandlungsvereinbarung für die Betroffenen einen positiven Einfluss auf die Beziehung mit der behandelnden Bezugsperson hatten. Es bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Prozess der Gesprächsführung. Als relevant wurde das Erkennen des Angebotzeitpunktes, und eine ausreichende Zeit zum Abschluss genannt. Die im Log-Buch erfassten qualitativen Hindernisse in der Implementierung ließen sich zu folgenden Kategorien zusammenfassen:

- - Informiertheit/Kompetenzgefühl der Mitarbeitenden
- - organisatorische Hindernisse
- - kommunikative Hindernisse
- - Hindernisse auf Patientenseite
- - zeitliche Hindernisse

und wurden zur anschließenden Online Mitarbeitendenbefragung in entsprechende Items umgesetzt.

- b) Die **Hauptstudie**, eine randomisiert kontrollierte Multicenterstudie offenbarte Implementierungsprobleme bei der speziellen Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit Zwangsrisiko, zugleich aber auch wertvolle neue Erfahrungswerte bzgl. Implementierung. Insgesamt konnten bisher gemeinsam mit den Partnern 338 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, wobei der Anteil der zwangserfahrenen Patientinnen und Patienten in NRW noch nicht sicher abzuschätzen ist. Das Gesamtziel wurde damit (knapp) verfehlt; relevante Aussagen werden trotzdem möglich sein.
- c) Die **Prozessevaluation der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten** hatte den besonderen Schwerpunkt der Anwendung bzw. den (subjektiven) Nutzen der BV in erneuten Krisen. Eine sehr geringe Stichprobe von N= 4. Diese Pilotstudie legt nahe, dass die BV als ein nützliches Angebot

wahrgenommen und entsprechend von Patientinnen und Patienten gut angenommen wird. Drei Kategorien ließen sich zusammenfassen:

Informierte Entscheidungsfindung:

Die Teilnehmenden gaben an, dass sie durch den Abschluss der Behandlungsvereinbarung viele Informationen und Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten und Patientenrechten erhalten hätten, die Ihnen zuvor unbekannt waren und für eine informierte Entscheidungsfindung hinsichtlich der eigenen Behandlung im Vorfeld gefehlt haben. Alle Teilnehmenden gaben an, dass die rechtliche Information und die strukturgebende Funktion der Behandlungsvereinbarung das **Sicherheitsempfinden** nach Abschluss gesteigert hätte.

„Für mich ist es einfach so eine Art Absicherung. Also ich fühl mich dadurch deutlich sicherer. Also ich weiß halt, wenn ich nochmal einen Rückfall hätte, dann würde ich darauf drängen in dieses Krankenhaus zu kommen. Die hätten dann die Behandlungsvereinbarung.“ (Teilnehmer, männlich)

Selbstreflektion:

Drei der vier Interviewten gaben an sich durch die Behandlungsvereinbarung mehr mit sich selbst auseinandergesetzt zu haben.

*„Es hat da auch so einen reflektiven Prozess gegeben.
[...] Meine Annahme ist halt eben, dass die Behandlungsvereinbarung auch deswegen eigentlich gut sein kann, weil viele Fragen gestellt werden, die man sich vorher vielleicht noch nicht gestellt hat“ (Teilnehmerin weiblich)*

Als relevanteste Themen der BV wurden Medikamente und Zwangsmaßnahmen genannt.

Die **Prozessevaluation bei den Mitarbeitenden** legte besonderes Gewicht auf die Hemmnisse bei der Implementierung und den (subjektiven) Nutzung der BV.

Stichprobenbeschreibung: Knapp die Hälfte der infrage kommenden Mitarbeitenden haben sich beteiligt. Der Anteil der Mitarbeitenden überwiegt analog der beruflichen Wirklichkeit. Ähnliches gilt für die Erfahrung.

Ergebnisse: Die komplexen Antworten lassen sich in drei Faktoren zusammenfassen: Sorge um die Verbindlichkeit der BV (auf Patientinnen-Seite), Ablehnung und Überforderung.

Die Mitarbeitendenbefragung wurde im Zeitraum Juni-August 2019 durchgeführt und wurde als online-Fragebogen den Mitarbeitenden der drei beteiligten Abteilungen zugänglich gemacht. Von den etwa 60 Mitarbeitenden, die zur Population gehörten, lieferten N=25 Mitarbeitende abgeschlossene Datensätze. Die Beantwortungszeit lag im Mittel bei M=18,82 Minuten (SD=6,93 min). Von den Teilnehmenden waren n=6 (24%) männlich und n=19 (76%) weiblich. Das Alter lag im Mittel bei M=45 Jahren (SD=11,5). Nach Berufsgruppe haben n=4 Ärztinnen und Ärzte, n=2 Peer-Begleitende, n=9 Pflegenden, n=8 Psychologinnen und Psychologen und n=2 Sozialpädagoginnen und -pädagogen teilgenommen. Davon arbeiteten n=12 stationär, n=2 teilstationär und n=11 ambulant; n=10 in Vollzeit, n=14 in Teilzeit, n=1 auf 450-EUR-Basis.

Von n=9 Teilnehmenden der Befragung wurden in den letzten 24 Monaten keine BVen bearbeitet; n=13 hatten als primäre Bezugsperson mind. eine BV bearbeitet und n=8 in unterstützender Funktion. Im Mittel wurden als primäre Bezugsperson M=4 BVen (SD=6) bearbeitet und in unterstützender

Funktion $M=8$ ($SD=11$). In Summe wurden 43 BVen nach Angaben der Teilnehmenden zum Abschluss gebracht.

Die Teilnehmenden beantworteten in der Befragung insg. 39 Items (Antwortskala von 1 „stimme gar nicht zu“ bis 6 „stimme voll zu“) im Block „Theoretische Hindernisse“ zu den untenstehenden 10 Themenbereichen mit insg. guten Reliabilitäten:

- Wissen	alpha = .88	(2 Items)	M=2.6	SD=1.3
- Umsetzbarkeit	alpha = .64	(5 Items)	M=3	SD=.96
- Verantwortung	alpha = .86	(5 Items)	M=2.5	SD=.9
- Zeit	alpha = .85	(5 Items)	M=3.8	SD=1.1
- Verbindlichkeit für Betroffene	alpha = .79	(4 Items)	M=3.4	SD=1
- Kompetenz der Betroffenen	alpha = .83	(5 Items)	M=2.3	SD=1
- Überforderung	alpha = .73	(3 Items)	M=2.8	SD=1.1
- Seite der Klinik	alpha = .60	(4 Items)	M=3.9	SD=1
- Vertrauen der Betroffenen	alpha = .71	(2 Items)	M=3	SD=1.3
- Zwang	alpha = .56	(4 Items)	M=4.2	SD=.87

Bei allen Themenbereichen (abgesehen von „Zwang“) drücken hohe Werte eher Zweifel, Bedenken, eigene Überforderung, zu wenig Zeit etc. aus – also Einstellungen und Meinungen, die eher der Durchführung von BVen entgegenstehen bzw. diese skeptisch sehen.

37 Variablen gingen in eine exploratorische Faktorenanalyse ein (aufgrund fehlender Werte wurden die Items des Themenbereichs „Vertrauen der Betroffenen“ ausgeschlossen). Die Parallelanalyse ergab drei Faktoren. Es wurde eine schiefwinkliger (hier: "oblimin") Rotation gewählt und die "minres" (minimal residual method)-Extraktion, die mit der Datenlage (25 Datensätze bei 37 Variablen) umgehen konnte. Die Faktoren wurden wie folgt benannt; einige Items wurden aufgrund zu geringer Trennschärfen ausgeschlossen: Faktor 1: Sorge (--> zuerst 14 Items, später 12 Items) ; Faktor 2: Ablehnung (--> zuerst 14 Items, später 9 Items); Faktor 3: Überforderung (--> zuerst 9 Items, später 7 Items).

Es ergaben sich für die ersten beiden Faktoren sehr gute Reliabilitäten: Faktor 1: (2 Items raus); hiernach 12 Items; alpha = .92; Trennschärfen .61-.84; Faktor 2: (5 Items raus); hiernach 9 Items; alpha = .92; Trennschärfen .62-.89; Faktor 3: (2 Items raus); hiernach 7 Items; alpha = .79; Trennschärfen .50-.74.

Höhere Werte bedeuten höhere Ausprägungen auf den drei Faktoren. Es zeigen sich leichte Unterschiede in den Mittelwerten auf den drei Faktoren pro Geschlecht (ohne Berufsgruppe):

	Sorge	Ablehn.	Überf.
M	2.94	2.61	2.33
W	3.48	2.46	3.35

Signifikante Korrelationen zwischen den kontinuierlichen demographischen Variablen und den drei Faktoren ergeben sich größtenteils nicht. Nur Faktor 3 "Überforderung" korreliert sign. negativ ($r=-.5$, $p=.009$) mit Alter: Je höher das Alter, desto geringer die Überforderung.

Nur der erste Faktor (Sorge) korreliert sign. und positiv mit der Anzahl der bearbeiteten BVen ($r=.58$; $p=.038$). Die anderen beiden Faktoren (Ablehnung und Überforderung) weisen neg., aber nicht-sign. Korr. auf. -- NB: Die Anzahl der Vpn, die einen Eintrag bei der AV "bearbeiteter BVen" gemacht haben, beträgt nur $n=13$.

Des Weiteren beantworteten die Teilnehmenden 9 Items zur Erreichung positiver Zielgrößen als Wahrscheinlichkeit (in Prozent von 0-100). Die Reliabilitätsanalyse ergab ein alpha von $\alpha=.91$ und Trennschärfen zwischen $.58$ und $.89$. In den Mittelwerten zeigen sich einige Unterschiede zwischen den Berufsgruppen:

DE01	Arzt/Ärztin	Peer-BegleiterIn	Pflege	PsychologIn	SozialpädagogIn
männlich	69.77778	NA	66.94444	69.72222	NA
weiblich	73.33333	26.38889	65.01587	66.35185	49.38889

Eine Korrelation mit der Anzahl der bearbeiteten BVen war nicht signifikant ($r=-.29$, $p=.338$).

5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Prozessevaluation zeigte, dass der Abschluss der Behandlungsvereinbarung an sich einen positiven Nutzen für die Betroffenen hat. Es konnte gezeigt werden, dass Prozess des Abschlusses für die Betroffenen einen positiven Einfluss auf die Beziehung mit der behandelnden Bezugsperson hatten und eine hohe Zufriedenheit mit dem Prozess der Gesprächsführung bestand. Es erfolgt eine sorgfältige Information und Aufklärung, die für einen erfolgreichen Prozess informierter Entscheidung hinsichtlich der eigenen Behandlung notwendig ist. Das Sicherheitsempfinden der Betroffenen, sowie Reflektionsprozesse werden gefördert. Die Behandlungsvereinbarung kann so womöglich zu einer stärkeren Patientenautonomie und selbstbestimmten Entscheidungsprozessen beitragen. Als relevant wurde das Erkennen des Angebot Zeitpunktes, und eine ausreichende Zeit zum Abschluss genannt, was verdeutlicht, dass die BV als fester Bestandteil in Behandlungsstrukturen eingepflegt werden muss, wenn es zu einem Regelangebot werden soll. Darauf deutete auch die anschließende Online Befragung der Mitarbeitenden hin.

Die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeitenden an der Befragung war mäßig. Geschlechts- und Berufsgruppenverteilung zeigt das übliche Bild innerhalb der sozialen Berufe. Die angegebenen Anzahlen der bearbeiteten BVen weisen hohe Standardabweichungen auf, was bedeutet, dass einzelne Mitarbeitende sehr viele und andere sehr wenige BVen in Angriff genommen haben. Wenn man nun noch einmal auf die eingegangenen Themenbereiche schaut, zeigt sich, dass vor allem Zeitmangel, zu geringe Unterstützung von Seiten der Klinik und die Befürchtung, Betroffene sähen für sich selbst eine eher geringe Verbindlichkeit durch ihre BVen, sowie die praktische Umsetzbarkeit im klinischen Alltag als Hindernisse bzgl. des Abschlusses von BVen gesehen werden. Dies bedeutet, dass trotz relativ optimistischer Einstellungen hinsichtlich der Erreichbarkeit der positiven Zielgrößen (zumindest des konventionellen Personals), vor allem strukturelle Gegebenheiten (Zeit, Ressourcen, Unterstützung durch die Klinik) für den Mangel an Motivation, BVen durchzuführen, angegeben werden, an denen es möglich wäre, konkret anzusetzen. Auch bemerkenswert ist – und sollte noch

einmal betont werden – dass trotz pessimistischerer Bewertung der Wirkwahrscheinlichkeit und bedeutsam geringerer Arbeitsstundenanzahlen das Gros der BVen in dieser Stichprobe von Peer-Begleiterinnen durchgeführt wurde, was einmal mehr zeigt, wie auch hier strukturell anzusetzen wäre.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Gender Mainstreaming Aspekte: Frauen und Männer waren auf allen Ebenen der Projektdurchführung gleichberechtigt beteiligt. Das gilt für die aktivbeteiligten Forschenden ebenso wie für den Einschluss der Patientinnen und Patienten und die Online Befragung der Mitarbeitenden.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Verwertung, Verarbeitung, Veröffentlichungen: Kurzvorstellung des Projektvorhabens bei der Jahrestagung der DGPPN im November 2017, 2018 in Berlin.

8. Literatur

- Borbé, R., Jaeger, S., & Steinert, T. (2009). Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 36(1), 7–15.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK fordert Behandlungsvereinbarungen. Retrieved November 1, 2015, from <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/patientenrec.html>
- Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Ferron, J., Wagner, H. R., & Wilder, C. (2007). Effectively implementing psychiatric advance directives to promote self-determination of treatment among people with mental illness. *Psychology, Public Policy, and Law*, 13(4), 273–288.
- Guy W. (1976). Clinical Global Impressions ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised (DHEW Publ. No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health: Rockville, MD. 218–222.
- Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., ... Joshua. (2015). Joint crisis planning in mental health care: The challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry*, 14(3), 281–283.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329(7458), 136.
- Hildebrandt, B., & Dietz, A. (1998). Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Eds.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (pp. 29–44). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoffmann, B. (2010). Patientenwille, Patientenverfügung, Behandlungswunsch ein Jahr nach Inkrafttreten des 3. BtÄndG. *Recht Und Psychiatrie*, 28(4), 201–210.
- Höfling, W. (2009). Das neue Patientenverfügungsgesetz. *Neue Juristische Wochenschrift: NJW*. Verlag C.H. Beck.

- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93–108.
- Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433–439.
- Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D., & Preisig, M. (2009). Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 35–38.
- Kjellin, L., & Wallsten, T. (2010). Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*, 10(1), 53.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1976). 047 BPRS. Brief Psychiatric Rating Scale. In: W. Guy (Ed.), ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland, 157-169.
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O., & Dawson, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 513–519.
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T., & Simon, A. (2014). Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics*, 40(5), 343–345.
- Rittmannsberger, H., & Lindner, H. (2006). Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. *Psychiatrische Praxis*, 33(2), 95–98.
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J., & Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(3), e91882.
- Sass H., Wittchen H.U., Zaudig M., Houben I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe.
- Swanson, J. W., Swartz, M., Ferron, J., Elbogen, E., & Van Dorn, R. (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: Prevalence, demand, and correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(1), 43–57.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., RA, V. A. N. D., Wagner, H. R., Moser, L. A., ... Gilbert, A. R. (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health*, 17(3), 255–267.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., ... Kim, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943–1951.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., ... Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9878), 1634–1641.
- Uhlig, R. (2016) Behandlungsvereinbarung in der psychiatrischen Klinik. Masterarbeit vorgelegt an der Universität Hamburg.
- Watson, A. C., & Angell, B. (2007). Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(6), 787–93.
- Zentrale Ethikkommission. (2013). Stellungnahme: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(26), 1334–1338.

