

# Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich?

## After 200 Years of Psychiatry: Are Mechanical Restraints in Germany Still Inevitable?

### Autoren

Tilman Steinert, Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie

### Institut

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, Ravensburg

### Schlüsselwörter

- Fixierung
- Festhalten
- Zwangsmaßnahmen

### Keywords

- mechanical restraint
- physical restraint
- coercive measures
- Germany

### Zusammenfassung

**Anliegen** Fixierungen und Isolierungen sind keine therapeutischen Maßnahmen, sondern reine Maßnahmen der Sicherung, die dann angewendet werden, wenn ein therapeutisches Vorgehen nicht mehr möglich erscheint. Benchmarkings mit Klinikvergleichen zeigen erhebliche Variationen zwischen den Kliniken, eine dauerhafte und signifikante Senkung der Dauer und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen war aber mit den Mitteln des Qualitätsmanagements bisher nicht möglich. Qualitativ neue Ansätze sind erforderlich. **Ergebnisse** Es wurde ein Verfahren entwickelt, die englische Praxis des „Physical Restraint“ für deutsche Verhältnisse zu adaptieren, begleitet

von Maßnahmen der Deeskalation. Im Gegensatz zu Fixierungen handelt es sich dabei um eine professionelle Intervention, die unter Aufrechterhalten eines therapeutischen Beziehungsangebots zur Vermeidung von Fixierungen eingesetzt wird und üblicherweise von kurzer Dauer ist. Eine Implementierung ist in zahlreichen Kliniken, die im „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ vertreten sind, geplant. **Schlussfolgerungen** Wenn es gelingt, mit dieser Technik die Häufigkeit und Dauer von Fixierungen signifikant zu reduzieren, ist dies der hoffnungsvollste Ansatz, die Praxis der Anwendung von Fixierungen in Deutschland grundlegend zu ändern.

### Das älteste Problem psychiatrischer Institutionen

Der Beginn der neuzeitlichen Psychiatrie als medizinische Disziplin wird gemeinhin auf die zum einmaligen symbolischen Akt stilisierte Befreiung der Geisteskranken aus ihren Ketten im Pariser Hospital Bicêtre durch Philippe Pinel im Zuge der französischen Revolution datiert. Mechanische Zwangsmaßnahmen in vielen Formen – von den Ketten über Fixierung mit Gurten, Zwangsjacke, Einwickeln in Tücher, Festbinden an Stühlen, Einsperren in leere Räume (Isolierung) – gehören unvermeidlich zum symbolischen Inventar der Psychiatrie und prägen ihr janusköpfiges Bild in der Öffentlichkeit, wenngleich die Anwendung von Zwang heute nur noch bei einer kleinen Minderheit der Patienten eine Rolle spielt und selbst bei systematischen Befragungen zur Aufnahmesituation nur noch marginal in Erscheinung tritt [1]. Trotzdem sind auch heute noch 2–10% der Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern von solchen mechanischen Zwangsmaßnahmen betroffen [2–4], die im Mittel zwischen 5 und 10

Stunden dauern, womit wir uns nach vorliegenden Daten im internationalen Vergleich etwa in der Mitte bewegen [5]. Dies ist ein ernüchterndes Ergebnis angesichts der Tatsache, dass in den vergangenen 200 Jahren immer wieder teils sehr engagierte Versuche zu verzeichnen waren, Zwangsmaßnahmen abzuschaffen. Auch in Deutschland war der Beginn der Psychiatrie in der Theorie, der Johann Christian Reil in Halle zugeschrieben wird, mit dem Anspruch auf Gewaltverzicht verbunden [6]. Bereits in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts war aber eine bemerkenswerte Fülle von praktizierten Zwangsmaßnahmen erfunden, die zu Disziplinierungszwecken dienten – Zwangsbett, Zwangsstuhl, Zwangsstehen, Zwangskorb, Zwangskamisol, Zwangswiege, Zwangshemd, Zwangsschrank, das von Haindorf erfundene hohle Tretrad, die Mundbirne zur Verhinderung des Schreiens, die Cox'sche Maschine, die die Kranken hohen Drehbeschleunigungen aussetzte, Ekelkuren, Sturzbäder, Tauchbäder, Strahlduschen usw. [7,8]. Der erste ernsthafte historische Versuch, Zwangsmaßnahmen abzuschaffen, wird Robert Gardiner Hill

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276871>  
Psychiat Prax  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York ·  
ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Tilman Steinert**  
Zentrum für Psychiatrie  
Südwürttemberg, Abteilung  
Psychiatrie I der Universität Ulm  
Postfach 2044  
88190 Ravensburg  
tilman.steinert@zfp-zentrum.de

(1811–1876) zugeschrieben [9], der nach dem Tod eines ans Bett fixierten Patienten 1829 in London versuchte, das „Non-Restraint-Prinzip“ einzuführen. Er konnte empirisch evaluieren, dass 1830 39 von 92 Patienten fixiert wurden, 1837 dagegen nur noch 2 von 120 [10]. Das „Non-Restraint-Prinzip“ entwickelte, von England ausgehend und mit dem Namen John Conolly verbunden, im 19. Jahrhundert durchaus eine gewisse Strahlkraft und auch viele Psychiater in Deutschland wie Wilhelm Griesinger erhoben es zum Ziel, ohne allerdings letztendlich eine überzeugende Umsetzung vermelden zu können [11]. Auch die Einführung wirksamer Medikamente im 20. Jahrhundert scheint nichts Grundsätzliches geändert zu haben. Der Impetus, diese Praxis zu verändern, verschwand allmählich und trat hinter dem zunächst vorrangigen Ziel der großen Psychiatriereform zurück, ohne dass diese das Problem der Fixierungen gelöst hätte. Die erste Publikation, die überhaupt empirische Daten über die Häufigkeit von Fixierungen in Deutschland lieferte, stammt nach Kenntnis des Autors aus dem Jahr 1991 [12]. Besonders in den letzten 10 Jahren ist weltweit eine steigende Zahl von Publikationen zu dem Thema zu verzeichnen. In erster Linie in den Niederlanden und den USA existieren staatlich geförderte Initiativen zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen [5]. Zumindest hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Häufigkeit des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen einen wichtigen Qualitätsindikator in der Psychiatrie darstellt. In Deutschland gibt es 2 klinikübergreifende Arbeitskreise, die sich seit vielen Jahren mit Zwangsmaßnahmen und deren Verhinderung beschäftigen, den vom Autor dieses Beitrags 1997 initiierten Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie ([www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de](http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de)) [13,14] mit Beteiligung von Kliniken aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Luxemburg, Wales und der Schweiz und ein norddeutsches Pendant mit einer kleineren Arbeitsgruppe [2,15]. Seit mittlerweile 10 Jahren vorliegende Daten aus Klinikvergleichen (Benchmarking) zeigen, dass eine erhebliche Variation zwischen den einzelnen Kliniken besteht, dass gezielte Projekte die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen durchaus zu senken vermögen, jedoch auch, dass ein Trend nach unten über alle Kliniken hinweg bei dem Einsatz von Fixierungen und Isolierungen bisher nicht überzeugend dargestellt werden konnte [16–18].

### Therapie oder Sicherungsmaßnahme?

Immer wieder wird kontrovers diskutiert, ob es sich bei Fixierungen und anderen Zwangsmaßnahmen um eine *therapeutische* Maßnahme zur Beruhigung erregter Patienten handelt oder um eine reine Sicherungsmaßnahme. Der Vorstellung, dass es sich hier um eine spezielle Form der psychiatrischen Therapie handelt – ganz in der Tradition der oben beschriebenen zahlreichen Variationen der Therapie mit Zwang im 19. Jahrhundert – entspricht die Durchführung von Cochrane-Reviews. Ein solches Cochrane-Review existiert, durchaus mit der kritischen Absicht, die Anwendung dieser Methoden zu hinterfragen [19]. Als Zielsetzung des Reviews wurde angegeben: „To estimate the effects of seclusion and restraint compared to the alternatives for those with serious mental illnesses.“ Da keine Studien gefunden wurden, die die Einschlusskriterien erfüllten, kamen die Autoren zu dem Schluss, zumal es Berichte von ernststen Komplikationen gebe, seien alternative Herangehensweisen zur Behandlung mit unerwünschten oder gefährlichen Verhaltensweisen zu entwickeln und in randomisierten kontrollierten Studien zu untersuchen. Der Ansatz klingt vernünftig und wir haben deshalb den Weg

randomisierter kontrollierter Studien auch eingeschlagen [20,21]. Dennoch halten wir die zugrunde liegende Auffassung, es handle sich um eine Therapieform, die ggf. in randomisierten kontrollierten klinischen Studien zu evaluieren sei, für grundlegend falsch. Dies erinnert an die gerne zitierte Arbeit in der Weihnachtsausgabe des *British Medical Journal* von 2001, in der empfohlen wird, den Gebrauch von Fallschirmen in einer randomisierten kontrollierten Studie zu untersuchen, nach Möglichkeit mit den Befürwortern der evidenzbasierten Medizin als Probanden der Kontrollgruppe [22]. Der entscheidende Unterschied, der die elegante Pointe des britischen Humors möglich macht, ist, dass es sich bei Fallschirmen ebenso wie bei Fixierungen nicht um Therapiemaßnahmen handelt, sondern um reine Sicherungsmaßnahmen. Solche kann man üblicherweise nicht in einem randomisierten Design untersuchen – dies gilt gleichermaßen für Zwangseinweisungen wegen Fremdgefährdung, Unterbringung im Maßregelvollzug und Vollzug von Haftstrafen. Sobald Fremdgefährdung, Rechtsgüter und Wertvorstellungen Dritter eine Rolle spielen, ist die klinische Studie nicht die angemessene ethische Matrix. Das Festbinden an einem Bett im 21. Jahrhundert erfolgt nicht als „Therapie der Wahl“, sondern dann, wenn die Psychiatrie bei ihren Patienten nicht mehr weiter weiß. Es handelt sich um eine reine Sicherungsmaßnahme, die dann angewendet wird, wenn therapeutische Herangehensweisen nicht mehr greifen. An welchem Punkt genau das Versagen therapeutischen Handelns festgestellt und zu Sicherungsmaßnahmen übergegangen werden muss, scheint erheblich von der jeweiligen Situation und den involvierten Personen abzuhängen.

Dafür spricht insbesondere die hohe Varianz in der Durchführung von Fixierungen sowie die Diskrepanz zwischen Behandlungsleitlinien [23] und der Praxis in den Kliniken. In Deutschland ist es – trotz dezidiert Kritik des Europäischen Anti-Folter-Komitees („es ist nicht akzeptabel, dass leidende und erregte Patienten somit in einem Einzelzimmer fixiert hinter verschlossener Tür allein gelassen werden“ [24]) – bis heute in vielen Kliniken üblich, dass fixierte Patienten nicht mit 1:1-Betreuung „ständig, unmittelbar und persönlich“ überwacht werden (so die Forderung des Anti-Folter-Komitees). Die durchschnittliche Dauer der Fixierungen liegt in den Kliniken zwischen 2 und 10 Stunden, in der Schweiz etwa sogar noch wesentlich höher bei andererseits markant niedrigerer Häufigkeit der Anwendung von Fixierungen zulasten häufigerer Isolationen [25], und Patienten berichten während dieser Zeit eine Fülle von Gefühlen des Ausgeliefertseins, von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht [26].

### Das britische Modell

Dass es anders geht, beweist seit Langem das Beispiel Großbritannien. Fixierungen sind dort gesetzlich verboten und werden in der Psychiatrie nicht praktiziert. „Restraint“ ist dort keine mechanische Fixierung („mechanical restraint“), sondern ein Festhalten durch Personen („physical restraint“, „control and restraint“ oder „holding down“). Das Pflegepersonal in britischen psychiatrischen Einrichtungen ist in der Überwältigung und Immobilisierung von Patienten extrem gut geschult. Deshalb werden diese Maßnahmen dort routinemäßig mit gutem Erfolg und ohne wesentliches Verletzungsrisiko für Personal und Patienten von im Durchschnitt 3–4 Pflegenden professionell durchgeführt [27]. Dabei sollte nicht verschwiegen werden, dass die Pflegebesetzung pro Bett etwa doppelt so hoch ist wie nach Psych-PV in Deutschland [27]. Ob das Festhalten durch 4 Personen humaner

ist als das Festbinden an einem Bett, kann kontrovers diskutiert werden. Der entscheidende Gesichtspunkt ist aber, dass Fixierungen in der Regel viele Stunden dauern, während die Immobilisierung durch Festhalten, regelmäßig begleitet durch die Verabreichung von Medikation, in der Regel nach recht kurzer Zeit (im Durchschnitt unter 20 Minuten) beendet ist [5]. Angesichts dieser Tatsache haben wir vor 3 Jahren eine Delegation aus Ärzten und Pflegepersonal aus verschiedenen Kliniken des ZfP Südwürttemberg nach Wales entsandt, um im Rahmen einer Hospitation die dortige Praxis kennenzulernen. Sie funktionierte wie beschrieben, die deutschen Hospitanten konnten auch an Schulungen zu den Immobilisierungstechniken teilnehmen, ein direkter Transfer gelang trotzdem zunächst nicht. Dafür kristallisierten sich in den Diskussionen verschiedene Gründe heraus. Traditionsgemäß empfanden Pflegekräfte in Deutschland den mit dem Festhalten verbundenen relativ langen und intensiven Körperkontakt mit den Patienten in der Vorstellung als unangenehm. Ferner wurde natürlich auch auf die deutlich geringere pflegerische Besetzung in Deutschland verwiesen. Nicht zuletzt aber stießen die in Großbritannien verwendeten potenziell schmerzhaften Hebeltechniken zur Immobilisierung hier auf Ablehnung und das Modell wurde als auf deutsche Verhältnisse schwer übertragbar angesehen.

### Eine Wende in Deutschland erscheint möglich



Trotzdem hat die Präsentation dieser Erfahrungen einen Krankenpfleger am Zentrum für Psychiatrie Wiesloch angeregt, mit einer Gruppe von Deeskalationstrainern neue Formen der körperlichen Immobilisierung ohne Einsatz mechanischer Zwangsmaßnahmen zu erproben. Es entstand schließlich ein Manual, das ein auf deutsche Verhältnisse adaptiertes Stufenkonzept des Festhaltens beinhaltet, beginnend bei einer Immobilisierung im Stehen, bei ausbleibender Beruhigung im Sitzen und notfalls im Liegen. Die zur Anwendung kommenden Haltetechniken sind sicher für Personal und Patienten, ohne Schmerzen zu erzeugen. Der wahrscheinlich wichtigste Aspekt ist aber, dass in enger Verbindung mit dem körperlichen Kontakt des Festhaltens eine verbale Deeskalation nach einem ebenfalls manualisierten Schema erfolgt, wobei nicht nur die psychischen, sondern auch die körperlichen Reaktionen des gehaltenen Patienten für das weitere Prozedere einbezogen werden. Die Technik wurde erstmals auf einer Tagung des Arbeitskreises für Prävention von Gewalt und Zwang 2010 vorgestellt und seitdem bei diesen Tagungen mehrfach demonstriert. Dabei hatte keiner der Beobachter Zweifel, dass es sich um eine in hohem Maße „therapeutische“ Intervention handelte, die hohe Professionalität und hohe persönliche und praktische Fertigkeiten verlangt. Genau dies ist die entscheidende Wende, die es zu erreichen gilt: Aufrechterhalten der therapeutischen Beziehungsgestaltung so lange als möglich, d.h. über den Beginn der Anwendung von sichernden Interventionen hinaus. Durch das beschriebene Vorgehen überlappen sich therapeutische Kontaktaufnahme und Sicherungsmaßnahmen weitreichend und ein flexibleres Vorgehen mit variablem Ende der Intervention wird möglich, ganz anders als wenn der „point of no return“, d.h. die Entscheidung zu einer Fixierung, bereits vor der direkten Körperkontaktaufnahme getroffen wurde. Wie vieles andere ist auch diese Technik nicht vollständig neu, sondern sie greift Elemente auf, die aus der Praxis der Deeskalationstrainings [28] und aus Großbritannien, teilweise auch den Niederlanden, in ähnlicher Form bekannt sind. Neu ist allerdings die

konsequente und manualisierte Verbindung mit Techniken der verbalen Deeskalation mit Verzicht auf schmerzhafte Immobilisationstechniken. Die Chancen, dieses Vorgehen auch erfolgreich in der Breite umzusetzen und damit einen wirklichen Wandel der therapeutischen Kultur zu erreichen, sind gegenwärtig günstig. Dazu bedarf es der folgenden Schritte:

1. Das Vorgehen muss standardisiert beschrieben, d.h. manualisiert werden. Diese Aufgabe ist bereits weitgehend erfüllt.
2. Es muss gezeigt werden, dass mit diesem Vorgehen, das formal natürlich ebenfalls eine Zwangsmaßnahme darstellt, die Häufigkeit und Dauer von Fixierungen signifikant gesenkt werden kann, d.h. dass die Maßnahmen in einer hinreichend großen Zahl der Fälle tatsächlich Fixierungen ersetzen und nicht länger dauern als dies aus den britischen Verhältnissen bekannt ist. Ebenso wichtig wird sein, ob die Maßnahme ohne Verletzungen für Personal und Patienten sicher durchführbar ist. Derzeit wird dazu eine pragmatische kontrollierte Studie am Zentrum für Psychiatrie Wiesloch durchgeführt, wobei eine Station mit vergleichbarer Klientel und konventioneller Durchführung von Fixierungen die Vergleichsgruppe liefert. Eine Zwischenauswertung, die auf der Frühjahrstagung des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang vorgestellt wurde, zeigte sehr positive Ergebnisse [29]. Die abschließende Evaluation der 1-jährigen Pilotphase im Herbst 2011 wird daher mit großer Aufmerksamkeit erwartet.
3. Schließlich wird es dann gelten zu zeigen, dass die Methode nicht personengebunden ist und dass ein Transfer in andere Kliniken gelingt. Die Chancen sind insofern jetzt günstig, weil leitende Ärzte und Pflegekräfte aus einer größeren Zahl von Kliniken das Vorgehen und die Ergebnisse aus Wiesloch mit großem Interesse beobachten und die klare Absicht haben, dies auch an der eigenen Klinik zu implementieren. Damit wird voraussichtlich bereits 2011 begonnen. In welchem Maß dies erfolgreich ist, wird man über das Klinikbenchmarking, dessen Daten sich inzwischen über 10 Jahre erstrecken, genau ermitteln können [30]. Ein Erfolg der Maßnahme wird also mit den verbreitet vorhandenen und eingeführten Mitteln des Qualitätsmanagements messbar sein. Wenn klare Daten bezüglich einer deutlichen Senkung der Häufigkeit und Dauer von Fixierungen vorliegen, steht die bisherige untherapeutische Fixierungspraxis in Deutschland zur Disposition und es ist an der Zeit, den Schritt von der Sicherung zur Therapie zu vollziehen. Dies wäre ein wichtiger Schritt in Richtung einer weiteren Humanisierung der Psychiatrie, die als Institution in Baden-Württemberg 2012 ihr 200-jähriges Jubiläum hat.

### Interessenkonflikt



Der Erstautor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Einige Mitglieder des Arbeitskreises Prävention von Gewalt und Zwang sind kommerziell in Deeskalationstrainings tätig (ProDeMa, PAIR).

## Abstract

## After 200 Years of Psychiatry: Are Mechanical Restraints in Germany Still Inevitable?

**Background** Mechanical restraint and seclusion are not therapeutic interventions but procedures to safeguard patients or staff representing a failure of therapeutic approaches. Quality management including benchmarkings yields considerable variations between different hospitals. However, an enduring and significant decrease in the frequency and duration of such coercive measures so far has not been achieved by means of quality management. A new set of approaches is therefore required.

**Results** Amending the British practice of „physical restraint“ for German conditions, a technique of holding the patient was developed accompanied by manualised interventions of verbal de-escalation. In contrast to mechanical restraint, the technique represents a therapeutic intervention and is usually of short duration. An implementation is planned in a group of hospitals collaborating in the prevention of violence and coercion in psychiatry.

**Conclusions** This new technique appears a promising approach to fundamentally change the practice of mechanical restraint in Germany. Evidence of the effect of this technique on frequency and duration of mechanical restraints needs to be gathered.

### Literatur

- Borbé R, Klein A, Onnen M et al. Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus der Sicht des Patienten. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 20–26
- Ketelsen R, Schulz M, Driessen M. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 105–111
- Martin V, Kuster W, Baur M et al. Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 26–33
- Steinert T, Martin V, Baur M et al. Diagnosis-related frequencies of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 140–145
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 889–897
- Marneros A, Pillmann F. Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer; 2005
- Panse F. Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart: Thieme; 1964
- Kraepelin E. Hundert Jahre Psychiatrie. *Zschr ges Neurol Psychiat* 1918; 36: 161–325
- Jones K. Robert Gardiner Hill and the non restraint movement. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 121–124
- Meise U, Frajo-Apor B, Stippler M et al. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – ein Tabu? *Neuropsychiatr* 2011; 25: 44–50
- Sammet K. Akteure, Konflikte, Interessen: Wilhelm Griesingers Reformversuche in der Irrenabteilung der Berliner Charité 1865–1968. *Medizinhistorisches Journal* 2004; 138: 185–211
- Fritz U, Mack B, Rave-Schwank M. Gewalt in der Psychiatrie. Evaluation der Fixierungsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatr Prax* 1991; 18: 162–166
- Steinert T, Fischer-Erlewein E, Kuster W et al. AG Prävention von Gewalt in der Psychiatrie: Prävention von Gewalt im psychiatrischen Krankenhaus. Erste Ergebnisse einer multizentrischen Arbeitsgemeinschaft in Baden-Württemberg und Bayern. *Krankenhauspsychiatrie* 2002; 13: 132–137
- Steinert T, Baur M. Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (Suppl. 1): S18–S20
- Ketelsen R, Zechert C, Driessen M. Kooperationsmodell zwischen psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 2007; 34 (Suppl. 2): S208–S211
- Steinert T, Bohnet U, Eisele F et al. Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bei Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern. *Epidemiologie und Qualitätsaspekte. Nervenarzt* 2006; 77: 1539–1544
- Steinert T, Eisele F, Göser U et al. Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie: Reduktion von Patientenübergreifen und Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch Implementierung einer Kriseninterventionsstation. *Gesundh ökon Qual manag* 2009; 14: 44–48
- Steinert T, Bohnet U, Flammer E et al. Effekte eines Kraft- und Bewegungstrainings auf die Fixierungshäufigkeit bei Demenzpatienten in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 273–278
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochr Datab System Rev* 2000: CD 001163
- Bergk J, Einsiedler B, Steinert T. Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clin Trials* 2008; 5: 356–363
- Bergk J, Flammer E, Einsiedler B et al. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint. *Psychiatr Serv* (in press)
- Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *Br Med J* 2003; 327: 1459–1461
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Hrsg. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2: Behandlungsleitlinie Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff; 2010
- Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment (CPT). Besuch in Deutschland 2005. [www.cpt.coe.int/documents/deu/2007-18-inf-deu.pdf](http://www.cpt.coe.int/documents/deu/2007-18-inf-deu.pdf)
- Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R et al. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epid Ment Health* 2007; 3: 1
- Bergk J, Flammer E, Steinert T. „Coercion Experience Scale“ (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 5
- Lepping P, Steinert T, Needham I et al. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 629–635
- Richter D. Non-physical conflict management and de-escalation. In: Richter D, Whittington R, eds. *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. New York: Springer; 2006: 125–144
- Heinzmann T. Bericht über den Stand des Wieslocher Projekts „Festhalten statt Fixieren“. Vortrag bei der Frühjahrstagung des Arbeitskreises Prävention von Gewalt und Zwang, 14.4.2011, Reichenau
- Steinert T. *Arbeitskreis Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie*. Benchmarking von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. *Z Evidenz Fortb Qual Gesundheitsw* 2011 (im Druck)