



Tiziana Ziltener

Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie – eine Auswahl aktueller Konzepte und Interventionen



Julian Möller

Zwangsmassnahmen werden in der Psychiatrie angewandt, wenn es darum geht, die Sicherheit für Patienten sowie für das Personal und die Bevölkerung zu fördern und um aus psychiatrischer Sicht die notwendige Behandlung bei urteilsunfähigen Patienten durchführen zu können. Die Massnahmen können für Betroffene jedoch traumatisierend und stigmatisierend sein und die therapeutische Beziehung schädigen. Auch psychische Folgestörungen sind möglich. Der vorliegende Artikel soll eine Übersicht über aktuelle Publikationen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie geben und Anregungen für die klinische Praxis und weitere Forschungsarbeiten liefern.



Franziska Rabenschlag

von Tiziana Ziltener*, Julian Möller*, Franziska Rabenschlag*, Fabienne Roth*, Undine Lang* und Christian Huber*



Fabienne Roth

Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie

Über den potenziellen Nutzen und mögliche Nachteile dieser Massnahmen sowie über die mit ihnen verbundenen rechtlichen und ethischen Bedenken wurden in den letzten zwei Jahrzehnten intensive Debatten geführt (1). Das ist berechtigt, stellen Zwangsmassnahmen doch einen massiven Eingriff in die Grundrechte einer Person dar. Insbesondere die Rechte auf persönliche Freiheit und Selbstbestimmung und auf die Unversehrtheit der körperlichen Integrität werden eingeschränkt (2, 3). Zwangsmassnahmen können zudem traumatisierend sein, psychische Folgestörungen verursachen, die therapeutische Beziehung schädigen und zur gesellschaftlichen Stigmatisierung von psychisch Kranken beitragen (1, 2, 4–7). Neben Gesetzesänderungen haben unter anderem Berichte von Betroffenen und Initiativen des Fachpersonals zu einer immer stärker werdenden Distanzierung von Zwangsmassnahmen beigetragen (8). Stattdessen manifestiert sich ein Bestreben, Menschen auf freiwilliger Basis die bestmögliche professionelle Unterstützung zu bieten und Zwangsmassnahmen zu reduzieren (8, 9).



Undine Lang

Zwangsmassnahmen reduzieren

Im psychiatrischen Kontext werden verschiedene Formen von Zwangsmassnahmen unterschieden. Dazu gehören unter anderem die fürsorgliche Unterbringung (FU) und der Gebrauch des Rückhalterechts, Diagnostik ohne Zustimmung, Zwangsmedikation,



Christian Huber

Zwangsernährung, Isolation und Fixierung (2, 10). Hinzu kommen informelle Zwangsmassnahmen wie das Ausüben von Druck in Form von Androhungen oder Überreden zur Verbesserung der Adhärenz oder die Vermeidung formeller Zwangsmassnahmen, die nicht mit freiwillig erteilter Zustimmung eines urteilsfähigen Patienten erfolgen und dennoch nicht offen als Zwangsmassnahmen bezeichnet werden (8, 11, 12). Alle Interventionen aus diesem Bereich sind als Mittel letzter Wahl zu verstehen, und ihre Anwendung ist Ausnahmesituationen vorbehalten. Folglich dürfen sie nur dann zum Einsatz kommen, wenn die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllt sind, sie einen grossen potenziellen Schaden abwenden können und keine weniger einschneidenden Alternativen zur Verfügung stehen (2, 3, 8). Strategien zur Reduktion von Zwangsmassnahmen reichen von Instrumenten zur Risikoeinschätzung über Mitarbeitertrainings in Deeskalationstechniken, Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten und spezifische therapeutische Interventionen zu dessen Minderung bis zu breit gefächerten Interventionsprogrammen auf Klinikebene (8, 9, 13–15). Anhand aktueller Publikationen wird im Folgenden eine Auswahl von Konzepten und Interventionen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen präsentiert. Für eine umfassende Lektüre zur Reduktion von Zwangsmassnahmen wird auf die S3-Leitlinie «Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen» verwiesen (9).

Konzeptveränderungen auf Klinikebene

Zur Reduktion von Zwangsmassnahmen existieren mittlerweile unterschiedliche Modelle, die auf mehreren Ebenen ansetzen und verschiedene Interventionen integrieren (8, 9, 13, 15). Die folgende Darstellung von Interventionsprogrammen erfolgt in Anlehnung an den aktuellen Scope-Review von Gooding et al. (2020), wel-

* Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Universität Basel

cher einen umfassenden Überblick über Publikationen im englischsprachigen Raum bietet. Demnach können unter anderem das Konzept der Safewards, die «Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint» und eine Politik der offenen Tür nach derzeitigem Stand der Literatur Zwangsmassnahmen erfolgreich reduzieren (8, 13, 15–18).

Das in Grossbritannien entwickelte Modell der Safewards zielt insbesondere darauf ab, Konflikt und Zwangsmassnahmen zu reduzieren, indem mit Interventionen sogenannten Krisenherden entgegengewirkt wird (8). Das Modell identifiziert ursächliche Faktoren von Konflikt und Zwangsmassnahmen (z. B. die Stationsstruktur oder die Patientencharakteristika), modifizierende Faktoren auf Mitarbeiterseite und potenzielle Krisenherde. Zudem anerkennt es die negative Wechselwirkung, die Zwangsmassnahmen auf die Entstehung von Konflikten haben können. Zehn Interventionen, die im Wesentlichen auf die Personal-Patienten-Interaktion und auf verschiedene Aspekte des Stationsklimas fokussieren, sollen das Personal bei der Handhabung von Krisenherden unterstützen (8, 15, 19, 20). Bei der Intervention der «wertschätzenden Kommunikation» wird das Behandlungsteam beispielsweise dazu angehalten, beim Rapport nicht nur auf negative Aspekte zu fokussieren, sondern auch etwas Positives zu jedem Patienten zu nennen (20).

Baumgardt et al. (2019) evaluierten die Implementierung des Modells auf zwei geschlossenen Stationen in Berlin (15, 16). Sie berichten über einen proportionalen Rückgang der Anzahl Personen, die Zwangsmassnahmen ausgesetzt waren, das in Bezug auf die Gesamtanzahl der Patienten (16, 21). Eine australische Studie zeigte nach der Einführung des Modells eine 36-prozentige Abnahme bezüglich der Anzahl an Isolationen (22). Aufbauend auf extensiven Literaturreviews, entstand in den USA das Programm «Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint» (23). Das Konzept fokussiert auf sechs Kernpunkte: 1) Einbezug des Managements, 2) Dokumentation und deren Verwendung, 3) Mitarbeitertrainings, 4) Instrumente zur Prävention von Zwangsmassnahmen, 5) Einbezug von Peers in die Behandlung von psychisch Kranken und 6) Debriefings (13, 15, 23, 24). Damit einher gehen beispielsweise die Kommunikation eines gewaltpräventiven Leitbildes und die Implementierung eines entsprechenden Massnahmenplans durch das Management (Punkt 1) sowie die Umsetzung eines Recovery-orientierten Behandlungsansatzes durch die Mitarbeitenden (Punkt 3) (24). Verschiedene Studien zeigten einen Rückgang von Zwangsmassnahmen nach der Implementierung der Kernstrategien (8, 17, 25–27).

Neben diesen Modellen kann die Öffnung akupsykiatrischer Stationen im Sinne einer Politik der offenen Tür als weiterer Ansatz zur Reduktion von Zwangsmassnahmen betrachtet werden (5, 8). Schneeberger et al. (2017) fanden in ihrer retrospektiven Analyse eines Datensatzes von 21 Kliniken, dass Zwangsmassnahmen in Institutionen mit einer Politik der offenen Tür weniger häufig vorkamen als in Institutionen mit einer Politik der geschlossenen Tür (28). Andere Studien berichten über ähnliche Ergebnisse (8, 18, 29–31). Lang und Kollegen (2016) beschrieben, wie eine Politik der offenen Tür zwar nicht *direkt* durch das mechanische Öffnen von Sta-

tionstüren, Zwangsmassnahmen reduziert, wie sich aber die Türöffnung *indirekt* auf die Behandlungsqualität auswirkt und so Zwangsmassnahmen verhindert werden. Ein verantwortungsvolles Öffnen von Stationstüren ist nur möglich, wenn verschiedene Behandlungsaspekte und Mechanismen angepasst werden. Diese Anpassungen beinhalten unter anderem ein stärkeres Mitspracherecht und eine grössere Partizipation der Patienten, die Verhinderung von Crowding von Akutpatienten, den Erhalt von Privatsphäre, die regelmässige Teamreflexion, die Reduktion von Einschränkungen und die Ausarbeitung von diagnosespezifischen Therapiekonzepten inklusive bedarfsangepasster Psychotherapieangebote. Diese Aspekte haben zusammen vielfältige Einflüsse auf die Behandlungsqualität, die Stationsatmosphäre und die Patientenzufriedenheit, was wiederum die Anwendung von Zwangsmassnahmen senkt (5). In den UPK Basel wurde das Konzept der offenen Türen seit 2011 schrittweise implementiert. Im Zuge der Türöffnung und der damit einhergehenden Veränderungen konnte in den UPK Basel der prozentuale Anteil von Fällen mit mindestens einer Isolation von 8,2 Prozent (2010) auf 3,5 Prozent (2015) reduziert werden. Gleichermassen verhielt es sich bei der Zwangsmedikation: Der prozentuale Anteil der Fälle halbierte sich von 2,4 Prozent (2010) auf 1,2 Prozent (2015) (32).

Risikoassessments

Neben Interventionsprogrammen kann bereits der Einsatz von Instrumenten zur Risikovorhersage helfen, Zwangsmassnahmen vorzubeugen, indem Risikokonstellationen frühzeitig erkannt und rechtzeitig präventive Massnahmen eingeleitet werden (9, 15). Beispielfhaft sollen hier die Brøset-Violence-Checkliste als fest etabliertes und erprobtes Instrument und die Analyse der Behandlungsdokumentation als neuer Impuls zur Verbesserung von Risikoassessments vorgestellt werden.

Brøset-Violence-Checkliste:

Die Brøset-Violence-Checkliste ist eine in Norwegen entwickelte Skala zur Risikovorhersage (33). Ihre adaptierte Schweizer Version, die BVC-CH, beinhaltet neben der Bewertung von sechs Verhaltensweisen bezüglich ihres tatsächlichen Auftretens eine visuelle Analogskala, auf der das subjektiv eingeschätzte Risiko mit einem Schieber eingestellt wird. Die Bewertung der sechs Verhaltensweisen und das subjektiv eingeschätzte Risiko ergeben zusammen den Risikowert. Je nach ermitteltem Wert sollen präventive Massnahmen eingeleitet werden. Hierfür bietet die BVC-CH im Unterschied zur norwegischen Originalversion zusätzlich eine Liste mit Vorschlägen (15, 34). Durch die Anwendung der Skala konnten Zwangsmassnahmen sowie aggressive Vorfälle erfolgreich reduziert werden (15, 35, 36). Auch die UPK Basel verwenden die BVC-CH zur Risikoeinschätzung, und insbesondere die visuelle Analogskala wird von den Mitarbeitenden als sehr hilfreich wahrgenommen. Durch sie kann die Risikowahrnehmung in Form «des Bauchgefühls» einfließen.

Analyse der Behandlungsdokumentation:

Eine neue potenzielle Möglichkeit des Risikoassessments wurde kürzlich in zwei Studien publiziert (37, 38).

Stepanow und Kollegen (2019) untersuchten die Akteinträge des Gesundheitspersonals bei Patienten mit und ohne Isolationsmassnahme. Sie berichten, dass die Akteinträge der Patienten mit Isolationsmassnahme einerseits umfassender waren und andererseits mehr subjektiv emotionale Ausdrücke enthielten. Auch negative Verhaltensbeschreibungen fanden sich häufiger in der Isolationsgruppe, ferner waren Ausdrücke wie «bedrohlich» ausschliesslich in den Einträgen dieser Gruppe zu finden (37). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Hazewinkel et al. (2019). Mittels Text Mining untersuchten sie ebenfalls die Akteinträge von Patienten mit und ohne Isolationsmassnahme und berichteten von Unterschieden zwischen den Gruppen (38). Laut dieser Befunde könnte mithilfe eines automatisierten Textanalyseprogramms das Risiko einer bevorstehenden Zwangsmassnahme eingeschätzt werden, um präventive Massnahmen frühzeitig einleiten zu können (37, 38). Um die Textanalyse als standardisiertes evidenzbasiertes Werkzeug in die klinische Praxis zu integrieren, ist die Ausarbeitung eines Modells und dessen umfassende Erprobung allerdings noch ausstehend (38).

Tiergestützte Therapie

Eine bislang noch wenig diskutierte Intervention zur Reduktion von Zwangsmassnahmen präsentierten Widmayer et al. (2019) kürzlich in ihrem narrativen Literaturreview zu den Effekten von tiergestützter Therapie (14). Diese hat nachweislich positive Effekte auf verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit wie beispielsweise Depression, Rumination, Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit, Demenz, Angst und Aggression (14, 39–43). Nurenberg et al. (2015) zeigten, dass eine tiergestützte Therapie mit Pferden wie auch Hunden die Aggressivität von Patienten reduzierte (43). Die tiergestützte Therapie könnte deshalb gezielt eingesetzt werden, um aggressives Verhalten zu reduzieren und so der Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung vorzubeugen (14). Auch wenn es aus klinischer Sicht plausibel ist, dass sich durch den Einsatz tiergestützter Therapie Zwangsmassnahmen reduzieren lassen, gibt es hier allerdings noch wenig wissenschaftliche Evidenz und Bedarf an weiterer Forschung.

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass Bemühungen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen erfolgreich sein können (z. B. 8, 13, 15, 17, 22). Besonders Interventionsprogramme, die auf mehreren Ebenen ansetzen, scheinen sich laut derzeitiger Studienlage zu bewähren (8, 13). Neben Konzeptveränderungen auf Klinikenebene

(wie z. B. den Safewards oder einer Politik der offenen Tür) sind auf therapeutischer Ebene kreative Ideen und die Entwicklung von neuen Interventionen (z. B. im Rahmen der tiergestützten Therapie) gefragt (14). Automatisierte Textanalyseprogramme könnten in Zukunft Bestandteil eines umfassenden und verbesserten Risikoassessments sein (37, 38).

Die erfolgreiche Prävention von Zwangsmassnahmen stellt zweifellos vielfältige Anforderungen an Kliniken und ihr Personal. Eine Implementierung breit angelegter Interventionen gestaltet sich zu Beginn oft komplex und erfordert ein Umdenken auf Organisationsebene. Dennoch sind aktive Bemühungen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen aus rechtlicher und ethischer Perspektive weiterhin zwingend notwendig. ●

Korrespondenzadresse:

M. Sc. Tiziana Ziltener

Klinik für Erwachsene

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Wilhelm-Klein-Strasse 27

4002 Basel

E-Mail: tiziana.ziltener@upk.ch

Merkmale:

- **Zwangsmassnahmen stellen einen Eingriff in die Grundrechte von Patienten dar, ihre Anwendung gilt als Ultima Ratio.**
- **Strategien zur Reduktion von Zwangsmassnahmen sind vielseitig – sie reichen von Risikoassessments über Mitarbeitertrainings in Deeskalationstechniken, Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten und spezifische therapeutische Interventionen zu dessen Minderung bis zu breit gefächerten Interventionsprogrammen.**
- **Laut derzeitiger Studienlage bewähren sich besonders Konzepte, die auf mehreren Ebenen ansetzen.**
- **Neue Impulse zur Reduktion von Zwangsmassnahmen sind u. a. die automatisierte Textanalyse der Behandlungsdokumentation und die tiergestützte Therapie zur Minderung aggressiven Verhaltens.**

Literatur:

1. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T: Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10: 400. doi: 10.3389/fpsy.2019.00400.
2. Fröhlich D, Schweinfurth N, Lang UE, Huber CG: Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie, 2017. [Online]. Available: <https://ch.universi-med.com/fachthemern/8234>. [Accessed: 11-Mar-2020].
3. Hoff P: Compulsory Interventions Are Challenging the Identity of Psychiatry, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10, no. November, pp. 1–5. doi: 10.3389/fpsy.2019.00783.
4. Sowislo JF et al: Stigmatization of psychiatric symptoms and psychiatric service use: a vignette-based representative population survey, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2017, vol. 267, no. 4, pp. 351–357. doi: 10.1007/s00406-016-0729-y.
5. Lang UE, Walter M, Borgwardt S, Heinz A: Über die Reduktion von Zwangsmassnahmen durch eine offene Türpolitik, *Psychiatr Prax* 2016, vol. 43, no. 6, pp. 299–301, doi: 10.1055/s-0042-111032.
6. Huber CG, Sowislo JF, Schneeberger AR, Bodenmann BF, Lang UE: Empowerment – Ein Weg zur Entstigmatisierung, *Schweizer Arch für Neurol und Psychiatr* 2015, vol. 166, no. 7, pp. 224–231. doi: 10.4414/sanp.2015.00359.
7. Steiner T, Birk M, Flammer E, Bergk J: Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study, *Psychiatr Serv* 2013, vol. 64, no. 10, pp. 1012–1017. doi: 10.1176/appi.ps.201200315.
8. Gooding P, McSherry B, and Roper C: Preventing and reducing «coercion» in mental health services: an international scoping review of English-language studies, *Acta Psychiatr. Scand.* 2020, pp. 1–13, doi: 10.1111/acps.13152.
9. DGPPN, Hrsg. S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (2018). [Online]. Available: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf. [Accessed: 11-Mar-2020].
10. SAMW/ASSM Hrsg., Medizin-ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin, 5th ed. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2018. [Online]. Available: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>. [Accessed: 20-Mar-2020].
11. Jaeger J, Rossler W: Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness, *Psychiatry* 2010, vol. 180, no. 1, pp. 48–53. doi: 10.1016/j.psychres.2009.09.011.
12. Burns T et al.: Pressures to adhere to treatment («leverage») in English mental healthcare, *Br J Psychiatry* 2011, vol. 199, no. 2, pp. 145–150. doi: 10.1192/bjp.bp.110.086827.
13. Hirsch S, Steiner T: Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy, *Dtsch Arztebl Int* 2019; vol. 116, no. 19, pp. 336–343. doi: 10.3238/arztebl.2019.0336.
14. Widmayer S, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG: Could Animal-Assisted Therapy Help to Reduce Coercive Treatment in Psychiatry?, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10, no. November, pp. 1–7. doi: 10.3389/fpsy.2019.00794.
15. Steiner T, Hirsch S: German S3 guidelines on avoidance of coercion: prevention and therapy of aggressive behavior in adults, *Nervenarzt* 2019, doi: 10.1007/s00115-019-00801-2.
16. Baumgardt J et al.: Preventing and reducing coercive measures – an evaluation of the implementation of the safewards model in two locked wards in Germany, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10. doi: 10.3389/fpsy.2019.00340.
17. Riahi S, Dawe IC, Stuckey MI, Klassen PE: Implementation of the six core strategies for restraint minimization in a specialized mental health organization, *J Psychosoc Nurs Ment Heal Serv* 2016, vol. 54, no. 10, pp. 32–39. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20160920-06>.
18. Hochstrasser L et al.: Reduced frequency of cases with seclusion is associated with «Opening the Doors» of a psychiatric intensive care unit, *Front Psychiatry* 2018, vol. 9, no. FEB, pp. 1–6. doi: 10.3389/fpsy.2018.00057.
19. Bowers L: Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014, vol. 21, no. 6, pp. 499–508. doi: 10.1111/jpm.12129.
20. Safewards. [Online]. Available: <http://www.safewards.net/de/>. [Accessed: 03-Mar-2020].
21. Baumgardt J et al.: Corrigendum: Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany, *Front Psychiatry* 2020, vol. 11, p. 162. doi: 10.3389/fpsy.2020.00162.
22. Fletcher J et al.: Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement, *International Journal of Mental Health Nursing* 2017, vol. 26, no. 5, pp. 461–471. doi: 10.1111/inm.12380.
23. Huckshorn KA: Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint, *Adm Policy Ment Heal and Ment Heal Serv Res* 2006, vol. 33, no. 4, pp. 482–491. doi: 10.1007/s10488-005-0011-5.
24. Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use, National Association of State Mental Health Program Directors. [Online]. Available: <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>. [Accessed: 23-Mar-2020].
25. Maguire T, Young R, Martin T: Seclusion reduction in a forensic mental health setting, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012, vol. 19, no. 2, pp. 97–106. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x.
26. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S: Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities, *Psychiatr Serv* 2014, vol. 65, no. 3, pp. 345–351. doi: 10.1176/appi.ps.201300210.
27. Duxbury J et al.: Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme (RESTRRAIN YOURSELF), *Int J Nurs Stud* 2019, vol. 95, pp. 40–48. doi: 10.1016/j.nurstu.2019.03.016.
28. Schneeberger AR et al.: Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study, *J Psychiatr Res* 2017, vol. 95, pp. 189–195. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.017.
29. Blaesi S, Gairing SK, Walter M, Lang UE, Huber CG: Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen, *Psychiatr Prax* 2015, vol. 42, no. 2, pp. 76–81. doi: 10.1055/s-0033-1359871.
30. Jungfer HA et al.: Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy, *J Psychiatr Res* 2014, vol. 54, no. 1, pp. 94–99. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.020.
31. Lang UE et al.: Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding?, *Eur J Psychiatry* 2010, vol. 24, no. 4, pp. 199–204. doi: 10.4321/S0213-61632010000400001.
32. Kowalinski E, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG: Six years of open-door policy at the University Psychiatric Hospital Basel, *Nervenarzt* 2019, vol. 90, no. 7, pp. 705–708. doi: 10.1007/s00115-019-0733-3.
33. Woods P, Almvik R: The brøset violence checklist (BVC), *Acta Psychiatr Scand* 2002, vol. 106, no. SUPPL.S412, pp. 103–105. doi: 10.1034/j.1600-0447.106.s412.22.x.
34. IGCN, Einschätzung des Gewalttrisikos. Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH). 2010. [Online]. Available: https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Einschaetzung_des_Gewalttrisikos.pdf. [Accessed: 23-Mar-2020].
35. Abderhalden C, Needham C, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE: Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial, *Br J Psychiatry* 2008, vol. 193, no. 1, pp. 44–50. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045534.
36. Clarke DE, Brown AM, Griffith P: The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting, *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010, vol. 17, no. 7, pp. 614–620. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x.
37. Stepanow C, Stepanow J, Walter M, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG: Narrative case notes have the potential to predict seclusion 3 days in advance: A mixed-method analysis, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10, no. FEB. doi: 10.3389/fpsy.2019.00096.
38. Hazewinkel MC et al.: Text Analysis of Electronic Medical Records to Predict Seclusion in Psychiatric Wards: Proof of Concept, *Front Psychiatry* 2019, vol. 10, no. APR, p. 188. doi: 10.3389/fpsy.2019.00188.
39. Schramm E, Hediger K, Lang UE: From animal behavior to human health an animal-assisted mindfulness intervention for recurrent depression, *Zeitschrift für Psychol / J Psychol* 2015, vol. 223, no. 3, pp. 192–200. doi: 10.1027/2151-2604/a000220.
40. Majić T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA: Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: A matched case-control trial, *Am J Geriatr Psychiatry* 2013, vol. 21, no. 11, pp. 1052–1059. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.004.
41. Lang UE, Jansen JB, Wertenaue F, Gallinat J, Rapp MA: Reduced anxiety during dog assisted interviews in acute schizophrenic patients, *Eur J Integr Med* 2010, vol. 2, no. 3, pp. 123–127. doi: 10.1016/j.eujim.2010.07.002.
42. Berget B, Ekeberg Ø, Pedersen I, Braastad BO: Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: Effects on anxiety and depression, a randomized controlled trial, *Occup Ther Ment Heal* 2011, vol. 27, no. 1, pp. 50–64. doi: 10.1080/0164212X.2011.543641.
43. Nurenberg JR et al.: Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: Equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior, *Psychiatr Serv* 2015, vol. 66, no. 1, pp. 80–86. doi: 10.1176/appi.ps.201300524.