

Anonyme Erhebung der Erfahrungen von Menschen, die mit Fixierung oder im Netzbett festgehalten, oder durch Medikamente beschränkt wurden

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen nur aus, wenn Sie im Rahmen eines Psychriaufenthaltes fixiert, im Netzbett festgehalten und/oder gegen Ihren Willen medikamentös ruhiggestellt wurden.**

- 1) Wie viele Psychriaufenthalte haben Sie bisher erlebt?  
Falls keine genaue Anzahl bekannt, bitte eine ungefähre Angabe: \_\_\_\_\_
- 2) Bei wie vielen Psychriaufenthalten wurden Sie fixiert, im Netzbett festgehalten und/oder gegen Ihren Willen medikamentös ruhiggestellt?  
Falls keine genaue Anzahl bekannt, bitte eine ungefähre Angabe: \_\_\_\_\_
- 3) In welchem Jahr war Ihr letzter Psychriaufenthalt, bei dem Sie fixiert, im Netzbett festgehalten und/oder gegen Ihren Willen medikamentös ruhiggestellt wurden?  
\_\_\_\_\_
- 4) Wie lange hat Ihr letzter Psychriaufenthalt gedauert, bei dem Sie fixiert, im Netzbett festgehalten und/oder gegen Ihren Willen medikamentös ruhiggestellt wurden?  
\_\_\_\_\_

---

**Alle folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihren letzten Psychriaufenthalt, bei dem Sie fixiert, im Netzbett festgehalten und/oder gegen Ihren Willen medikamentös ruhig gestellt wurden:**

- 5) Name des Krankenhauses \_\_\_\_\_  
Abteilung / Pavillon des Krankenhauses \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_ Bundesland \_\_\_\_\_

6) Von wem wurden Sie in diese Psychria gebracht?

Mehrere Antworten möglich:

- Polizei
- Rettung
- Familie, Freunde
- eigene Initiative
- Andere (bitte notieren): \_\_\_\_\_

7) Wodurch wurden Sie das letzte Mal in Ihrer Freiheit beschränkt?

Mehrere Antworten möglich:

- |           |  |             |   |
|-----------|--|-------------|---|
| Fixierung | <input type="checkbox"/> der Arme      | Medikamente | <input type="checkbox"/> Tabletten, Tropfen |
|           | <input type="checkbox"/> der Beine     |             | <input type="checkbox"/> durch Spritze      |
|           | <input type="checkbox"/> des Kopfes    |             | <input type="checkbox"/> Infusion           |
|           | <input type="checkbox"/> der Schultern |             |   |
|           | <input type="checkbox"/> der Brust     |             |   |
|           | <input type="checkbox"/> des Bauches   |             |   |
| Netzbett  | <input type="checkbox"/>               |             |   |

8) Wurden Sie während Ihrer Freiheitsbeschränkung in ein Einzelzimmer isoliert?

Ja  Nein

9) Hat Ihnen ein Arzt/eine Ärztin bzw. Pflegepersonal die Notwendigkeit Ihrer Freiheitsbeschränkung erklärt und Sie über mögliche Verletzungsgefahren und Nebenwirkungen aufgeklärt?

ausreichend  
 teilweise  
 gar nicht

10) War das Pflegepersonal während Ihrer Freiheitsbeschränkung zur Stelle, wenn Sie es gebraucht haben?

Ja  Nein

Möchten Sie uns darüber noch etwas mitteilen, dann notieren Sie es bitte hier:

11) Welche Gefühle löste die Freiheitsbeschränkung bei Ihnen aus?

Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen:

- Angst
- Panik
- Ohnmacht/Ausgeliefertsein
- Traurigkeit
- Scham
- Wut, Aggression
- Andere (bitte notieren): \_\_\_\_\_

12) Wurden Sie durch die Art und Weise Ihrer Freiheitsbeschränkung seelisch verletzt? (z.B. gekränkt, beleidigt, ...)  Ja  Nein

Wenn  Ja, ...

Beschreiben Sie bitte, wer Sie seelisch verletzt hat? (z.B. Security, Pflegepersonal, Arzt/Ärztin, MitpatientInnen, Familie,...)

Beschreiben Sie bitte, was Sie seelisch verletzt hat?

Wirkt sich diese seelische Verletzung auf Sie heute noch aus?  Ja  Nein

Wenn  Ja, wie?

13) Haben Sie durch Ihre Freiheitsbeschränkung eine körperliche Verletzung oder Folgewirkung durch Zwangsmedikation erlitten?  Ja  Nein

Wenn  Ja, ...

Beschreiben Sie bitte Ihre damals erlittene körperliche Verletzung oder Folgewirkung durch Zwangsmedikation:

Leiden Sie heute noch an den Nachwirkungen der Verletzung oder den Folgewirkungen durch Zwangsmedikation?  Ja  Nein

14) Konnten Sie während dieses Aufenthaltes mit einem PatientInnenanwalt/einer PatientInnenanwältin sprechen?  Ja  Nein

kann mich nicht erinnern

Wenn  Ja, ...

Fühlten Sie sich durch den PatientInnenanwalt/die PatientInnenanwältin unterstützt?

Ja  Nein

kann mich nicht erinnern

Welche Unterstützung durch den PatientInnenanwalt/die PatientInnenanwältin hätten Sie zusätzlich gebraucht?

15) Hatten Sie die Möglichkeit, die erlebte Freiheitsbeschränkung mit dem Personal vor Ihrer Entlassung ausreichend zu besprechen?

Ja  Nein

kann mich nicht erinnern

16) Was war aus Ihrer Sicht der Anlass Ihrer Freiheitsbeschränkung?  
Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen:

Gefährdung des eigenen Lebens/der eigenen Gesundheit

Gefährdung anderer Menschen

Drohungen/Aggressionen gegenüber Ärzten/Pflegepersonal

um Medikation sicherzustellen

Alkoholmissbrauch

Drogenmissbrauch

Gefahr des Davonlaufens aus der Psychiatrie

Andere (bitte notieren): \_\_\_\_\_

weiß nicht

17) Wäre aus Ihrer Sicht, Ihre Freiheitsbeschränkung zu vermeiden  
gewesen?

- Ja
- Nein
- weiß nicht

Wenn  Ja, wie?

18) Konnten Sie während Ihrer Freiheitsbeschränkung ausreichend:  
Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen:

- Trinken
- Essen
- aufs WC
- Körper pflegen
- Ihre Intimsphäre wahren
- Sicherheit durch Ärzte/Pflegepersonal spüren
- Menschen zum Reden finden, wenn Sie es gebraucht haben

Hätten Sie noch etwas anderes gebraucht? Wenn Ja, notieren Sie es bitte hier:

19) Haben Sie auch positive Erfahrungen mit Ihrer Freiheitsbeschränkung gemacht?  
Wenn Ja, notieren Sie es bitte hier:

20) Sind Sie der Meinung, dass der Umgang mit Freiheitsbeschränkungen  
in der Psychiatrie verändert werden sollte?  Ja  Nein

Wenn  Ja, bitte notieren Sie hier in welcher Hinsicht?

21) Welche der folgenden Angebote könnten für Sie hilfreich sein?

Bitte alle zutreffenden Antworten ankreuzen:

- 1:1 Betreuung in akuten Krisen ( ein/-e BetreuerIn für eine Patientin/einen Patienten)
- Gesprächsangebote nach Ihren individuellen Bedürfnissen
- Recht auf Mitsprache und Mitbestimmen bei der Medikamenteneinnahme
- Beratung, Begleitung, Fürsprache durch dafür ausgebildete Psychiatrie-Erfahrene
- Betreuung zu Hause in akuten Krisen (mobile Psychiatrie)
- Andere (bitte hier notieren):

22) Wollen Sie uns noch etwas mitteilen? Wenn ja, bitte hier notieren:

Bitte beantworten Sie abschließend noch folgende Fragen zu Ihrer Person:

Geschlecht:     männlich         weiblich

Alter: \_\_\_\_\_

In welchem Land sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

In welchem Land sind Sie aufgewachsen? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**