

**Arbeitskreis „Zwangmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung“
der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
Expertenanhörung am Freitag, 04.05.2012**

Fragen an die Ärzte/Pflegekräfte/Träger von entsprechenden Einrichtungen:

1. Wann besteht eine medizinische Indikation für Zwang bei der Behandlung?

Eine medizinische Indikation im ‚reinen‘ Sinne ist vermutlich in der Minderheit der Fälle zu erkennen. Es handelt sich in aller Regel um eine Interaktion von Krankheitsgeschehen und dem institutionellen Regime der Klinik. Ohne – oftmals nicht vermeidbare – rigide Organisationsstrukturen und therapeutische Regime käme es deutlich weniger zu aversiven Stimulationen, entsprechenden Reaktionen und nachfolgenden Zwangsmassnahmen. Die „...legitimierte und transparente Anwendung von Machtmitteln zur Durchsetzung einer Absicht gegen den Willen einer anderen Person“ (Rupp & Rauwald, 2004), im Bereich der Psychiatrie, ist aus Expertensicht nicht vollständig zu vermeiden“ (AMWF, 2010; Meise & Frajo-Apor 2011; Steinert & Bergk, 2008). Zwangsmaßnahmen werden auch als „notwendiges Übel“ (Hoffmann-Richter, 2004) oder als „Dirty Work“ – Tätigkeiten, die dem Selbstverständnis der psychiatrisch Tätigen v.a. deshalb zuwiderlaufen, weil sie nicht als therapeutisch verstanden werden - angesehen.

Mögliche Auslöser für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sind:

- aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten und
- selbstschädigendes Verhalten
- Behandlungsbedürftigkeit

Die Sicherung von Patienten ist ähnlich wie die Anwendung von Zwangsmaßnahmen keine therapeutische Intervention oder medizinische Maßnahme (Steinert, 2004). Handelte es sich um eine medizinische Maßnahme, also um ein therapeutisches Vorgehen, müsste die Intervention „als adäquat zu Abwendung einer bestimmten Gefährdung eingeschätzt werden. Eine medizinische Maßnahme ist „indiziert“, wenn sie bei einer definierten Störung / Krankheit eine (in Studien nachgewiesene) Besserung erbringt und – in Relation zur Bedrohung durch die Störung – gut verträglich ist. Wenn Fixierung oder Isolierung ein neu einzuführendes Medikament wären, würden sie bei der gegenwärtigen Datenlage keine Zulassung erhalten (Steinert, 2004: 44). Nach Vrijlandt wird die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auch nicht durch die Psychopathologie, sondern vielmehr durch den psychosozialen (Behandlungs-) Kontext bestimmt (Vrijlandt, 1998).

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Anwendung von Fixierungen in der Psychiatrie mehr mit Merkmalen wie dem zahlenmäßigen Verhältnis von MitarbeiterInnen zu PatientInnen und dem Ausbildungsstand des Personals (Morrison 1990), mit den Schichtzeiten oder mit dem Geschlecht des Personals (Klimitz, Uhlemann et al. 1998) als mit dem Zustand oder dem Verhalten der betroffenen PatientInnen zu tun hat. Viele Studien kommen zu dem Schluss, dass es dramatische Variationen in der Handhabung gibt, die wenig mit den Merkmalen der betroffenen Patientengruppen zu tun haben (Ray, Myers et al. 1996).

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob es eine medizinische Indikation für Zwangsmaßnahmen gibt. Davon ausgehend, dass gerade psychische Krankheiten immer auch sozial konstruiert sind und damit abhängig von sozialen Normen, ist es naheliegend, dass Zwang primär sozial indiziert ist. Eine medizinische Indikation für Zwangsmassnahmen anzuerkennen, wäre gleichbedeutend damit, dass die Psychiatrie eine an sie delegierte ordnungspolitische Funktion unreflektiert verinnerlicht.

Zu den Zwangsmaßnahmen gehören auf jeden Fall auch die 1:1: Betreuung, aber auch subtile Formen von Zwang, z.B. in der Gerontopsychiatrie Stühle, die mit einem Tablett ausgestattet, Menschen am Aufstehen hindern, die Verbindung zwischen Ausgangsbedingungen und Medikamenteneinnahme, oder die beliebte Drohung: „Wenn Sie nicht freiwillig bleiben, müssen wir ein PsychKG erwirken“.

In den Bereichen Gerontopsychiatrie, Alten- und Pflegeheimen werden noch immer die Folgeschäden von Zwangsmaßnahmen zu wenig beachtet. Verschiedene negative Effekte bzw. Folgen wie etwa Unruhe, Desorientierung, Abnahme der kognitiven Fähigkeiten, schwerwiegende Verletzungen, Dekubiti, nosokomiale Infektionen, Inkontinenz und Depressionen konnten im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen nachgewiesen werden. Auch können sich genau die Risiken, die durch die Maßnahmen verhindert werden sollen, erhöhen (Evans 2003).

„Keine Studie weltweit zeigt positive Effekte freiheitsentziehender Maßnahmen“ (Redufix Studie 2011 www.redufix.de).

2. Haben aus Ihrer Sicht sich in den letzten Jahren Wandlungen in den medizinischen / pflegerischen Standards in Bezug auf Zwang bei Behandlungen vollzogen?

Es gibt sicherlich eine positive Tendenz bei der Prävention und auch bei der Applikation von Zwangsmassnahmen, die ethische Komponente wird mehr reflektiert, es wird auch im Rahmen der Applikation mehr kommuniziert und deeskaliert. Auf der anderen Seite steht ein negativer Trend zur – übermäßigen – Sicherheit, bedingt durch die Sorge, dass schon kleine Risiken im Umgang mit gefährdeten Patienten Sanktionen nach sich ziehen können. In diesem Zusammenhang beklagen psychiatrisch Pflegende, dass der Begriff „forensische Absicherung“ zunehmend argumentativ benutzt werde, um berufsgruppen-übergreifende Diskussionen zu vermeiden.

Seit 15-20 Jahren gibt es in der Pflege eine zunehmend offensive Diskussion der Thematik, v.a. mit dem Fokus auf Umgang mit Gewalt von Patienten; es gibt Tagungen, Publikationen und Forschungsaktivitäten. In nahezu allen Kliniken werden den Pflegenden Schulungen zum Thema Deeskalation angeboten. Viele Häuser machen sich Gedanken, wie Mitarbeiter vor Übergriffen bzw. deren Folgen zu schützen sind und schulen u.a. sanfte Selbstverteidigung. Die systematische Risikoeinschätzung über die Brøset-Violence-Checklist (Almvik et al., 2000), und die bei vorliegendem Aggressionsrisiko durchgeführten Präventionsmaßnahmen können nach Abderhalden (2008) die Häufigkeit von Aggressionsereignissen wie auch von Zwangsmaßnahmen spürbar senken (Aggressionsereignisse 41%, Zwang 27%). Dennoch setzt sich die BVC in Deutschland in der Praxis wenig durch.

Bezüglich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen hat sich in vielen Häusern die Praxis etabliert, dass die Maßnahmen mit dem Patienten nachbesprochen werden.

Behandlungsvereinbarungen gelten allgemein als Methode um Zwangsbehandlungen und Zwangsmaßnahmen zu verringern. Sie werden häufig zwar grundsätzlich angeboten, faktisch jedoch nur selten in Anspruch genommen – sie müssten offensiver beworben werden, wenn sie sich breiter etablieren sollen.

Es gibt wenige Kliniken, in denen das Thema offensiv beforscht wird. Insgesamt fehlt es an statistischem Material und an einer Nulltoleranz Strategie.

In Boston konnte im Rahmen einer Studie gezeigt werden, dass der Einsatz von Peers Zwang und Gewalt deutlich verringert.

Veränderungen können nur interdisziplinär erarbeitet und umgesetzt werden. „Risk Taking“ muss in Zukunft von besonderem Interesse sein: Wie gelingt es uns, gemeinsam Risiko zu tragen, damit Behandlung für Patienten mit mehr Wahlmöglichkeiten einhergeht? Dafür brauchen Pflegende auch präventiv Entscheidungsmöglichkeiten. Schulungen sind sicher wichtig, aber wertlos wenn von der Klinikleitung diesem Thema nicht ausreichend Bedeutung zugemessen wird.

Unbedingt sollten Standards gelten, dass Pflegende verpflichtet sind, z.B. Fixierungen zu lösen, sobald das nicht mehr erforderlich ist, spätestens wenn der Patient schläft.

3. **Welche niederschweligen Möglichkeiten gibt es, Zwangsbehandlungen zu vermeiden (z.B. Psychoedukation / Behandlungsvereinbarung zur Vermeidung der Notwendigkeit von Zwangsbehandlung)?**

Niederschwellige Angebote wie Hometreatment, Need Adapted Treatment, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie haben bisher in Deutschland weder eine flächendeckende Umsetzung erfahren, noch sind sie der Mehrheit psychiatrisch Tätiger bekannt. In einer Befragung zum Entlassmanagement psychiatrischer Kliniken in der Schweiz, Österreich und Deutschland über alle beteiligten Berufsgruppen wurde von der Mehrheit der Befragten angegeben, dass etwa 50 – 90 % der Patienten ein nachstationäres psychiatrische Angebot benötige, jedoch weit weniger als die Hälfte der Patienten dieses in der Praxis bekäme. Als wichtigstes Angebot wurde die Ambulante Psychiatrische Pflege gewertet, gefolgt von ambulanter Psychotherapie, Ambulant betreutes Wohnen, Soziotherapie und Ambulanter Ergotherapie (Hemkendreis, Finklenburg 2011).

Zwangsmaßnahmen im stationären Setting hängen viel vom Milieu, Kommunikationsstil und der Mitarbeiterkompetenz ab (Richter 1999). Erfahrene Kollegen und ausreichend bis gut besetzte Schichten senken das Risiko von Aggressionsereignissen wie auch von Zwangsmaßnahmen.

„Aggressives Verhalten oder Gewaltanwendung kann eine hocheffektive Ressource für manche Patienten“ (Schulz & Zechert, 2004, S.150) darstellen, mit Bezug auch zu ihrer eigenen Biographie. „Sie ist, egal gegen wen sie sich richtet, der Versuch, eine verlorengangene Macht wiederherzustellen“ (Heitmeyer, 2002; zitiert nach Schulz & Zechert, 2004, S.150). Richter (vgl. 2004, S.128) weist darauf hin, dass auch die meisten Auseinandersetzungen im psychiatrischen Bereich “nicht ohne die zumindest subjektiv erlebte Provokation durch den Aggressor“ geschehen und demzufolge „als Kompensation von Statusverlust, Ungerechtigkeitserleben und anderen subjektiv erlebten Provokationen ausgeführt wird“ (Gilligan, 1996; Miethe & Regoeczi, 2004; zitiert nach Richter, 2004, S.128). Aus diesem Grunde spielen die Möglichkeiten im Rahmen der Behandlung und Therapie, diese verlorengangene Macht wieder herzustellen bzw. zurückzugewinnen (Empowerment) eine entscheidende Rolle (vgl. Schulz & Zechert, 2004, S.152). Wichtig und entscheidend ist hier sicherlich die Gestaltung der Beziehung und der Einbezug der Menschen in ihre Behandlung („das Wichtigste ist, dass der Patient weiß, dass man auf seiner Seite steht und ihn fördern will“ - Interview mit Undine Lang in der Baseler Zeitung vom 22.02.12)

Weiterhin beschreiben Schulz und Zechert (vgl. 2004, S.149), dass eine Reihe der Vorfälle aggressiven Verhaltens durch die gleichen Patienten verursacht wird. Sie empfehlen gerade mit diesen Patientinnen und Patienten „systematisch und strukturiert über die vorangegangenen Situationen zu sprechen (Schulz & Zechert, 2004, S.149). Zudem soll das Thema im Rahmen von Behandlungsvereinbarungen angesprochen werden.

Eine weitere wichtige niedrigschwellige Möglichkeit zur Vermeidung von Zwangsbehandlung liegt in der frühzeitigen Erkennung und interdisziplinären Kommunikation von Risiken (z. B. durch die Anwendung von Assessmentinstrumenten wie der oben erwähnten Brøset-Gewalt-Checkliste. Im Anschluss an das Erkennen und die Kommunikation von Risiken stehen dann Maßnahmen zur Deeskalation und Konfliktlösung, die durch in diesen Techniken geschultes Personal zur Anwendung kommen. Wichtig sind aber auch Maßnahmen hinsichtlich einer Recovery-fördernden Praxis, die den Betroffenen so viel Verantwortung wie möglich für ihr eigenes Leben und ihr eigenes Verhalten zurückgibt (vgl. Ashcraft & Anthony, 2008). Beschrieben werden beispielsweise die Integration von Peers, bzw. Betroffenen in die Teams,

der Sichtweise von Betroffenen, wie Zwangsmaßnahmen hätten vermieden werden können, „und das Ziel, die Haltung der Mitarbeiter zu verändern und den Recovery-Ansatz zu integrieren“ (Ketelsen, Schulz & Zechert, 2011).

D’Orio et al. (2004) benennen die folgenden Faktoren, die sich reduzierend auf Isolierung und Fixierung auswirken:

- Unterstützende Führung (supportive leadership)
- Richtige personelle Ausstattung
- Mitarbeiterschulungen und Unterstützung
- Umwelt- bzw. Umgebungsfaktoren
- Individuelle Behandlungspläne
- Effektive Kommunikation mit Patienten und deren Familien bzw. Angehörigen
- Auswertung nach Isolierung oder Fixierung

Behandlungsvereinbarungen bieten eine sehr gute Möglichkeit, gemeinsam und realistisch zukünftige Behandlungsbedingungen festzuschreiben. Eigene Erfahrungen haben gezeigt, dass mit gut erarbeiteten Behandlungsvereinbarungen Zwangsmaßnahmen effektiv minimiert werden konnten. Die aktive Einbeziehung der Patienten und deren Angehörige, bzw. Bezugspersonen erhöhen die Selbstbestimmung und das Gefühl, nicht nur vom Schicksal und Gutdünken der Institution abhängig zu sein. Leider sind viele Kliniken noch von einer regelhaften Umsetzung weit entfernt. Noch immer existiert zudem bei einigen psychiatrisch Tätigen die Befürchtung, dass ihre Patienten ihnen mit einer Behandlungsvereinbarung die „Fäden aus der Hand“ nehmen.

In der von speziell ausgebildeten Pflegepersonen angebotenen Adherence-Therapie werden individuelle Schwierigkeiten, Probleme, Ängste oder Vorurteile bzgl. der Medikation „auf gleicher Augenhöhe“ mit den PatientInnen besprochen. Hierbei liegt der Fokus auf Diskrepanzen und Ambivalenzen in Bezug auf individuelle Lebensziele und dem Umgang mit der Erkrankung und Behandlung. Aus unserer Sicht liegt in der Intervention die Chance, präventiv zukünftige Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Ähnliche positive Effekte können mit psychoedukativen oder Recovery-orientierten Angeboten erzielt werden. Je mehr der Patient über seine Erkrankung, über individuelle Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien weiß, desto größer ist die Chance, zukünftig Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

4. Sollte die Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen aus Ihrer Sicht fachübergreifend unter Einbeziehung verschiedener medizinischer Professionen getroffen werden? Wer sollte daran beteiligt sein?

Aus Sicht der DFPP sollte die Entscheidungsfindung regelhaft interdisziplinär geschehen. Auf jeden Fall sollten die beiden relevanten Professionen Medizin und Pflege involviert sein. Es wäre auch ethisch nicht vertretbar, ärztliche Kollegen mit einer Entscheidung, die die Menschenrechte des Patienten derart massiv einschränkt, alleine zu lassen. Hier bedarf es zwingend einen Konsens der beteiligten Berufsgruppen. Die internationale Studienlage dazu muss als heterogen bezeichnet werden. Stewart et al. fanden in ihrer Übersichtsarbeit eine Vielzahl von Studien, die zu dem Ergebnis kommen, dass die Anordnung von Patientenüberwachungen durch den Arzt erfolgt. Auch konnten sie Studien identifizieren, in dem die Entscheidung zur Überwachung im multidisziplinären Team getroffen wurde, oder dieses in die Entscheidung mit eingebunden wurde (Stewart et al., 2010). Bowers et al. konnten zeigen, dass 50% der Anordnungen für eine konstante Überwachung durch eine gemeinsame Entscheidung von Ärzten und Pflegenden initiiert wurden. Die weiteren 50% der Entscheidungen wurden durch speziell ausgebildete Pflegende getroffen (Bowers et al., 2000). Außerdem wurde festgestellt, dass die Umsetzungen von einschränkenden Maßnahmen von der eigentlichen ärztlichen Anordnung abwichen. Die ärztlichen

Anordnungen werden von Pflegenden häufig kritisch beurteilt – insbesondere, wenn sie nicht an der Entscheidungsfindung beteiligt waren (Stewart et al., 2010; Cleary et al. 1999). In einer begrenzten Anzahl an Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Pflegende die Art der Überwachung und die Frequenz eigenständig geändert haben (Stewart et al., 2010). Neben der Anordnung muss auch das Aufheben von Zwangsmaßnahmen diskutiert werden. Hier ist es ethisch und rechtlich als kritisch zu werten, wenn das Aufheben von Zwangsmaßnahmen ausschließlich durch den Arzt angeordnet wird. Sollte ein Berufsangehöriger aus einer der nicht ärztlichen Berufsgruppen feststellen, dass eine Zwangsmaßnahme nicht mehr notwendig erscheint, so ist er rechtlich, wie auch ethisch verpflichtet, sich der Situation umgehend anzunehmen und die einschränkende Maßnahme aufzuheben. In der Untersuchung von Duffy wurde expliziert, dass für die Aufhebung von überwachenden Maßnahmen der Stationsarzt verantwortlich war. Dies führte zu der Situation, dass der diensthabende Arzt am Wochenende die Überwachung nicht aufhob, dadurch längere Überwachungsintervalle als notwendig entstanden. (Duffy, 19995). In einer weiteren Untersuchung wurde die Reduktion und das Aufheben von überwachenden Maßnahmen regelhaft durch Ärzte und Pflegende gemeinsam getroffen (Bowers et al., 2000).

In jedem Fall müssen alle an einer Zwangsmaßnahme beteiligten Personen auch an der Entscheidungsfindung beteiligt sein, weil dabei ethische Prinzipien (Autonomie/ Fürsorge) persönlich angewandt werden müssen, und es sich demnach um eine moralische Entscheidung handelt, die in Übereinstimmung mit dem eigenen Gewissen getroffen werden muss. Menschen zur Beteiligung an Zwangsmaßnahmen zu verpflichten, ohne sie an der Entscheidungsfindung zu beteiligen, käme einer weiteren Zwangsmaßnahme gleich.

Im klinischen Alltag gibt es immer wieder Situationen, in denen Entscheidungen auch ohne Arzt getroffen werden müssen. Dazu ist es nötig, dass die Pflege innerhalb der Berufsgruppe eine Differenzierung vornimmt: Welche Ausbildung braucht man für welche Verantwortungsbereiche. Nicht jeder / jede Pflegende ist in der Lage, diese Entscheidungen zu treffen. Insgesamt braucht es aber ein Monitoring seitens der Kliniken, und besser noch einen klinikübergreifenden Austausch über diese -noch immer- tabuisierten Themen.

5. Welche Probleme bestehen aus Ihrer Sicht bei der individuellen Behandlung in der Praxis sowie in Bezug auf strukturelle Fragen, z.B. bei der Verzahnung ambulant – stationär?

In vielen Versorgungsregionen Deutschlands existieren zu wenig Krisendienste, bzw. ambulante psychiatrische Angebote außerhalb der Klinikstrukturen. Die Aufteilung der Finanzierung in unterschiedliche Säulen der Sozialgesetzgebung (SGB V / SGB XII) befördert strukturelle Defizite in der Versorgungsgestaltung, wie Einbrüche in der Behandlungs- und Beziehungskontinuität, sowie Unterversorgung, weil die unterschiedlichen Kostenträger die Pflicht beim jeweils anderen sehen. Dadurch werden in der Praxis oftmals dringend notwendige unbürokratische und individuelle Lösungen verhindert.

Die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) als gut gedachtes und erprobtes Instrument, insbesondere zur Versorgung von Menschen mit chronischen und schweren psychiatrischen Erkrankungen und zur Vermeidung von Klinikbehandlungen ist in Deutschland zwar seit 2005 bundesweit verordnungsfähig, jedoch von einer Flächendeckung weit entfernt. Jedes Bundesland hat unterschiedliche Anforderungen an die Qualitätsmaßstäbe der Anbieter formuliert. Teilweise sind diese Anforderungen nicht erfüllbar, somit können dort auch keine psychiatrischen Pflegedienste etabliert werden. Der Allgemeine Bundesausschuss hat 2005 Richtlinien für die Verordnung der APP herausgegeben, die ebenfalls regional und von den unterschiedlichen Krankenkassen völlig uneinheitlich interpretiert werden. Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es diverse Ausschlusskriterien, wann APP nicht verordnet werden kann; auch diese erfahren regional sehr verschiedene Interpretationen. Beispielsweise schließen sich APP und Psychotherapie bzw. APP und

Behandlung in einer Institutsambulanz (PIA) mancherorts aus (Hemkendreis, Finklenburg, 2011). Für niedergelassene Fachärzte gestaltet sich die Behandlung im Zusammenspiel mit der APP als sehr „schreibintensiv“, die oftmals schlechtere Alternative einer Klinikeinweisung erfordert dagegen nur minimalen Aufwand und wird von Kostenträgern kaum hinterfragt. Zur Versorgungssituation der ambulant tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Zusammenspiel mit den PIA's und den Kliniken schreibt Melchinger in seinem von der KVB in Auftrag gegebenen Gutachten: „...dass die aus der Unterfinanzierung der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung resultierenden Mehrausgaben durch vermehrte PIA-Überweisungen und durch vermehrte stationäre Einweisungen ohnehin bei den Kassen hängen bleiben. Jeder weitere Rückzug der Nervenärzte aus der psychiatrischen Basisversorgung wird für die Krankenkassen mit Ausgabensteigerungen verbunden sein“ (Melchinger 2008).

Ein weiteres -gut gedachtes- Angebot für Menschen mit schweren psychischen Störungen stellt die 2002 eingeführte Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.

In der Praxis jedoch sind einerseits die Leistungsanforderungen an die Soziotherapeuten und Dokumentationsanforderungen an die verordnenden Ärzte die so hoch, dass sie nur von sehr wenigen erfüllt werden können, bzw. wollen, andererseits sind die Vergütungen so gering, dass eine kostendeckende Leistungserbringung nicht möglich ist. Insgesamt kann das Modell Soziotherapie als vorerst gescheitert betrachtet werden.

Die Chancen, die der Gesetzgeber mit der Integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGBV geschaffen hat, führten zwar zu einigen erfolgversprechenden Modellen, hielten jedoch bisher keinen breiten Einzug in die dringend notwendige sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker. Hier ist zu hoffen, dass die von einigen Akteuren im Gesundheitswesen geforderte Einbeziehung neuer, integrierter Versorgungsmodelle tatsächlich in die Gestaltung des neuen Entgeltsystems Psychiatrie mit einfließen.

Bisher ist es in Deutschland kaum gelungen, eine patientenorientierte Verzahnung ambulant-stationär regelhaft zu implementieren. Die sanftere ambulante Behandlung und Pflege ist mit Sicherheit geeignet, den Anteil von Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen zu minimieren. Der allseits proklamierte Grundsatz „ambulant vor stationär“ scheint in der Praxis jedoch an unterschiedlichen Faktoren, wie konkurrierenden Kostenträgern oder Besitzstandswahrungen einzelner Institutionen zu scheitern.

„Das tagesbezogene Verhältnis der durchschnittlichen Finanzierung ambulanter: teilstationärer: vollstationärer Entgelte spricht für sich: Es beträgt ca. 1:50:90“ (Kruckenberg 2009).

6. Wie gestaltet sich aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit den Betreuungsgerichten / Betreuern?

Die Zusammenarbeit gestaltet sich sehr unterschiedlich, ist von persönlichen und Eigenarten und Beziehungen abhängig. Die extrem unterschiedlichen Raten in den Bundesländern, aber auch sehr unterschiedliche Zahlen in verschiedenen Versorgungsregionen in NRW deuten darauf hin, dass keine einheitlichen Standards existieren. In der klinischen Praxis z.B. fallen die Ergebnisse einer richterlichen Anhörung oftmals völlig unterschiedlich aus und sind abhängig von der Konstellation der beteiligten Richter und Ärzte. Seit einigen Jahren ist ein Trend im medizinischen Bereich zu erkennen, sich mit juristischen Fragestellungen zu beschäftigen, eventuell um sich abzusichern. Seitens der Richter werden (im Gegenzug?) manchmal therapeutische Ansätze sichtbar.

Wünschenswert wären verbindliche Standards und eine saubere Trennung der originären Aufgaben. Die Aufgabenvermischung schafft sowohl rechtliche, wie auch therapeutische und unter Umständen pädagogische Grauzonen.

7. Haben Sie weitere Anmerkungen?

Neben der notwendigen Beschäftigung damit, wie Zwang vermieden werden kann, muss auch darüber nachgedacht werden, wie Zwang durchgeführt wird, bzw. werden soll, wenn er nicht vermieden werden kann. Für das Patientenerleben ist oft nicht das Zwangsereignis an sich, sondern die Art der Durchführung entscheidend. Auch *während* der Maßnahme gelten ethische Prinzipien. Beispielsweise muss der Patient vor und während der Maßnahme aufgeklärt und die Maßnahme begründet werden. Das kann auch bedeuten, dass man zugibt, am Ende seiner Möglichkeiten zu sein. Während der Zwangsmaßnahme muss dem Patienten so viel Selbstbestimmung wie möglich eingeräumt werden. Die Situation muss mit dem Patienten nachbesprochen werden, damit er die Möglichkeit hat zu sagen, wie er sich gefühlt hat, er muss Kritik äußern können und dürfen. Der Patient darf kein Gefühl von Willkür bekommen. Keinen Schaden zufügen bedeutet, so früh wie möglich die Maßnahme mildern oder beenden – z.B. darf eine Fixierungsbeendigung nicht von der Verfügbarkeit eines Arztes abhängig sein. Die Mitarbeiter müssen während der Zwangsmaßnahme mit dem Patienten im Kontakt sein, direkt kommunizieren. Die Begleitung von Patienten während Zwangsmaßnahmen kann einerseits „Dirty Work“ für die überwachende, und hochgradig verletzend für die überwachte Person bedeuten, wenn es eine reine Überwachung ist. Andererseits kann die sogenannte 1:1 Betreuung eine hocheffektive therapeutische Intervention darstellen, wenn sie mit emphatischem und professionellem Beziehungsaufbau einhergeht. Eigene Erfahrungen – insbesondere mit Soteria Konzepten – haben gezeigt, dass die enge Begleitung in Krisensituationen einen sehr guten Einstieg in eine tragfähige therapeutische Beziehung darstellen kann. „Durch einfühlsames Begleiten, aufnehmend waches Dabei-Sein -"being with"- und intuitives Eingehen auf die aktuellen Bedürfnisse versuchen die Milieuthérapeuten, die Betroffenen zu beruhigen, ihre Ängste abzubauen und Vertrauen zu schaffen“ (Sotaria Bern). Insbesondere für die psychiatrische Pflege, die den größten Teil verordneter stationärer Zwangsmaßnahmen umsetzt, bieten 1:1 Betreuungen das ganze Spektrum von „professioneller Sünde“ bis zum „state of the art“ pflegerischer Interventionen.

Pflegende haben dadurch, dass sie 24 Stunden und 7 Tage die Woche vor Ort sind, die Möglichkeit, intensive und tragfähige therapeutische Beziehungen zu den Patienten aufzubauen. Sie können schon kleinste Veränderungen wahrnehmen und direkt darauf reagieren. Wie in allen Arbeitsbereichen, wird diese Chance von einigen genutzt, von anderen nicht. Hier gilt es, die Ausbildung psychiatrisch Pflegenden fortwährend zu optimieren, um das deeskalierende, gewaltvermeidende Potential effektiv zu nutzen.

Zwang ist auch für Mitarbeiter belastend, auch sie brauchen ein Forum für die Nachbearbeitung. Die Durchführung von Zwang im Team regelmäßig zu reflektieren erhöht die Mitarbeiterkompetenz und verbessert die Zusammenarbeit, die wiederum die Voraussetzung für „gutes Durchführen“ von Zwangsmaßnahmen ist. Systematisch zu reflektieren, ob andere Umstände oder Vorgehensweisen eine Eskalation verhindert hätten, erweitert die Handlungskompetenzen. Zwangsmaßnahmen sollten gemeinsam von Ärzten und Pflegenden entschieden werden *und gemeinsam* durchgeführt werden, viele Pflegende vermissen die Unterstützung von Ärzten während der Zwangsmaßnahmen (Marangos-Frost/Wells 2000).

An dieser Stelle muss auf die Burnout Problematik in Gesundheitsberufen hingewiesen werden. Insbesondere das Phänomen „Depersonalisation“ kann zu ausgeprägtem Sarkasmus und einem wenig emphatischen Umgang mit den anvertrauten Patienten führen. Hier gilt es, Hilfesysteme für betroffene Mitarbeiter in den Einrichtungen zu etablieren.

Haben Sie konkrete Empfehlungen?

- Unspezifische Behandlungsfaktoren, wie eine gute therapeutische/ pflegerische Beziehung, allgemeine soziale Unterstützung, unterschiedliche Hilfen außerhalb formaler psychiatrischer

Institutionen und ein hilfreiches therapeutische Milieu müssen stärker in den Fokus gezielter Forschung einbezogen werden.

- Mitarbeiterschulungen zu Deeskalation, Konfliktmanagement, eigene und institutionelle **Eskalationsstrategien** erkennen
- Regelmäßige Nachbesprechungen im Team und mit den betroffenen Patienten
- Möglichkeiten zu Coaching und Mediation anbieten
- Behandlungsvereinbarungen aktiv bewerben
- Klare und verbindliche Stationsregeln kommunizieren
- Sensiblen Umgang mit Geschlechterproblematik bei Zwangsmaßnahmen schulen
- wissenschaftlichen Erhebungen zu den Unterbringungsgründen, zur Verweildauer und Verlegungspraxis in Einrichtungen sowie zur Umsetzung von Zwangsmaßnahmen
- einheitliche und jährliche, dem Bundestag vorzulegende Dokumentation freiheitsbeschränkender Maßnahmen mit dem Ziel der Vergleichbarkeit
- Überprüfung und Anpassung des § 1906 BGB und der Psych-KGs der Länder
- Vereinheitlichung der Regelungen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Gemeinsame Verabredung von Kriterien mit den Interessenverbänden
- Schließung von strukturellen Lücken in den unterschiedlichen Versorgungssektoren
- verbindliche Kooperationen aller Leistungserbringer
- Öffentlichkeitsarbeit um Vorurteile über psychisch kranke und/oder behinderte Menschen abzubauen

Sachfragen an die Mitglieder der DGPPN/DGSGB/DFPP:

1. Zahlen zur Zwangsbehandlung? Begründung für Unterschiede im Vergleich der Bundesländer / im internationalen Vergleich?

Eine Vergleichbarkeit der Zwangseinweisungen, bzw. Zwangsbehandlungen ist im internationalen Vergleich kaum möglich. Beispielsweise sind mechanische Fixierungen in England verboten. Die dortige Technik des Festhaltens wird wiederum in Deutschland in der Regel nicht als Zwangsbehandlung dokumentiert, sie ist eher Teil einer anderen Maßnahme, wie der Vorbereitung zur Fixierung oder Zwangsmedikation. In der Schweiz gibt es im Gegensatz zu Deutschland ambulante Zwangsmaßnahmen, und schon eine „schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens berechtigt zum Ergreifen von Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Art 382 ff ZGB)“. Ähnlich heterogen ist die Situation in den verschiedenen deutschen Bundesländern mit unterschiedlichen PsychKG's. Weiter heruntergebrochen finden wir sehr unterschiedliche Interpretationen der gesetzlichen Vorgaben auf institutioneller Ebene und letztlich sogar innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses.

„Steinert et al. (2010) kommen in ihrer Untersuchung für Deutschland zu dem Ergebnis, dass auf der Grundlage ihrer Daten eine mechanische Fixierung im Durchschnitt 9,8 Stunden, eine Isolierung im Mittel 6,6 Stunden andauert. Dabei kommen ihnen zufolge bei 100.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr insgesamt etwa 314 Maßnahmen der Fixierung und Isolierung vor. In einem Vergleich von sieben Schweizer und sieben deutschen Kliniken (Martin et. al 2007) liegen die Zeiten bei den betrachteten Kliniken in Deutschland für die Fixierung im Mittel bei 9,4 Stunden und für die Isolierung im Mittel bei 5,2 Stunden (bezogen auf die Diagnosegruppe ICD-10-Hauptdiagnosegruppe F2). Auf der Grundlage ihrer Ergebnisse kommen Martin et al. zu der Aussage, dass an den beteiligten deutschen Kliniken die mechanische Fixierung eher als die Isolierung zur Anwendung kam. Als Erklärung für dieses unterschiedliche Vorkommen beider Zwangsmaßnahmen vermuten sie einen Zusammenhang zwischen in den Kliniken vorzufindenden Mustern bzw. Traditionen im klinischen Alltag, der sich auch innerhalb beider Länder zeigte (Martin et al. 2007).“ (Nienaber 2012)

Insbesondere Menschen mit Demenz haben ein hohes Risiko von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein. Insgesamt beträgt die Prävalenz der Zwangsmaßnahmen in Alters- und Pflegeheimen zwischen 41% und 64% (Hamers 2005, Bredthauer 2005).

2. Zahlen zur Zwangsunterbringung zum Zweck der Zwangsbehandlung?

Die Zahlen zu Zwangsunterbringungen nach PsychKG scheinen konstant und entsprechen offenbar den insgesamt gestiegenen Wiederaufnahmeraten in der Psychiatrie. Die Unterbringungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 I-II) steigen seit Jahren an. Der stärkste Zuwachs geht offenbar von unterbringungsähnlichen Maßnahmen (§ 1906 IV) aus (Salize 2007). Bei den Unterbringungsähnlichen Maßnahmen kommen neben Fixierungen, Zwangsmedikationen, Bettgittern, Stecktischen, sedierende Medikamente auch komplizierte Türschließenrichtungen und elektronische Überwachungen vor. Insgesamt sind aufgrund unterschiedlicher Ländergesetzgebungen keine belastbaren Vergleichszahlen darzustellen. Offensichtlich werden Zahlen zu Zwangsunterbringungen bzw. Einweisungen auch nicht in allen Bundesländern erfasst. Deutlich wurde diese Situation auch in der von der FDP durchgeführten Befragung zu Zwangseinweisungen in Deutschland (Romberg, 2011).

3. Welche Bedeutung haben (unterschiedliche) Suizidraten für das Thema?

Erfahrungen aus verschiedenen Kliniken zeigen sehr deutlich, dass bei erhöhten Suizidraten die Risikobereitschaft sinkt, was wiederum dazu führt, dass vermehrt Zwangsmaßnahmen verordnet werden. Insbesondere Überwachungsmaßnahmen, wie 15 minütige Sichtkontrollen, geschlossene Stationstüren, Verlegungen oder Isolationen werden vermehrt durchgeführt. Bei diversen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Suizidprophylaxe wurde mehrfach deutlich, dass insbesondere dann, wenn ein ärztlicher Kollege wegen eines Suizidversuches oder Suizides eines Patienten rechtlich belangt wurde, die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der betreffenden Klinik sprunghaft zunahm. Oftmals berichten die Verordnenden, dass ihnen bewusst sei, dass sie damit weitere „Einengung im Sinne Ringels Präsuizidalen Syndroms“ betrieben, u. U. Eigenbestimmung und Würde des Patienten zusätzlich verletzen. Solange jedoch ihre Leitung, die Einrichtung oder der Krankenhausträger im Falle einer juristischen Auseinandersetzung nicht hinter ihnen ständen, sähen sie keine andere Wahl.

In vielen Einrichtungen besteht eine übermäßige Sicherheitskultur vor dem Hintergrund potenzieller juristischer Sanktionen. Suizide lassen sich trotz aller Sicherheitsvorkehrungen nicht vermeiden. Autonomie muss gegen Sicherheit abwägt werden. Zur Autonomie gehört es, auch Risiken einzugehen – selbst wenn diese dann auch eintreten.

Im Umgang mit Suizidalität ist ebenfalls das Zusammenspiel der Berufsgruppen von großer Bedeutung. Entscheidungen zu suizidpräventiven Maßnahmen müssen gemeinsam - auch mit den betroffenen Patienten und u.U. ihren Bezugspersonen - getroffen werden.

Mein besonderer Dank gilt folgenden Personen für ihre Unterstützung und ihre Anregungen:

Dorothea Sauter, Michael Löhr, André Nienaber, Dr. Susanne Schoppmann, Prof. Dr. Michael Schulz, Prof. Sabine Hahn, Prof. Dr. Dirk Richter

Bruno Hemkendreis

Sozial- und Milieupädagoge, Pflegexperte Psychiatrie

Vizepräsident der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP)

Fachbeirat PsychPfleger Heute

Leitung *mobile Dienste*, LWL Klinikum Gütersloh

Mail: hemkendreis@dfpp.de

Tel.: 05241 5022161

Internet: www.dfpp.de

Literatur:

- Abderhalden, C., Hahn, S., Bonner, Y. & Galeazzi, G. (2006) Users' Perceptions and Views on Violence and Coercion in Mental health. In *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management* (Richter, D. and Whittington, R. eds.) Springer, New York, pp. 69-87.
- Abderhalden, C, Needham, I, Dassen, T, Halfens, R, Haug, HJ, Fischer, JE. (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 193(1):44-50.
- Almvik, R, Woods P, Rasmussen K (2000) The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 15(12):1284-1296.
- Ashcraft & Anthony (2008). Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. *Psych Services*, 59 (10), 1198-1202.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010). Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf [Stand: 19.03.2012].
- Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000) Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 2, pp. 437-444.
- Bredthauer, D., et al., Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005. 38(1): p. 10-18.
- Cleary, M., Horsfall, J., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. (1999) Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 6, pp. 461-467.
- D'Orio, BM.; Purselle, D.; Stevens, D. & Garlow, SJ. (2004). Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 55 (5), 581-583.
- Duffy, D. (1995) Out of the shadows; a study of the special observatin of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, pp. 944-950.
- Evans, D., J. Wood, and L. Lambert, (2003) *Patient injury and physical restraint devices: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing* 41(3): p. 274-282.
- Hamers, J.P.H. and A.R. Huizing, Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005. 38(1): p. 19-25.
- Hemkendreis, B. (2011) Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum, in *Psych Pflege Heute*, 130-132. 3/2011.
- Hemkendreis, B., Finklenburg, U., Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege mit Psychiatrischen Kliniken (2011). In: „Psychiatrische Pflege vernetzt“ mit Betroffenen und Angehörigen, im Versorgungssystem, in *Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft*. S. Hahn, Chr. Abderhalden, I. Needham, H. Stefan, M. Schulz, S. Schoppmann (Hrsg.) Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern.
- Hoffmann-Richter, U. (2004). »Dirty work«? – Vorbemerkung. In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.5-6). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (2011). Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen*, 73, 105-111.
- Klinitz, H, Uhlemann, H, Fahndrich E (1998) [Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for restraint in a general psychiatric department. A prospective study]. *Psychiatrische Praxis* 25(5):235-239.
- Kruckenber, P. (2009) Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltsystem, in *Psychosoziale Umschau* 042009, Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Marangos-Frost, S, Wells D (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 31(2):362-369.
- Martin, V., Bernhardsgrutter, R., Gobel, R. & Steinert, T. (2007). Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung [The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland]. *Psychiatr Prax*, 34 Suppl 2, S212-217.
- Meise, U. & Frajo-Apor, B. (2011). Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie [The "subjective aspects" of restraint and violence in psychiatry]. *Psychiatr Prax*, 38(4), 161-162.

Melchinger, H. (2008) Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung - Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Medizinische Hochschule Hannover.

Morrison, P. (1990) A multidimensional scalogram analysis of the use of seclusion in acute psychiatric settings. *Journal of Advanced Nursing* 15(1):59-66.

Ray NK, Myers KJ, Rappaport ME (1996) Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: A survey of New York State psychiatric facilities. *Psychiatric rehabilitation journal* 20(1):11-18.

Nienaber, A. (2012, unveröffentlicht) Die freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen der Isolierung und der Fixierung in der stationären psychiatrischen Versorgung in Großbritannien und Deutschland - ein Vergleich.

Richter, D. (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg, Lambertus

Richter, D. (2004). Trainingsmaßnahmen zur Gewaltprävention und zur Anwendung physischer Interventionen. In: In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.127-137). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Romberg, S. (2011) Steigende Zahlen und eklatante regionale Unterschiede. FDP MedienINFO 2242011

Rupp, M. & Rauwald, C. (2004). Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.12-26). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Salize, HJ., Spengler A., Dressing, H. (2007) Zwangseinweisung psychisch Kranker - wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern?. *Psychiatr Prax.* 34 Suppl 2:S196-202.

Schulz, M., Zechert, C. (2004). Weniger Zwang durch mehr Fachlichkeit. In: In: Ketelsen, R.; Schulz, M., Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.148-154). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Soteria Bern, Konzept http://www.soteria.ch/set_Konzepte.html

Steinert T. Gebhardt RP (2000) Erfolge Zwangsmaßnahmen willkürlich? *Psychiatrische Praxis* 27(6):282-285.

Steinert, T. (2004) Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen, R.; Schulz, M.; Zechert, Chr. (2004): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Steinert, T. & Bergk, J. (2008). [Aggressive and violent behaviour. Diagnosis, prevention, and treatment]. *Nervenarzt*, 79(3), 359-368; quiz 369-370.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W. et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(9), 889-897.

Stewart D., Bilgin H., Bowers L. (2010) Special observation in psychiatric hospitals: a literature review Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Section of Mental Health Nursing, Institute of Psychiatry. http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/l_436_LitRevSpecObs.pdf

Vrijlandt, A.J. (1998): Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In: Keibel, J.; Pörksen, N. (Hg) *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. Köln, S. 49-57