

Hochschule Düsseldorf
- Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften -

Bachelor-Thesis zum Thema

**Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in der
Psychiatrie**

-
Strategien in der stationären Behandlung

Erstprüferin:

Frau Prof. Dr. Hagen

Zweitprüferin:

Frau Prof. Dr. Haarhuis

Vorgelegt von:

Sarah Janowitz

Matrikelnummer: 

Sozialarbeit/Sozialpädagogik

SoSe 2021

Köln, den 16.06.2021

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Reformbewegungen in der Psychiatriegeschichte.....	3
2.1 Wandel in Deutschland: Die Psychiatrie-Enquete 1975.....	3
2.2 Das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem	5
2.3 UN-Behindertenrechtskonvention.....	6
3 Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Akutversorgung.....	7
3.1 Zwangsmaßnahmen und ihre Notwendigkeit.....	8
3.2 Ursachen der Zwanganwendung.....	10
3.3 Folgen von Zwangsmaßnahmen für Behandelnde und Patienten.....	13
4 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen.....	14
4.1 Rechtsgrundlage öffentlich-rechtlicher Maßnahmen.....	15
4.2 Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach zivilrechtlichem Betreuungsrecht.....	16
4.3 Interpretations- und Handlungsspielraum.....	18
5 Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der akupsycheiatrischen Praxis.....	20
5.1 Öffnung geschlossener Stationstüren.....	20
5.1.1 Überblick.....	20
5.1.2 Wirksamkeit.....	23
5.1.3 Ergebnis und Diskussion.....	25
5.2 Safewards-Modell.....	28
5.2.1 Überblick.....	28
5.2.2 Wirksamkeit.....	33
5.2.3 Ergebnis und Diskussion.....	34
5.3 Deeskalationsschulungen und Trainingsprogramme.....	35
5.3.1 Überblick.....	35
5.3.2 Wirksamkeit.....	39
5.3.3 Ergebnis und Diskussion.....	41
5.4 Intensivbetreuung.....	43
5.4.1 Überblick.....	43
5.4.2 Wirksamkeit.....	45
5.4.3 Ergebnis und Diskussion.....	47
5.5 Bauliche Maßnahmen und Modernisierungen.....	48
5.5.1 Überblick.....	48
5.5.2 Wirksamkeit.....	50
5.5.3 Ergebnis und Diskussion.....	51

5.6 Ergebnis und Diskussion der Strategien.....	52
6 Fazit und Ausblick.....	55
Literaturverzeichnis.....	61
Persönliche Erklärung.....	75

1 Einleitung

Ziel des psychiatrischen Gesundheitssystems ist, den Patienten¹ bestmöglich und unter Beachtung der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu behandeln (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 2018, S. 21). Der Behandlungserfolg steht also im Mittelpunkt der Versorgung in psychiatrischen Kliniken (ebd.).

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist gängige Praxis in Psychiatrien (Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR), 2018, S. 71). Sie werden angewendet, um sowohl die Patienten, als auch das Personal vor erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen, die von den Patienten ausgehen können (DGPPN, 2018, S. 210f.). Während dies in vielen Fällen notwendig und unvermeidbar ist, sind die Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen auf den Patienten und seinen Behandlungsverlauf zu beachten (DGPPN, 2010, S.109). Oftmals nehmen Patienten Zwangsmaßnahmen als einschränkende und traumatische Erfahrung wahr, die sich negativ auf den Gesundheitszustand auswirken kann (Ziltener et al., 2020, S. 13; Heumann, 2020, S. 77). Somit ist im Rahmen der bestmöglichen Behandlung der Patienten das Maß an Zwangsmaßnahmen möglichst gering zu halten (Marschner, 2017, S. 62; Deutscher Bundestag, 2017, S. 2).

Zusätzlich greift die Zwangsanwendung gegen den Willen des Erkrankten erheblich in seine grundrechtlich geschützten Rechte ein (Henking, 2016, S. 161). So ist insbesondere das im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts geschützte Selbstbestimmungsrecht, sowie das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit betroffen (DIMR, 2018, S. 63). Trotz Einschränkung der Zwangsmaßnahmen durch gesetzliche Vorgaben lassen sich laut Benchmarking-Studien vermeidbare Zwangsmaßnahmen in Psychiatrien vermuten (Heumann, 2020, S. 76).

Es sind auch die Auswirkungen der Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf das Klinikpersonal zu beachten (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV), 2020, S.13). Das Klinikpersonal, die Anwendenden der Zwangsmaßnahmen, können die Durchführung solcher Sicherungsmaßnahmen ebenfalls als belastend empfinden und physische sowie psychische Folgeschäden erleiden (Olofsson, Norberg & Jacobsson, 1995, S. 327 f.; Richter & Berger, 2001, S. 697).

Statistische Erhebungen ergeben, dass in Deutschland ca. 10% der stationär behandelten Patienten während ihres Aufenthalts in der psychiatrischen Klinik eine Zwangsmaßnahme erleben

¹Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit wenn möglich auf neutrale Formulierungen wie Erkrankte, Mitarbeitende, usw. zurückgegriffen. In anderen Fällen wird die männliche Form verwendet, gemeint sind jedoch diverse Geschlechter.

(Henking & Vollmann, 2015, S. 25). Während dies die Minderheit der Patienten darstellt, ist es aufgrund der Eingriffsintensität sowie der Erheblichkeit der Folgeschäden geboten, die Anzahl der Zwangsbehandlungen zu minimieren (DIMR, 2018, S. 79).

In dieser Arbeit soll daher untersucht werden, welche Strategien in der stationären Behandlung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im Klinikalltag der Psychiatrie angewendet werden können. Diese Strategien werden sodann anhand der Studienlage auf ihre Wirksamkeit hin untersucht, sowie auf Einschränkungen bei der Implementierung in der psychiatrischen Praxis geprüft. Schließlich soll im Ergebnis eine Empfehlung dargestellt werden, welche der untersuchten Strategien in der Praxis am ehesten umsetzbar sind.

Hierzu soll zunächst dargestellt werden, wie sich das psychiatrische Versorgungssystem in Bezug auf die Stellung des Patienten entwickelt hat. Anschließend wird der Begriff Zwangsmaßnahmen erläutert, welche Ursachen zur Anwendung führen und welche Folgen mit ihrer Anwendung sowohl für die Erkrankten als auch für das Personal einhergehen. Sodann werden die in Deutschland geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen für die Anwendung von Zwang beschrieben. Auch die Rechte der Betroffenen, in die durch Zwangsmaßnahmen eingegriffen wird, werden erörtert.

Im Hauptteil der Arbeit wird eine Auswahl an möglichen Strategien zur Vermeidung von Zwang dargestellt, anhand des wissenschaftlichen Forschungsstands auf ihre Wirksamkeit hin untersucht und abschließend unter Berücksichtigung der Anwendbarkeit in der Praxis diskutiert. Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchungen ausgewertet und dargestellt, welche der untersuchten Strategien sich zur Anwendung in der Praxis im Verhältnis zur Wirksamkeit am besten eignen. Hier sollen auch Forschungslücken aufgegriffen und ein Ausblick auf die Entwicklung der Möglichkeiten zur Reduzierung von Zwang gegeben werden. Insgesamt werden die Untersuchungen mithilfe wissenschaftlicher und professioneller Quellen literaturbasiert durchgeführt.

Einschränkend ist zu bemerken, dass sich die Untersuchung der Wirksamkeit der Strategien auf die Erwachsenenpsychiatrie bezieht. Forensische sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien werden nicht berücksichtigt. Zudem beschränkt sich die Arbeit auf die Praxis der stationären Allgemeinpsychiatrie, im Gegensatz zur ambulanten Versorgung. Aufgrund der aktuellen Studien- und Datenlage wird außerdem nur eine Auswahl an Strategien aufgezeigt. Es wurden dabei verschiedene Strategieansätze ausgewählt, um ein breites Spektrum an möglichen Wirkungsweisen auswerten zu können.

2 Reformbewegungen in der Psychiatriegeschichte

Die Vergangenheit der Psychiatrie ist von einem Veränderungsprozess der psychiatrischen Versorgungslandschaft durch Reformbewegungen und Menschenrechtsübereinkommen geprägt worden, welche die Stärkung der Grund- und Menschenrechte psychisch Erkrankter und die Reduzierung der Anwendung von Zwang in der Versorgung auf ein Minimum anstreben (Kumbier, Haack & Steinberg, 2013, S. 313; Deutscher Bundestag, 2017, S. 1ff.). Besonders ist die Psychiatrie-Enquete und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu erwähnen, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird.

2.1 Wandel in Deutschland: Die Psychiatrie-Enquete 1975

Stark beeinflusst wurde die Psychiatrie von der Reformbewegung im Jahre 1975 (Schott & Tölle, 2006, S. 306). Im Auftrag des Bundestages erstellte eine Sachverständigenkommission die Psychiatrie-Enquete mit dem Namen 'Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland' (Deutscher Bundestag, 1975, S. 4). Sie stellte die Missstände der psychiatrischen Behandlung, sowie der strukturellen und institutionellen Umstände dar, welche in Deutschland noch vom Nationalsozialismus und der Nachkriegszeit geprägt waren und gab Empfehlungen zur Veränderung dieser Missstände ab (Deutscher Bundestag, 1975, S. 4, 16ff.; Schott & Tölle, 2006, S. 311). Die Empfehlungen des Berichts zu Umstrukturierungen im psychiatrischen Versorgungssystem bezogen sich dabei vorwiegend auf strukturelle Veränderungen (Finzen, 2015, S. 392, 395). Anlass für die Erstellung des Berichts waren die aus heutiger Sicht inakzeptablen Bedingungen der Unterbringung, menschenunwürdige Behandlungs- und Lebensbedingungen in den Großkrankenhäusern bzw. Anstalten, und die immer stärker werdende Kritik von Seiten der Gesellschaft (Finzen, 2015, S. 392f.; Möller & Laux, 2015, S. 26). Der Fokus der Reformbewegung lag auf einer offenen gemeindenahen Versorgungsstruktur, einer menschenwürdigen Grundversorgung und Behandlung der Erkrankten in Fachkrankenhäusern, sowie der Integration psychisch Erkrankter in die Gesellschaft (Kumbier et al., 2013, S. 316).

Dem Bericht zufolge war das Anstaltsleben durch teils jahrelange Verweildauern der Erkrankten geprägt (Deutscher Bundestag, 1975, S. 11). Dass die 'Heil- und Pflegeanstalten' meist geographisch in ländlichen Regionen angesiedelt waren, führte zu einer Isolierung der Erkrankten von der Gesellschaft und des sozialen Umfelds, erschwerte eine angemessene Vor- und Nachsorge im Rahmen einer ambulanten gemeindenahen psychiatrischen Versorgung und die Integration der Erkrankten in ihr nahes Lebensumfeld (Finzen, 2011, S. 166; Deutscher

Bundestag, 1975, S. 11). Dies hatte zur Folge, dass sich die Aufenthalte in den Kliniken verlängerten (ebd.). So verblieben über 59% der Erkrankten laut der Enquete über zwei Jahre in der Anstalt, davon 30% der Erkrankten sogar über 10 Jahre (ebd.). Im Vergleich hierzu beträgt die Dauer heutiger stationärer Behandlungen laut der statistischen Erfassung des Bundesamts im Durchschnitt 29 Tage (Statistisches Bundesamt, 2019). Neben der Isolation zur Gesellschaft war die Grundversorgung und Ausstattung desolat (Schott & Tölle, 2006, S. 299). Die Anstalten waren sanierungsbedürftig und die Patienten in Schlafsälen bis zu 70 Betten untergebracht, was die Privatsphäre erheblich einschränkte (Deutscher Bundestag 1975, S. 11; Finzen, 2015, S. 392f.; Finzen, 2011, S. 166). Für 18,5% der Patienten existierte keine angemessene heil- oder sozialpädagogische Behandlung, für die Anzahl der Patienten waren zudem nicht genügend Ärzte und anderes Personal vorhanden (Deutscher Bundestag, 1975, S. 11). Das vorhandene Personal war außerdem nicht hinreichend qualifiziert (ebd.).

Vor diesem Hintergrund wurden von der Enquete-Kommission Ziele formuliert, um diese Missstände zu beheben (Deutscher Bundestag, 1975, S. 16ff.). Es sollten Großkrankenhäuser ihre Bettenanzahl reduzieren und psychiatrische Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäusern errichtet werden, um eine Gleichstellung somatisch und psychisch Erkrankter zu erreichen (ebd., S. 17; Finzen, 2015, S. 393). Außerdem sollten gemeindenahere Hilfsangebote errichtet werden, z.B. in Form von Tageskliniken, teilstationären Einrichtungen, sowie ambulanter Dienste, um eine verbesserte Vor- und Nachsorge stationär behandelter Patienten zur Unterstützung in ihrer Alltags- und Lebenswelt zu ermöglichen (Deutscher Bundestag, 1975, S. 16f.). So entstand das Ziel aus den Anstalten therapeutische Einrichtungen entstehen zu lassen, welche die therapeutische Behandlung und Heilung fokussieren (Finzen, 2015, S. 393). Weitere Bestrebungen richteten sich darauf eine psychiatrische Versorgung für alle psychisch Erkrankten zu gewährleisten (Deutscher Bundestag, 1975, S. 16). Hierfür sollten für die Kliniken Pflichteinzugsgebiete bestimmt werden, wodurch sich die Kliniken verpflichten Erkrankte aus einem festgelegten Sektor stationär aufzunehmen (ebd., S. 16, 93).

Durch den Zusammenschluss von psychiatrischen und somatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern gewann die Psychiatrie im Feld der Medizin zunehmend an Anerkennung, was zur Folge hatte, dass psychische Krankheiten mit somatischen Krankheiten gleichgestellt wurden (Möller & Laux, 2015, S. 26; Armbruster, Dieterich, Hahn & Ratzke, 2015, S. 17). Durch weitergehende Forschung wurden neue pharmakologische und therapeutische Behandlungsformen entwickelt, es rückten nunmehr auch ergänzend psychotherapeutische Verfahren in den Vordergrund, wodurch psychische Krankheiten effizienter behandelt werden

konnten (Deutscher Bundestag, 1975, S. 4f.; Kumbier et al., 2013, S. 318). Nachdem die Versorgung der Kranken bis 1975 vorwiegend in überfüllten, ausgelagerten und geschlossenen Großkrankenhäusern stattfand, wurde der Fokus durch die Enquete auf eine gemeindenahe und bedürfnisangepasste Versorgung psychisch Kranker gelegt (Möller & Laux, 2015, S. 26). Aufgrund der Aufklärung der Missstände im psychiatrischen Gesundheitssystem entstand eine Bewegung des Klinikpersonals, der Erkrankten und deren Angehörigen, welche darauf abzielt die Selbstbestimmung der Erkrankten und deren Bedürfnisse zu fokussieren und somit Zwangsmaßnahmen zu reduzieren oder gar zu vermeiden (Deutscher Bundestag, 2017, S. 2).

2.2 Das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 haben sich die Versorgungsstrukturen der Psychiatrie erheblich verbessert (Bundesärztekammer, 2013, S. 1334). Die stationäre Behandlung wurde in kleinere gemeindenahe Fachkrankenhäuser oder auf psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern umgelegt, was eine gemeindenahe und an das soziale Lebensumfeld integrierte Behandlung ermöglichte (Eichenbrenner, 2017, S. 121, 127). Eine gemeindenahe Versorgung bedeutet somit, dass die Erkrankten in ihrem sozialen Umfeld behandelt werden, also dort behandelt werden wo die psychische Erkrankung entstanden ist (Dörr, 2005, S. 16). Dies fördert den Einbezug von Angehörigen in die Behandlung sowie die unmittelbare Nachbehandlung der Patienten durch ambulante psychiatrische Hilfen (Waldmann, 1998, S. 179). So können die Erkrankten während und nach des Krankenhausaufenthalts in ihr soziales und berufliches Lebensumfeld reintegriert werden und profitieren demnach von einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft (ebd.).

Hierdurch nahm die Dauer des stationären Aufenthalts signifikant ab und auch schonendere Behandlungsstrategien gewannen an Bedeutung (Bundesärztekammer, 2013, S. 1334). Außerdem unterliegen die Kliniken seitdem einer Aufnahmepflicht für psychisch Erkrankte, welche in einem definierten Einzugsgebiet des Krankenhauses wohnen (Eichenbrenner, 2017, S. 127). In der psychiatrischen Behandlung besteht heute der Anspruch die Grund- und Menschenrechte, sowie die Autonomie des Patienten zu wahren, sowie die Sicherheit der Erkrankten und der Behandelnden zu gewährleisten (DGPPN, 2018, S. 21). Nach dem heutigen gemeindepsychiatrischen Verständnis ist die Psychiatrie ein Fachgebiet der Medizin, welches sich mit der Prävention, Diagnose, Behandlung und Erforschung psychiatrischer Störungen auseinandersetzt und die theoretischen Erkenntnisse der Medizin in die Praxis einfließen lässt (Dörr, 2005, S. 12). Das Ziel der psychiatrischen Versorgung besteht aus der Reduktion und

Bewältigung krankheitsspezifischer Symptome bis hin zur gänzlichen Heilung der psychischen Störung (Eichenbrenner, 2017, S. 125). Das multiprofessionelle Team einer Psychiatrie besteht in der Regel aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und weiteren therapeutischen Fachkräften wie Ergo- oder Physiotherapeuten, um dem Patienten eine vollumfängliche Behandlung zu ermöglichen (ebd., S. 127).

Das psychiatrische Versorgungssystem entwickelte sich von einer dezentralen, in ausgelagerten Heil- und Pflegeanstalten konzentrierten Verwahrung, zu einer gemeindenahen und bedürfnisorientierten Behandlung (Kumbier et al., 2013, S. 316; Schott & Tölle, 2006, S. 276). In den letzten 45 Jahren erlebte die Psychiatrie stetig fortschrittliche Veränderungen, um den psychisch Erkrankten, gemessen an neusten medizinischen Standards, eine angemessene Versorgung und Behandlung zu bieten (Bundesärztekammer, 2013, S. 1334). Dazu gehört ebenfalls, aufgrund der Eingriffintensität in die Grundrechte der Erkrankten, Zwangsmaßnahmen auf ein mögliches Minimum zu reduzieren (DIMR, 2018, S. 58, 79).

2.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention bewirkt 35 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete eine erneute Stärkung des Bewusstseins über die Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte von psychisch Erkrankten (Deutscher Bundestag, 2017, S. 2 f.). Sie erlangte in Deutschland 2009 Gesetzeskraft und stärkt seitdem die Rechte von Menschen mit Behinderungen (ebd., S. 1).

Neben Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen werden gem. Art. 1 Abs. 2 UN-BRK auch Menschen mit psychischen Erkrankungen erfasst. Ziel der UN-BRK ist gem. Art. 3 UN-BRK, Menschen mit Behinderungen eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sowie die Wahrung der Würde, Autonomie und Freiheit eigene Entscheidungen zu treffen. Die UN-BRK setzt sich außerdem für die Gleichberechtigung psychisch und körperlich Erkrankter ein, dies wird durch Art. 12 UN-BRK deutlich (Steinert & Borbé, 2013, S. 32). Menschen mit psychischen Erkrankungen soll zudem ein diskriminierungsfreies Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, Art. 25 UN-BRK.

Ebenso bezieht sich die Konvention auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gegenüber Menschen mit Behinderungen (Steinert & Borbé, 2013, S. 32). Die Zwanganwendung gegen den Willen des Betroffenen greift in die körperliche Integrität ein (Ziltener et al., 2020, S. 13). Gem. Art. 17 UN-BRK soll die körperliche Unversehrtheit gewährleistet werden. Durch Art. 14 UN-BRK wird festgelegt, dass die Freiheit der Person nicht willkürlich entzogen wer-

den darf. So dürfen Zwangsmaßnahmen keinesfalls ausschließlich aufgrund des Vorliegens einer psychischen Krankheit oder einer anderen Behinderung gerechtfertigt werden, Art. 14 Abs. 1 Nr. 2 UN-BRK. Denn Behinderungen jeglicher Art sind kein Anlass dafür in Grundrechte eines Menschen stärker oder vereinfachter eingreifen zu können (Aichele, 2016, S. 23). Der UN-Fachausschuss für Rechte von Menschen mit Behinderungen empfahl psychiatrische Kliniken auf die Vorgaben der UN-BRK zu überprüfen, mit der Begründung, dass Zwangsmaßnahmen mit Art. 14 UN-BRK unvereinbar seien (Deutscher Bundestag, 2017, S. 3). Das Bundesverfassungsgericht hat festgestellt, dass die UN-BRK einen klaren Standpunkt gegen die rechtswidrige oder willkürliche Anwendung von Zwangsmaßnahmen und der damit einhergehenden Verletzung der Grundrechte des Betroffenen vertritt (Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschl. v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15, Rn. 88). Die UN-BRK steht also einer Zwangsmaßnahme nicht grundsätzlich entgegen, wenn diese aufgrund einer Gefährdung zum Schutze der Person notwendig ist, sie steht im Einklang mit der Pflicht des Staates, in Fällen einer gesundheitlichen Gefährdung Schutz zu gewähren (ebd., Rn. 91f.). Auch aus Art. 12 Abs. 4 UN-BRK geht hervor, dass zur Sicherung einer besonderen Situation ein Eingriff in bestimmte Rechte der Betroffenen nicht immer vermeidbar ist.

Die Vertragsstaaten der UN-Konvention verpflichten sich gem. Art. 4 UN-BRK die vereinbarten Rechte für Menschen mit Behinderungen zu verwirklichen und zu fördern, indem auf geeignete Maßnahmen zurückgegriffen wird (Aichele, 2016, S. 21). Die Konvention regt dazu an, die Anwendung von Maßnahmen wie Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie und die damit zusammenhängenden rechtlichen Voraussetzungen zu hinterfragen und gegebenenfalls den Voraussetzungen der UN-BRK, unter Berücksichtigung der allgemeinen Grund- und Menschenrechte, anzupassen (ebd.).

Die Ratifizierung der UN-BRK hat dazu geführt, dass Zwangsmaßnahmen und die damit zusammenhängenden rechtlichen Voraussetzung hinterfragt werden und gesetzliche Novellierungen vorgenommen werden (ebd., S. 21, 29).

3 Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Akutversorgung

Situationen, in denen Erkrankte die eigene oder die Gesundheit anderer erheblich gefährden, können zu einer Zwangsunterbringung oder einer Zwangsbehandlung gegen den Willen des Patienten führen (Steinert, Gebhardt & Lepping, 2001, S. 2696; Helmchen, 2021, S. 259). Um die Zusammenhänge von der Entstehung aggressiven Verhaltens in der psychiatrischen Versorgungslandschaft und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen einzuordnen, wird im Fol-

genden zunächst definiert was eine Zwangsmaßnahme ist und ihre Notwendigkeit in der Praxis erläutert. Sodann wird auf die Ursachen aggressiven Verhaltens der Patienten eingegangen und abschließend die Folgen der Anwendung von Zwangsmaßnahmen dargestellt.

3.1 Zwangsmaßnahmen und ihre Notwendigkeit

Unter Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen werden alle Interventionen verstanden, welche gegen den Willen des Betroffenen, also ohne dessen Einverständnis, vollzogen werden (Löhr, Schulz & Nienaber, 2020, S. 10). Zwangsmaßnahmen dienen keiner therapeutischen Behandlung und werden lediglich zum Schutze des Patienten oder Dritter eingesetzt (Heumann, 2020, S.74). Bei der Anwendung von Zwang in psychiatrischen Institutionen wird zwischen zwei Formen unterschieden: Den ärztlichen Zwangsmaßnahmen im engeren Sinne (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) und der Unterbringung als Form des Zwangs im weiten Sinne (Steinert, 2016, S. 87). Letztere umfasst die Möglichkeit psychisch Erkrankte unter rechtlichen Voraussetzungen für einen definierten Zeitraum in einer psychiatrischen Einrichtung gegen den Willen unterzubringen (DGPPN, 2018, S. 16). Unter der ärztlichen Zwangsbehandlung wird der Einsatz von mechanischen, chemischen, sowie räumlichen Interventionen verstanden, welche die Bewegungsfreiheit des Betroffenen erheblich einschränken (Steinert, 2016, S. 87f.). Hierzu zählt die Isolierung, also die Separation des Erkrankten in einem reizarmen und verschlossenen Raum ohne direkten Personenkontakt (ebd., S. 88; DGPPN, 2018, S. 14). Die Fixierung kann in zwei Kategorien eingeteilt werden: Die mechanische und manuelle Fixierung (Heumann, 2020, S. 74). Unter der mechanischen Fixierung versteht man das Festbinden einer Person in liegendem oder sitzendem Zustand mit Hilfe von breiten Leder- oder Stoffgurten, zumeist in liegendem Zustand im Bett, der sogenannten Bettfixierung (ebd.; DGPPN, 2018, S. 12). Sie kann an unterschiedlich vielen Körperteilen praktiziert werden und reicht von der Ein-Punkt-Fixierung bis zur 11-Punkt-Fixierung (ebd.). Unter der manuellen Fixierung versteht man das Festhalten oder das zu Boden drücken des Betroffenen durch mehrere Personen (ebd.; Heumann, 2020, S. 74). Beide Arten der Fixierung beschränken die körperliche Bewegungsfreiheit des Betroffenen erheblich (Steinert, 2016, S. 87). Die Fixierung stellt je nach Dauer und Intensität die eingriffsintensivste Maßnahme dar (BVerfG, Urt. v. 24.07.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 70f.). Unter chemischem Zwang wird die Verabreichung von Medikamenten in oraler oder injizierter Form verstanden, sodass eine Ruhigstellung des Betroffenen erreicht wird (Heumann, 2020, S.74).

In der psychiatrischen Versorgung können Zwangsmaßnahmen aufgrund ihrer Notwendigkeit nicht immer vermieden werden, z.B. im Falle eines akuten Notfalls (Laux & Deister, 2015, S.

611f.). Unter einem psychiatrischen Notfall ist ein Zustand zu verstehen, welcher eines unmittelbaren Eingriffs durch eine Zwangsmaßnahme bedarf, um gesundheitliche Gefahren für den Erkrankten, Mitpatienten und das Personal abzuwenden (ebd., S. 609). Frühzeitig erkannte Erregungszustände können durch eine geschulte Deeskalationsintervention begegnet werden (ebd., S. 611). Dies ist jedoch nicht immer möglich, da Erregungszustände auch ohne Vorankündigung auftreten können, sodass eine Zwangsmaßnahme nicht immer vermeidbar ist (Mavrogriorgou & Juckel, 2015, S. 1116; Laux & Deister, 2015, S. 609).

Einerseits kann das Personal von aggressivem Verhalten und körperlichen Übergriffen der Patienten betroffen sein, andererseits können sich Patienten auch selbst erhebliche gesundheitliche Schäden zufügen (Löhr et al., 2020, S. 13f.). Die Gefahr für den Erkrankten kann sich „in Form von Selbstverletzungen, Suizidversuchen oder gar Suizid, Entweichungen, Drogen- und Alkoholmissbrauch und (Behandlungs-) Verweigerungen“ äußern, sog. Autoaggression (ebd., S. 13; DGPPN, 2018, S. 10). Diese Selbst- und Fremdgefährdung kann zum Schutze der Betroffenen zu einer Zwanganwendung führen (DGPPN, 2018, S. 210f.).

So ist gerade das Klinikpersonal einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer aggressiven Verhaltens der Patienten zu werden (Ketelsen, Zechert & Driessen, 2007, S. 208). Patientenübergriffe in Bezug auf das Personal können körperliche Beschwerden und Verletzungen verursachen, sowie psychische Folgeschäden mit sich bringen (DGPPN, 2018, S. 120). Unter physischen Angriffen werden in der psychiatrischen Praxis u.a. Schläge, Tritte, das Würgen oder auch das Schmeißen von Gegenstände gegen Mitarbeiter verstanden (Richter & Berger, 2001, S. 697). Laut einer Umfrage mussten sich 10% von 170 betroffenen Mitarbeitern aufgrund von Patientenübergriffen ärztlich behandeln lassen, 5% wurde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (ebd.).

Neben körperlichen Beschwerden können Mitarbeitende, welche von Patientenübergriffen betroffen sind, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln, wovon ein geringerer Teil der Mitarbeitenden einen chronischen Verlauf des Krankheitsbildes erlebt (DGPPN, 2018, S. 120). Im deutschsprachigen Raum konnten erstmals durch Studien Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von Patientenübergriffen und der Ausbildung psychischer Erkrankungen erzielt werden (Richter & Berger, 2009, S. 72). Sieben Wochen nach dem Übergriff auf die Mitarbeiter wurde bei 17% der Betroffenen eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt (ebd., S. 71). Es konnte nach eineinhalb Jahren bei 3% von 88 betroffenen Mitarbeitern beobachtet werden, dass das Krankheitsbild noch vollständig vorlag (ebd.). Auffällig waren die Auswirkungen der psychischen Belastung auf den Arbeitsalltag des Betroffenen (ebd., S. 72). Die Betroffenen können sich am Arbeitsplatz und im Umgang mit Patienten unsicher fühlen, was sich wiederum negativ auf die Beziehungsgestaltung mit dem Patienten

auswirken kann und aufgrund dessen die Arbeitszufriedenheit senken kann (ebd.). Das Risiko an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken wird auch durch eine vermehrte Betroffenheit von Patientenübergriffen erhöht (Cavanaugh, Campbell & Messing, 2014, S. 229). Patientenübergriffe betreffen dabei größtenteils Mitarbeiter des Pflegepersonals, da diese den überwiegenden Teil ihres Arbeitstages zusammen mit den Patienten auf der Station verbringen (Mayr & Waibel, 2016, S. 163; Richter & Berger, 2001, S. 696; Richter & Berger, 2009, S. 70). Außerdem scheinen jüngere und berufsunerfahrene Mitarbeitende einem höheren Risiko Opfer eines Patientenübergriffs zu werden ausgesetzt zu sein (Richter & Berger, 2001, S. 693, 696). Um posttraumatischen Belastungsstörungen des Personals vorzubeugen, wird empfohlen, unmittelbar nach dem Übergriff Hilfsangebote von Seiten der Klinik bereitzustellen (DGPPN, 2018, S. 120, 123; Richter & Berger, 2009, S. 73).

Aggressives Verhalten kann sich also zusammenfassend gegen andere Menschen, sowie gegen die eigene Person richten (DGPPN, 2018, S. 10). Unter Aggression wird demnach jedes verbale und nonverbale Verhalten verstanden, welches für die Patienten selbst oder Dritte bedrohlich bzw. gefährlich ist (Abderhalden et al., 2008, S. 45).

Um diese Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, kann Zwang gegen den Willen des Patienten, unter rechtlichen Voraussetzungen angewendet werden (Jarrett, Bowers & Simpson, 2008, S. 546f.). Dies ist nur dann möglich, wenn der Patient aufgrund seiner Erkrankung einsichtsunfähig ist und die Gefahren für sich selbst und andere sowie die damit einhergehende Behandlungsnotwendigkeit in einer akuten Situation nicht erkennen kann (BVerfG, Beschl. v. 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rn. 54; Müller, Walter, Kunze, Konrad & Heinz, 2012, S. 1151). So ist das Ziel einer Zwangsbehandlung zudem die „Wiederherstellung der krankheitsbedingt aufgehobenen Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit“ (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 13).

Aufgrund der Patientenübergriffe und deren gesundheitlichen Folgen für Mitarbeitende und Dritte, sowie zum Schutze der Patienten vor selbstgefährdendem Verhalten, können Zwangsmaßnahmen notwendig und geeignet sein gesundheitliche Gefahren abzuwenden.

3.2 Ursachen der Zwanganwendung

Zu untersuchen ist, auf welche Ursachen aggressives Verhalten in Psychiatrien zurückgeführt werden kann und ob es Möglichkeiten gibt, um diesen Ausbrüchen vorzubeugen.

Aggressionen gehen häufig auf einen Erregungszustand zurück, der durch intensive Gefühlslagen wie Wut, Angst, Frustration, Ärger, Hass und Furcht hervorgerufen werden kann (DGPPN, S2-Leitlinie, S. 15; Mavrogiorgou & Juckel, 2015, S. 1114; Wahl, 2009, S. 76). Diese

intensive Gefühlslage kann durch 'aversive Stimulationen', einen als Provokation erlebten wahrgenommen Reiz, ausgelöst werden (Whittington & Wykes, 1996a, S. 11f.). Durch aversive Stimuli wird also der Gemütszustand des Patienten so negativ beeinflusst, dass dieser in einem aggressiven Verhalten gipfelt, welches den Patienten selbst oder Dritte gefährden kann (ebd., S. 16). Diese Handlungen erhöhen in der Folge das Risiko der Anwendung einer Zwangsmaßnahme (Lang, 2013, S. 18f.; Mavrogiorgou & Juckel, 2015, S. 1111).

Eskalationen können sich durch frühzeitige Signale ankündigen (Papadopoulos et al., 2012, S. 435). So gingen Patientenübergriffen auf Mitarbeitende laut einer Umfrage meist offensichtlichen Anzeichen vorweg (Richter & Berger, 2001, S. 696). Diese können sich in Form einer drohenden Gestik, geringer Körperdistanz, sowie durch verbale Beschimpfungen äußern (ebd., S. 696f.). Wenn diese aggressionsfördernden Signale frühzeitig erkannt werden, besteht eine Möglichkeit aggressive Verhaltensweisen durch Deeskalationsstrategien zu vermeiden (Papadopoulos et al., 2012, S. 435).

Selten ist nur ein Faktor für eine aversive Stimulation und damit für einen Erregungszustand verantwortlich, sondern ein komplexes System von miteinander interagierenden Faktoren (Löhr et al., 2020, S. 9, 14).

Somit kann die psychische Erkrankung und die damit einhergehenden Symptome, wie Verfolgungswahn oder Halluzinationen, zu einem Erregungszustand und anschließend zu Verhaltensausrächen führen (Laux & Deister, 2015, S. 612; DGPPN, 2018, S. 46). Hierbei ist jedoch zu betonen, dass nicht jede psychische Erkrankung mit Erregungszuständen oder aggressivem Verhalten einhergeht (Laux & Deister, 2015, S. 612), sondern lediglich die Prävalenz erhöht ist (Angermeyer, Cooper & Link, 1998, S. 1). Auch Entzugssymptome einer Abhängigkeitserkrankung oder antisoziales Verhalten kann zu Konflikten führen (Löhr et al., 2020, S. 48). Diese Konflikte können sich in Form von Streit zwischen Patienten und Mitpatienten während des stationären Aufenthalts ergeben (Richter & Berger, 2001, S. 696f.). Am häufigsten treten Konflikte jedoch zwischen dem Personal und den Patienten auf (ebd.).

Ein weiterer Risikofaktor aggressiven Verhaltens stellt die Station mit ihren räumlichen Gegebenheiten und dem dort herrschenden Stationsklima dar (DGPPN, 2018, S. 66; Richter, 2016, S. 190). So kann eine verschlossene Eingangstür einer Station, Bedürfnisverweigerungen, räumliche Enge, Einschränkung des Freiraums und der Privatsphäre sowie reglementierende Interaktionen können als Einschränkungen und damit als aversive Reize wahrgenommen werden (Lang, 2013, S. 18; DGPPN, 2010, S. 20, Löhr et al., 2020, S. 49; Richter, 2016, S. 190). Neben den Stationsregeln wird das Stationsklima von Werten und Haltungen der Mitarbeitenden beeinflusst (Löhr et al., 2020, S. 14, 42). So können Behandlungskonzepte und Verhal-

tensweisen des Personals gegenüber Patienten sowie die Art und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen das Stationsklima beeinflussen (ebd., S. 43). Insbesondere Haltungen und Handlungen der Professionellen können bei Patienten zu einer negativen Gefühlslage führen, indem z.B. Überzeugungsversuche unternommen werden Medikamente einzunehmen, Bedürfnisse und Wünsche verwehrt werden oder die Patienten zu Therapien aufgefordert werden an welchen sie nicht teilnehmen wollen (ebd., S. 38). Zwischenmenschliche Interaktionen können also auch einen Auslöser aggressiven Verhaltens darstellen (Papadopoulos et al., 2012, S. 425; Whittington & Wykes, 1996a, S. 16). In einer Untersuchung ging aggressiven Übergriffen häufig ein vorheriger Konflikt mit einer anderen Person einher, meist waren dies verbale Interaktionen (Papadopoulos et al., 2012, S. 426). Nur 21,9% der Vorfälle verlief ohne vorherigen Konflikt mit einer anderen Person, in 47,7% der Fälle war das Personal beteiligt (Richter & Berger, 2001, S. 696f.). Anlass des Konflikts waren „Pflegeaktivitäten wie Essenreichen, Körperhygiene und die Verabreichung von Medikamenten“ (ebd., S.696). In einem Viertel der Konflikte wurden Wünsche des Patienten verweigert (ebd., S.696f.). Diese Bedürfnisverweigerungen und strikte Stationsregeln können vom Patienten als Autonomieverlust empfunden werden, welcher mit aggressionsfördernden Emotionen wie Wut oder Frustration einhergehen kann (Lang, 2013, S. 18; Wahl, 2009, S. 76).

Auch lassen sich krankenhausexterne Faktoren als aversives Stimuli deklarieren (DGPPN, 2018, S. 65). Denn auch psychosoziale Schwierigkeiten, wie die Kündigung eines Arbeitsplatzes oder belastende Wohnbegebenheiten, können mit negativen Emotionen einhergehen und ursächlich für aggressive Verhaltensausbrüche sein (Lang, 2013, S. 32). Deswegen spielt die Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams eine wichtige Rolle (ebd.). Auch wenn die Berufsgruppe der Sozialarbeiter nicht unmittelbar an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt ist, können sie Hilfestellung in sozialen Schwierigkeiten bieten (ebd.). Können Probleme im psychosozialen Kontext langfristig und erfolgreich behandelt werden, wirkt sich dies einerseits positiv auf die Beziehungsgestaltung zwischen Personal und Patient und somit auf das Vertrauen der weiteren psychiatrischen Behandlung aus (ebd.). Andererseits kann die nachhaltige Lösung des Problems Ängste des Betroffenen mildern (ebd.).

Es lässt sich feststellen, dass die Anwendung von Zwang vielschichtige Hintergründe haben kann und selten auf eine Ursache zurückzuführen ist (Heumann, 2020, S. 77). Um aggressives Verhalten und Zwangsmaßnahmen im Kontext psychiatrischer Behandlung zu reduzieren, ist das Ansetzen an mehreren Ebenen entscheidend (Papadopoulos et al., 2012, S. 434). So sind patienten-, mitarbeiter-, stations- und umgebungsbedingte sowie externe Komponenten miteinzubeziehen (Löhr et al., 2020, S. 15, 38).

3.3 Folgen von Zwangsmaßnahmen für Behandelnde und Patienten

Von der Durchführung und den Folgen von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Gesundheitssystem sind nicht nur Patienten betroffen, sondern auch Professionelle, welche die Maßnahmen in der psychiatrischen Versorgung anwenden (BAG GPV, S.13; Teichert, Schäfer, Lincoln, 2016b, S. 118).

Solche Maßnahmen werden von Betroffenen, je nach subjektivem Empfinden, unterschiedlich erlebt und unterscheiden sich somit in ihrer empfundenen Eingriffsintensität und damit auch in ihren Folgen (Bundesärztekammer, 2013, S. 1336; Heumann, 2020, S. 77). Sie können von betroffenen Erkrankten als negative Erfahrung erlebt werden, welche mit Gefühlen wie Wut, Ärger, Verzweiflung und Hilflosigkeit einhergehen kann (Armgart et al., 2013, S. 280). Betroffene können nach einer Zwangsanwendung außerdem schwerwiegende psychische Folgen, wie Traumata, erleiden (Ziltener et al., 2020, S. 13; Frueh et al., 2005, S. 1130). Neben psychischen Folgen können nach klinischer Erfahrung auch physische Beeinträchtigungen die Folge sein, indem sich Patienten bspw. aus Wut selbst verletzen (DGPPN, 2018, S. 213). Es können auch direkt durch die Anwendung von Fixierungen physische gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie eine Venenthrombose oder Lungenembolie durch andauernde Immobilisation oder die Gefahr der Erstickung und Strangulation, die Folge sein, auch wenn die Maßnahme sachgemäß durchgeführt wurde (BVerfG, Urt. v. 24.07.2018, 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 32, 36). Außerdem besteht bei einer 5-oder 7-Punkt-Fixierung das Risiko durch die Bewegungslosigkeit des Betroffenen an „Kreislaufproblemen, Blutstau, 'Platzangst' und Panikattacken“ zu erleiden (ebd., Rn. 38). Diese Maßnahme wird aufgrund der Risiken von Fachleuten demnach nicht empfohlen (BVerfG, Urt. v. 24.07.2018, 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 36). Falls sie jedoch notwendigerweise zur Anwendung kommt, ist darauf zu achten, dass die Maßnahme so kurz wie möglich angewendet wird (ebd., Rn. 31).

Die Zwangsanwendungen können sich außerdem negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken (DGPPN, 2010, S.109; Bundesärztekammer, 2013, S. 1336). So kann die Anwendung von Zwang zu einem Vertrauensverlust zwischen Behandelnden und Patienten führen und die professionelle Beziehung negativ beeinflussen, wodurch das Vertrauen und die Kooperation des Erkrankten in die weitere Behandlung und dessen Erfolgsaussichten beeinträchtigt werden können (Bundesärztekammer, 2013, S. 1336). Durch die fehlende Kooperationsbereitschaft zwischen Patient und Behandelndem kann sich der Klinikaufenthalt ungewollt verlängern (McLaughlin, Giacco & Priebe, 2016, S. 4).

Auch das Personal, welche die Maßnahme anwendet, kann von Folgen der Situation belastet sein. Qualitative Studien geben Aufschluss darüber, dass das Pflegepersonal die Maßnahmen

einerseits als notwendige Intervention ihres psychiatrischen Arbeitsfeldes bezeichnen, andererseits die Anwendung der Maßnahme als belastend und unangenehm empfunden wird (Olofsson et al., 1995, S. 327 f.; Teichert et al., 2016b, S. 118). So kann die Anwendung einer Zwangsmaßnahme für Behandelnde mit negativen Gefühlen, wie Unbehagen, Unsicherheit, Frustration, Angst, Schuldgefühlen, Ärger und Hilflosigkeit, einhergehen (Olofsson et al., 1995, S. 327 f.).

Außerdem kann die Anwendung einer Zwangsmaßnahme zu ethischen Konflikten führen und Stress verursachen (Choe, Kang & Park, 2015, S. 1685; Grebner, Berlowitz, Alvarado & Cassina, 2010, S. 29), was zu einer erhöhten Arbeitsunzufriedenheit und vermehrten Krankschreibungen führen kann (Itzhaki et al., 2018, S. 5; Wilson, Rouse, Rae & Kar Ray, 2017, S. 504). Die Ärzteschaft der Psychiatrie steht in einem Zwiespalt zwischen der Fürsorgepflicht und Autonomiewahrung des Patienten, dies wird als Doppelmandat bezeichnet (Helmchen, 2021, S. 259). Auf der einen Seite muss die Autonomie des Betroffenen gewahrt und akzeptiert werden, wenn ein Patient eine Behandlung ablehnt (Lang, 2013, S. 2). Auf der anderen Seite sind Professionelle zur Fürsorge gegenüber ihren Patienten verpflichtet (Steinert et al., 2001, S. 2696). Jede Person weist dabei ein individuelles Stresserleben auf (Grebner et al., 2010, S. 7). Wenn eine Person langfristig Stress ausgesetzt ist, kann dies zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen und psychische Folgen wie Reizbarkeit oder Erschöpfung im Sinne von Burnout, psychosomatischen Symptomen wie Schlafstörungen, Magenproblemen oder Herz-Kreislaufkrankungen auslösen (ebd.).

4 Rechtliche Rahmenbedingungen zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen

Aufgrund der Schwere der Folgen von Zwangsmaßnahmen, ist die Anwendung dieser und die Unterbringung psychisch erkrankter Menschen sowie der damit einhergehende Grundrechtseingriff nur unter gesetzlichen Voraussetzungen möglich (Weig, 2005, S. 16). Insbesondere in die Rechte der persönlichen Freiheit, Art. 2 Abs. 2 S. 2 GG, Selbstbestimmung, Art. 2 Abs. 1 GG und der körperlichen Unversehrtheit, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG wird eingegriffen (DIMR, 2018, S. 63). Ein Eingriff ist gem. Art. 2 Abs. 2 S. 3 GG nur aufgrund eines Gesetzes möglich. Die Unterbringung und Anwendung von Zwangsmaßnahmen psychisch Erkrankter in der Psychiatrie kann auf Grundlage zweier Gesetze erfolgen: Zum Einen über die Regelungen der öffentlich-rechtlichen Psychisch Kranken Gesetze der Bundesländer, kurz PsychKG, und andererseits über die Voraussetzungen des Betreuungsgesetzes (BtG), welches im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt ist, jedoch besteht auch die Möglichkeit sich unter Umständen

nach dem StGB strafbar zu machen (Adorjan et al., 2017, S. 803; Weig, 2005, S. 16).

Jede Person kann nach dem Grundgesetz freiverantwortlich über die eigene körperliche Integrität und den Umgang mit seiner Gesundheit verfügen (Aichele, 2016, S. 22). Dies beinhaltet auch, inwiefern eine Krankheit behandelt werden soll (BVerfG, Beschl. v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15, Rn. 74). Auch wenn die Behandlung der Erkrankung aus medizinischen Gründen sinnvoll wäre, ist die Entscheidung des Erkrankten zu akzeptieren und nicht ohne dessen Zustimmung durchzuführen (Aichele, 2016, S. 22). Anders ist dies zu beurteilen, wenn der Betroffene aufgrund einer psychischen Erkrankung die Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme nicht erkennen, seinen Willen nicht frei bilden und somit keine selbstständigen Entscheidungen treffen kann (Henking, 2016, S. 156; DGPPN, 2014, S. 2). Dann besteht die Pflicht der staatlichen Gemeinschaft den Betroffenen vor erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu schützen und die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen (BVerfG, Beschl. v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15, Rn. 73; Müller et al., 2012, S. 1151). So kann die Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in bestimmten Fällen das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen überwiegen (ebd., Rn. 76).

4.1 Rechtsgrundlage öffentlich-rechtlicher Maßnahmen

In der öffentlich-rechtlichen Unterbringung erfolgen Sicherungsmaßnahmen nach Vorgabe der landesrechtlichen Regelungen, die in den Bundesländern Deutschlands unterschiedlich ausgestaltet sind (Weig, 2005, S. 17). Demnach bezieht sich die folgende Darstellung des Psychisch-Kranken-Gesetzes auf Nordrhein-Westfalen, kurz PsychKG-NRW.

Die Zwangsbehandlung von psychisch erkrankten Untergebrachten ist in § 18 PsychKG-NRW geregelt (Wilkes, 2016, S. 47). Eine ärztliche Behandlung soll gem. § 18 Abs. 2 PsychKG-NRW im Einvernehmen des Betroffenen und des Behandelnden erfolgen (Dodegge & Zimmermann, 2018, § 18 Rn. 2). Sollte diese aufgrund von Einwilligungsunfähigkeit des Patienten in ihrer Notwendigkeit nicht erkannt werden, ist einhergehend mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung unter Einhaltung der Regelungen des § 18 Abs. 4 PsychKG-NRW eine Behandlung unter Zwang möglich, wobei die am wenigsten eingriffsintensivste Maßnahme gewählt werden soll (ebd., S. 287f., 311). Einwilligungsunfähigkeit bedeutet, dass der Erkrankte „Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nicht einsehen oder sich nicht nach dieser Einsicht verhalten kann“ (Dodegge & Zimmermann, 2018, § 18 Rn. 5). Es besteht unter Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen die Möglichkeit die Anlasserkrankung zu behandeln, d.h. es darf ausschließlich die psychische Störung zwangsbehandelt werden, wegen welcher der Pati-

ent in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht ist (ebd.). Im Unterschied zum Betreuungsrecht nach dem BGB, wird nach PsychKG NRW neben der Selbstgefährdung auch die Fremdgefährdung als Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung als ausreichend erachtet (ebd., S. 290).

In § 18 Abs. 5 S. 1 Nr. 1-5 Psych-KG NRW werden weitere Voraussetzungen geregelt (ebd., S. 295). Die Anwendung der Maßnahme darf gem. § 18 Abs. 5 S. 2 PsychKG-NRW nur durch die ärztliche Leitung veranlasst und durchgeführt werden (ebd., S. 301). Außerdem muss die Maßnahme in ihrer Art, Dauer und Umfang, sowie die Gründe der Anwendung vom behandelnden Arzt dokumentiert werden (ebd.). Die Zwangsbehandlung muss mit dem Patienten nachbesprochen werden, sobald dies der Gesundheitszustand des Betroffenen zulässt (ebd.).

Es muss dem Patienten gem. § 18 Abs. 5 Nr. 2 Psych-KG NRW eine Möglichkeit gegeben worden sein, um rechtzeitig Rechtsschutz suchen zu können und somit eine gerichtliche Entscheidung beim Betreuungsgericht beantragen zu können (ebd., S. 306f.). Das Betreuungsgericht prüft die Rechtmäßigkeit der eingesetzten Maßnahme und entscheidet daraufhin, ob sie genehmigt oder untersagt wird (ebd.). Diese gerichtliche Zustimmung ist allerdings nach § 18 Abs. 6 PsychKG-NRW bei besonderer Eilbedürftigkeit entbehrlich.

In § 20 PsychKG-NRW sind besondere Sicherungsmaßnahmen geregelt, welche gem. § 20 Abs. 1 S. 2 PsychKG-NRW ausschließlich angewendet werden dürfen, wenn die drohende Gefahr nicht durch mildere Mittel abgewendet werden kann. Sicherungsmaßnahmen im Rahmen einer Unterbringung können gem. § 20 Abs. 1 S. 1 PsychKG-NRW folgende sein: Die Beschränkung des Aufenthalts im Freien (Nr. 1), die Unterbringung in einem besonderen Raum (Nr. 2), Festhalten (Nr. 3) oder Fixierung (Nr. 4). Bei § 20 Abs. 1 S. 1 Nr. 2-4 PsychKG NRW handelt es sich um unmittelbare Zwangsmaßnahmen (Dodegge & Zimmermann, 2018, § 20 Rn. 1).

4.2 Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach zivilrechtlichem Betreuungsrecht

Nach einer Entscheidung des BGH zum Betreuungsrecht wurde dieses 2013 novelliert (Marchner, 2019, § 1906a Rn. 2ff.). Im Jahr 2017 wurde das Betreuungsrecht dann erneut novelliert, unter anderem um den Besonderheiten der Unterbringung und Behandlung von psychisch Kranken gerecht zu werden (Deutscher Bundestag, 2017, S. 2).

Die Neuregelung der Genehmigung des Betreuungsrechts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen gem. § 1906a n.F. BGB im Jahr 2017 ermöglicht nun auch Zwangsanwendungen ohne zwingende freiheitsentziehende Unterbringung, im Gegensatz zur alten Fassung. Gem. § 1906a

Abs. 1 S. 1 Nr. 7 BGB gilt hierfür die Voraussetzung, dass eine Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts eines Krankenhauses stattfindet, indem die medizinische Versorgung sichergestellt werden kann (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 8). Im Folgenden werden die rechtlichen Voraussetzungen zur Anwendung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme gem. § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 1-7 BGB erläutert.

Zwang darf laut betreuungsrechtlicher Voraussetzungen gegen den Willen nur vorgenommen werden, wenn psychisch Erkrankte gem. § 1906 Abs.1 S. 1 Nr. 2 BGB aufgrund ihrer Erkrankung nicht selbstbestimmt bewusste Entscheidungen treffen und danach handeln können. Der Betroffene muss also krankheitsbedingt einwilligungsunfähig sein (Steinert & Borbé, 2013, S. 32). In diesem Falle der Einwilligungsunfähigkeit kann der zuständige gesetzliche Betreuer in die Maßnahme einwilligen (Marschner, 2019, § 1904 Rn. 10). Ohne die Einwilligung des Betreuers in die Maßnahme darf nach dem BGB Zwang gegen den Willen des Patienten nicht angewendet werden (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 11). Hier müsste dann auf das PsychKG zurückgegriffen werden (Dodegge & Zimmermann, 2018, § 1 Rn. 2).

Der Betreuer darf gem. § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 4 BGB nur einwilligen, wenn vor der Zwangsanwendung ein Versuch unternommen wurde den Patienten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen (Petit & Klein, 2013, S. 377; Steinert & Borbé, 2013, S. 32). Der Überzeugungsversuch geschieht in einem Gespräch, in dem der Patient über die Notwendigkeit der Behandlung aufgeklärt wird (Henking, 2016, S. 157). Gem. § 630e Abs. 1 BGB ist der Behandelnde verpflichtet den Patienten über die Art, den Umfang, die Durchführung, die möglichen Risiken, Folgen und Erfolgsaussichten der Maßnahme aufzuklären. Daraufhin kann der Patient gem. § 630d BGB in die Maßnahme informiert einwilligen. Wenn der Erkrankte in diesem Falle einer Behandlung zustimmt, ist nicht die Rede von einer Zwangsmaßnahme gegen den Willen des Patienten (Bundesärztekammer, 2013, S. 1338).

Der gesetzliche Betreuer kann aber als Grundvoraussetzung nur einwilligen, wenn die Einwilligung in seinen gerichtlich festgelegten Aufgabenbereich fällt (Wilkes, 2016, S. 20). Außerdem kann er nur einwilligen, wenn die Zwangsmaßnahme gem. § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 BGB zum Wohl des Patienten, d.h. nicht aus Allgemein- oder Drittinteresse, erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden (Steinert & Borbé, 2013, S. 32). Ein erheblicher gesundheitlicher Schaden kann sich in Form einer Eigengefährdung äußern (Marschner, 2019, § 1906 Rn. 10). Hierbei ist zu betonen, dass im Unterschied zur öffentlich-rechtlichen Zwangsanwendung im Betreuungsrecht ausschließlich die Eigengefährdung als gesundheitlicher Schaden inbegriffen ist (ebd., Rn. 38).

Eine wage Vermutung über die drohende mögliche Auswirkung einer Nicht-Behandlung als Rechtfertigung einer Zwangsanwendung reicht nicht aus (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 16). Es muss gem. § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 6 BGB ersichtlich sein, dass der drohende Schaden ohne eine psychiatrische Behandlung schwerwiegender ausfallen würde als die Folgen durch die Anwendung einer Zwangsmaßnahme (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 16). Der zu erwartende Nutzen, welcher aus der Zwangsanwendung resultiert, muss deutlich das Risiko, welches die psychiatrische Beeinträchtigung birgt, übertreffen, die sogenannte Nutzen-Risiko-Abwägung (Bundesärztekammer, 2013, S. 1336).

Außerdem muss vor der Zustimmung durch den Betreuer versucht worden sein den drohenden Schaden mittels milderer Mittel, wie Deeskalationsstrategien, abzuwenden, § 1906a Abs. 1 Nr. 5 BGB (Steinert & Borbé, 2013, S. 32).

Erst wenn nach den Voraussetzungen des § 1906a Abs. 1 S. 1 Nr. 1-7 BGB verfahren wurde, darf der Betreuer zustimmen und Zwang angewendet werden (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 16).

4.3 Interpretations- und Handlungsspielraum

Es muss also die Verhältnismäßigkeit der Zwangsmaßnahme sichergestellt sein (Marschner, 2019, § 1906a Rn. 16). Wenn durch weniger eingreifende Mittel eine Verbesserung des Gesundheitszustands nicht erreicht wird, dürfen Zwangsmaßnahmen als ultima ratio und im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes so effektiv und schonend wie möglich durchgeführt werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2018, S. 1). So wird aus den rechtlichen Vorgaben gefordert, dass der Einsatz von Zwangsmaßnahmen auf die Anwendung als letztes Mittel zu beschränken ist und im Vorhinein einer Zwangsanwendung andere zumutbare Maßnahmen verbindlich ausgeschöpft werden sollen (Teichert, Schäfer & Lincoln, 2016a, S. 101). Der Gesetzestext lässt Professionellen einen Interpretations- und Handlungsspielraum, da nicht spezifiziert ist welche oder wie viele andere zumutbaren Maßnahmen vor dem Anwenden einer Zwangsmaßnahme ergriffen werden müssen (ebd.; Heumann, 2020, S. 73).

Dieser Spielraum lässt sich außerdem an der Datenlage zur Häufigkeit von Zwangsanwendungen erkennen (Heumann, 2020, S. 76). Denn die Erfassung der Häufigkeit von Zwangsanwendungen unterscheidet sich in einzelnen Ländern und psychiatrischen Einrichtungen der Bundesländer und Regionen (Reisch, 2019, S. 365). Im Gegensatz zur Datenlage der Anzahl gerichtlicher Unterbringungen, welche auf flächendeckenden Gerichtsstatistiken basieren, ist die Datenlage zur Häufigkeit ärztlicher Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen und Isolierungen hingegen bundesweit weniger genau erfasst (Steinert, 2016, S. 92 ff.; DIMR, 2018, S. 72, 77).

Trotz fehlender bundesweiten und offiziellen Zahlen bestehen Erhebungen einzelner Kliniken in Deutschland, welche Daten zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen erfassen (Henking & Vollmann, 2015, S. 24f.).

Diesen Daten zufolge sind ca. 10% der Patienten während eines stationären Aufenthalts von Zwangsmaßnahmen betroffen (ebd., S. 25). Vor allem Patienten, welche auf geschlossenen Akutstationen behandelt werden, erfahren nach aktueller Studienlage vermehrt Zwangsmaßnahmen, in Europa und den USA sind bis zu einem Drittel der Erkrankten betroffen (Steinert et al., 2010, S. 893). Im Rahmen eines Pilotprojektes von Adorjan et al. wurde herausgefunden, dass zwischen 3,8% und 13,6% der Patienten, welche in stationärer Behandlung sind, eine solche Maßnahme erleben (Adorjan et al., 2017, S. 804). In einer Längsschnittbeobachtung von fünf untersuchten Kliniken wurde erfasst, dass im Jahre 2012 durchschnittlich 6,2% der Patienten während ihres stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme erlebten (Steinert et al., 2015, S. 380). International unterscheidet sich die Datenlage ebenfalls. Die Zusammenfassung von 12 Untersuchungen aus verschiedenen Ländern ergibt, dass 1,2%-13,5% der Patienten in psychiatrischen Einrichtungen eine mechanische Zwangsanwendung erlebt haben, Isolierungen erlebten bis zu 15% der Patienten (Edlinger, Bader & Hofer, 2018, S.178).

Die variierenden Ergebnisse der Studien zeigen auf, dass regionale Unterschiede zur Häufigkeit von Zwangsanwendungen in der Versorgungsstruktur bestehen und eine unterschiedlich eingesetzte Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Praxis existiert (ebd., S. 79; Heumann, 2020, S. 76). Dies lässt vermuten, dass der Interpretations- und Handlungsspielraum unterschiedlich genutzt wird (Heumann, 2020, S. 73, 76). Somit könnte in einigen Kliniken noch Potential zur Verringerung der Anzahl der Zwangsmaßnahmen existieren (ebd.; Adorjan et al., 2017, S. 808; DIMR, 2018, S. 79). Festgelegte Konzepte und Strategien zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen können einen wichtigen Beitrag hierzu leisten (Hirsch & Steinert, 2019, S. 342). Rechtliche Rahmenbedingungen können zudem dazu verhelfen Zwang zu reduzieren, da gesetzliche Novellierungen die Rechtslage zur Anwendung konkretisieren und den Handlungsspielraum einengen (Marschner, 2017, S. 62). So können Zwangsanwendungen aus Routine vermieden werden und auf notfallmäßige Eingriffe beschränkt werden (ebd.). Somit wird durch die Erweiterung und Novellierung rechtlicher Rahmenbedingungen die Rechte der Erkrankten hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung und Freiheit gestärkt (Dodegge & Zimmermann, 2018, § 2 Rn. 1).

5 Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der akut-psychiatrischen Praxis

Es bedarf jedoch nicht ausschließlich der Überarbeitung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, sondern auch eine daran angepasste Haltung der Professionellen zu Zwang, sowie strukturelle und personelle Änderungen in psychiatrischen Institutionen (Henking, 2016, S. 162). Solche institutionellen Rahmenbedingungen können dazu beitragen, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (Bundesärztekammer, 2013, S. 1338).

Die Forschung bezüglich der Entwicklung alternativer Maßnahmen und Strategien zur Zwangsvermeidung nimmt in den letzten Jahren erheblich zu, trägt stetig zu Fachdiskursen und Umstrukturierungen in psychiatrischen Systemen bei und regt die politische und gesellschaftliche Auseinandersetzung an (BAG GPV, 2020, S. 6; Steinert et al., 2010, S. 894). Die DGPPN setzt sich für eine Veränderung des Umgangs mit aggressivem Verhalten in Psychiatrien ein und entwickelt Strategien, um Zwang zu reduzieren. Hierzu hat sie Behandlungsleitlinien entwickelt, welche über die Wichtigkeit von Strategien zur Abwendung von Zwang und den Umgang mit aggressivem Verhalten aufklären sowie Rahmenbedingungen aufstellen (DGPPN, 2018, S. 22). Laut der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer können „fehlendes, unzureichend geschultes Personal [...], Defizite in der Kommunikationskultur, fehlende Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, fehlende Hilfen überforderter Mitarbeiter sowie Defizite in der Stationsorganisation“ Mängel darstellen (Bundesärztekammer, 2013, S. 1335). Damit einhergehend werden von der Bundesärztekammer Strategien auf struktureller und institutioneller Ebene empfohlen, welche die Mängel in der Versorgung reduzieren können (Bundesärztekammer, 2013, S. 1338).

Es existieren diverse Interventionen, welche eine Deeskalation aggressiver Konflikte begünstigen und somit drohende Zwangsmaßnahmen verhindern könnten (DGPPN, 2010, S. 61). Im Folgenden werden fünf verschiedene Strategien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren untersucht. Dafür werden die einzelnen Strategien erklärt, der wissenschaftliche Forschungsstand zur Wirksamkeit der Reduzierung von Zwang untersucht sowie anschließend diskutiert.

5.1 Öffnung geschlossener Stationstüren

5.1.1 Überblick

Zunächst wird das Konzept der Öffnung der Stationstüren auf geschlossenen Stationen beleuchtet.

Die Grundidee dieses Konzepts sieht vor, die normalerweise auf geschlossenen Stationen verschlossenen Stationstüren, entgegen der bisherigen Handhabung, geöffnet zu lassen (Lang, 2013, S. 3, 8). Es handelt sich hierbei um eine strukturelle Intervention, sie betrifft also den grundlegenden Ablauf der Behandlung auf der geschlossenen Station (Mayr & Waibel, 2016, S. 169).

Die psychiatrische Behandlung auf einer verschlossenen Station kann von Patienten als Einschränkung in die Freiheit und Autonomie empfunden werden, was die Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens des Patienten erhöhen kann (Bowers, Jarrett, Clark, Kiyimba & McFarlane, 1999, S. 201; Papadopoulos et al., 2012, S. 436; Lang, 2013, S. 32). Die verschlossenen Türen können durch aversive Stimulationen bei dem Patienten zu Wut, Ärger, Frustration und Irritation führen, was wiederum aggressive Verhaltensweisen hervorrufen und damit die Anwendung von Zwang gegen den Willen des Patienten zur Folge haben kann (Zinkler & Kousse mou, 2014, S. 143). Außerdem kann eine verschlossene Tür einen Faktor für ein negatives Stationsklima darstellen (ebd.; Haglund, Van Der Meiden, Knorr ing, & Von Essen, 2007, S. 52). Dies bestätigen sowohl Erfahrungen der Erkrankten, als auch des Klinikpersonals (ebd.).

Das Ziel der Öffnung geschlossener Stationstüren ist hingegen, möglichst gering in die Freiheitsrechte der Erkrankten einzugreifen (Mayr & Waibel, 2016, S. 169). So kann dem Patienten eine geöffnete Stationstür das Gefühl vermitteln nicht 'eingesperrt' zu sein und sich in seiner Freiheit begrenzt zu fühlen (Lang, 2013, S. 10). Die geöffnete Stationstür einer geschlossenen Akutstation kann zudem ein Symbol im Sinne der Haltung der Professionellen und deren Behandlungsangebot darstellen, welches an die Öffentlichkeit herangetragen wird (Mayr & Waibel, 2016, S. 160). So zeigt die geöffnete Tür symbolisch, dass die Behandlung darauf abzielt selbstbestimmt handeln zu können (ebd.).

Hierdurch soll insgesamt ein positives Stationsklima geschaffen werden (Schalast & Sieß, 2018, S. 245f.). Dieses kann, verbunden mit der Verringerung der Einschränkung für die Erkrankten, eine deeskalierende Wirkung haben und soll so die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen reduzieren (Mayr & Waibel, 2016, S. 169; Lang, 2013, S. 32).

Dabei ist zu sehen, dass die Strategie flexibel gestaltet werden kann, es gibt verschiedene Variationen der offenen Türpolitik (Henking, 2017, S. 68). So gibt es vor allem in der Anzahl der geöffneten Türen Unterschiede, sowie in der Dauer der Öffnung, so können die Türen nur tagsüber offen, aber nachts geschlossen sein, oder stundenweise geöffnet werden (Pollmächer, 2019, S. 670). Zudem kommt eine Differenzierung anhand der Verhaltensauffälligkeit der Er-

kranken in Frage, sowie die Anzahl der auf der Station untergebrachten Erkrankten (ebd.). Eine stufenweise Öffnung der Türen, in Abhängigkeit bestimmter Faktoren, ist ebenfalls eine Möglichkeit das Konzept der offenen Türe in den Klinikalltag zu implementieren (ebd.).

Ausschließlich mit dem Öffnen von Stationstüren lassen sich Zwangsmaßnahmen allerdings nicht reduzieren (ebd., S. 672.). Um die maximale Wirksamkeit des Konzepts zu erreichen, müssen diverse weitere konzeptionelle Interventionen in den Stationsalltag implementiert werden, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (ebd.). Die Implementierung des Konzepts besteht demnach aus mehreren Faktoren, welche in ihrer Umsetzung flexibel gestaltet werden können (Lang, 2013, S. 110ff.).

So ist eine multiprofessionelle Teamarbeit aller Berufsgruppen, die an der Behandlung des Patienten mitwirken, notwendig (Mayr & Waibel, 2016, S. 160 f.). Hierbei kommt es auf eine flexible und kreative Handhabung des Teams an (ebd., S. 172). Plötzliche Problemstellungen müssen durch gute Führungs- und Teamarbeit bewältigt werden (ebd.). Wenn ein Patient die Station entgegen einer getroffenen Absprache verlassen möchte, und eine Intensivbetreuung, also eine ressourcenintensive Maßnahme der Pflege, von Nöten ist, muss das Team in der Lage sein Aufgaben flexibel und „neu zu priorisieren, umzuverteilen und bedarfsgerecht durchzuführen“ (ebd.; Lang, 2013, S. 110). So ist im Falle einer Öffnung der Türen zwingend ein verantwortungsvoller Präsenz- und Türdienst von Nöten (ebd., S. 162). Denn eine geöffnete Tür bedeutet nicht, dass Patienten die Station jederzeit eigenverantwortlich verlassen dürfen (ebd.).

Auch unterstützende Therapieangebote, störungsspezifische Angebote, alltagspraktische Angebote, sowie Bewegungsgruppen unterstützen das Konzept der offenen Türe in seiner Wirksamkeit (Mayr & Waibel, 2016, S. 161f.). Die Angebote müssen sich nach den Bedürfnissen der Patienten weiterentwickeln, um eine große Bandbreite erwünschter Therapiemöglichkeiten anzubieten (ebd. S. 162). Therapieangebote können z.B. Ergotherapie, Musiktherapie, Gruppen für spezifische Erkrankungen, Entspannungs- und diverse Sportgruppen sein (Waldmann, 1998, S. 179). Patienten können so an der Ausgestaltung ihres eigenen Therapieprogramms selbst mitwirken (Lang, Walter, Borgwardt & Heinz, 2016, S. 300).

Auch die Einbettung der Erkrankten in die sozialen Strukturen der Gemeinde während des Klinikaufenthalts unterstützt das Konzept der offenen Türe (Mayr & Waibel, 2016, S. 166). So sollten Betroffene während des Klinikaufenthalts Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsangeboten erhalten, um, bei Bedarf auch mit fachlicher Begleitung, den ersten Zugang zur ambulanten Nachsorge im Anschluss an den Klinikaufenthalt zu organisieren (ebd.).

Um das Konzept zu ermöglichen, ist es außerdem sinnvoll, nicht eine große Anzahl von akut Erkrankten einer einzelnen Station zuzuweisen, es müsste gegebenenfalls die Verlegungspraxis der Klinik angepasst werden (Longinus, 1998, S. 183). Die Verteilung von Akutpatienten auf verschiedene Stationen würde begünstigen, dass sich akut Erkrankte mit erhöhtem Betreuungsbedarf nicht auf einer Station konzentrieren (Lang et al., 2016, S. 300). Dies reduziert die Belastung für das Personal, da eine Vielzahl akut Erkrankter gerade in einem Offen-Tür-Setting einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweisen (Longinus, 1998, S. 183). Die Verteilung akut Erkrankter auf verschiedene Stationen trägt zusätzlich förderlich zur Verbesserung des Stationsklimas bei (ebd.). Da sich gerade Ansammlungen vor geschlossenen Stationtüren, vor Stationszimmern und in Aufenthaltsräumen bilden und diese das Risiko aggressiver Konflikte hervorzurufen begünstigen, kann die geöffnete Stationstüre aversiven Stimuli entgegenwirken (Nijman, Allertz, Merckelbach, Campo & Ravelli, 1997, S. 110).

5.1.2 Wirksamkeit

Zu untersuchen ist, ob das Konzept der offenen Türe die Anwendung von Zwangsmaßnahmen reduziert und wie sich die Intervention auf die Entweichungsrate sowie die Suizidrate auswirkt.

Cibis et al. haben in einer Studie an einer Station der Berliner Charité untersucht, wie sich die Anzahl der aggressiven Übergriffe, der Zwangsmedikation sowie die Entweichungsrate der Erkrankten bei einer offenen Stationstüre verändert (Cibis et al., 2017, S. 141). Die Ausgangsthese war dabei, dass offene Stationstüren die Aggressivität und die Zwangsbehandlung reduzieren, ohne die Entweichungsrate zu erhöhen (ebd., S. 142). Erfasst wurde dabei die Anzahl der oralen, intravenösen oder -muskulären Medikationen durch Klinikmitarbeiter, Fixierungen sowie weitere besondere Sicherheitsmaßnahmen nach § 29a PsychKG Berlin, entspricht § 20 PsychKG NRW (ebd., S. 143). Auch aggressive Übergriffe wurden erhoben (ebd.). Die Grundprämisse der offenen Tür war dabei erfüllt, sobald die Tür tagsüber mindestens 90% der Zeit offen war (ebd., S. 141). Eine Entweichung lag dabei vor, „wenn gerichtlich untergebrachte Patienten die Station ohne Einverständnis des Klinikpersonals für mehr als 24 Stunden verlassen haben“ (ebd., S. 142).

Die Studie ergab, dass die Türöffnung nicht zu einer erhöhten Entweichungsrate führt (ebd., S. 145). Auch eine Reduktion der Verabreichung von Zwangsmedikationen wurde festgestellt, die Anzahl der pro Jahr erfassten Zwangsmedikationen sank vom Jahr 2002 bis 2012 um 22,22% (ebd.). Zudem wurde eine Reduktion aggressiver Interaktionen beobachtet (ebd., S.

145f.). Gerade dieser letzte Punkt wurde von den Autoren der Studie betont, da diese Vorfälle zuvor im Klinikalltag aufgrund der sozialen Struktur der Untergebrachten vermehrt vorkamen (ebs., S. 146). Die Anzahl der aggressiven Übergriffe verringerte sich innerhalb von 11 Jahren um 27,27% von durchschnittlich 11 auf 3 (ebd., S. 145). Dies bestätigen auch Jungfer et al. in einer weiteren Studie (Jungfer et al., 2014, S. 97f.). Sie fanden heraus, dass Kliniken mit offenen Stationstüren weniger Zwangsmaßnahmen anwenden, als Kliniken mit geschlossenen Stationstüren (ebd., S. 98).

Auch Huber et al. haben die Auswirkungen einer offenen Stationstüre in einer Studie untersucht (Huber et al., 2016, S. 842). Während der fünfzehnjährigen Studiendauer wurden die Daten der Selbstmordversuche sowie der vollendeten Selbstmorde im Vergleich von geschlossenen zu offenen Stationstüren erhoben (ebd.). Zudem wurden auch die Daten der Medikation von Patienten erfasst (ebd., S. 845). Hierbei wurde eine große Stichprobe aus einer Vielzahl von Kliniken in Deutschland untersucht (ebd., S. 843).

Die Studie ergab, dass geschlossene Türen in akutpsychiatrischen Stationen die Selbstmordrate, sowie die Entweichungsrate nicht positiv beeinflussen (ebd.). So sank die Zahl der Suizidversuche bei offenen Stationstüren sogar im Vergleich zur geschlossenen Stationstür (ebd., S. 847). Dieses Ergebnis wurde auch in einer Studie von Jungfer et al. bestätigt (Jungfer et al., 2014, S. 98). Es wurde weiterhin festgestellt, dass die Entweichungen häufiger vorkommen, wenn das Stationsklima insgesamt restriktiver ist (Huber et al., 2016, S. 847). Dies führt dazu, dass Erkrankte eher entweichen und auch nicht zurückkehren (ebd.).

Bei der Zahl der Medikation ist eine deutliche Differenz zu beobachten: In Kliniken mit offener Stationstür wurden 32,30% weniger Antipsychotika, 34,25% weniger Antidepressiva, 29,14% weniger Benzodiazepine und 31,16% weniger Stimmungsstabilisierer verabreicht (Huber et al., 2016, S. 845).

Insgesamt lässt sich anhand der Studienlage feststellen, dass in Kliniken mit Offener-Tür-Politik aggressive Vorfälle abnehmen und weniger Zwangsmaßnahmen, sowie weniger Medikationsgaben zur Anwendung kommen. Gleichzeitig steigt die Entweichungs- und Suizidrate der Patienten nicht an.

Gleichzeitig betonen Cibis et al. aber auch, dass die Öffnung der Türen alleine nicht ausreicht, um eine Verbesserung der Situation herbeizuführen (Cibis et al., 2017, S. 146). Es bedarf auch einer ausreichenden sowie qualifizierter Personalstruktur, sowie das Vorhandensein von gewissen baulichen Voraussetzungen, damit die Strategie ihre volle Wirksamkeit entfalten kann

(Lang, 2013, S. 110ff.).

5.1.3 Ergebnis und Diskussion

Trotz der Möglichkeit der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch das Konzept der offenen Tür gilt die Öffnung der Eingangstüren einer geschlossenen Station daher in manchen psychiatrischen Kliniken noch als unrealistische Vision, die praktisch, aber nicht umsetzbar erscheint (Marschner, 2017, S. 63). Gegenstimmen der Offenen-Tür-Politik geben nämlich einige Punkte bei der Anwendung zu bedenken.

Zum Einen wird befürchtet, dass geöffnete Türen die Sicherheit der Patienten negativ beeinflussen könnten (Longinus, 1998, S. 184). So wird von einer Zunahme der Entweichungen und damit einhergehend von einem Anstieg der Selbstmordrate ausgegangen (Mayr & Waibel, 2016, S. 163). Dies folge vor allem daraus, dass zu wenig Kontrolle über die Patienten ausgeübt werden kann, indem Patienten die Station unbemerkt verlassen (Longinus, 1998, S. 184). Durch die befürchtete erhöhte Entweichungsrate soll zudem eine erhöhte Gefahr für sowohl die Patienten, als auch für Dritte außerhalb der Klinik entstehen, ausgelöst durch aggressives Verhalten der Erkrankten (ebd.). So bestehe auch die Gefahr, dass selbstgefährdende Patienten außerhalb der Klinik einen Suizid begehen (Ruff, Hemmer, Bartsch, Glasow & Reisch, 2018, S. 310).

Es bestehen zusätzlich Bedenken, dass eine offene Stationstür eine vermehrte Anwendung von Fixierungen zur Folge haben könnte, um die Patienten physisch auf der Station zu halten, falls diese entweichen wollen (Longinus, 1998, S. 184). Aus dem selben Grund wird auch eine Erhöhung der zwangsmedikamentösen Behandlung befürchtet (Waldmann, 1998, S. 179). Dies würde den Sinn und Zweck der Strategie konterkarieren.

Zudem wird kritisiert, dass das Konzept der offenen Tür nur aufgehen kann, wenn die Rahmenbedingungen des klinischen Settings stimmen (Mayr & Waibel, 2016, S. 166). So müssen, wie bereits dargestellt, weitere Betreuungsangebote, sowie die baulichen Strukturen zur Umsetzung des Konzepts gegeben sein (Lang, 2013, S. 47f.). Auch ein angemessen geschultes Personal ist notwendig (ebd., S. 73). Außerdem könnte die Aufgabe des Türdienstes zu einem Mangel an Personal an anderen Stellen führen (Longinus, 1998, S. 182).

Wie die Studien von Cibis et al., sowie von Jungfer et al. belegen, trägt die offene Stationstür signifikant zur Verringerung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei (Cibis et al., 2017, S. 145f.; Jungfer et al., 2014, S. 98). Insgesamt ist festzustellen, dass aggressive Verhaltensweisen auf Stationen mit offener Stationstür seltener auftreten als auf Stationen mit geschlos-

sener Tür (Cibis et al., 2017, S. 145f.). Hierdurch wird das Argument entkräftet, dass zur Kontrolle der Patienten in einem Offenen-Tür-Setting mehr Zwangsmaßnahmen Anwendung finden müssen.

Gleichzeitig ist zu sehen, dass eine offene Tür nicht zu einer erhöhten Entweichungsrate führt (Huber et al., 2016, S. 846). Hier ist sogar das Gegenteil festzustellen, eine offene Tür hat im Vergleich zur geschlossenen Tür sogar eine Verringerung der Entweichungsrate zur Folge (ebd.).

Das Bedürfnis der Entweichung kann nämlich auf das Bestreben nach Freiheit zurückgeführt werden (Bowers et al., 1999, S. 203f.). So hat Bowers et al. in einer Studie herausgefunden, dass sich Patienten auf geschlossenen Stationen 'eingesperrt' fühlen und auch strenge Stationsregeln die Erkrankten in ihrer Freiheit einschränken (ebd.). So wurde auch von Huber et al. bestätigt, dass bei einem restriktiveren Stationsklima Entweichungen vermehrt vorkommen (Huber et al., 2016, S. 847). Dies führt dazu, dass Erkrankte eher entweichen wollen, dies auch in die Tat umsetzen und nicht zurückkehren (ebd.).

Auch die soziale Isolation, die durch geschlossene Stationstüren hervorgerufen wird, trägt zu dem Bestreben der Entweichung aus der Klinik bei (Bowers et al., 1999, S. 203). Dieses wird unter anderem auch durch Langeweile hervorgerufen, die die Patienten auf Stationen mit geschlossener Tür erfahren können (ebd.). Ein positives Stationsklima kann dazu beitragen, dass sich die Patienten integriert fühlen und zum freiwilligen Aufenthalt in der Psychiatrie motiviert werden können (Lang et al., 2010, S. 202; Huber et al., 2016, S. 847, Lang, 2013, S. 12). Eine höhere Entweichungsrate durch geöffnete Türen ist daher grundsätzlich nicht zu erwarten (ebd.). Im Gegenteil sinkt die Zahl der Entweichungen bei einer offenen Stationstür sogar (Huber et al., 2016, S. 847).

Dass die Suizidrate im Zusammenhang mit offenen Türen steigt, kann ebenfalls nicht bestätigt werden (ebd.).

Verschlossene Türen und der Aufenthalt auf einer geschlossenen Station werden von Patienten mit Ablehnung und Gefühlen wie Wut, Verwirrtheit, Irritation und Depression, sowie Traurigkeit empfunden (Bowers et al., 2010, S. 873). Auch das Selbstwertgefühl der Patienten kann durch die geschlossenen Türen negativ beeinflusst werden (ebd.). Dies führt als aversive Stimulationen insgesamt zu einer höheren Unzufriedenheit der Patienten (Müller, Schlösser, Kapp-Steen, Schanz & Benkert, 2002, S. 102f.). Damit einhergehend kann die Freiheits-einschränkung des Betroffenen als Auslöser aggressiven Verhaltens fungieren (Papadopoulos et al., 2012, S. 436; Lang et al., 2010, S. 202). Es kann sich hierdurch sogar ein bedrohliches Stationsklima einstellen (Bowers et al., 1999, S. 202). Deeskalation beginnt aber mit der Ge-

staltung einer guten Stationsatmosphäre, in der sich Patienten wertgeschätzt fühlen (Richter, 2006, S. 127f.). Eine geschlossene Tür hat damit sogar den gegenteiligen Effekt, das Aggressionsniveau auf der Station kann gesteigert werden (Van Der Merwe, Bowers, Jones, Simpson & Haglund, 2009, S. 296).

Patientenübergriffe scheinen häufig in den ersten Tagen seit Beginn der Aufnahme zu erfolgen, am 1. Tag in 11% der Fälle, am 2.-8. Tag in 18% der Fälle (Richter & Berger, 2001, S. 696). Die gemeldeten Patientenübergriffe fanden überwiegend auf geschlossenen Stationen statt (ebd.). Im weiteren Behandlungsverlauf sind weniger Übergriffe erkennbar (ebd.). Demnach empfehlen Richter & Berger gerade die Aufnahme von Patienten mit so geringem Stress wie nur möglich zu gestalten (ebd., S. 698). Da das Aggressionsniveau auf einer geschlossenen Station erhöht ist, könnte die geöffnete Stationstür zu Beginn der Aufnahme eines Patienten einen stressmildernden Effekt aufweisen (Kumar & Robinson, 1999, S. 1499). Patienten, die in ihren Freiheitsrechten eingeschränkt wurden, waren an den Übergriffen häufiger beteiligt (Richter & Berger, 2001, S. 696). Eine offene Tür kann daher dabei helfen das Risiko von Übergriffen zu senken (Cibis et al., 2017, S. 145f.).

Durch die offenen Stationstüren ist die Station zudem leerer, da Patienten außerhalb der Station mehr unternehmen (Lang, 2013, S. 12). Gerade Ansammlungen und Konflikte vor der geschlossenen Stationstür sind keine Seltenheit (Nijman et al., 1997, S. 110). Durch eine Verteilung der Erkrankten kommt es zu weniger Ansammlungen von teilweise bedrohlichen Patienten auf kleinem Raum, wodurch eine Reduktion von Gewaltereignissen begünstigt werden kann (Lang, 2013, S. 12; Lang et al., 2010, S. 202).

Auf geschlossenen Stationen ist es häufig der Fall, dass sich das Personal im Stationszimmer konzentriert, zu dem die Patienten keinen Zugang haben (Lang, 2013, S. 23). Bei geöffneten Stationen ist jedoch eine Person des Pflegepersonals an der Tür ansprechbar und bietet die Möglichkeit mit dem Patienten in Interaktion zu treten (ebd.). Diese therapeutischen Interaktionen können Sorgen und Belastungen des Patienten mildern (ebd., S. 58f.). Außerdem kann die Türöffnung im Gegenteil zur verschlossenen Variante zu einem verbesserten Stationsklima beitragen (Blaesi, Gairing, Walter, Lang & Huber, 2015, S. 78; Schalast & Sieß, 2018, S. 246).

Ein weiteres Argument für die Öffnung der Stationstüren ist, dass die Pflegeteams bei geschlossenen Türen bei vergleichsweise wenig gerichtlich geschlossenen Untergebrachten viel Zeit mit Öffnen und Schließen der Türen verbringen müssen, z.B. bei Ausgängen und Rückkehr von Patienten, bei Besuch von Angehörigen oder anderen Besuchspersonen (Haglund et al., 2007, S. 52; Sollberger & Lang, 2014, S. 316).

Im Jahre 2017 wurde das Konzept der offenen Tür von ca. 20 Kliniken in Deutschland angewendet (Zinkler & Nyhuis, 2017, S. 64). Darüber hinaus gibt es weitere Kliniken, die einzelne geschlossene Stationen in der Institution öffnen (ebd.). So hat das Klinikum Heidenheim seit ca. 25 Jahren das Konzept der offenen Tür in Verwendung (Mayr & Waibel, 2016, S. 159). Dort sind die Stationstüren in einem Zeitraum zwischen 8:00 Uhr und 20:00 Uhr zu 98% geöffnet (ebd., S. 162). Während dieser Zeit hat sich herausgestellt, dass sich durch die offenen Tür keine negativen Folgen ergeben haben (ebd., S. 163f.).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass sich „im Rahmen eines Öffnungskonzepts sowohl die Patientenzufriedenheit, die Stationsatmosphäre, die Behandlungsqualität als auch der Betreuungsschlüssel für Akutpatienten“ erhöhen kann (Lang et al., 2016, S. 300). Die Anwendung des Konzepts auf Akutstationen wurde 2013 von der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer empfohlen, sowie auch von der DGPPN in der S3-Leitlinie (Bundesärztekammer, 2013, S. 1338; DGPPN, 2018, S. 83).

Einschränkend ist allerdings hinzuzufügen, dass das Konzept der offenen Türen alleine nicht ausreicht, um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Es müssen weitere Rahmenbedingungen hinzutreten, damit die offene Tür ihre volle Wirksamkeit entfalten kann.

Wenn allerdings die Hilfsangebote, sowie die personellen und baulichen Voraussetzungen gegeben sind, ist das Konzept der offenen Türen ein wirksames und probates Mittel, um das Stationsklima zu verbessern und so die Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu verringern (Schalast & Sieß, 2018, S. 246; Blaesi et al., 2015, S. 78).

5.2 Safewards-Modell

5.2.1 Überblick

Außerhalb Deutschlands werden ebenfalls mögliche Strategien zur Zwangsreduzierung entwickelt, wissenschaftlich erprobt und Daten hierzu erhoben (Heumann, 2020, S. 79). Besonders erwähnenswert, aufgrund der Relevanz der Ergebnisse, ist das in England entwickelte Safewards-Modell von Bowers et al., welches zur Reduktion von Konflikten und Zwang in der stationären psychiatrischen Versorgung entwickelt wurde (ebd.; Bowers, 2014, S. 499; Löhr et al., 2020, S. 51). In dieser Arbeit wird sich auf die deutsche Darstellung von Löhr et al. bezogen.

Das Safewards-Modell dient der Aufklärung der Ursachen aggressiven Verhaltens, der Entstehung von Konfliktsituationen, sowie des Zusammenhangs zwischen Konflikten und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Löhr et al., 2020, S. 36). Die Gründer des Modells, Bo-

wers et al., beschreiben eine Wechselwirkung zwischen auslösenden Faktoren, die zu einer Konfliktsituation führen, sogenannte Ursprungsfaktoren, den damit einhergehenden Zwangsmaßnahmen, den im Modell sogenannten Eindämmungsmaßnahmen (ebd.).

Unter Konflikten werden Verhaltensweisen verstanden, welche die gesundheitliche Sicherheit des Erkrankten oder Dritter gefährden, wie z.B. Suizidversuche, aggressives Verhalten gegenüber Dritten oder Entweichungen (ebd., S. 38). Unter Eindämmungsmaßnahmen sind Maßnahmen zu verstehen, welche Mitarbeitende anwenden, um konflikthafte Situationen, wie z.B. gesundheitliche Gefährdungen, zu verhindern (ebd.). Dies kann durch Maßnahmen wie Fixierungen, Isolierungen oder Bedarfsmedikation zur Beruhigung erfolgen (ebd.). Die Eindämmungsmaßnahmen entsprechen demnach Zwangsmaßnahmen.

Zur Aufklärung der Entstehung von aggressivem Verhalten in bestimmten Situationen und der Anwendung von Eindämmungsmaßnahmen werden sechs sogenannte Ursprungsfaktoren beschrieben, welche ursächlich für einen Konflikt bzw. der Anwendung von Zwang verantwortlich sein können (Löhr et al., 2020, S. 38; Bowers, 2014, S. 499). Ursächliche Faktoren können „das Stationsteam und interne Strukturen [...], die räumliche Umgebung wie z.B. verschlossene Stationstüren, krankenhausexterne Faktoren [...], der Patientengruppe und Patientencharakteristika [...], sowie den regulatorischen Rahmenbedingungen [...]“ sein (Löhr et al., 2020, S. 38). Die benannten Ursprungsfaktoren können zur Entstehung von Konflikten beitragen, welche wiederum die Anwendung einer Eindämmungsmaßnahme begünstigen können (Bowers, 2014, S. 501). Diese Wechselwirkung zwischen Konflikt und Eindämmungsmaßnahme zur Abwendung der Gefahr gilt es laut Safewards zu unterbrechen (ebd., S. 499f.). Durch diese Unterbrechung kann die Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bzw. Eindämmungsmaßnahmen reduziert werden (ebd., S. 505).

Zur Durchbrechung dieser Wechselwirkung wurden zehn Interventionen entwickelt, welche an den Ursprungsfaktoren ansetzen, um durch ihre Anwendung präventiv einen Krisenherd zu vermeiden (Löhr et al., 2020, S. 39). Durch das frühzeitige Erkennen einer eskalierenden Situation und Einsetzen der Interventionen durch die Mitarbeitenden, können so Konflikte und Zwangsmaßnahmen vermieden werden (ebd.).

Die Interventionen werden im Folgenden dargestellt.

Die erste Intervention 'Gegenseitige Erwartungen klären' fokussiert sich darauf, durch einen Dialog zwischen Mitarbeitenden und Erkrankten gewisse Verhaltensgrundsätze während des Klinikaufenthalts festzulegen, um Freiräume für beide Seiten zu schaffen und so eine professionelle Beziehungsgestaltung zu ermöglichen (ebd., S. 52). Hierzu wird im ersten Schritt un-

ter den Mitarbeitenden ein Konsens über einheitliches und verlässliches Verhalten getroffen (ebd., S. 53). Hier sollen nicht sinnvolle Regelungen erkannt und gegebenenfalls abgeschafft werden (ebd.). Es ist zu betonen, dass man es in der Erwachsenen-Psychiatrie nicht mit Kindern zu tun hat und somit pädagogische Maßnahmen vermieden werden sollten (ebd., S. 57). Im zweiten Schritt werden diese Absprachen mit den Patienten erörtert und diskutiert, bis eine Übereinstimmung zwischen Personal und Patienten gefunden wurde (ebd., S. 53). So werden transparente und klare Verhältnisse für beide Seiten geschaffen, wodurch Stress und Angstauslöser reduziert werden, was im Ergebnis die Behandlung des Patienten fördert (ebd., S. 52).

Die Intervention des 'Verständisvollen Umgangs' zielt darauf ab, die Grundprinzipien der Kommunikation zwischen Klinikpersonal und Patienten zu verbessern (ebd., S. 59). Die Mindestvoraussetzung für eine Kommunikation zwischen Patienten und Personal ist Respekt und Höflichkeit (ebd., S. 60). Auch Mitgefühl und Zuneigung gegenüber den Patienten ist eine Möglichkeit, um eine verständnisvolle Kommunikation zu gewährleisten (ebd.). Es geht darum, auf einer gleichwertigen Ebene zu kommunizieren, im diametralen Gegensatz zu einem autoritären Umgang mit den Patienten (ebd.). Gerade durch starke Kritik, feindselige, ärgerliche und frustrierte Kommunikation entsteht die Gefahr von störrischen oder aggressivem Verhalten (ebd.).

Eng verwandt mit der vorgenannten Intervention ist die 'Positive Kommunikation'. Hier geht es darum, dass die interne Kommunikation des Klinikpersonals den Fokus auf einer positiven Darstellung der Patienten legen soll (ebd., S. 69). Als geeigneter Zeitpunkt hierfür kommt die Übergabe in Betracht (ebd.). Anstelle einer Defizitorientierung soll der Schwerpunkt auf positive Entwicklungen, Eigenschaften und Verhaltensweisen gelegt werden (ebd.). Dies kann das Verständnis des Personals für die Erkrankten fördern und bewirken, dass das Personal den Erkrankten mehr Wertschätzung und Empathie entgegenbringt (ebd.).

In Krisensituationen kann durch die Intervention der 'Deeskalierenden Kommunikation' erreicht werden, dass die Situation entspannt wird und so eine Eskalation vermieden werden kann (ebd., S. 74). Die deeskalierende Kommunikation erfolgt dabei in drei Schritten: Zunächst soll die Situation abgesichert werden, das bedeutet, dass für ausreichenden Abstand gesorgt wird, ein möglichst sicherer Ort für das Gespräch gesucht wird, um so ein Bedrängnisgefühl des Patienten zu vermeiden, sowie gegebenenfalls für Hilfe und Unterstützung durch Dritte gesorgt wird (ebd.). Anschließend soll der Versuch der Klärung des Problems unternommen werden, es soll also verstanden werden, warum der Erkrankte so aufgebracht ist (ebd.). Wenn dies erfolgt ist, kann zum dritten und letzten Schritt übergegangen werden: Der

Versuch das zugrunde liegende Problem zu lösen (ebd.). Hierbei sollen die Patienten mit in den Prozess einbezogen werden, um so einen akzeptablen Kompromiss zu erreichen (ebd.). Förderlich für diesen Prozess sind drei grundlegende Eigenschaften des Personals: Selbstkontrolle, Respekt und Mitgefühl (ebd.). Durch die Kombination dieser Eigenschaften und dem Drei-Schritte-Plan, kann eine angespannte Situation deeskaliert werden und so unter anderem auch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen vermieden werden (ebd.).

Eine weitere Intervention ist die 'Unterstützende Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten'. Nicht selten erfahren Patienten während eines stationären Aufenthalts unerfreuliche Nachrichten, welche sich in ihrer Art und Ausprägung unterscheiden können (ebd., S. 79). So können den Erkrankten Nachrichten aus dem sozialen Umfeld erreichen, wie z.B. Beziehungsabbrüche, Trennungen oder Todesfälle (ebd.). Auch das häusliche Umfeld kann eine Rolle spielen und zu Belastungen führen, wenn z.B. das Mietverhältnis gekündigt wird (ebd.). Diese Belastungen können zu einer erhöhten Reizbarkeit der Betroffenen, bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen führen (ebd.). Da dies den Behandlungsverlauf negativ beeinflussen kann, wird durch eine unterstützende, respektvolle und eine Interesse signalisierende Kommunikation versucht, den Patienten auf schlechte Nachrichten vorzubereiten und zu unterstützen (ebd., S. 80f.). Die Vorbereitung der Patienten und die Unterstützungsmaßnahmen können innerhalb des Teams besprochen werden (ebd., S. 80). So ist die multiprofessionelle Teamarbeit bedeutend, da solche Probleme auch von anderen Berufsgruppen, wie dem Sozialdienst, übernommen werden können (ebd., S. 82). Hier wird außerdem die Bedeutung der professionellen Beziehungsgestaltung deutlich, denn das Überbringen und die Unterstützung einer unerfreulichen Nachricht kann leichter fallen, wenn im Vorhinein eine gute Beziehung aufgebaut wurde (ebd.).

Die Beziehung zwischen Professionellem und Erkrankten kann auch durch die Intervention des 'Gegenseitigen Kennenlernens' verbessert werden (ebd., S. 84). Ein wichtiger Faktor der psychiatrischen Arbeit ist der Beziehungsaufbau, um drohenden Konflikten vorbeugen zu können (ebd., S. 84f.). Dieser kann durch Gespräche zwischen Personal und Erkrankten hergestellt werden, indem abseits von krankheitsbedingten oder behandlungsspezifischen Inhalten auch Gespräche über Interessen oder Erfahrungen geführt werden (ebd., S. 85). Gemeinsame Interessen und Vertrauen in den Behandelnden können den Beziehungsaufbau fördern (ebd., S. 84). Hierbei ist wichtig zu betonen, dass eine Balance zwischen Nähe und Distanz gehalten werden muss, um eine professionelle Beziehungsgestaltung zu gewährleisten (ebd., S. 87).

Bei der Intervention der 'Gemeinsamen Unterstützungskonferenz' geht es um das Schaffen eines guten Stationsmilieus, in dem sich Patienten untereinander während des Aufenthalts unterstützen (ebd., S. 89). Hierfür kann ein freiwilliges Gruppengespräch mit Patienten und Personal geführt werden, um zu besprechen wie sich die Patienten untereinander unterstützen können (ebd., S. 90). Ziel ist, ein verbessertes Stationsklima und eine Reduktion von Konflikten, zu begünstigen (ebd., S. 89).

In Zeiten, in denen der Patient unruhig oder verärgert ist, und sich Signale aggressiven Verhaltens zeigen, können verschiedene 'Methoden zur Beruhigung' helfen (ebd., S. 96). Hierbei geht es um Angebote, welche den Patienten in angespannten Situationen beruhigen können, um einer drohenden Krise vorzubeugen (ebd.). Beruhigungsmethoden können u.a. aus körperlicher Betätigung, Entspannungsübungen, Musik hören oder in einem Gespräch mit einem Mitpatienten bestehen (ebd., S. 97). Das Angebot der Methoden soll die individuellen Bewältigungsmechanismen des Patienten stärken und einer Bedarfsmedikation vorgezogen werden (ebd., S. 96).

Nach einer angstauslösenden konflikthaften Situation, wie z.B. einem Selbstverletzungsversuch eines Mitpatienten, soll durch die Intervention 'Sicherheit geben' ein sicheres Umfeld wiederhergestellt werden (ebd., S. 100f.). Wenn es zu einer eskalierenden Situation kommt, ist es wichtig den Patienten Gespräche zur Nachbesprechung anzubieten (ebd., S. 102). Außerdem ist es hilfreich, wenn sich das Personal nach einem solchen Vorfall in Sichtweite zu den Patienten auf der Station aufhält (ebd., S. 100). Dies soll nicht erfolgen, um diese zu überwachen, sondern um eine niederschwellige Kontaktaufnahme zum Personal zu ermöglichen, welche als Sicherheit erlebt werden kann (ebd.).

In der letzten Intervention 'Entlassnachrichten' geht es um die Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht von entlassenen Patienten (ebd., S. 104). Hierfür kann in Form von visualisierten Botschaften aufgeschrieben werden, wodurch die Betroffenen Unterstützung erfahren haben und welche therapeutischen Angebote als nützlich empfunden wurden (ebd.). Diese Botschaften werden gut sichtbar für die Patienten aufgehängt und können die Genesung der zu Behandelnden unterstützen (ebd., S. 105).

Festzustellen ist, dass die zehn Interventionen vor allem Bezug auf kommunikative Aspekte und somit auf die Gestaltung einer guten Stationsatmosphäre und der therapeutischen Beziehung nehmen (ebd., S. 11). Die therapeutische Beziehung kann sich positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken (ebd., S. 25).

Auch durch die Implementierung der Safewards-Interventionen kann nicht jeder Konflikt vermieden werden, ebenso wie die Anwendung einer Zwangsmaßnahme (ebd., S. 100). Laut der DGPPN können aber Konfliktsituationen und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen durch eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung reduziert werden (DGPPN, 2018, S. 92). Die von den Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung kann sich wiederum auf das Stationsklima auswirken und hat je nach negativer Ausprägung einen Einfluss auf entstehende Eskalationen (Löhr et al., 2020, S. 19). Es wird davon ausgegangen, dass die therapeutische Beziehung und das Stationsklima einen Einfluss auf die Entstehung von eskalierenden Konflikten und Zwang haben (ebd., S. 29, 53; Bowers et al., 2015, S. 1412; DGPPN, 2018, S. 76). Die Interventionen leisten damit insgesamt einen großen Beitrag zur Verbesserung des Stationsklimas, sowie für die Verbesserung der Beziehung zwischen Professionellen und Erkrankten und beugt dadurch Konfliktsituationen vor (Löhr et al., 2020, S. 11).

Zur vollständigen Implementierung des Safewards-Modell ist es zwingend notwendig, dass alle zehn Interventionen umgesetzt werden (ebd., S. 51, 66).

Ein Konflikt lässt sich jedoch nicht in jeder Situation durch das Personal abwenden, da Krisenherde kurzfristig entstehen können, wie bei krankenhausexternen Faktoren durch eine plötzliche negative Nachricht oder weil auslösende Faktoren unkontrollierbar sind (ebd., S. 46f.). Die Safewards-Interventionen verhelfen demnach zu dem Ziel eine maximale Reduktion von Konflikten und Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung zu erreichen (Bowers et al., 2015, S. 1412).

5.2.2 Wirksamkeit

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Safewards-Interventionen auf die Reduktion aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen wurden diverse Studien durchgeführt.

Die Wirksamkeit der zehn Interventionen wurde in diversen Studien nachgewiesen (ebd.). Die Gründer Bowers et al. selbst führten im Jahre 2015 eine randomisierte kontrollierte Studie durch (Bowers et al., 2015, S. 1412). Ziel der Studie war die Konflikt- und Eindämmungsmaßnahmen zu reduzieren (ebd., S. 1413). Dafür nahmen insgesamt 31 Stationen aus 15 Krankenhäusern teil (ebd.). Die Safewards-Interventionen wurden auf 16 akutpsychiatrischen Stationen implementiert (ebd., S. 1415). Einbezogen wurden akutpsychiatrische Stationen für Erwachsene, unabhängig von ihrem Geschlecht (ebd., S. 1413). Die Zeiträume der Erhebung der Basisdaten, der Versuchsphase und der Datenerhebung der Ergebnisse betragen acht Wo-

chen (ebd., S. 1415). Mit Hilfe einer Checkliste konnte zum Abschluss jeder Arbeitsschicht von den Behandelnden die Häufigkeit von Konflikten wie bspw. aggressives Verhalten oder Entweichungen und Eindämmungsmaßnahmen dokumentiert werden, welche am Ende summiert wurden (ebd., S. 1414f.). Am Ende der Studie wurden zusätzlich Fragebögen ausgewertet (ebd.). Im Ergebnis ist zu erkennen, dass auf den Stationen, welche die Interventionen implementierten, eine Reduktion der Konflikte von 15% zu verzeichnen ist (ebd., S. 1416). Eine Reduktion der Eindämmungsmaßnahmen im Vergleich zur Kontrollgruppe lag bei 26,4% (ebd.). In einer weiteren Studie von Fletcher et al. wurde die Auswirkung des Safewards-Modells auf die Reduktion von Isolierungen in australischen Kliniken untersucht (Fletcher et al., 2017, S. 461). An der Prä-Post-Untersuchung nahmen 13 Stationen an einer 1-Jahres-Beobachtung teil (ebd.). Seit Beginn der Implementierung des Modells ist eine Reduktion der Anzahl von Isolierungen um 36% festgestellt worden (ebd., S. 467). Eine weitere Studie aus Dänemark konnte ebenfalls eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch die Implementierung des Safewards-Modells feststellen (Stensgaard, Andersen, Norden, Toft & Hjorthøj, 2018, S. 150). Auch in Deutschland wurde in einer Prä-Post-Untersuchung die Auswirkungen des Safewards-Modells auf das Stationsklima und auf die Arbeitszufriedenheit untersucht (Jäckel et al., 2019, S. 369). Es wurde festgestellt, dass die Einführung des Safewards-Modells positive Auswirkungen auf das Stationsklima und die Arbeitszufriedenheit des Personals haben kann (ebd.). In einer weiteren Studie aus Deutschland von Baumgardt et al. konnte eine Reduktion von Fixierungen und Isolierungen festgestellt werden (Baumgardt et al., 2019, S. 1, 5f.). Außerdem wurde hinsichtlich der Dauer einer Zwangsmaßnahme ein signifikanter Abfall verzeichnet (ebd.).

5.2.3 Ergebnis und Diskussion

Insgesamt lassen sich ausschließlich positive Ergebnisse bezüglich der Anwendung des Safewards-Modells verzeichnen. Die Anzahl und Dauer der Anwendung von Zwangsmaßnahmen konnte in den vorliegenden Studien durch die Implementierung reduziert werden. Auch Korrelationen zwischen der Reduzierung aggressiven Verhaltens und der Durchführung des Modells wurden von den Anwendenden erlebt (Fletcher, Hamilton, Kinner & Brophy, 2019, S. 1).

Zu betonen ist, dass die in Rede stehenden Studien repräsentativ sind. Die Studie von Bowers et al. ist eine RCT-Studie, einige Studien wurden zudem über einen langen Zeitraum durchgeführt. Die vorliegenden Studien weisen außerdem eine hohe Aktualität auf, sie sind alle innerhalb der letzten sechs Jahre veröffentlicht worden. Seit der ersten Veröffentlichung des Safe-

wards-Modells von Bowers et al. im Jahre 2014 folgten kurz darauf Übersetzungen des Modells und Studien zur Wirksamkeit aus verschiedenen Ländern, z.B. aus Australien, Dänemark und Deutschland (Löhr et al., 2020, S. 108). Das Safewards-Modell wurde in vielen verschiedenen Ländern und Settings psychiatrischer Einrichtungen getestet, u.a. auch in der forensischen Psychiatrie (ebs., S. 110).

Dies zeigt, dass das Modell unter verschiedenen Prämissen verlässliche Ergebnisse liefert. Dies ist unter anderem der hohen Modelltreue der Studien geschuldet, die sich eng an den Intervention des Safewards-Modells orientiert haben (Jäckel et al., 2019, S. 374). Daher ist zu betonen, dass die Wirksamkeit des Modells nur gewährleistet werden kann, wenn sich streng an die Vorgaben der zehn Interventionen gehalten wird (Löhr et al., 2020, S. 66).

Damit ist die Anwendung und Implementierung des Modells durch Teams aus zwei bis drei Personen und Unterstützung visueller Elemente (ebd., S. 51f.), empfehlenswert.

5.3 Deeskalationsschulungen und Trainingsprogramme

5.3.1 Überblick

Da das Personal in psychiatrischen Einrichtungen von aggressiven Übergriffen der Patienten betroffen ist, sind Strategien zur Gewährleistung des Schutzes des Personals erforderlich (Richter & Berger, 2001, S. 697). Laut Richter und Berger können Interaktionen zwischen Erkrankten und Klinikpersonal einen Auslöser für solche Übergriffe darstellen (ebd., S. 694). In ihrer Studie wurde herausgefunden, dass im Vorhinein einer aggressiven Handlung häufig eine konflikthafte Auseinandersetzung auftritt (ebd., 2001, S. 696). Der Konflikt spielt sich innerhalb der Studie entweder zwischen Patient und Personal, Mitpatienten oder Angehörigen ab (ebd., S. 696f.). Knapp die Hälfte der Konflikte fand zwischen Patienten und dem Personal statt (ebd., S. 696). Außerdem gingen dem aggressiven Verhalten fast bei jeder in der Studie erfassten Situation Frühwarnsignale zu aggressiven Verhaltensweisen vorweg (ebd., S. 698).

Wichtig zu betonen ist, dass im Sinne des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes Zwang unter rechtlichen Voraussetzungen ausschließlich zur Anwendung kommen darf, wenn mildere Mittel bzw. Alternativmaßnahmen einer Zwangsanwendung vorgezogen wurden, um eben diese zu verhindern (Gather, Noeker & Juckel, 2017, S. 43). Im Gesetzestext ist nicht genau ersichtlich welchen Umfang bezüglich Anzahl, Art und Dauer die mildereren Mittel aufweisen sollen bzw. müssen (Teichert et al., 2016a, S. 101; Heumann, 2020, S. 73). Demnach liegt es im Ermessen der Behandelnden, wie viele und welche Alternativen angewendet werden (Gather et al., 2017, S. 43). Eine alternative Maßnahme zu Zwang kann auch eine Interaktionen zwi-

schen Behandelnden und Erkrankten, mit dem Ziel aggressives Verhalten in Akutsituationen entgegenzuwirken, sein (Lang, 2013, S. 15).

Deeskalation versteht sich darin, im Vorfeld eines aggressiven Konflikts anhand des Erkennens der Frühwarnzeichen die Situation zu entspannen, sodass eine Eskalation und eine eventuell drohende Zwangsanwendung vermieden werden kann (Lang, 2013, S. 23). Eine gelingende Deeskalation hat demnach zur Folge, dass die Sicherheit der Behandelnden und der Erkrankten durch vermiedene Eskalationen sichergestellt wird, sowie eventuell drohende Zwangsmaßnahmen vermieden werden (Gather et al., 2017, S. 43). Je früher Frühwarnsignale aggressiver Anzeichen, welche potenziell eine Eskalation auslösen können, vom Personal erkannt werden, um so erfolgreicher kann eine Eskalation vermieden werden (Lang, 2013, S. 24). Denn je weiter die Eskalation vorgedrungen ist, desto schwieriger ist es für Professionelle die Krisensituation zu deeskalieren (DGPPN, 2010, S. 62). Signale im Sinne einer drohenden Eskalation können sich u.a. in Form von einer drohenden Gestik, geringen Körperdistanz oder Beschimpfungen von Seiten des Erkrankten gegenüber des Personals äußern (Richter & Berger, 2001, S. 696f.).

In der prospektiven Studie von Richter & Berger werden aufgrund der möglichen Folgen von aggressiven Übergriffen für die Beschäftigten als Präventionsmaßnahme für solche Patientenübergriffe Schulungen und Trainingsprogramme für Mitarbeiter als Konfliktmanagement empfohlen (ebd., S. 693, 698f.).

Die Personalschulungen bestehen standardmäßig aus einer Kombination aus Abwehr- und Deeskalationsprogrammen (DGPPN; 2018, S. 110). Inhalte der Mitarbeiterschulungen sind einerseits theoretische Grundlagen über die Ursachen aggressiver Verhaltensweisen, die Entstehung einer Eskalation im psychiatrischen Setting, sowie das Erlernen von Deeskalationsstrategien und ihre Anwendung in aggressiv behafteten Konflikten (Gather et al., 2017, S. 43; DGPPN, 2010, S. 22; DGPPN, 2018, S. 110).

Andererseits soll das Personal mit Techniken ausgestattet werden, welche sie in Konfliktsituationen benötigen, um sich selbst oder die Patienten vor gesundheitlichen Schäden zu schützen (DGPPN, 2010, S. 22). Da eine erfolgreiche Deeskalation aus verschiedenen Gründen nicht in jeder Konfliktsituation gelingt, ist das Personal dementsprechend auf Techniken angewiesen, welche den Selbst- und Fremdschutz gewährleisten und aggressive Situationen bewältigen (ebd., S. 21f.). Die Trainingsinhalte bestehen aus körperlichen Abwehrtechniken wie z.B. Befreiungsgriffen (DGPPN, 2018, S. 110). Auch mechanische und chemische Zwangsbehandlungen können aufgrund einer gescheiterten Deeskalation zur Anwendung kommen (DGPPN,

2010, S. 22). Deswegen bestehen Trainingsinhalte u.a. auch aus Sicherungs- und Festhalte-techniken. Dort wird die Durchführung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen erlernt, um dem Patienten im Falle einer unvermeidbaren Zwangsbehandlung die größtmögliche Sicherheit bezüglich der richtigen Durchführung zu bieten (ebd.). Die unter dem Sicherheitsaspekt erlernten Techniken verhelfen unvermeidbare Zwangsmaßnahmen so schonend und wenig eingreifend wie möglich zu gestalten (DGPPN, 2018, S. 22).

Grund für eine erfolglose Deeskalation kann ein zu später Zeitpunkt der Intervention sein, da nicht in jeder Situation Frühwarnzeichen in Form von aggressiven Signalen wie Drohungen erkennbar sind (DGPPN, 2010, S. 22). Außerdem ist es dem Personal je nach Ausbildung des Krankheitsbildes des Erkrankten nicht immer möglich ihn mit kommunikativen Mitteln zu erreichen (ebd.).

Neben den Abwehrtechniken erlernen Mitarbeitende in Deeskalationsschulungen aber auch aggressionsrelevantes Wissen, das frühzeitige Erkennen von aggressiven Signalen, um so mit Hilfe von Deeskalationsstrategien eine Zwangsmaßnahme vorzubeugen (Gather et al., 2017, S. 43).

Deeskalationstechniken werden in der Interaktion zwischen Behandelndem und Patient eingesetzt und bestehen aus verbalen und nonverbalen Kommunikationselementen (Lang, 2013, S. 24). Auch dies ist Inhalt der Schulungen für das Klinikpersonal (Gather et al., 2017, S. 42). Die verbalen Deeskalationstechniken beziehen sich auf eine respektvolle und Interesse signalisierende Interaktion und haben u.a. zum Ziel, die Anspannung und Sorgen des Betroffenen zu mildern (Lang, 2013, S. 24; Gather et al., 2017, S. 42). Hierbei kann die Regulierung der Lautstärke und die Tonhöhe zur Entspannung bzw. Deeskalation führen (DGPPN, 2018, S. 113). Die Kommunikation soll hierbei keine provokativen Züge aufweisen (Price, Baker, Bee & Lovell, 2015, S. 447). Laut der DGPPN gehört zu den Voraussetzungen der Deeskalation eine Haltung der Professionellen gegenüber den Patienten, welche „Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness signalisiert“ (DGPPN, 2018, S. 113).

Ebenso kann die nonverbale Kommunikation in Form von Körpersprache, Mimik und Gestik deeskalierend auf den Erkrankten wirken, wie z.B durch eine angemessene Abstandshaltung oder durch eine zugewandte Körperhaltung (ebd.; Lang, 2013, S. 24). Das Anbieten von Gesprächen mit Ärzten, anderen Berufsgruppen, sowie mit Vertrauenspersonen kann eine Situation deeskalieren (Anderl-Doliwa, Breitmaier, Elsner, Kunz-Sommer & Winkler, 2005, S. 101). Auch kann Bewegung oder das Einbinden des Patienten in eine Tätigkeit auf der Station eine beruhigende Wirkung erzielen (ebd.). Weiterhin kann der Rückzug in das Patientenzim-

mer oder in den angrenzenden Garten Milderung verschaffen (ebd.). Als Alternativen werden das Aufzeigen von Grenzen und Regeln in verbaler Form genannt (Gather, et al., 2017, S. 42).

Um einen Überblick über die Anwendung und Häufigkeit von Alternativmaßnahmen in der psychiatrischen Praxis zu gewinnen, wird im Folgenden auf zwei Studien eingegangen, welche darlegen, wie viele und welche Interventionen zur Deeskalation im Rahmen der Studie in der Praxis angewendet werden und inwieweit sie von Erkrankten und Behandelnden als wirksam oder als schädlich eingestuft werden

Die in einer Studie von Teichert et al. dargestellten Alternativmaßnahmen, welche auch Teil der Schulungen sein können, reichen von bedürfnisorientierten über kommunikative, bis hin zu praktischen Angeboten (Teichert et al., 2016a, S. 103; Gather et al., 2017, S. 42). In der Studie wurden die Strategien eingeteilt in informative (Interesse signalisieren, Beruhigung, Vorgehen und Regeln erläutern), direktive (Sedierung anbieten, Bewegung anbieten, Selbstberuhigung, Auszeit anbieten, Gespräche anbieten), patientenorientierte (Überzeugungsversuch, Toleranz für Patientenautonomie, Essen/Trinken/Rauchen, Bedürfnisse erfüllen, empathisches Einfühlen), kreative (Entspannung oder Tätigkeit anbieten), und weitere (Gefühle zurückmelden, Kollegen einschalten) Strategien eingeteilt (Teichert et al., 2016a, S. 103).

Diese Alternativen beziehen sich auf Maßnahmen, welche in Akutsituationen zur Anwendung kommen, und unmittelbar vor einer Zwangsmaßnahme eingesetzt werden können, um diese zu vermeiden (Teichert et al., 2016b, S. 119).

Aus Sicht der Patienten werden vor allem bedürfnisorientierte Alternativen, wozu auch geöffnete Türen hinzuzählen, als sinnvoll und hilfreich erlebt (Heumann, Bock & Lincoln, 2017, S. 88). Diese Alternativen werden zugleich als am wenigsten schädlich eingestuft (ebd.). Dies spiegelt sich ebenso in der Einschätzung der Behandelnden aus der Umfrage von Teichert et al. wieder (Teichert et al., 2016a, S. 104).

Dagegen werden Überzeugungsversuche in eine medikamentöse Behandlung einzuwilligen von Seiten der Patienten im Vergleich zu den anderen Alternativen signifikant als am schädlichsten eingestuft (Heumann et al., 2017, S. 89). Hierunter fällt auch das Anbieten einer Sedierung, welche auf eine Medikamenteneinnahme hinausläuft (ebd.). In der Datenauswertung der Umfrage wurde jedoch festgestellt, dass gerade die Alternativen, welche laut der Patienten als am wenigsten hilfreich erlebt werden, in der Praxis am häufigsten zur Anwendung kommen (ebd., S. 90). Dies ergibt ebenfalls die Umfrage der Ärzteschaft von Teichert et al., welche ebenfalls bestätigt, dass Maßnahmen wie Überzeugungsversuche und das Anbieten einer

Sedierung häufig zur Anwendung kommen (Teichert et al., 2016a, S. 103).

Außerdem schlussfolgern Heumann et al., dass sich die Nützlichkeit der einzelnen Alternativen auf subjektive Bewertungen der Patienten stützt und sich daraus vermuten lässt, dass nicht dieselben Maßnahmen von allen Patienten als gleichermaßen hilfreich eingeschätzt werden (Heumann et al., 2017, S. 91). So wird empfohlen ein breites Spektrum an Alternativen anzubieten (ebd.). Umso wichtiger ist es, dass das Personal durch entsprechende Schulungen dafür sensibilisiert wird, welche Alternative sie bei verschiedenen Patienten anwenden sollten (Teichert et al., 2016a, S. 105).

5.3.2 Wirksamkeit

Im Folgenden werden Studien ausgewertet, die die Wirksamkeit von Mitarbeiterschulungen im Hinblick auf die Vermeidung von Eskalationen und somit auch Zwangsmaßnahmen untersuchen. Die Studien sind hierbei hinsichtlich der Personalschulungen zu unterscheiden. Es gibt Studien, welche sich auf die Effekte von Trainingsprogrammen zur Deeskalation stützen, Studien, welche die Effekte von Trainingsprogrammen zu Abwehrtechniken untersuchen und Studien, welche die Effekte aus einer Kombination aus beiden Programmen untersuchen.

Richter & Needham erstellten eine systematische Literaturübersicht zur Wirksamkeit der Trainingsprogramme für Mitarbeitende in Bezug zum Aggressionsmanagement in psychiatrischen Einrichtungen (Richter & Needham, 2007, S. 7). Im Ergebnis stellen die Autoren dar, dass die Wirksamkeit von Trainingsprogrammen auf die Reduktion aggressiver Vorfälle nicht eindeutig festgestellt ist (ebd., S. 7, 12). Jedoch fanden Smoot und Gonzales in einer Studie heraus, dass sich durch die Trainingsprogramme zur Deeskalation für das Klinikpersonal die Anzahl an Zwangsmaßnahmen um 30 % verringerte (Smoot & Gonzales, 1995, S. 821). Auch die Anzahl der Angriffe auf das Klinikpersonal sank um 20 % (ebd.). Auch Whittington und Wykes fanden in einer Studie heraus, dass durch Trainingsprogramme für Klinikpersonal die Anzahl an aggressiven Übergriffen auf das Personal um 31% abnahm (Whittington & Wykes, 1996b, S. 257, 260). Forster et al. haben in einer Studie, in der Klinikpersonal vor allem über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen aufgeklärt, sowie Abwehrtechniken beigebracht wurden, herausgefunden, dass alleine durch diese Trainingsprogramme die Gesamtanzahl von Fixierungen pro Jahr um 13,8 % reduziert wurde (Forster, Cavness & Phelps, 1999, S. 271). Auch die durchschnittliche Dauer der Anwendung der Fixierung wurde um 54,6 % reduziert (ebd.). Auch die Zahl der Verletzungen des Klinikpersonals sank um 18,8 % (ebd.). Needham et al. untersuchten in einer Studie die Wirksamkeit von Kombinationsprogrammen auf die Reduzie-

rung der notwendigen Zwangsmaßnahmen, sowie auf die Vermeidung von aggressiven Vorfällen (Needham et al., 2004, S. 597). Er arbeitete heraus, dass die Schulung des Klinikpersonals mit Abwehrtechniken, sowie Deeskalationsstrategien zu einer Verminderung der Anzahl der Anwendungen von Zwangsmaßnahmen, sowie zu einer Verminderung der Anzahl von aggressiven Übergriffen führt (ebd., S. 600).

Auf der anderen Seite sind Studien zu sehen, die keine nennenswerten Veränderungen zum Rückgang aggressiver Ereignisse durch Kombinationsprogramme feststellen konnten.

So konnten Carmel & Hunter keine signifikanten Veränderungen bezüglich einer geringeren Anzahl aggressiver Vorfälle feststellen (Carmel & Hunter, 1990, S. 559). Bowers et al. bestätigten diese Ergebnisse in ihrer Studie, auch sie konnten keine signifikanten Veränderungen bezüglich des Zusammenhangs der Mitarbeiterschulungen und dem Rückgang aggressiver Übergriffe feststellen (Bowers, et al., 2006, S. 1022, 1024). Jedoch betonen sie, dass, auch wenn eine Reduktion aggressiver Vorfälle nicht erreicht werden konnte, die Schulungen einen wichtigen Beitrag zur richtigen Anwendung von mechanischen Zwangsmaßnahmen leisten (ebd., S. 1026).

Obwohl kein signifikanter Rückgang aggressiver Vorfälle durch Trainingsprogramme festgestellt werden kann, wird eine positive Auswirkung bezüglich des aggressionsrelevanten Wissens der Mitarbeitenden und eine erhöhte Zuversicht aggressionsbehaftete Situationen besser bewältigen zu können, verzeichnet (Richter & Needham, 2007, S. 12).

Trotz der widersprüchlichen Studienergebnisse bezüglich der Wirksamkeit zu Deeskalations-schulungen und Training zu Abwehrtechniken wird die Implementierung empfohlen (DGPPN, 2018, S. 119). Auch wenn der Rückgang aggressiven Verhaltens und Zwangsmaßnahmen nicht einheitlich gesichert ist, lassen sich positive Effekte bezüglich des Wissens der Mitarbeiter über Deeskalationsstrategien und Faktoren zur Entstehung aggressiven Verhaltens, sowie ein verbessertes Selbstvertrauen feststellen (Price et al., 2015, S. 447, 453). Das geschulte Personal weist außerdem eine zuversichtlichere Haltung auf, aggressive Situationen entschärfen zu können (Richter & Needham, 2007, S. 12). Wichtig ist das Erkennen von aggressiven Signalen, um einem Patientenübergriff oder einer Zwangsmaßnahme vorzubeugen (ebd.). Wenn eine solche Situation von den Mitarbeitenden erkannt und die neu erlernte Ressource angewendet wird, können Deeskalationsstrategien eingesetzt werden, um physische und psychische Folgen für die Behandelnden sowie die Patienten zu vermeiden (ebd.). Von einer Verbesserung der Fähigkeit der Mitarbeitenden, aggressives Verhalten in Konfliktsituationen zu deeskalieren, ist auszugehen, hierzu liegen jedoch keine eindeutigen Studien vor (Price et al.,

2015, S. 454). Außerdem wurde in einer Patientenbefragung von der Hälfte der Befragten angegeben, dass Weiterbildungsprogramme zu Deeskalationsstrategien für die Mitarbeitenden als sinnvoll erachtet werden (Mielau et al., 2017, S. 319).

Aufgrund der Ergebnisse der Umfrage von Richter und Berger, dass jüngeres und ungeschultes Personal oder Auszubildende häufiger von Patientenübergriffen betroffen sind als erfahrene Mitarbeiter, sollten gerade Schulungen und Trainingsmaßnahmen für diese Gruppe sichergestellt werden, sodass sie im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und dessen Risiken aufgeklärt werden (Richter & Berger, 2001, S. 698).

Einzelne Trainingsinhalte, welche eventuell weniger häufig zur Anwendung kommen, können nach längeren Zeiträumen in Vergessenheit geraten (Richter & Needham, 2007, S. 12). Von der LWL-Leitlinie wird deswegen eine jährliche Wiederholung der Schulung empfohlen (Gather et al., 2017, S. 44). Ebenso muss beachtet werden, dass neuen Mitarbeitenden eine Schulung des Basisprogramms angeboten wird (Richter & Needham, 2007, S. 12).

5.3.3 Ergebnis und Diskussion

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es keine einheitlichen Ergebnisse hinsichtlich der Untersuchungen der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen in Hinblick auf die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen sowie aggressiver Vorfälle gibt.

Zuerst ist zu bemerken, dass kaum Studien auf die Auswirkungen von Personalschulungen, gerade auf Zwangsmaßnahmen, Bezug nehmen. Einerseits gibt es einige Studien, die durchaus signifikant positive Tendenzen auf aggressives Verhalten feststellen konnten (Smoot und Gonzales, 1995; Whittington & Wykes, 1996b; Forster et al., 1999; Needham et al., 2004). Hierbei ist allerdings zu beachten, dass der Großteil dieser Studien in den 90er Jahren durchgeführt wurde. Es ist fraglich, inwiefern die Ergebnisse der Studien heute noch die Realität abbilden. Die Anwendung von Trainingsprogrammen in der Psychiatrie wird von der DGPPN empfohlen (DGPPN, 2018, S. 119), daher ist es angeraten die Wirksamkeit der Trainingsprogramme als Einzelprogramme und Kombinationsprogrammen nochmals zu überprüfen. Weil die Studien inhaltlich vor allem Bezug auf die Reduktion von aggressivem Verhalten und Patientenübergriffen nehmen, ist eine Untersuchung der Wirksamkeit gerade auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen wünschenswert (Richter & Needham, 2007, S. 13). Da die Ergebnisse der Studien auch positive Effekte erzielten, kann aber laut Richter und Needham vermutet werden, dass erneut durchgeführte Studien positive Auswirkungen auf die Reduktion von Übergriffen und Zwangsmaßnahmen ergeben werden (ebd., S. 12).

Zudem weisen die Studien andere Limitierungen auf, welche die Verallgemeinerung bezweifeln lassen. So hat die Studie von Smoot und Gonzales nur quasi-experimentellen Charakter, das Trainingsprogramm in der Studie von Whittington und Wykes war nur sehr kurz angesetzt, die Schulung dauerte nur sieben Stunden (Smoot & Gonzales, 1995, S. 822; Whittington & Wykes, 1996b, S. 257). Inwiefern durch eine so kurze einmalige Schulung eine Verbesserung erreicht werden kann, ist fraglich. Hier sollten neue Daten mit einer regelmäßigen Schulung und Auffrischungsprogrammen erhoben werden.

Zudem gibt es auch Studienergebnisse, die keine signifikanten Effekte durch Trainingseinheiten feststellen konnten und auch auf einen längerfristigen Zeitraum ausgelegt waren (Carmel & Hunter, 1990; Bowers et al., 2006).

Schließlich ist die Schulung kein Garant für das Eintreten der Entspannung von Krisensituationen (Löhr et al., 2020, S. 76).

Auch wenn Personalschulungen noch nicht weitgehend in ihrer Wirksamkeit die Häufigkeit von Zwang zu reduzieren erforscht sind, werden sie trotzdem von mehreren Leitlinien empfohlen (Steinert & Schmid, 2014, S. 627). Von der LWL-Leitlinie wird empfohlen, dass jegliches Personal der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Berufsgruppen an den Deeskalationsschulungen teilnehmen sollte (Gather et al., 2017, S. 43). Dies könnte daran liegen, dass durch die Schulungen das aggressionsrelevante Wissen des Personals ausgebaut wird (Richter & Needham, 2007, S. 12). Daher kann, auch wenn die vorliegenden Studien zur Zwangsreduktion nicht aussagekräftig sind, davon ausgegangen werden, dass durch die Schulungen erlangte Wissen einen wichtigen Beitrag zum Verständnis aggressiver Ursachen und deren Auslöser, sowie zum Umgang mit Patienten mit aggressivem Verhalten leisten (ebd.).

Auch Richter & Berger empfehlen Präventionsmaßnahmen für Mitarbeiter hinsichtlich der Reduzierung von Patientenübergriffen, da sich diese positiv auf die Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit auswirken können (Richter & Berger, 2001, S. 699). Außerdem geht mit einem gesundheitlichen Wohlergehen der Mitarbeiter eine erhöhte Zufriedenheit einher, welche sich wiederum positiv auf das Stationsklima und auf den Behandlungsverlauf der Patienten auswirken kann (ebd.).

Zudem wird von Teichert et al. empfohlen die Wirksamkeit der Deeskalationsinhalte, also der Alternativen zu Zwang, zu untersuchen, um in einer Akutsituation die effektivsten milderen Mittel einzusetzen (Teichert et al., 2016a, S. 105). Auch Heumann et al. empfiehlt die Überprüfung zur Wirksamkeit des Einsatzes von Alternativmaßnahmen, da ein positiver Effekt auf

die Reduktion von Zwangsmaßnahmen vermutet wird, indem die Interventionen einer aversiven Stimulation entgegenwirken (Heumann et al., 2017, S. 91). Von Patienten, welche Erfahrungen mit Zwangsanwendungen haben, schätzen diese Maßnahmen jedoch als hilfreich ein (ebd.).

In einer Umfrage in Kliniken Deutschlands von Steinert und Schmid wurde außerdem herausgefunden, dass 86 von 88 der befragten psychiatrischen Einrichtungen ihr Personal in Form von Deeskalationstechniken bereits schult (Steinert & Schmid, 2014, S. 627). Die Hälfte der Kliniken gaben an 50% ihrer Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich jährlich zu schulen (ebd.). In 68% der deutschen Stationen wird ein Training bezüglich der Thematik Umgang mit aggressivem Verhalten durchgeführt (Lepping et al., 2009, S. 633). In einer Umfrage von Teichert et al. gaben 71,4% von 343 teilnehmenden Ärzten an, dass an ihren Beschäftigungsorten Deeskalationsschulungen durchgeführt werden (Teichert et al., 2016a, S. 103).

Während dies insgesamt sicherlich wünschenswert ist, könnte die positive Wirkung der Mitarbeiterschulungen durch die zusätzliche Anwendung weiterer Strategien zur Vermeidung und Reduktion der Anwendung von Zwangsmaßnahmen verstärkt werden. Es ist also festzuhalten, dass Mitarbeiterschulungen für sich genommen nur eine begrenzte positive Wirkung entfalten, sie jedoch als Unterstützungsmaßnahmen hilfreich sind, da viele andere Strategien auf ein gut geschultes Personal angewiesen sind.

5.4 Intensivbetreuung

5.4.1 Überblick

Die 'Intensive Betreuungsmaßnahme' ist eine therapeutische Intervention, welche in akuten Krisensituation in der stationären Versorgung eingesetzt werden kann (Nienaber, Schulz, Hemdenkreis, Löhr, 2013, S. 18). Sie hat das Ziel Erkrankte, welche sich in einer Krise befinden, ressourcenorientiert Hilfestellung zu bieten, Angespanntheit und Überforderung zu lindern, sowie Hoffnung und Motivation zu fördern (ebd., S. 18f.). Sie ist eine interaktive Maßnahme, welche darauf beruht eine professionelle Beziehung zwischen Patient und Behandelndem aufzubauen (ebd., S. 18).

Intensive Betreuungsmaßnahmen werden in der einschlägigen Literatur divers interpretiert. Laut Nienaber et al. ist kein einheitliches Konzept zur Vorgehensweise der Intervention vorzufinden (ebd., S. 14; Zehnder, Rabenschlag & Panfil, 2015, S. 70), jedoch existiert eine Praxis-

empfehlung zu Intensivbetreuungen über den Umfang und die Umsetzung in der Praxis (Hemdenkreis, Löhr, Schulz & Nienaber, 2013). Im deutschsprachigen Raum existiert daher auch keine einheitliche Bezeichnung dieser Maßnahme (Nienaber et al., 2013, S. 14). Am gebräuchlichsten sind die Begriffe 'Intensivbetreuung' und 'Eins-zu-Eins-Betreuung' (DGPPN, 2018, S. 91). Der auch teilweise verwendete Begriff der 'Sitzwache' grenzt sich zu den vorherig genannten Begrifflichkeiten dahingehend ab, dass in der Bezeichnung nicht das Wort 'Betreuung' implementiert ist (Dewing, 2012, S. 19). Da die Maßnahme eine therapeutische Intervention darstellt, welche dem Patienten Wertschätzung und Hoffnung vermitteln, sowie eine professionelle Beziehung herstellen soll (Nienaber et al., 2013, S. 14), kann der Begriff der Sitzwache missverständlich wahrgenommen werden (DGPPN, 2018, S. 91). Die Maßnahme stellt nicht, wie es sich bei dem Begriff der 'Sitzwache' vermuten lässt, eine passive beobachtende Handlung dar, sondern eine aktive Interaktion zwischen Patient und Behandelndem (Dewing, 2012, S. 19).

Diese Sicherung wird in Form einer Kontrolle durchgeführt, durch die das Verhalten des Patienten beobachtet wird, damit eine Gefahr frühzeitig erkannt wird und schnellstmöglich interveniert werden kann (Zehnder et al., 2015, S. 71, 73; Gather et al. 2017, S. 44). Das Ziel dieser Maßnahme ist die Herstellung von Sicherheit für den Patienten in einer akuten Krise, sowie auch für Dritte und die Institution (DGPPN, 2018, S. 93). Die Intervention soll zu einem Beziehungsaufbau zwischen dem Patienten und den Professionellen führen, welcher durch die Vermittlung von Empathie, sowie einer positiven Gesprächsführung therapeutisch beeinflusst wird (Gather et al. 2017, S. 44; Zehnder et al., 2015, S. 71). So bewegt sich diese Intervention in einem „Spannungsfeld von Kontrolle und Therapie“ (Zehnder et al., 2015, S. 71). Einerseits soll durch die Durchführung der Intervention eine Gefahrensituation abgewendet werden, welche den Patienten und Dritte schützen soll (Gather et al. 2017, S. 44). Andererseits soll sie therapeutisch und patientenorientiert intervenieren und sich an den Bedürfnissen des Betroffenen ausrichten (Zehnder et al., 2015, S. 71, 73). Gerade eine natürliche Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion hat sich am wirksamsten und am wenigsten eingreifend erwiesen (ebd., S. 71).

Die Betreuungsmaßnahme wird von therapeutischem oder pflegerischen Personal durchgeführt und stellt eine unmittelbare Begleitung des Patienten in einer akuten Gefahrensituation wie einer akuten Suizidalität dar (DGPPN, 2018, S. 90f.). Je nach Schweregrad der drohenden Gefahr kann die Betreuung entweder in regelmäßigen Zeitintervallen erfolgen oder am Stück durchgeführt werden (DGPPN, 2010, S. 30).

Die Intensivbetreuung kann in verschiedenen Situationen zur Anwendung kommen: So z.B. während der Durchführung einer Zwangsmaßnahme wie der Fixierung, als Alternative zur Anwendung einer Zwangsmaßnahme im Sinne einer deeskalierenden Strategie oder aber auch zur intensiven Betreuung von Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen (Gather et al., 2017, S. 46). Außerdem kann eine Eins-zu-Eins-Betreuung durchgeführt werden wenn der Patient einer vom Arzt angeordneten Ausgangsbeschränkung unterliegt (DGPPN, 2010, S. 74). Hier darf der Patient Ausgängen außerhalb der Station ausschließlich mit einer Begleitung nachgehen (DGPPN, 2018, S. 207).

Zu betonen ist, dass die Intervention auch als eine freiheitseinschränkende Maßnahme gelten kann, wenn die Maßnahme gegen den Willen und ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt wird (DGPPN, 2010, S. 74; Nienaber et al., 2013, S. 14). So kann sie als Eingriff in die Autonomie und Intimsphäre erlebt werden und so aversive Stimuli bei den Patienten bewirken (Gather et al., 2017, S. 47). Eine Intensivbetreuung gegen den Willen des Betroffenen kann daher aufgrund einer negativen Gefühlslage aggressives Verhalten begünstigen, anstatt diesem vorzubeugen (ebd.). Wenn die Intensivbetreuung gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird, darf sie als Eingriff in die Grundrechte des Patienten ausschließlich unter den entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen durchgeführt werden (Nienaber et al., 2013, S. 14; DGPPN, 2010, S. 30; Gather et al., 2017, S. 45).

Eine Eins-zu-Eins-Betreuung ist an bestimmte besondere Sicherungsmaßnahmen, wie die Fixierung, gebunden und rechtlich vorgeschrieben. So entschied auch das Bundesverfassungsgericht, dass Intensivbetreuungen jedenfalls bei 5- bzw. 7-Punkt-Fixierungen in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung grundsätzlich angewendet werden müssen (BVerfGE, Ur. v. 24.07.2018 - 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, Rn. 83, 92). Da die langanhaltende Immobilisation des Patienten zu gesundheitlichen Folgen führen kann, wird auch von der DGPPN für die Anwendung von Fixierungen eine unmittelbare und kontinuierliche Eins-zu-Eins-Betreuung empfohlen (ebd., Rn. 31f.). Da die Intensivbetreuung eine rechtliche Voraussetzung für diese besonderen Sicherungsmaßnahmen darstellt, werden diese bereits weitgehend in der psychiatrischen Versorgung angewendet (Steinert & Schmid, 2014, S. 627).

5.4.2 Wirksamkeit

Es existieren keine kontrollierten Studien zur Wirksamkeit der Intensivbetreuung (Muralidharan & Fenton, 2006, S. 8f.).

Laut einer Umfrage wurde nur bei 12% der Beteiligten überhaupt eine Intensivbetreuung

durchgeführt (Heumann et al., 2017, S. 89). 50% dieser Betroffenen gaben an, dass die Einzu-Eins-Betreuung im Vorfeld einer Zwangsmaßnahme als hilfreich erlebt wurde (ebd., S.88). Weniger als ein Viertel der befragten Patienten beschrieb die Intervention als nicht hilfreich. Ein geringer Teil beschrieb die Intervention als schädlich (ebd.). Dies unterstreicht die Aussage, dass Intensivbetreuungen einerseits als hilfreiche therapeutische Maßnahme erlebt werden, andererseits jedoch im Sinne einer Zwangsanwendung als einschränkend und schädlich empfunden werden.

Interventionen, die sich auf patienten- und bedürfnisorientierte Faktoren konzentrieren, haben sich in Untersuchungen als hilfreich gezeigt (Heumann et al., 2017, S. 88). Diese beiden Grundkonzepte der Intensivbetreuung als Strategie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wurden daraufhin untersucht, ob sie geeignet sind aversiven Stimuli vorzubeugen und so zur Beruhigung der Patienten beitragen. So wurde in der Untersuchung von Heumann et al. ersichtlich, dass Maßnahmen, welche die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigen und kommunikative Aspekte wie Zuhören, Interesse signalisieren und auf das Erleben und die Ängste des Betroffenen einzugehen, von Patienten in einer Akutsituation als hilfreich wahrgenommen werden (Heumann et al., 2017, S. 88). Eine weitere Befragung von Patienten ergab ebenfalls, dass kommunikative und interaktive Faktoren von Patienten als hilfreiche Alternative empfunden werden, um eine Zwangsmaßnahme zu vermeiden (Armgart et al., 2013, S. 280). Eine weitere Patientenbefragung zu Möglichkeiten der Vermeidung von Zwangsanwendungen in der psychiatrischen Behandlung ergab, dass Zwangsmaßnahmen durch Gesprächskontakte, Beziehungsaufbau und ausreichenden Rückzugsmöglichkeiten reduziert werden könnten (Mielau et al., 2017, S. 320). Dies bestätigt ebenfalls eine Befragung der Ärzteschaft, welche das empathische Eingehen auf das Erleben und die Ängste, sowie das Erfüllen von Bedürfnissen des Patienten als wirksam eingeschätzt wird, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (Teichert et al., 2016a, S. 103ff.).

Belegt ist zudem, dass eine therapeutische Beziehungsgestaltung zwischen Professionellen und Patienten eine günstige Wirkung auf die Reduktion von aggressivem Verhalten und Zwangsanwendungen aufweist (Fingold-Connett, 2009, S. 535). Demnach kann die Betreuungsmaßnahme als Element der Beziehungsgestaltung angesehen werden, welche den Patienten Unterstützung zur Bewältigung von Krisensituationen bieten kann. Durch diese verbesserte Beziehung zwischen Behandelndem und Patienten können auch in zukünftigen Konfliktsituationen unter Umständen Eskalationen vermieden werden und so die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden (DGPPN, 2010, S. 29).

In einer weiteren Untersuchung wurden Patienten nach Möglichkeiten gefragt, um Zwangsmaßnahmen zu reduzieren (Mielau et al., 2017, S. 319). Die am häufigsten genannte Möglichkeit besteht laut den Antworten der Befragten in einer engmaschigen persönlichen Betreuung mit hochfrequenten Gesprächskontakten und ausreichender Personalbesetzung (ebd.).

Durch die geringe Studienlage zur Wirksamkeit der Intervention wird von Hemdenkreis et al. ein dringender Bedarf weiterführender Forschung empfohlen (Hemdenkreis et al., 2013, S. 7). Da die Intervention gerade bei Zwangsbehandlungen wie Fixierungen eine rechtliche Voraussetzung darstellt und in der Praxis angewendet wird, ist die Überprüfung der Wirksamkeit dringend angeraten. Hierzu sind feste Konzepte für die Intensivbetreuung festzulegen, die sich auf einen interaktiven und kommunikativen Umgang mit den Patienten fokussieren (Hemdenkreis et al., 2013, S. 7). So könnten Studien die Wirksamkeit der Intensivbetreuung auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen zielgerichtet untersuchen und so genauere Ergebnisse ermittelt werden.

5.4.3 Ergebnis und Diskussion

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass keine gesicherten Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Intensivbetreuung im Bezug auf die Möglichkeit der Reduktion von Zwangsmaßnahmen getroffen werden kann. Es existiert kein festes Strategiekonzept, das Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen sein könnte (Nienaber, 2013, S. 14; Zehnder et al., 2015, S. 7). Lediglich die Grundidee der Intensivbetreuung, eine intensive Interaktion zwischen Behandelndem und Patienten, kann als hilfreich eingestuft werden (Fingeld-Connett, 2009, S. 535; Mielau et al., 2017, S. 319; Teichert et al., 2016a, S. 103ff.; Heumann et al., 2017, S. 88).

Da zugleich aber die Maßnahme durch die Patienten auch als Belastung wahrgenommen werden kann, kann die Maßnahme auch den Effekt haben, dass aversive Anreize bei dem Patienten hervorgerufen werden und so ein aggressives Verhalten entstehen kann (DGPPN, 2010, S. 30). Da dies nicht von jedem Patienten so wahrgenommen wird, ist es wichtig, bereits vor der Anwendung der Intensivbetreuung ein gutes Verhältnis zu dem betroffenen Patienten zu haben, um einschätzen zu können, ob dieser den intensiven Kontakt mit dem Betreuungspersonal in der konkreten Situation als hilfreich empfinden wird (ebd., S. 29). Falls der Kontakt als schädlich empfunden wird, kann die Beziehung zwischen Personal und Patient nachhaltigen Schaden nehmen (Zehnder et al., 2015, S. 73). Auf der anderen Seite kann die Beziehung aber auch gestärkt werden, wenn die angebotene Hilfe angenommen wird (ebd.).

Demnach kann keine eindeutige Einschätzung über den Nutzen oder Schaden der Durchfüh-

rung ausgesprochen werden. Um Zwangsmaßnahmen also effektiv zu verhindern, ist diese Strategie nicht uneingeschränkt empfehlenswert. Vielmehr muss bereits zuvor ein Umgang des Personals mit den Patienten nach bestimmten Grundprinzipien erfolgen, wie sie bereits im Safewards-Modell besprochen wurden.

5.5 Bauliche Maßnahmen und Modernisierungen

5.5.1 Überblick

Viele Strategien zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sind auch darauf angewiesen, dass gewisse Rahmenbedingungen gegeben sind. Hier spielt das Vorhandensein von gewissen baulichen Gegebenheiten eine große Rolle.

So sieht das Konzept der geöffneten Stationstür die Implementierung weitreichender Therapieangebote vor (Mayr & Waibel, 2016, S. 161f.). Dies ist jedoch nur möglich, wenn die nötigen Räumlichkeiten und spezifischen Ausstattungen zur Verfügung stehen. Auch Deeskalationsstrategien, welche zunächst anstelle von Zwang eingesetzt werden sollen, beziehen sich laut der LWL-Leitlinie auch auf das „Anbieten eines Rückzugs in eine reizärmere Umgebung“ (Gather et al., 2017, S. 42).

In einer Untersuchung von Heumann et al. wurden Patienten befragt, welche Gründe sie für das Scheitern von Alternativmaßnahmen verantwortlich machen (Heumann et al., 2017). Als meist genannter Faktor wurde die unruhige Atmosphäre auf der Station benannt, gefolgt von zu engen Räumlichkeiten (ebd., S. 89). Auch die Bundesärztekammer kritisiert, dass Rückzugsmöglichkeiten für Patienten fehlen (Bundesärztekammer, 2013, S. 1335).

Es wird davon ausgegangen, dass eine Veränderung der räumlichen Umgebung einen positiven Effekt zur Verbesserung des Stationsklimas leistet (Richter & Hoffmann, 2014, S. 133). Möglichkeiten hierfür können ausreichende Rückzugsmöglichkeiten und die Gewährleistung der Privatsphäre der Erkrankten sein, welches das Potential haben kann negative Gefühle einzudämmen und das Wohlbefinden der Patienten zu steigern (Rohe et al., 2017, S. 73). Durch diese verbesserte Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit können konflikthafte Auseinandersetzungen oder aggressive Übergriffe minimiert werden, was sich wiederum positiv auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auswirken kann (ebd.).

Größere, wohnlich und freundlich gestaltete Räumlichkeiten können die Befindlichkeit der Erkrankten in positiver Weise beeinflussen (ebd.). Bei einer Konzentration akut Erkrankter auf einem engen Raum kann es zu einer höheren Anspannung und Stress kommen (Kumar &

Robinson, 1999, S. 1499). Deswegen sind Rückzugsorte in einer reizärmeren und ruhigeren Umgebung essentiell (Rohe et al., 2017, S. 73).

So kann ein Stationssetting einer Akutstation mit geschlossenen Türen dazu führen, dass sich akut Erkrankte auf engem Raum konzentrieren (Nijman et al, 1997, 110). Nicht selten vermittelt, wie bereits dargestellt, eine geschlossene Stationstür und enge Räumlichkeiten Gefühle des 'Eingeengtseins', Autonomieverlust, sowie Wut und Ärger (Bowers et al., 1999, S. 201). Dies kann zu konflikthaften Interaktionen zwischen Patienten, aber auch zwischen Patienten und Personal führen (Richter & Berger, 2001, S. 697).

Demnach ist die Anpassung der räumlichen Rahmenbedingungen angezeigt, um Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen in die psychiatrische Praxis implementieren zu können.

Durch eine Verbesserung der räumlichen Gegebenheiten können Auseinandersetzungen reduziert werden, da sich Erkrankte auf der Station zurückziehen und verteilen können (Kumar & Robinson, 1999, S. 1499). Durch mehrere Rückzugsmöglichkeiten auf der Station, wie das eigene Patientenzimmer oder ein Aufenthaltsraum, kann eine Verteilung der Patienten erreicht und Ausweichmöglichkeiten für die Erkrankten geschaffen werden (Rohe et al., 2017, S. 73f.). Auch Außenanlagen, wie der Garten der Klinik, können sowohl zu einer weiteren Verteilung der Patienten beitragen, als auch das Stationsklima verbessern (ebd., S. 70).

Wenn Patienten die Möglichkeit haben sich in großen Räumlichkeiten auf der Station oder im psychiatrischen Gebäude selbstständig bewegen zu können, kann dies ebenfalls zur Förderung der Autonomie beitragen (ebd., S. 74). Der Erkrankte hat somit die Möglichkeit selbstbestimmt an therapeutischen Angeboten teilzunehmen, Kontakt zu anderen Mitpatienten zu suchen oder sich zurückzuziehen (ebd.).

Auch das Wohlbefinden des Personals kann sich durch räumliche Umstrukturierungen verbessern (ebd., S. 73). Als Folge hiervon kann die Arbeitszufriedenheit steigen, was zu verbesserten Behandlungsbedingungen führen kann (ebd., S. 73f.). So kann durch eine verbesserte Ausstattung die Organisation therapeutischer Angebote ermöglicht werden (ebd., S. 73). Außerdem kann durch eine offene und verglaste Raumgestaltung von Fluren und Aufenthaltsräumen dazu führen, dass das Personal einen besseren Überblick über die Patienten hat (Rohe et al., 2017, S. 73f.). Dies soll nicht im Sinne einer Kontrollfunktion, sondern vielmehr im Sinne einer Sicherheitsfunktion genutzt werden (ebd., S. 74). Denn um Konflikten entgegenzuwirken, ist ein schnelles und frühzeitiges Eingreifen mittels Deeskalationsstrategien vonnöten, wel-

ches eine drohende Zwangsmaßnahme vermeiden kann (Lang, 2013, S. 24). Durch eine bessere Einsicht in Aufenthaltsräume und einen Überblick über die Station, besteht die Möglichkeit konflikthafte Auseinandersetzungen frühzeitig zu erkennen (Rohe et al., 2017, S. 74).

5.5.2 Wirksamkeit

In einer Studie von Rohe et al. wurde anhand eines Umzugs von einem Altbau in einen Neubau untersucht, inwiefern bauliche Modernisierungen einer Psychiatrie Zwangsmaßnahmen beeinflussen (Rohe et al., 2017).

Dafür wurden Daten zur Anzahl und Dauer der Zwangsmaßnahmen vor dem Umzug zwischen 2005 und 2010 erfasst, um diese mit den Daten nach dem Umzug zu vergleichen (ebd., S. 72).

Vor dem Umzug lag die Anzahl an Fixierungen durchschnittlich pro Monat bei 7% der Unterbrachten (ebd.). Nach dem Umzug in den Neubau von 2011 bis 2014 wurde eine signifikante Reduktion der Anzahl und Dauer von Fixierungen festgestellt (ebd.). Die Anzahl und die Dauer der Fixierungen sank durchschnittlich pro Monat um 50%, die Anzahl der Zwangsmedikation sank um 84% (ebd.). Durch den signifikanten Abfall der Fixierungen sowie der Zwangsmedikationen kann bestätigt werden, dass die an der Anzahl abgenommenen Fixierungen nicht durch Zwangsmedikation ausgeglichen wurden (ebd.).

Rohe et al. gehen davon aus, dass die bauliche Umgestaltung das subjektive Befinden der Erkrankten und des Personals positiv beeinflusst und dies zu einer höheren Zufriedenheit und einer damit einhergehenden verbesserten Atmosphäre führt (ebd., S. 73). Damit verknüpft ist auch die Reduktion der Zwangsmaßnahmen (ebd.).

Eine Studie aus den Niederlanden konnte herausfinden, dass private Räumlichkeiten sowie ein höherer Komfort der Patienten mit der Reduktion von Zwangsmaßnahmen assoziiert wurde (Van Der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen & Noorthoorn, 2013, S. 146).

Da es sich in den Studien häufig um größere Renovierungsarbeiten handelt, wie z.B. einer Gesamtrenovierung einer Station oder einem Neubau einer ganzen psychiatrischen Einrichtung, ist die Wirksamkeit einzelner Interventionen schwieriger nachzuvollziehen (Richter & Hoffmann, 2014, S. 132). So kann im Nachgang nicht genau evaluiert werden, welche architektonischen Elemente zu einer positiven Auswirkung geführt haben (ebd.). Hinzu kommt die Unsicherheit über die Gewährleistung langfristiger positiver Effekte (ebd.). So ist es möglich, dass die Wirkung im Laufe der Zeit nachlässt, da bspw. Renovierungsarbeiten nach geraumer

Zeit einer Erneuerung bedürfen (ebd.).

Außerdem wird in den vorgestellten Studien nicht auf die Effekte bezüglich der geographischen Lage und Größe der Einrichtungen eingegangen, was sich ebenfalls auf das Milieu auswirken kann (ebd.).

5.5.3 Ergebnis und Diskussion

Aus der Studie von Rohe et al. lassen sich positive Effekte auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen in signifikantem Ausmaß ableiten (Rohe et al., 2017). Dort konnten Zwangsmaßnahmen um die Hälfte reduziert werden und Zwangsmedikationen sogar bis zu 84% (ebd., S. 72). Laut der Autoren wirke sich die bauliche Umstrukturierung jedoch nicht direkt auf die Reduktion von Zwang aus, sondern ließen sich vor allem über die positiven Effekte des Stationsklimas erklären (ebd., S. 73). Denn durch ein besseres Klima auf der Station können Konflikte reduziert werden, welche auch die Anwendung einer Zwangsmaßnahme beeinflussen (Schalast & Sieß, 2018, S. 242).

Nicht jede psychiatrische Einrichtung lässt sich zudem baulich neu gestalten, vor allem aus finanziellen Gründen (Rohe et al., 2017, S. 76; Richter & Hoffmann, 2014, S. 129). Da die Umbauten als Langzeitprojekt anzusehen sind, wird von der DGPPN empfohlen, gerade bei der Planung psychiatrischer Einrichtungen und Stationen den Effekt einer hochwertigen Architektur mit einzubeziehen, da diese die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen positiv beeinflussen kann (DGPPN, 2018, S. 83). Jedoch können laut Richter und Hoffmann auch kleinere Interventionen positive Auswirkungen auf den Patienten erzielen (Richter & Hoffmann, 2014, S. 131).

Auch wenn das Studiendesign der Studie von Rohe et al. einige Einschränkungen dahingehend aufweist, dass nur eine Klinik untersucht wurde, so weisen die Ergebnisse dennoch eine signifikante positive Wirkung hinsichtlich des Zusammenhangs einer modernisierten Krankenhausarchitektur und der Abnahme von Zwangsmaßnahmen auf (Rohe et al., 2017, S. 72).

Gerade in älteren Bauten sei ein unbegleiteter Ausgang, z.B. in einem geschützten Gartenbereich, nicht immer umsetzbar, da kein durchgängig geschützter Außenbereich gegeben ist (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), 2019, S. 10). Da auch Patienten, welche gesetzlich untergebracht sind, ein Anrecht auf mindestens eine Stunde Ausgang im Freien pro Tag haben, muss dieser mit Hilfe einer Begleitung ausgeführt werden (ebd., S. 6). Dies ist je nach Personalausstattung jedoch erschwert umsetzbar (ebd.). Es lässt sich aber ein positiver Trend beobachten, dass renovierungsbedürftige Einrichtungen die Bedürfnisse der

Erkrankten in die Planung des Umbaus miteinbeziehen (ebd., S. 10).

Insgesamt sind damit schon kleinere bauliche Maßnahmen empfehlenswert, um sowohl die Arbeitszufriedenheit des Personals, als auch das Wohlbefinden der Patienten zu stärken und so das Stationsklima zu verbessern (Richter & Hoffmann, 2014, S. 131; Rohe et al., 2017, S. 73f.).

5.6 Ergebnis und Diskussion der Strategien

Insgesamt lässt sich feststellen, dass einige der dargestellten Strategien zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durchaus geeignet sind, die Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen zu verringern.

Das Konzept der geöffneten Stationstüren führt insgesamt dazu, dass sich die Erkrankten in ihrer Umgebung wohler fühlen. Es wird das Freiheitsgefühl sowie das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gestärkt (Mayr & Waibel, 2016, S. 160, 169). So wird insgesamt das Stationsklima verbessert (Blaesi et al., 2015, S. 78). Als Folge hiervon kommt es zu weniger Vorfällen, bei denen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen müssen (Cibis et al., 2017, S. 145f.).

Gleichzeitig kommt es durch die geöffneten Türen nicht zu mehr Entweichungen und in der Folge auch nicht zu mehr Suiziden (Huber et al., 2016, S. 846). Es ist allerdings zu beachten, dass durch die Öffnung der Tür weitere Maßnahmen notwendig werden (Lang, 2013, S. 110f.). Insgesamt muss die Teamdynamik angepasst werden, damit berufsgruppenübergreifend schnell auf plötzliche Situationen reagiert werden kann (Mayr & Waibel, 2016, S. 160 f., 172). Zusätzlich muss den Patienten neben der offenen Tür ein individuelles und breit gefächertes Therapieangebot zur Seite gestellt werden (ebd., S. 161f.). Damit diese Strategie auch in Betracht kommt, müssen die entsprechenden baulichen Voraussetzungen in der Klinik gegeben sein (Lang, 2013, S. 110ff.). Damit ist diese Strategie vor allem dann zur Umsetzung geeignet, wenn diese weiteren Voraussetzungen bereits gegeben sind.

Das Safewards-Modell zielt insgesamt darauf ab, die Kommunikation sowohl innerhalb des Personals als auch zwischen Personal und Patienten zu verbessern und so die Beziehung zu stärken (Löhr et al., 2020, S. 11). Hierdurch steigt die gegenseitige Wertschätzung sowie die Empathie des Personals gegenüber den Patienten (ebd., S. 69, 89). Im Fokus steht dabei der Dialog zwischen Patienten und Personal. Durch eine klare Absprache von sinnvollen Regeln wird den Patienten zudem ein größtmöglicher Freiraum geschaffen, was als stressmindernder Faktor, genau wie eine gute Beziehung der Patienten zum Personal, auch direkten Einfluss auf

das Wohlbefinden der Patienten und damit auf das Stationsklima insgesamt nimmt (ebd., S. 52f.; Bowers, 2014, S. 505). Hierdurch wird die Anzahl der notwendigen Zwangsmaßnahmen sowie die Dauer der notwendigen Zwangsmaßnahmen deutlich reduziert (Baumgardt et al., 2019, S. 1, 5f.). Dies weisen Daten aus aktuellen Studien nach (ebd.; Bowers et al., 2015; Fletcher et al., 2017; Stensgaard et al., 2018). Die Umsetzung des Safewards-Modells gestaltet sich dabei im Vergleich zu anderen Strategien relativ einfach: Durch Interventionsbevollmächtigte wird die Implementierung der Interventionen begleitet (Löhr et al., 2020, S. 51). Einzig zu betonen ist, dass sich bei der Umsetzung möglichst streng an die Interventionen des Safeward-Modells gehalten werden sollte, da nur so die durch Studien belegte Wirksamkeit gewährleistet werden kann (ebd.).

Die Strategie, Patienten eine Intensivbetreuung zukommen zu lassen, ist im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Strategien kritisch zu betrachten. Die Wirksamkeit auf die Zwangsreduktion ist nicht eindeutig durch Studien nachgewiesen (Muralidharan & Fenton, 2006, S. 8). Während eine Intensivbetreuung von einigen Patienten als sicherheitsspendende Maßnahme empfunden werden kann, die zur Beruhigung der Patienten beiträgt, kann die Intensivbetreuung von Anderen als Einschränkung der eigenen Freiheit und Privatsphäre aufgefasst werden (Heumann et al., 2017, S. 88; Gather et al., 2017, S. 47). Dies würde den Stress der Patienten steigern und so nicht zur Entspannung des Stationsklimas beitragen, sondern den gegenteiligen Effekt erzielen (ebd.). Zudem ist zu sehen, dass die Intensivbetreuung bereits jetzt gängige Praxis in Kliniken ist, da sie bei der Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen rechtliche Voraussetzung ist (Steinert & Schmid, 2014, S. 627). Wenn es also darum geht Strategien zu implementieren, die dazu führen, dass weniger Zwangsmaßnahmen angewendet werden, ist eher auf die anderen dargestellten Strategien zurückzugreifen.

Da insgesamt 50% der Konflikte auf den Stationen auf eine vorherige Interaktion zwischen Personal und Patient zurückzuführen ist, ist auch die Schulung des Personals der Kliniken im Hinblick auf Deeskalationsstrategien und Abwehrtechniken ein sehr wirksames Mittel, um die Anzahl von Eskalationen und damit die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zu verringern (Richter & Berger, 2001, S. 693, 696). Diese Annahme wird nochmals dadurch unterstützt, dass vor allen Dingen junges und ungeschultes Personal oft in Konfliktsituationen gerät (ebd., S. 696). Zwar konnte in Studien nicht eindeutig festgestellt werden, dass die Schulungen sich unmittelbar positiv auf die Zwangsreduktion ausgewirkt haben (Richter & Needham, 2007, S. 7, 12). Allerdings wurde festgestellt, dass die Schulungen insgesamt einen positiven Effekt auf den Umgang des Personals mit den Patienten hat (ebd., S. 12). So trat Personal, die zuvor

an Trainingsprogrammen zu Abwehrtechniken und Selbstverteidigung teilgenommen haben, deutlich selbstsicherer im Umgang mit den Patienten auf (Price et al., 2015, S. 447, 453). Die Schulungen halfen außerdem dabei, dem Personal beizubringen, wie kritische Situationen früh erkannt und durch die frühe Erkennung deeskaliert werden können (ebd.). Zudem ist die Schulung des Personals hilfreich, da qualifiziertes Personal für die Umsetzung der Strategien vonnöten ist. So ist das Konzept der geöffneten Stationstüren, das Safewards-Modell sowie die Intensivbetreuung auf ein gut geschultes Personal angewiesen (Lang, 2013, S. 73; Löhr et al., 2020, S. 128; Hemdenkreis et al., 2013, S. 1). Die Umsetzung der Schulung gestaltet sich auch hier vergleichsweise einfach, es ist aber vor allen Dingen darauf zu achten, dass neue Mitarbeiter eine Basisschulung erhalten und bestehendes Personal regelmäßig an Auffrischungsschulungen teilnehmen (Gather et al., 2017, S. 44).

Schließlich wurde untersucht, inwiefern bauliche Veränderungen bzw. das Vorhandensein von gewissen baulichen Gegebenheiten Einfluss auf die Anzahl von Zwangsmaßnahmen hat. Während durch Studien nachgewiesen wurde, dass eine großräumige Klinik, mit vielen Rückzugsmöglichkeiten für die Patienten, angenehm gestalteter Inneneinrichtung, konisch angelegten Fluren und moderner Ausstattung starke positive Auswirkungen sowohl auf das Wohlbefinden der Patienten als auch auf die Arbeitsbedingungen des Personals haben kann, sind solche Maßnahmen im laufenden Klinikbetrieb nur schwer umzusetzen (Rohe et al., 2017, S. 73). Gerade bauliche Veränderung, wie zusätzliche Räume, konisch gestaltete Flure, sowie der generelle Grundriss der Klinik können meist nur im Vorhinein, vor dem Bau der Klinik, berücksichtigt werden (DGPPN, 2018, S. 83). Diese Aspekte sind daher vor allen Dingen beim Bau und der Öffnung neuer Kliniken zu beachten (ebd.). Ein weiterer Faktor sind die meist vergleichsweise hohen Kosten, die mit der Umsetzung dieser Maßnahmen verbunden sind (Richter & Hoffmann, 2014, S. 129). Allerdings ist auch zu sehen, dass schon kleine Veränderungen, wie die Umgestaltung eines Therapieraums, bereits positive Effekte entfalten können (ebd., S. 131). Durch Abnutzung der Räumlichkeiten kann es jedoch notwendig werden, dass in regelmäßigen Abständen Maßnahmen, wie Renovierungen, durchgeführt werden müssen. Da gewisse bauliche Maßnahmen aber auch Voraussetzung für die Anwendung von weiteren Strategien zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sein können, sind gerade bei neu zu bauenden Kliniken Aspekte der baulichen Maßnahmen zu beachten, um so den Grundstein für einen Klinikalltag mit möglichst wenigen Zwangsmaßnahmen zu legen (Lang, 2013, S. 47f.).

Strukturelle und institutionelle Veränderungen im Ablauf des Klinikalltags, welche ein hohes Maß an Veränderungen mit sich bringen, verlangen eine organisatorische Umstrukturierung

und eine entsprechende Haltung der Professionellen (DGPPN, 2018, S. 82). So unterscheiden sich die Strategien dahingehend, wie aufwendig ihre Implementierbarkeit in der psychiatrischen Praxis ist. Im Ergebnis ist damit durch die vergleichsweise einfache Implementierung vor allem die Einführung des Safeward-Modells, zusammen mit regelmäßigen Personalschulungen eindeutig zu empfehlen, um die Anzahl der Zwangsmaßnahmen in Kliniken zu reduzieren.

Auch das Konzept der offenen Tür kann zusammen mit solchen regelmäßigen Schulungen dazu führen, dass weniger Zwangsmaßnahmen angewendet werden müssen, sofern auch weitere geeignete Betreuungsprogramme angeboten werden können.

Die Deeskalation besteht zum Großteil aus der Vermeidung aversiver Stimulationen und beginnt demnach mit der Gestaltung des Stationsklimas (Richter, 2006, S. 127f.). Das Konzept der geöffneten Stationstür und bauliche Maßnahmen wirken aversiven Stimulationen entgegen, sodass aggressive Konflikte und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Vorhinein abgewendet werden (DGPPN, 2010, S. 20f.).

Hervorzuheben ist die signifikant sinkende Anzahl an Zwangsmaßnahmen durch die Veränderung baulicher und architektonischer Elemente (Rohe et al., 2017, S.). Hierbei ist jedoch hinsichtlich der Implementierbarkeit zu sehen, dass die Maßnahme eine vorzeitige und zeitaufwendige Planung, sowie finanzieller Mittel bedarf (DGPPN, 2018, S. 83; Richter & Hoffmann, 2014, S. 129).

Um Strategien zur Zwangsvermeidung erfolgreich in die Praxis implementieren zu können, ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit des Teams von wichtiger Bedeutung, da neue Konzepte von allen Berufsgruppen getragen werden müssen und Absprachen untereinander, sowie die Kooperation verschiedener Berufsgruppen unabdingbar ist (Richter, 2016, S. 190).

Ebenso besteht eine Verantwortung der Klinik die Mitarbeitenden vor gesundheitlichen Gefahren zu schützen und entsprechende Vorkehrungen bezüglich der Sicherheit zu treffen (DGPPN, 2018, S. 82). Da die Veränderungen von Professionellen getragen werden, besteht die Aufgabe der psychiatrischen Klinik darin, die Mitarbeitenden aus-, fort- und weiterzubilden, um so die notwendige Qualifikation des Personals gewährleisten zu können (ebd.).

6 Fazit und Ausblick

Im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts führten menschenunwürdigen Behandlungs- und Lebensbedingungen der Erkrankten in den meist ausgelagerten Großanstalten und der damit einhergehenden Isolierung der psychisch Erkrankten von der Gesellschaft und ihrem sozialem

Umfeld zu Reformbewegungen (Kumbier et al., 2013, S. 313; Deutscher Bundestag, 2017, S. 1 ff.). Seitdem haben sich die Behandlungs- und Unterbringungsgegebenheiten stetig verbessert (Bundesärztekammer, 2013, S. 1334). So wurden psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern errichtet, Krankenhausaufenthalte verkürzten sich, ambulante sowie komplementäre Angebote für eine verbesserte Vor- und Nachsorge entstanden und schonendere Behandlungsstrategien gewannen an Bedeutung (Eichenbrenner, 2017, S. 121, 127; Deutscher Bundestag, 1975, S. 16ff.). Der Fokus liegt heutzutage auf einer menschenwürdigen Grundversorgung und einer autonomiewahrenden Behandlung, in welcher der Patient über sich und die Behandlung seiner Erkrankung entscheiden kann (Aichele, 2016, S. 22). Hierbei liegt die Fokussierung auf der Wahrung der Grundrechte, besonders der Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte (DGPPN, 2018, S. 21).

Auch die UN-BRK unterstütze durch ihren menschenrechtlichen Auftrag ca. 35 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete die Fokussierung auf die Wahrung der Grundrechte psychisch Erkrankter (Aichele, 2016, S. 19). Als Folge der Ratifizierung wurden einige relevante Gesetze in Deutschland novelliert, um dem Gedanken der Selbstbestimmtheit und Gleichberechtigung psychisch Kranker Rechnung zu tragen (ebd., S. 29; Deutscher Bundestag, 2013, S. 1).

Obwohl freiheitsbeschränkende und –entziehende Maßnahmen in die Grundrechte der Betroffenen eingreifen und die Freiheits- und Persönlichkeitsrechte antasten, finden diese in der psychiatrischen Behandlung regelmäßig Anwendung (DIMR, 2018, S. 61). Ca. 10% der stationär behandelten Patienten erfahren Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen (Henking & Vollmann, 2015, S. 24f.). Aufgrund von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten von Seiten des Patienten ist die Anwendung von Zwang zum Schutze des Personals und des Patienten vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen in eskalierenden Situationen notwendig (Laux & Deister, 2015, S. 611f.). Auch wenn Zwangsmaßnahmen einen geringen Teil der stationär Behandelten betrifft, können sie sowohl beim Personal, als auch beim Patienten negative Folgen bewirken (Heumann, 2020, S. 77). Das Personal kann bei der Anwendung der Zwangsmaßnahmen körperlich verletzt werden und hierdurch posttraumatische Erfahrungen erleiden (Richter & Berger, 2009, S. 70f.). Der Behandlungserfolg der Patienten wird durch die Zwangsmaßnahmen ebenfalls gefährdet, genauso wie körperliche Verletzungen aber auch psychische Beeinträchtigungen die Folge von gewissen Zwangsmaßnahmen sein können (Bundesärztekammer, 2013, S. 1336; Frueh et al., 2005, S. 1130; DGPPN, 2018, S. 213).

Zwangsmaßnahmen werden dabei nur angewendet, wenn dies durch entsprechendes aggressives und gesundheitsgefährdendes Verhalten des Patienten notwendig wird (Wilkes, 2016, S. 48). Aggressives Verhalten in psychiatrischen Institutionen geht häufig auf einen Erregungs-

zustand zurück, welcher durch Provokationen, sog. 'aversive Stimulationen', ausgelöst wird (DGPPN, 2010, S. 15; Mavrogiorgou & Juckel, 2015, S. 1114). Die vorgestellten Strategien setzen genau hier an und versuchen so den Ursachen aggressiven Verhaltens durch die Reduktion der aversiven Stimulationen zu begegnen.

In den Ergebnissen der vorgestellten Studien wird ersichtlich, dass gerade die Strategien, die an mehreren Ebenen der aversiven Stimulationen ansetzen, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in Bezug auf die Reduktion von aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen überzeugen (Bowers et al., 2015, S. 1416). Interventionen, welche an verschiedenen Ursprungsfaktoren solchen Verhaltens ansetzen, können eine höhere Wirksamkeit erzielen, da sie versuchen multifaktoriell diverse Ursachen zu beheben (Papadopoulos et al., 2012, S. 434). Je mehr Ebenen durch eine Strategie abgedeckt werden können, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit Gefahrsituationen entgegenzuwirken (ebd.). So können gerade Kombinationen der Strategien zu einer erhöhten Wirksamkeit führen, da sie sich durch ihre verschiedenen Ansatzpunkte ergänzen können (ebd.). So verspricht insbesondere die Anwendung des Safewards-Modells zusammen mit dem Konzept der offenen Türen und entsprechenden baulichen Maßnahmen eine sehr hohe Wirksamkeitsquote. Hierdurch werden sowohl aversive Umgebungsfaktoren, als auch zwischenmenschliche aversive Stimulationen aufgegriffen und reduziert.

So zeigt sich das Safewards-Modell in Bezug auf die Studienlage eindeutig als wirksam. Dieses Konzept versucht durch verschiedene Ansatzpunkte sowohl die aversiven Stimuli, die vom Personal, von Mitpatienten, aus der Interaktion beider, sowie die von der Umgebung Ausgehenden, zu minimieren (Löhr et al., 2020, S. 49). Durch diesen starken Bezug zu den Ursachen aggressiven Verhaltens konnte eine signifikante Wirksamkeit festgestellt werden (Bowers et al., 2015, S. 1416).

Auch durch bauliche Modernisierungen und architektonische Umgestaltung können aversive Stimulationen vermieden werden (DGPPN, 2010, S. 20f.). Gerade Ansammlungen auf engem Raum, in Aufenthaltsräumen oder vor Stationszimmern des Personals, sowie die hohe Konzentration akut Erkrankter, kann zu Konflikten führen (Nijman et al., 1997, S. 110). Ausreichende Rückzugsräume, sowie genügend Ausweichmöglichkeiten können zu einer Entspannung der Situation führen (Rohe et al., 2017, S. 73f.). Ebenso kann sich die Raumgestaltung positiv auf die Stimmung auswirken und die Zufriedenheit der Patienten verbessern (ebd., S. 73). Auch die Arbeitszufriedenheit des Personals kann hiervon positiv beeinflusst werden (ebd., S. 73f.). In den Studien zu baulichen Maßnahmen wird ersichtlich, dass der Effekt der Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch das positive Stationsklima zustande kommt, welches durch die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit begünstigt wird (ebd., S. 73). So kann

festgestellt werden, dass ein positives Stationsklima eine zentrale Rolle zur Vermeidung aggressiven Verhaltens und der Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Versorgungssystem spielt (Herrera & Lawson, 1987, S. 426f.).

Das Konzept der geöffneten Stationstüren kann, wie auch der Effekt architektonischer Umbauten, zu einer Verteilung der Erkrankten beitragen und Ansammlungen vor geschlossenen Türen vermeiden (Lang, 2013, S. 12, Nijman et al., 1997, S. 110). Die geöffneten Türen unterstützen die Selbstbestimmung und Autonomie des Erkrankten, wodurch Ausgänge selbstständig vorgenommen werden können und sich der Patient selbstständig zurückziehen kann (Mayr & Waibel, 2016, S. 160, Lang, 2013, S. 12). Ein breites Spektrum an therapeutischen Angeboten und die Vermeidung des Gefühls des 'Eingesperrtseins' durch die Türöffnungen können zudem den Effekt haben, dass Patienten von ihrem Ausgang freiwillig zurück kommen (Lang, 2013, S. 10; Mayr & Waibel, 2016, S. 161f.; Lang et al., 2010, S. 202; Huber et al., 2016, S. 847). Ein häufiger Grund für Entweichungen ist nämlich das Bestreben nach Freiheit und die vorangehende Isolation von der Gesellschaft sowie zum sozialen Umfeld (Bowers et al., 1999, S. 203f.). Außerdem kann durch die Anwesenheit eines Türdienstes die Interaktion zwischen Personal und Patienten positiv beeinflusst werden, da das Personal als Ansprechperson auf der Station präsent ist (Lang, 2013, S. 23). So kann eine professionelle Beziehung gestaltet werden, was sich in Krisensituationen als hilfreich erweisen kann (Fingeld-Connett, 2009, S. 535).

Schwierigkeiten im sozialen Umfeld, welche bei Abwesenheit zur häuslichen Umgebung und mit einem stationären Aufenthalt einhergehen, können Gründe für eine Entweichung oder einen Behandlungsabbruch darstellen (Bowers et al., 1999, S. 203f.). Hierbei kann sich der Sozialdienst des Krankenhauses als hilfreich erweisen (Lang, 2013, S. 32). Gerade wenn krankenhausexterne Faktoren im sozialen und beruflichen Umfeld langfristig gelöst werden können, kann dies dem Patienten Erleichterung verschaffen (ebd.). So ist die Teamarbeit innerhalb verschiedener Berufsgruppen unabdingbar (Mayr & Waibel, 2016, S. 160 f.). Gerade in einer akuten Krise können mehrere Faktoren Schwierigkeiten bereiten (Löhr et al., 2020, S. 9, 14). So kann das multiprofessionelle Team eine große Bandbreite an aufkommenden Bedürfnissen des Patienten abdecken, sodass dieser eine größtmögliche Unterstützung erfährt (ebd., S. 82).

Die Studienlage der Deeskalations- und Trainingsprogramme hingegen liegt im Vergleich zu den Studien gerade genannter Strategien bereits über 20 Jahre zurück. Da die Erhebungen der Personalschulungen widersprüchliche Ergebnisse aufzeigen, scheint eine erneute Forschung

angebracht. Es wurden auch Ergebnisse erzielt, die eine generelle Verbesserung des Umgangs des Personals mit den Patienten durch regelmäßige Personalschulungen und so erlangtes Wissen für den Umgang mit eskalierten Situationen zeigen (Richter & Needham, 2007, S. 12). Gerade in Hinblick auf diese positiven Ergebnisse, die von regelmäßigen Mitarbeiterschulungen erwartet werden können, wäre eine Bestätigung durch Studienergebnisse wünschenswert (ebd., S. 13).

Auch zur Intensivbetreuung sind keine gesicherten Studienergebnisse vorhanden (Muralidharan & Fenton, 2006, S. 8f.). Die Intensivbetreuung stellt dabei ein insgesamt eher unerforschtes Feld dar, was darauf zurückgeführt werden kann, dass noch kein einheitliches Konzept dieser Strategie vorliegt (Nienaber et al., 2013, S. 19). Da die Intensivbetreuung in verschiedenen Situationen zum Einsatz kommt und auch als freiheitseinschränkende Maßnahme erlebt werden kann, ist die Forschung zu Auswirkungen der Maßnahme dringend empfohlen (Hemdenkreis et al., 2013, S. 7). So kann auch keine eindeutige Aussage zu möglichen Schäden durch die Anwendung der Intervention getroffen werden. Zur Anwendung dieser Betreuungsmaßnahme wird in jedem Fall qualifiziertes und geschultes Personal empfohlen (Gather et al., 2017, S. 45).

Fraglich ist auch inwieweit die Strategien langfristig wirksam sind. So bedürfen räumliche Gestaltungen nach einer gewissen Zeit einer Erneuerung. Das Konzept der geöffneten Stationstüren wird von Kliniken teilweise seit 30 Jahren betrieben und zeigt eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen ohne weitere negative Folgen auf (Mayr & Waibel, 2016, S. 163f.; Lang, 2013, S. 71f.). Hier lassen sich in Bezug auf die langfristige Wirksamkeit der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen eindeutige Tendenzen erkennen.

Nachdem das Safewards-Modell vollständig implementiert wurde und sich die Haltung der Professionellen angepasst hat, kann davon ausgegangen werden, dass auf einen längeren Zeitraum betrachtet keine Anpassungen durchzuführen sind. Neue Mitarbeiter werden direkt in die Umsetzung miteinbezogen, sodass sie von Mitarbeitenden die Abläufe erlernen können (Löhr et al., 2020, S. 183). Da sich die Studienlage des Safewards-Modells auf die letzten sechs Jahre bezieht, ist die Überprüfung der Wirksamkeit nach längerer Implementierung in der psychiatrischen Praxis interessant, um zu sehen, ob sich die Ergebnisse zur Wirksamkeit weiter verändern, sowohl zum positiven, als auch zum negativen hin.

Da auch verbindliche bundesweite Zahlen zur Häufigkeit der Zwangsanwendung fehlen, können nur Schätzungen mit Hilfe von Statistiken vorgenommen werden (Henking & Vollmann, 2015, S. 26f.). Hier bestünde Forschungsbedarf hinsichtlich einer bundesweiten Datenerfas-

sung zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen, um ein verbindlicheres Bild der Datenlage zu erlangen (DIMR, 2018, S. 86; Steinert et al., 2015, S. 383). So kann festgestellt werden, wie sich der allgemeine Trend der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in deutschen Psychiatrien entwickelt (DIMR, 2018, S. 86f.). Hier kann ein Zwangsregister zur bundesweiten Erfassung zu einer aussagekräftigen Datenlage führen, welche zudem Kliniken ermöglichen kann sich über funktionierende Strategien zur Zwangsreduktion auszutauschen (BAG GPV, 2020, S. 25 f.). Es ist daher erfreulich, dass solche Projekte zur bundesweiten Erfassung derzeit bereits vorangetrieben werden und weiter Unterstützung erhalten (ebd., S. 26; DIMR, 2018, S. 78; Steinert et al., 2010, S. 894). Außerdem können bundesweite Erhebungen über die Art und Anzahl implementierter Strategien zur Zwangsvermeidung in Kliniken Aufschluss darüber geben inwieweit Strategien in der psychiatrischen Praxis zur Anwendung kommen.

Auch klinikinterne Leitlinien, in welchen die Durchführung und die Wirksamkeit einzelner Strategien zur Deeskalation eines aggressiven Konflikts und zur Vermeidung von Zwang detailliert gelistet sind, können den Handlungs- und Interpretationsspielraum der Professionellen begrenzen (Martin, 2006, S. 30f.). Dies kann sich in positiver Weise auf die Reduktion der Anzahl und Dauer von Zwangsmaßnahmen auswirken (ebd.).

Insgesamt lässt sich sagen, dass Zwangsmaßnahmen zwar notwendig sind, um bestimmte Situationen zu bewältigen, aufgrund der möglichen negativen Folgen aber, wenn möglich, zu vermeiden sind (DIMR, 2018, S. 86f.). Hierzu existieren wirksame Strategien, mithilfe derer manche Akutsituationen entschärft werden können. Da die Strategien nicht nur konflikthafte Auseinandersetzungen und Zwangsmaßnahmen reduzieren können, sondern auch die professionelle Beziehung stärken und ein günstiges Stationsklima bewirken können, kann die Implementierung von Strategien zu einem angenehmeren und stressfreieren Stationsalltag für Professionelle und Patienten führen (Lang et al., 2016, S. 300; Schalast & Sieß, 2018, S. 245ff.; Jäckel et al., 2019, S. 369). Da so auch der Behandlungserfolg der Patienten gefördert wird, ist dringend empfohlen diese Strategien in die Praxis umzusetzen (Lang et al., 2016, S. 300). In Verbindung hiermit sind weitergehende Studien und Datenerhebungen durchzuführen, um neue Strategien zu entwickeln und bestehende Strategien weiterzuentwickeln (Bundesärztekammer, 2013, S. 1338).

Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug HJ. & Fischer, J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045534
- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Delster, A., Koller, M., Zinkler, M. et al. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt*, 88 (7), 802-810. DOI: 10.1007/s00115-016-0261-3
- Aichele, V. (2016). Menschenrechte in der Psychiatrie. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 18-41). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Anderl-Doliwa, B., Breitmaier, J., Elsner, S., Kunz-Sommer, B. & Winkler, I. (2005). Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Pflege*, 11 (2), 100-102. DOI: 10.1055/s-2005-858111
- Angermeyer, M.C., Cooper, B. & Link, B.G. (1998). Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S1-S6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s001270050203>
- Armbruster, J., Dieterich, A., Hahn, D. & Ratzke, K. (2015). Wo stehen wir heute? Resümee und Ausblick. In J. Armbruster, A. Dieterich, D. Hahn & K. Ratzke (Hrsg.), *40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn* (S. 16-38). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Armgart, C., Schaub, M., Hoffmann, K., Illes, F., Emons, B., Jendreyshak, J. et al. (2013). Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*, 40 (5), 278-284. DOI: 10.1055/s-0033-1343159
- Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A. et al. (2019). Preventing and reducing coercive measures – An evaluation of the implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-13. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00340
- Blaesi, S., Gairing, S., Walter, M., Lang, U. & Huber, C. (2015). Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt auf geschlossenen, neu geöffneten und offenen psychiatrischen Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 42 (2), 76-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359871>

- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F. & McFarlane (1999). Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 (3), 199-205. DOI: 10.1046/j.1365-2850.1999.630199.x
- Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J. & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57 (7), 1022-1026. DOI: 10.1176/ps.2006.57.7.1022
- Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Nijman, H., Simpson, A. & Van Der Merwe, M. (2010). Locked doors: a survey of patients, staff and visitors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 (10), 873-880. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01614.x
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21 (6), 499-508. DOI: 10.1111/jpm.12129
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), 1412-1422. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindep psychiatrischer Verbände e.V. (Hrsg.). (2020). *Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)*. Zugriff am 25.01.2021. Verfügbar unter https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/ZVP_Gesamtbericht_final.pdf
- Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer – Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (26), S. 1334-1338. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter [https://www.aerzteblatt.de/archiv/141964/Stellungnahme-der-Zentralen-Kommission-zur-Wahrung-ethischer-Grundsätze-in-der-Medizin-und-ihren-Grenzgebieten-\(Zentrale-Ethikkommission\)-bei-der-Bundesaerztekammer-Zwangsbehandlung-bei-psychischen-E](https://www.aerzteblatt.de/archiv/141964/Stellungnahme-der-Zentralen-Kommission-zur-Wahrung-ethischer-Grundsätze-in-der-Medizin-und-ihren-Grenzgebieten-(Zentrale-Ethikkommission)-bei-der-Bundesaerztekammer-Zwangsbehandlung-bei-psychischen-E)
- Bundesverfassungsgericht, Beschl. v. 23.03.2011, 2 BvR 882/09, BVerfGE 128, 282 - 322
- Bundesverfassungsgericht, Beschl. v. 26.07.2016 – 1 BvL 8/15, BVerfGE 142, 313 – 353

- Bundesverfassungsgericht, Urt. v. 24.07.2018 – 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16, BVerfGE 149, 293 - 346
- Carmel, H. & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (5), 558-560. DOI: 10.1176/ps.41.5.558
- Cavanaugh, C., Campbell, J. & Messing, J. (2014). A Longitudinal Study of the Impact of Cumulative Violence Victimization on Comorbid Posttraumatic Stress and Depression Among Female Nurses and Nursing Personnel. *Workplace health & safety*, 62 (6), 224-232. DOI: 10.3928/21650799-20140514-01
- Choe, K., Kang, Y. & Park, Y. (2015). Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (7), 1684-1693. DOI: 10.1111/jan.12638
- Cibis, M.L., Wackerhagen, C., Müller, S., Lang, U., Schmidt, Y. & Heinz, A. (2017). Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis*, 44 (3), 141- 147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105181>
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf>
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2017). *Die Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen*. Berlin. Zugriff am 21.01.2021. Verfügbar unter <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/116/1811619.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2010). *S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“*. Heidelberg: Steinkopff-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt*, 85 (11), 1419-1431. DOI: 10.1007/s00115-014-4202-8

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“*. Berlin. Zugriff am 18.01.2021. Verfügbar unter https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf
- Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2018). *Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 - Juni 2018*. Berlin. Zugriff am 27.01.2021. Verfügbar unter <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/entwicklung-der-menschenrechtssituation-in-deutschland-juli-2017-juni-2018>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018). *5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung: Leitfaden*. Berlin. Zugriff am 27.01.2021. Verfügbar unter http://www.neuroreha-bayern.de/images/Urteile/180907-DKG-Leitfaden_Fixierung_von_Patienten.pdf
- Dewing, J. (2012). Special observation and older persons with dementia/delirium: a disappointing literature review. *International Journal of older people nursing*, 8, 19-28. DOI: 10.1111/j.1748-3743.2011.00304.x
- Dodegge, G. & Zimmermann, W. (2018). *Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Praxiskommentar* (4. Aufl.). Stuttgart, München: Richard Boorberg Verlag.
- Dörr, M. (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Reinhardt-Verlag.
- Edlinger, M., Bader, T. & Hofer, A. (2018). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Aus der Steinzeit in eine bessere Zukunft. *Neuropsychiatrie*, 32 (4), 175-181. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0282-1>
- Eichenbrenner, I. (2017). Das psychiatrische Hilfesystem. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 116-138). Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Finfgeld-Connett (2009). Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 30 (9), 530- 537. DOI: 10.1080/01612840902722120
- Finzen, A. (2011). Erlebte Psychiatriegeschichte. Band II: Bewegte Jahre 1970-1974. Zugriff am 03.06.2021. Verfügbar unter <http://www.finzen.de/pdf-dateien/erlebte%20psychiatriegeschichte%2002.pdf>
- Finzen, A. (2015). Auf dem Wege zur Reform – die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatrische Praxis*, 42 (7), 392-396. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387589>
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S. & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Nursing Studies*, 26 (5), 461-471. DOI: 10.1111/inm.12380
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. & Brophy, L. (2019). Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-10. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00462
- Forster, P., Cavness, C. & Phelps, M. (1999). Staff Training Decreases Use of Seclusion and Restraint in an Acute Psychiatric Hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13 (5), 269-271. DOI: 10.1016/s0883-9417(99)80037-5
- Frueh, B., Knapp, R., Cusack, K., Grubaugh, A., Sauvageot, J., Cousins, V. et al. (2005). Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, 56 (9), 1123-1133. DOI: 10.1176/appi.ps.56.9.1123
- Gather, J., Noeker, M. & Juckel, G. (2017). *LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M., im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO (Hrsg.). (2010). *Stressstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern. Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Fachthemen/seco_2010.pdf

- Haglund, K., Van Der Meiden, E., Von Knorring, L. & Von Essen, L. (2007). Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 49-54. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01042.x>
- Helmchen, H. (2021). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: praktische Konsequenzen ethischer Aspekte. *Nervenarzt*, 92 (3), 259-266. DOI: 10.1007/s00115-020-00998-7
- Henking, T. & Vollmann, J. (2015). *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Henking, T. (2016). Patientenrechte in der Psychiatrie im Kontext von Zwang. *Recht und Psychiatrie*, 34 (3), 155-163.
- Henking, T. (2017). Das Konzept der offenen Türen – offen und doch geschlossen? *Recht und Psychiatrie*, 35 (2), 68-71.
- Hemdenkreis, B., Löhr, M., Schulz, M. & Nienaber, A. (Hrsg.) (2013). DFPP – Praxisempfehlung Intensivbetreuungen. Stuttgart. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter https://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung_Intensivbetreuungen.pdf
- Herrera, J. & Lawson, W. (1987). Effects of consultation on the ward atmosphere in a state psychiatric hospital. *Psychological Reports*, 60 (2), 423-428. DOI: <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.1987.60.2.423>
- Heumann, K., Bock, T. & Lincoln, T. (2017). Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 44 (2), 85-92. DOI: 10.1055/s-0041-109033
- Heumann, K. (2020). Zwang als Ultima Ratio in der Psychiatrie – vermeidbar oder alternativlos? In Rettenberger, M., Dessecker, A. & Rau, M. (Hrsg.), *Gewalt und Zwang in Institutionen* (S. 71-87). Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle e.V.
- Hirsch, S. & Steinert, T. (2019). Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen. Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Reduktion. *Deutsches Ärzteblatt*, 116 (19), 336-343. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?Id=207025>

- Huber, C., Schneeberger, A., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Von Felten, S., Walter, M. et al. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, 3 (9), 842-849. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Bortz, A., Kostistky, H., Noy, D., Filshinsky, V. et al. (2018). Mental Health Nurse's Exposure to Workplace Violence Leads to Job Stress, Which Leads to Reduced Professional Quality of Life. *Frontiers in Psychiatry*, 59 (9), 1-6. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00059
- Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (6), 538-548. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Jäckel, D., Baumgardt, J., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A. et al., (2019). Veränderungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei geschützten akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. *Psychiatrische Praxis*, 46 (7), 369-375. DOI: 10.1055/a-0945-3599
- Jungfer, H.A., Schneeberger, A., Borgwardt, S., Walter, M., Vogel, M., Gairing, S. et al. (2014). Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 94-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.03.020>
- Ketelsen, Zechert & Driessen (2007). Kooperationsmodell zwischen psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 34 (2), S208-S211. DOI: 10.1055/s-2006-952009
- Kumar, S. & Robinson, E. (1999). The Crowded Ward. *Psychiatric Services*, 50 (11), 1499-1500. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.50.11.1499>
- Kumbier, E., Haack, K. & Steinberg, H. (2013). 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. *Psychiatrische Praxis*, 40 (6), 313-320. DOI: 10.1055/s-0033-1343229
- Lang, U., Hartmann, S., Schulz-Hartmann, S., Gudlowski, Y., Ricken & R., Munk, I. et al. (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding?. *The European Journal of Psychiatry*, 24 (4), 199-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632010000400001>

- Lang, U. (2013). *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Lang, U., Walter, M., Borgwardt, S. & Heinz, A. (2016). Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine „offene Türpolitik“. *Psychiatrische Praxis*, 43 (6), 299-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-111032>
- Laux, G. & Deister, A. (2015). Psychiatrische Notfalltherapie. In H. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. aktual. Aufl., S. 609-622). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E. & Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (7), 629-635. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01425.x
- Löhr, M., Schulz, M. & Nienaber, A. (2020). *Safewards. Sicherheit durch Beziehung und Milieu* (2. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Longinus, B. (1998). Erfahrungen mit der offenen Tür am Psychiatrischen Krankenhaus in Marburg. In J. Kebbel & N. Pörksen (Hrsg.), *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht Bonn, 24.-25. September 1997*. (Band 25, S. 181-186). Köln: Rheinland-Verlag.
- Marschner, R. (2017). Verbringung statt Unterbringung. *Recht und Psychiatrie*, 35 (2), 62-63.
- Marschner, R. (2019). Kommentar zu § 1906. In A. Jürgens (Hrsg.), *Betreuungsrecht: Kommentar*. (6. überarb. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Marschner, R. (2019). Kommentar zu § 1906a. In A. Jürgens (Hrsg.), *Betreuungsrecht: Kommentar*. (6. überarb. Aufl.). München: C. H. Beck.
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., Hermelink, G. & Knopp, M. (2006). Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 34, 26-33. DOI: 10.1055/s-2005-866920
- Mavrogiorgou, P. & Juckel, G. (2015). Erregungszustände. *Nervenarzt*, 86 (9), 1111-1119. DOI: 10.1007/s00115-014-4149-9

- Mayr, W. & Waibel, M. (2016). Offene Türen verhindern Gewalt. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 159-173). Köln: Psychiatrie Verlag.
- McLaughlin, P., Giacco, D. & Priebe, S. (2016). Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS ONE*, 11 (12), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>
- Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., BERPohl, F., Rentzsch, J. et al. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*, 44 (6), 316-322. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0042-105861>
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS). (2019). Zusammenfassender Bericht nach § 23 Abs. 3 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen zur Arbeit der staatlichen Besuchskommissionen. Düsseldorf. Zugriff am 26.05.2021. Verfügbar unter <https://landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-1630.pdf>
- Möller, H. & Laux, G. (2015). Vergangenheit und Gegenwart der Psychiatrie. In H. Möller, G. Laux & A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (6. Aufl., S. 24-26). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Müller, M., Schlösser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B., Benkert, O. (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *The Psychiatric Quarterly*, 73 (2), 93-107. DOI: 10.1023/a:1015099526445
- Müller, S. Walter, H., Kunze, H., Konrad, N & Heinz, A. (2012). Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis - Vorschläge zur Verbesserung. *Nervenarzt*, 83 (9), 1150-1155. DOI: 10.1007/s00115-012-3628-0
- Muralidharan, S. & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3 (CD002084), 1-15. DOI: 10.1002/14651858.CD002084.pub2.

- Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H.J., Halfens, R.J.G. et al. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (5), 595-601. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00767.x
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemdenkreis, B. & Löhr, M. (2013). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 40, 14-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327294>
- Nijman, H., Allertz, W., Merckelbach, H., Campo, J. & Ravelli, D. (1997). Aggressive Behavior on an Acute Psychiatric Admissions Ward. *The European Journal of Psychiatry*, 11(2), 106-114. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/254851633_Aggressive_behaviour_on_an_acute_psychiatric_admission_ward
- Olofsson, B., Norberg, A. & Jacobsson, L. (1995). Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49 (5), 325-330. DOI: 10.3109/08039489509011924
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (6), 425-439. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x
- Petit, M. & Klein, J. (2013). Zwangsbehandlung mit richterlicher Genehmigung wieder möglich. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (9), A377-A379. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=135001>
- Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*, 206 (6), 447-455. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144576
- Pollmächer, T. (2019). Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimalrestriktiven Psychiatrie. *Nervenarzt*, 90 (7), 669-674. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0714-6>
- Reisch, T. (2019). Reduktion von Zwangsmaßnahmen: Alles ist nicht genug. *Psychiatrische Praxis*, 46 (7), 365-368. DOI: 10.1055/a-0971-6048

- Richter, D. & Berger, K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt*, 72 (9), 693-699. DOI: 10.1007/s001150170048
- Richter, D. (2006). Nonphysical Conflict Management and Deescalation. In D. Richter & R. Whittington (Hrsg.). *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management* (S. 125-144). New York: Springer-Verlag.
- Richter, D. & Needham, I. (2007). Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 34 (1), 7-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2006-940063>
- Richter, D. & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt*, 80 (1), 68-73. DOI: 10.1007/s00115-008-2564-5
- Richter, D. & Hoffmann, H. (2014). Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen. Eine systematische Literaturübersicht zu den Effekten der räumlichen Umgebung auf Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 41 (3), 128-134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1360032>
- Richter, D. (2016). Aggressionsmanagement in der Psychiatrie. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 186-198). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A. J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt*, 88, 70-77. DOI: 10.1007/s00115-015-0054-0
- Ruff, F., Hemmer, A., Bartsch, C., Glasow, N. & Reisch, T. (2018). Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. Eine systematische Erfassung für die Schweiz zwischen 2000 und 2010. *Psychiatrische Praxis*, 45 (6), 307-313. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-120888>
- Schalast, N. & Sieß, J. (2018). Zusammenhänge des Stationsklimas mit objektiven Rahmenbedingungen psychiatrischer Stationen. *Psychiatrische Praxis*, 45 (5), 242-247. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0043-100010>
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: Beck.

- Smoot, S. & Gonzales, J. (1995). Cost-Effective Communication Skills Training for State Hospital Employees. *Psychiatric Services*, 46 (8), 819-822. DOI: 10.1176/ps.46.8.819
- Sollberger, D. & Lang, U. (2014). Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie. *Nervenarzt*, 85 (3), 312-318. DOI: 10.1007/s00115-013-3769-9
- Statistisches Bundesamt (2019). *Krankenhäuser. Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik*. Wiesbaden. Zugriff am 10.06.2021. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html#:~:text=Im%20Durchschnitt%20waren%20sie%2046,bei%2046%20%25%20aufgrund%20eines%20Notfalls>.
- Steinert, T., Gebhardt, R. & Lepping, P. (2001). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Ein ethisches Dilemma. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (42), A 2696-2898. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=29064>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, 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. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (9), 889-897. DOI: 10.1007/s00127-009-0132-3
- Steinert, T. & Borbé, R. (2013). Psychiatrische Zwangsbehandlung. Im Spannungsfeld von höchstrichterlicher Rechtsprechung, UN-Behindertenrechtskonvention und Behandlungsleitlinien. *Kerbe*, 31 (2), 31-34. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter https://www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2013_2_Internet.pdf
- Steinert, T. & Schmid, P. (2014). Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis (2012). *Nervenarzt*, 85 (5), 621-629. DOI: 10.1007/s00115-013-3867-8
- Steinert, T., Zinkler, M., Elsässer-Gaißmaier, H.P., Starrach, A., Hoppstock, S. & Flammer, E. (2015). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 42 (7), 377-383. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370174>
- Steinert, T. (2016). Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 86-101). Köln: Psychiatrie Verlag.

- Stensgaard, L., Andersen, M., Nordentoft, M. & Hjorthøj, C. (2018). Implementation of the safeguards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: an interrupted time-series analysis. *Journal of psychiatric research*, 105, 147-152. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.026
- Teichert, M., Schäfer, I. & Lincoln, T. (2016a). Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg? Eine bundesweite Onlinebefragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 43 (2), 101-106. DOI: 10.1055/s-0034-1387431
- Teichert, M., Schäfer, I. & Lincoln, T. (2016b). Welche Alternativen zu Zwangsmaßnahmen kennen Behandler?. In M. Zinkler, K. Laupichler & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 115-130). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Van Der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A. & Haglund, K. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16 (3), 293-299. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01378.x
- Van Der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A. & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*. 202, 142-149. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118422
- Wahl, K. (2009). *Aggression und Gewalt: Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Waldmann, K. (1998). Erfahrungen mit der offenen Tür – Psychiatrische Abteilung am Vogtland-Klinikum Plauen. In J. Keibel & N. Pörksen (Hrsg.), *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht Bonn, 24.-25. September 1997*. (Band 25, S. 178-180). Köln: Rheinland-Verlag.
- Weig, W. (2005). Zwischen Freiheitsrecht und Fürsorglichkeit: Psychiatrie- und Unterbringungsgesetze der deutschen Länder. In J. Müller & G. Hajak (Hrsg.), *Willensbestimmung zwischen Recht und Psychiatrie* (S. 15-20). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Whittington, R. & Wykes, T. (1996a). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 11-20. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01158.x

- Whittington, R. & Wykes, T. (1996b). An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *Journal of Clinical Nursing*, 5 (4), 257-261. DOI: 10.1111/j.1365-2702.1996.tb00260.x
- Wilkes, C. (2016). *Psychiatrische Unterbringungen und Zwangsbehandlungen. Eine empirische Untersuchung der Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a ‘necessary evil’ in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26 (5), 500-512. DOI: 10.1111/inm.12382
- Zehnder, U., Rabenschlag, F. & Panfil, EM. (2015). Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 42 (2), 68-75. DOI: 10.1055/s-0034-1387244
- Ziltener, T., Möller, J., Rabenschlag, F., Roth, F., Lang, U., Huber, C. (2020). Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie – eine Auswahl aktueller Konzepte und Interventionen. *Psychiatrie & Neurologie*, 20 (3), 13-17. Basel. Zugriff am 15.06.2021. Verfügbar unter <https://www.rosenfluh.ch/psychiatrie-neurologie-2020-03/reduktion-von-zwangsmassnahmen-in-der-psychiatrie-eine-auswahl-aktueller-konzepte-und-interventionen>
- Zinkler, M. & Kousseimou J. (2014). Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht und Psychiatrie*, 32 (3), 142-147.
- Zinkler, M. & Nyhuis, P. (2017). Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht und Psychiatrie*, 35 (2), 63-68.

Persönliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich meine Bachelor-Thesis zum Thema:

'Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Strategien in der stationären
Behandlung'

selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel, als die angegebenen benutzt habe. Alle Stellen, die von Autoren wörtlich oder sinngemäß übernommen sind, habe ich durch Angabe von Quellen als Zitat kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift