



Dossier

2022

Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Patientenautonomie

Eine Publikation der DGPPN

Inhalt



Einführung

S. 2

Kapitel 1

Ethik, Recht und
schwere psychische Erkrankungen

S. 4

Kapitel 2

Instrumente zur Wahrung von
Menschen- und Patientenrechten

S. 14

Kapitel 3

Perspektiven einer
autonomiefokussierten Psychiatrie

S. 22

Glossar

S. 30

Portrait

Die DGPPN

S. 33

Quellenverzeichnis

S. 34

Einführung



Die Psychiatrie entwickelt sich. Paternalistische Strukturen sind neuen Umgangsformen gewichen, die eine partizipative Entscheidungsfindung und die Autonomie der Patientinnen und Patienten in den Fokus stellen. Diese Haltung erfordert eine stetige Reflexion und Anpassung der Prozesse und Instrumente sowie geeignete Rahmenbedingungen: keine geringen Ansprüche an die Beteiligten – an Behandelnde und Betroffene, aber auch an Gesellschaft und Politik.

Psychiatrie und Psychotherapie berühren wie kein anderes Gebiet der Medizin das innerste Empfinden der Menschen. Psychiaterinnen und Psychiater begegnen ihren Patientinnen und Patienten in ihren verwundbarsten und bewegtesten Momenten. Sie knüpfen Beziehungen, begleiten Menschen durch Krisen und unterstützen Betroffene und ihr Umfeld darin, möglichst gesund und zufrieden am Leben teilhaben zu können. Das macht die Psychiatrie zu einer besonders spannenden und lohnenswerten, aber auch sehr anspruchsvollen Disziplin.

Üblicherweise suchen Patient und Psychiater gemeinsam nach der bestmöglichen Behandlung. Sie erarbeiten partizipativ, welches Vorgehen in Anbetracht der jeweiligen individuellen Situation, der Bedürfnisse und Präferenzen des Betroffenen das Richtige ist, und kooperieren für das Erreichen des Therapieziels. In manchen Fällen ist der partizipative Prozess allerdings erschwert: wenn das Erleben im Moment akuter Erkrankung so stark verändert ist, dass nicht mehr klar ersichtlich ist, ob die Äußerungen eines Patienten auch wirklich seinen aktuellen Präferenzen entsprechen; oder wenn der Wille des Patienten im Widerspruch zu dem steht, was seine Ärzte als die indizierte Behandlung ansehen; und auch dann, wenn ein Betroffener sich selbst oder andere ernsthaft gefährdet, aber keinen Schutz und keine Behandlung wünscht.

Solche Fälle erfordern eine umsichtige Abwägung der verschiedenen Bedürfnisse und Rechte, eine sorgsame medizinethische Reflexion. Die Psychiatrie hat dafür systematische Prozesse etabliert. Zudem gibt es Gesetze, die regeln, was unter welchen Bedingungen möglich und nötig ist; Kontrollinstanzen, die sicherstellen sollen, dass sowohl die Rechte der Patienten gewahrt als auch die Schutzpflichten des Staates erfüllt werden.

Die moderne Psychiatrie hat – im Gegensatz zu früheren Zeiten und auch im Gegensatz zum mitunter noch in der Öffentlichkeit vorherrschenden Bild – den unbedingten Anspruch, den Willen und die Präferenzen ihrer Patientinnen und Patienten zu achten. Sie will nicht gegen sie, sondern mit ihnen arbeiten. Nicht nur, weil das Recht es verlangt oder die Kooperation der Betroffenen ganz wesentlich zum Handlungserfolg beitragen kann. Zwangsmaßnahmen und der zeitweilige Verlust von Autonomie stellen für die Beteiligten fast immer eine große emotionale und körperliche Belastung dar. Aus Sicht eines Behandlers, dessen Ziel die Linderung von psychischer Beeinträchtigung und die Förderung von Gesundheit ist, müssen sie so weit wie irgend möglich vermieden werden.

In letzter Zeit wurde eine Reihe von Maßnahmen entwickelt, die Patientenrechte fördern und Zwang vermeiden helfen. Dieses Dossier stellt viele von ihnen vor, ebenso wie die rechtlichen Grundlagen und medizinethischen Prinzipien, vor deren Hintergrund diese Maßnahmen angewendet werden. Darüber hinaus verdeutlicht das Dossier auch die praktischen Konsequenzen der Anwendung dieser Prinzipien. Durch persönliche Berichte derjenigen Menschen, die von ihnen betroffen sind, werden Dilemmata anschaulich. Zugleich werden Wege aufgezeigt, sie aufzulösen. Ein Betroffener schildert, wie er Behandlungen erlebt hat, die dem entgegenstanden, was er damals wollte. Eine Ärztin und ein Richter erzählen, wie sie während eines Bereitschaftsdienstes Entscheidungen treffen. Zusammenfassungen von sogenannten Ethikkonferenzen und Berichte über die Implementierung verschiedener Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang und Aggression in Kliniken machen deutlich, wie engagiert daran gearbeitet wird, die ethischen Prinzipien des Berufs praktisch umzusetzen. Die Autonomie der Patienten dient dabei als Leitschnur des psychiatrisch-psychotherapeutischen Handelns.

Primum non nocere

Erstens nicht schaden

Aus dem Hippokratischen Eid

Drei Seiten einer Medaille



Klaus Gauger, Alla Troppmann und Roland Schrodtr haben Erfahrungen mit Zwangsbehandlungen. Alle drei berichten von Situationen, die vor allem eines sind: einfach schwierig.

/ Klaus Gauger

Genesungshelfer mit Psychiatrie-Erfahrung

Ich stand von 1994 bis 2014 unter starkem Einfluss einer paranoiden Schizophrenie. In den Akutphasen hat mein Wahn mich regiert. Einen freien Willen im eigentlichen Sinne hatte ich in vielen Momenten in jener Zeit nicht.

In manchen Phasen war ich schwer depressiv, in meinen schlimmsten reizbar und aggressiv. Da hatte ich zur Selbstverteidigung ein Pfefferspray und ein Messer dabei.

Es gab viele Therapieversuche in vielen Einrichtungen mit unterschiedlichen Ärztinnen und Therapeuten. Oft habe ich die Behandlungen wieder abgebrochen.

In Deutschland sind Zwangsbehandlungen nur möglich, wenn eine akute Gefahr wegen Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Für mich grenzt das an unterlassene Hilfeleistung. Wann beginnt die Fremd- oder Selbstgefährdung? Bei Verelendung, bei Obdachlosigkeit? Wenn man Opfer von Gewaltverbrechen oder Betrug wird? Oder wenn man ausrastet und zur Gefahr für andere wird?

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 08. Juni 2021, in der aus dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit eine „Freiheit zur Krankheit“ abgeleitet wird, sehe ich sehr kritisch. Viele schwer psychisch Erkrankte haben keinen freien Willen und können ihre Situation nicht realistisch einschätzen. Das gilt nicht nur für Schizophrene, sondern auch für Menschen mit einer Manie oder einer schweren Depression. Dass die juristischen Hürden für Zwangsbehandlungen durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts weiter erhöht wurden, belastet diese Patientengruppen und ihre Familien mehr, als dass sie ihnen nützen.

Denn fehlende Krankheitseinsicht gehört zu den typischen Symptomen der Schizophrenie. Wenn der Wahn regiert, ist kein freier Wille möglich. Ich habe es selbst so erlebt. Erst durch die Zwangsbehandlung habe ich meinen freien Willen wiedererlangt.

Die entscheidende Hilfe erhielt ich 2014 nicht in einer deutschen Klinik, sondern in Spanien, im „Hospital General San Jorge“ von Huesca. Dort wurde mir nach richterlichem Beschluss eine Depotspritze verabreicht – das war der Anfang vom Ende meines Wahns.

Entscheidend war das konsequente Vorgehen des zuständigen Oberarztes und des Richters. Eine Behandlung, wie ich sie dort erfahren habe, war in Deutschland nicht möglich. Ich habe mich ja vergleichsweise friedlich verhalten und weder mich noch andere akut gefährdet. Deshalb konnte ich in Deutschland immer wieder die Behandlung verweigern. Das hat den Heilungsprozess lange verschleppt.

Die Diagnose „Schizophrenie“, die Beeinträchtigung durch die Krankheit und nicht zuletzt das mit dieser Diagnose verbundene Stigma hat vieles in meinem Leben verhindert. Eine Laufbahn als Journalist, Wissenschaftler oder Lehrer. Auch Beziehungen und Freundschaften sind daran gescheitert.

Der Weg aus der Krankheit heraus war steinig. Ich stand mehrfach vor dem Nichts und musste mein Leben völlig neu aufbauen. Ich bin sehr dankbar, dass meine Familie und ein paar Freunde über die lange Zeit zu mir gehalten haben.

Seit dem Aufenthalt in Huesca werde ich nicht mehr von der Erkrankung beherrscht. Ich habe stattdessen gelernt, sie zu verwalten. Ich nehme weiterhin Antipsychotika und Antidepressiva und gehe regelmäßig zur Therapie. Nach der langen Krankheitsphase konnte ich trotzdem einen Beruf erlernen, den ich jetzt gerne und in Festanstellung ausübe. Ich kann ein normales Leben führen.

Durch meine Erkrankung bin ich zum Experten geworden – nicht nur für meine eigene Krankheitsgeschichte. Nicht zuletzt in meinem Buch habe ich die Behandlungsansätze und -möglichkeiten reflektiert, bis hin zu Wirkungen und Nebenwirkungen einzelner Medikamente oder Sinn und Unsinn diverser Methoden, die im Laufe der Therapie zur Anwendung kamen.

Das, was ich mir da selbständig und im Nachhinein angeeignet habe, sollte zum Behandlungsstandard gehören. Ärzte sollten Schizophrenen menschlich auf Augenhöhe begegnen, ihnen die Erkrankung und die Therapien inklusive der Nebenwirkungen erklären und auch die Angehörigen stärker einbeziehen. Wichtig ist auch eine nüchterne und realistische Aufklärung über Schizophrenie und ihre Heilungsmöglichkeiten, um das Stigma abzubauen. Deshalb engagiere ich mich öffentlich, um den Umgang mit schwer psychisch Erkrankten innerhalb der Hilfesysteme und in der Gesellschaft zu verbessern. /

Dr. phil. Klaus Gauger

57, arbeitet als Genesungshelfer im Zentrum für Psychiatrie Emmendingen – in der gleichen Einrichtung, in der er auch schon Patient war. Über seine Erfahrung mit der Erkrankung hat er das Buch „Meine Schizophrenie“ (Herder Verlag) geschrieben.

„Wenn der Wahn regiert, ist kein freier Wille möglich.“

Klaus Gauger

5



/ Alla Troppmann *Psychiaterin*

Das Klinikum Ingolstadt ist ein Schwerpunktkrankenhaus für die Region. Mit 1.073 Betten ist es ein großes Haus mit einer 24/7-Aufnahme.

Der Nachtdienst dauert unter der Woche von 16:00 bis 09:00 Uhr, an Wochenenden von 21:00 bis 09:00 Uhr. Während der Nachtschicht sind die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrie nicht nur für das Zentrum für psychische Gesundheit zuständig, sondern können auch zu Konsilen in somatischen Abteilungen gerufen werden.

In der Nacht ist es meistens stiller als am Tag, aber es kann durchaus aufregend werden. Es ist nicht immer ganz einfach, aber auch sehr reizvoll. Man behandelt die unterschiedlichsten Notfälle und muss verschiedensten Patienten rasch und doch in Ruhe zielgerichtet helfen.

Neulich kam ein Anruf von der Polizei, dass ein Mann aufgegriffen wurde, der laut auf der Straße randaliert habe und aggressiv gewesen sei. Oft steht so ein Patient unter Drogeneinfluss oder ist stark alkoholisiert. Nicht selten werden solche Patienten dann in Handschellen bei uns vorgeführt, manchmal sogar mit mehreren Polizisten. Wenn der Patient dann auch noch sehr groß und schwer und psychomotorisch stark erregt ist, empfinde ich eine solche Situation durchaus auch mal als bedrohlich.

Da ist es gut, dass den Arzt im Nachtdienst immer eine psychiatrische Fachpflegekraft begleitet. Früher mussten wir bei Bedarf andere Pflegekräfte zu Hilfe holen, aber die kennen sich mit psychiatrischen Erkrankungen nicht immer gut aus. Das kann schwierig werden, wenn sie zum Beispiel einen Patienten mit einer Psychose vor sich haben.

Eine Frau wurde nachts polizeilich eingewiesen, die mit 30 km/h auf der Autobahn Schlangenlinie gefahren ist. Sie war der Überzeugung, dass die Stasi im Keller Kinder foltert und dass sie verfolgt werde. In einem solchen Fall ist es sehr wichtig, die Patienten professionell zu beruhigen, oder wie man sagt, zu deeskalieren.

Einige, die zu uns gebracht werden, wollen sofort wieder gehen. Dann ist ärztliche Expertise gefragt. Wenn solche Patienten sich oder andere gefährden, versuchen wir, ihnen zu vermitteln, dass sie schwer krank sind und Hilfe brauchen – und dass sie diese bei uns auch erhalten können. Aber das gelingt leider nicht immer.

Wenn eine ernste und akute Gefährdung besteht, können wir auf ärztliche Anordnung jemanden bis zu 24 Stunden bei uns behalten. Ich muss dann entscheiden, ob ich diesen Menschen zu seinem Schutz oder zum Schutz von anderen aufnehme, notfalls auch gegen seinen Willen.

Insbesondere Maßnahmen gegen den Willen von Patienten werden von Anfang an dokumentiert. Wir notieren alles, was wir tun und warum. Wenn wir zum Beispiel einen Menschen länger als 30 Minuten fixieren müssen, wird sofort eine Mitteilung mit der Bitte um Genehmigung ans Amtsgericht geschickt. Der Patient wird kontinuierlich vom Pflegepersonal beaufsichtigt, kein fixierter Patient wird alleingelassen.

Ab 06:00 Uhr morgens sind die diensthabenden Richter telefonisch erreichbar und werden dann umgehend persönlich über alle freiheitsentziehenden Maßnahmen informiert. /

Alla Troppmann

43, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, arbeitet seit 2011 im Zentrum für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt, seit 2021 ist sie dort Oberärztin. Sie hat viele Jahre Bereitschaftsdienste übernommen.

/ Roland Schrodt***Richter im Landgerichtsbezirk Ingolstadt***

Das Ziel ist, die Menschen zu schützen und davon abzuhalten, sich oder andere zu gefährden. Viele Patienten können schon von den Ärzten und Pflegekräften davon überzeugt werden, erst einmal in der Klinik zu bleiben und sich helfen zu lassen. Gelingt das nicht, wird eine richterliche Entscheidung nötig.

Meine Aufgabe ist es dann, die Sachlage und die jeweiligen Interessen schnell zu verstehen und umfassend abzuwägen. Die Freiheitsrechte der Patienten und ihr Recht auf Selbstbestimmung sind ein hohes Gut. Als Richter muss ich diese Rechte gegen die Freiheits- oder Sicherheitsrechte der anderen und die Gefahr für den Betroffenen abwägen.

Ich erinnere mich zum Beispiel an den fachlich und menschlich sehr schwierigen Fall einer Schwangeren im siebten Monat, die immer wieder mit dem Bauch voran gegen eine Wand lief. Da geht es nicht mehr nur um ihr Leben, sondern auch um das des ungeborenen Kindes.

Oder an einen manisch-depressiven jungen Mann, der in guten Zeiten sein Leben durchaus unter Kontrolle hat. Er hat aber immer wieder manische Phasen. Einmal wurde er nach einem Unfall mit Halswirbelbruch eingeliefert. Er musste schnellstens operiert werden, hat die Behandlung aber verweigert. Ich habe der OP, nach Einholung der erforderlichen ärztlichen Stellungnahmen und der Anhörung, dann schnell zugestimmt. Es hat geholfen, dass ich ihn schon kannte und wusste, dass er nach Abklingen der Manie dankbar sein würde für die Hilfe. Glücklicherweise war das auch so.

Zwangsbehandlungen als Eilmaßnahmen im Bereitschaftsdienst gegen den Willen des Patienten sind sehr selten. In unserem Gerichtsbezirk kommt das vielleicht drei- bis fünfmal im Jahr vor. Im Regelbetrieb ist das weitaus häufiger, wird dann aber meist nicht als Eilmaßnahme, sondern erst nach Einholung eines ausführlichen Sachverständigengutachtens entschieden.

Amtsrichter Roland Schrodt

52, arbeitet seit zehn Jahren als Betreuungsrichter am Amtsgericht Ingolstadt. Er übernimmt im Jahr, wie seine Kollegen auch, etwa sieben Bereitschaftsdienste. Ein Dienst dauert 15 Stunden, von 06:00 bis 21:00 Uhr.

Fünf-Punkt-Fixierungen kommen häufiger vor. Sie sind einer der Hauptanlässe für die Behandler vor Ort, den Bereitschaftsdienst hinzuzuziehen.

Bei solch erheblichen Eingriffen müssen wir innerhalb von 30 Minuten informiert werden, meist auch schriftlich. Es bleibt oft nicht bei einer einzelnen Anhörung. Wenn im Verlauf der Behandlung erneut wichtige Entscheidungen anstehen, zum Beispiel über eine längere Unterbringung, dann kommen wir auch mehrfach.

Es ist gut, dass wir die Rechte der Menschen in jedem Fall ernst nehmen. Wir prüfen, ob die Voraussetzungen einer Unterbringung oder Fixierung gegeben sind und erlassen danach einen Beschluss.

Bei manchen Menschen sieht man leider kein Licht am Ende des Tunnels, da kommen unsere Hilfesysteme an ihre Grenzen. Ich habe aber eine Vielzahl von Menschen erlebt, denen durch eine schnelle und ausreichende Behandlung wieder ein menschenwürdiges Leben möglich war. /



Eine komplexe Gemengelage

Ethik, Recht und schwere psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben für die Betroffenen erhebliche Folgen. Eine besonders gravierende kann die vorübergehende oder dauerhafte Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit und damit der Autonomie sein. Solche Einschränkungen engen den Handlungsspielraum der betroffenen Menschen ein. Sie sind dann rechtlich und ethisch besonders bedeutsam, wenn Personen sich selbst oder Dritte gefährden. In solchen Situationen kann ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, seinem Wohl und dem anderer entstehen, der für Recht und Medizinethik im Versorgungsalltag eine große Herausforderung darstellt.

Folgen psychischer Erkrankungen

Jedes Jahr sind etwa 27,8 % der Erwachsenen, d.h. rund 17,8 Millionen Menschen in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen [1, 2]. Die häufigsten Erkrankungen sind Angststörungen (15,4 %), affektive Störungen (9,8 %) und Störungen durch Alkohol- und Medikamentenkonsum (5,7 %) [1, 2]. Nur 18,9 % der von psychischen Erkrankungen Betroffenen suchen Hilfe bei Leistungsanbietern der Gesundheitsversorgung [3].

Psychische Erkrankungen wirken sich auf das Denken und Handeln, Fühlen und Wahrnehmen und zum Teil auch das Gedächtnis der Betroffenen aus. In schweren Fällen kann es vorkommen, dass erkrankte Menschen nicht mehr in der Lage sind, das eigene Handeln vollständig bewusst zu steuern oder freie Entscheidungen zu treffen. In diesen Fällen spricht man von eingeschränkter Steuerungs- bzw. Einwilligungs- oder Selbstbestimmungsfähigkeit. Der in einer solchen Situation durch Worte oder Taten ausgedrückte Wille (die Rechtsprechung verwendet den Begriff „natürlicher Wille“) entspricht dann nicht den eigentlichen Werten und Präferenzen des Patienten, sondern ist Ausdruck der Beeinflussung und Veränderung durch die Erkrankung. Das kann nicht nur weitreichende Folgen für das Wohlergehen der betroffenen Menschen haben, sondern auch für das persönliche und soziale Umfeld.

Als Symptome psychischer Erkrankungen können Selbstverletzungen oder auch Suizidalität auftreten. Eine psychische Erkrankung kann so viel seelisches Leid verursachen, die Wahrnehmung und Zukunftsperspektiven betroffener Menschen so sehr einengen, dass Betroffene keinen anderen Ausweg sehen als den Suizid. 9.206 Personen nahmen sich 2020 in Deutschland das Leben [4], bis zu 90 % der Suizide treten in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung auf [5]. Schätzungen zufolge unternehmen jährlich mehr als 100.000 Menschen einen Suizidversuch [6]. Aber nicht nur Suizidalität gefährdet Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie sind auch häufiger von Unfällen im Straßenverkehr betroffen oder lehnen lebenswichtige Behandlungen oder Operationen ab [7, 8].

Psychische Erkrankungen können die Selbstbestimmungsfähigkeit einschränken.

Mitunter können Menschen mit psychischen Erkrankungen auch eine Gefahr für andere darstellen. Entgegen mancher Vorurteile sind psychische Erkrankungen aber nicht mit einem generell erhöhten Gewaltisiko verknüpft. Allerdings können insbesondere psychotische Erkrankungen unter bestimmten Bedingungen mit einem erhöhten Risiko für Gewalttaten einhergehen. Risikofaktoren sind z.B. junges Alter, männliches Geschlecht, Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch sowie Gewalterfahrung (als Opfer sowie als Täter) [9–11]. Liegt kein Substanzgebrauch vor und ist der Betroffene in psychiatrischer Behandlung, ist das Gewaltisiko deutlich niedriger [11]. Etwa 8 % der Patienten werden während einer stationären psychiatrischen Behandlung verbal oder tödlich aggressiv gegenüber Dritten [12]. Gewalt und Aggression treten häufiger auf, wenn Menschen nicht freiwillig in Behandlung sind, ebenso ist die Wahrscheinlichkeit bei Patienten mit Wahnvorstellungen geringfügig erhöht. Jedoch kann nicht von einer bestimmten Diagnose auf Gefährlichkeit geschlossen werden. Aggression und Gewalt sind einer Person nicht immanent, sondern entstehen aus der Interaktion heraus – mit den betreuenden Personen, dem persönlichen Umfeld oder auch der Institution [9].

Psychische Erkrankungen sind nicht mit einem generell höheren Gewaltisiko verknüpft.

Patienten haben grundsätzlich das Recht, selbst über ihre Behandlungen zu entscheiden, d.h. bestimmten Behandlungen zuzustimmen oder sie abzulehnen. Im Rahmen von schweren psychischen Erkrankungen kann es jedoch vorkommen, dass der Patient nicht einwilligungs- und selbstbestimmungsfähig ist und darüber hinaus eine Gefahr für sich selbst und/oder andere darstellt. Dies hat komplexe ethische und juristische Konsequenzen für die von Krankheit Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft. In diesen Fällen müssen Freiheits- und Schutzrechte gegeneinander abgewogen werden. Solche Situationen können in allen Bereichen der Medizin auftreten, spielen in der Psychiatrie aber eine besonders große Rolle.

Medizinethische Prinzipien

In der Medizinethik haben sich vier grundlegende ethische Prinzipien etabliert (siehe Abb. 1): Demnach sollen Ärzte das Patientenwohl fördern (Fürsorge), vermeidbare Schäden vom Patienten abwenden (Schadensvermeidung), die Autonomie des Patienten respektieren (Patientenautonomie) und die

Spotlight 1

Amoktaten

Bei Amoktaten oder terroristischen Anschlägen wird häufig die Frage der Schuldfähigkeit diskutiert und über mögliche psychische Erkrankungen der Täter spekuliert. Tatsächlich waren 75 % der Täter von Amokläufen zwischen 1990 und 2009 in Deutschland im Laufe ihres Lebens psychisch erkrankt, 30 % standen zur Tatzeit unter Alkohol- oder Drogeneinfluss [13]. Häufig ist die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Tat aber nicht eingeschränkt und oft erklärt eine gleichzeitig bestehende psychische Erkrankung weder die Tat noch mindert sie automatisch die Schuldfähigkeit [9]. Mutmaßungen und Berichterstattung über das generelle Gewaltisiko bei psychisch erkrankten Menschen tragen maßgeblich zu deren Stigmatisierung bei [11].

Stehen ethische Prinzipien im Konflikt zueinander, müssen diese sorgfältig abgewogen werden.

verfügbaren Ressourcen fair und angemessen einsetzen (Gerechtigkeit) [14]. Nicht immer stehen diese Prinzipien im Einklang miteinander, dann muss eine sorgfältige Abwägung erfolgen. Wenn eine Patientin mit akuter Blinddarmentzündung eine lebensrettende Behandlung ablehnt, da sie an einem Vergiftungswahn leidet, der ihre Selbstbestimmungsfähigkeit einschränkt, geraten die Prinzipien der Patientenautonomie und der Fürsorgepflicht in Konflikt. In solchen Fällen gebietet es die Fürsorgepflicht des Arztes, nicht dem (krankheitsbedingt veränderten) „natürlichen“ Willen, sondern dem mutmaßlichen Willen der Patientin zu folgen und zu klären, ob sie ohne ihre Krankheit in dieser Situation eine Behandlung gewollt hätte. In der rechtlichen Abwägung einer Behandlungsentscheidung ist die sogenannte „Erheblichkeit der drohenden Gesundheitsgefahr“ ausschlaggebend: Der Nutzen einer etwaigen Zwangsmaßnahme oder -behandlung muss die Risiken deutlich überwiegen.

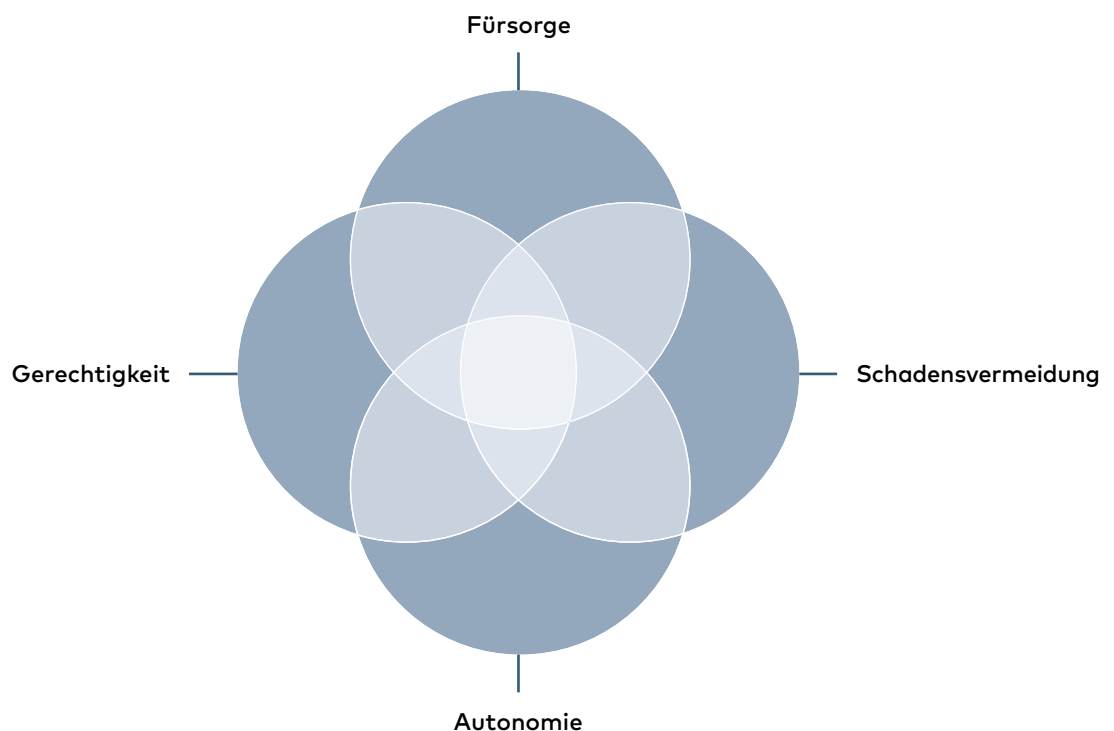


Abbildung 1: Medizinethische Prinzipien

Rechtsgrundlagen

Um der komplexen Güterabwägung in Fällen von Einwilligungsunfähigkeit bei Selbst- oder Fremdgefährdung gerecht zu werden, hat der Gesetzgeber entsprechende rechtliche Regelungen erlassen. Die Rechtsprechung der obersten Gerichte hat in den letzten Jahrzehnten immer wieder zu Anpassungen der Gesetze zu Freiheitsentziehung und Zwangsbehandlungen geführt, in aller Regel in Richtung einer stärkeren Betonung des Selbstbestimmungsrechts. Zudem hat sich Deutschland auf völkerrechtlicher Ebene seit 2009 zur Beachtung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verpflichtet. Diese fordert volle Menschen- und Grundrechte für Menschen mit Behinderungen und hat einen beträchtlichen Einfluss auf Rechtsprechung und Gesetzgebung (siehe auch DGPPN-Dossier *Psychische Erkrankungen in Deutschland: Trialogische Perspektiven*). Die folgenden Rechtsgrundlagen sind im besonderen Maße relevant:

Die Rechtsprechung hat das Selbstbestimmungsrecht über die letzten Jahre immer stärker betont.

Das Patientenrechtegesetz definiert u. a. das informierte Einverständnis des Patienten nach umfassender und rechtzeitiger Aufklärung als grundlegende Legitimation medizinischer Behandlungen. Es stärkt zudem den Einbezug von Patienten in das Behandlungsgeschehen.

Das Betreuungsrecht ist Bestandteil des Bürgerlichen Gesetzbuchs und dient dem Schutz und der Unterstützung erwachsener Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung bzw. Krankheit ihre Angelegenheiten (ganz oder teilweise) nicht selbst regeln können und deshalb einen rechtlichen Betreuer erhalten. Auf Veranlassung des jeweiligen Betreuers kann das Betreuungsgericht die Einweisung eines Menschen, dessen Selbstbestimmungsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung eingeschränkt ist und der sich aufgrund dessen selbst gefährdet, in eine psychiatrische Klinik genehmigen – dies wird „Unterbringung“ genannt. Auch eine Zwangsbehandlung zur Abwehr einer Gesundheitsgefährdung kann nach Prüfung in einem gesonderten Verfahren mit umfangreicher Begutachtung erfolgen. Bei Selbstgefährdung können Menschen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. in geschlossenen Heimen untergebracht werden [15]. Wegen Fremdgefährdung ist eine Unterbringung oder Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht nicht möglich.

Zur Abwehr von akuten Gefahren für psychisch kranke Menschen selbst oder Dritte kann auch das PsychK(H)G des jeweiligen Bundeslandes zur Anwendung kommen. Das entsprechende Unterbringungsverfahren wird im Regelfall durch einen Antrag der kommunalen Behörde oder des sozialpsychiatrischen Diensts an das zuständige Amtsgericht eingeleitet. Dazu gehört auch ein Attest eines psychiatrischen Facharztes. Bei akuter Gefahr kann eine Einweisung durch die Polizei und die gerichtliche Überprüfung nachträglich in der Klinik erfolgen, die Regelungen der Bundesländer sind in dieser Hinsicht jedoch unterschiedlich. Das Betreuungsrecht gilt bundesweit, die Unterbringung nach PsychK(H)G ist hingegen Teil des Landesrechts und wird daher auch oft „Unterbringung nach Landesrecht“ oder „öffentlich-rechtliche Unterbringung“ genannt. Auch während dieser ist, wiederum unter engen rechtlichen Voraussetzungen und mit einem gesonderten Verfahren, eine Zwangsbehandlung möglich. Eine Unterbringungsmaßnahme ist nur solange zulässig, wie die Gefahr besteht.

Im Maßregelvollzugsrecht sind jene Fälle geregelt, in denen psychisch erkrankte Menschen eine Straftat begangen haben, aber dabei aufgrund ihrer Erkrankung unfähig waren, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (die sogenannte Schuldunfähigkeit, § 20 StGB, oder verminderte Schuldfähigkeit, § 21 StGB). Falls von ihnen aufgrund der Erkrankung weiter eine Gefahr ausgeht, können sie in einem psychiatrischen Krankenhaus des Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) oder einer „Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB) untergebracht werden. Diese Unterbringung dient neben der Behandlung der Erkrankung auch der Verhinderung weiterer Straftaten und dem Schutz Dritter.

Recht und Ethik im Versorgungsalltag

Teil des Behandlungsauftrags psychiatrischer Kliniken ist es auch, Patienten und Dritte vor krankheitsbedingten Gefährdungen zu schützen. Im Rahmen dieses Auftrages kommt es auch zu Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen.

2020 wurden in Deutschland 789.670 Patienten vollstationär psychiatrisch oder psychosomatisch behandelt. Die Mehrheit (57 %) kommt als Notfall zur Aufnahme, nur 43 % nach einer regulären ärztlichen Einweisung [18]. Die Fallzahlen haben sich in den letzten 30 Jahren beinahe verdoppelt [19]. Mittlerweile gehen 6 % aller Behandlungsfälle und 19 % aller Belegungs- und Berechnungstage in deutschen Krankenhäusern auf psychische Erkrankungen zurück [20].

Schätzungsweise jeder zehnte Patient in einer psychiatrischen Klinik ist unfreiwillig untergebracht.

Der Anteil der unfreiwillig untergebrachten Patienten in psychiatrischen Kliniken wird auf etwa 10 % geschätzt [21], wobei es hierzu nur wenig verlässliche Daten gibt. Konkrete Zahlen zu Unterbringungen auf Basis des Betreuungsrechts und der PsychK(H)G gibt es für das Bundesgebiet zuletzt aus den Jahren 2015 und 2016. 2015 registrierten die Amtsgerichte 83.418 Unterbringungsverfahren nach den PsychK(H)G der Länder. Es ist nicht bekannt, in wie vielen Fällen eine Unterbringung erfolgte. 2016 wurden auf Basis des Betreuungsrechts 56.048 Unterbringungen veranlasst, wobei nicht bekannt ist, wie viele Menschen hiervon jeweils in psychiatrischen Kliniken oder in Heimeinrichtungen untergebracht wurden [22, 23]. Die Unterbringungszahlen variieren deutlich zwischen den Bundesländern: 2015 waren in Sachsen 2 von 10.000 Einwohnern von einem Unterbringungsverfahren nach dem PsychK(H)G betroffen, während dies in Schleswig-Holstein 26 von 10.000 Einwohnern betraf; untergebracht nach dem BGB waren in Brandenburg 6 von 10.000 Einwohnern gegenüber 26 von 10.000 Einwohnern in Bayern [24]. Die Anzahl der Unterbringungen in Kliniken und Heimen ist über die letzten Jahrzehnte kontinuierlich gestiegen: 2015 gab es knapp 80 % mehr Unterbringungen auf Grundlage des Betreuungsrechts und 45 % mehr Verfahren auf Grundlage der PsychK(H)G als 1998 (eigene Berechnungen).

Zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Behandlungen (z. B. Isolierungen, Fixierung oder Zwangsmedikation von Patienten) gibt es bisher nur aus Baden-Württemberg und aus Stichprobenstudien umfangreiche Daten (siehe Tab. 1) [21, 25].

Spotlight 2

Psychische Gesundheit in Justizvollzugsanstalten

Straftäter, die aufgrund einer psychischen Erkrankung straffällig geworden sind, erhalten im Maßregelvollzug ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungsangebot. Bei Häftlingen in Justizvollzugsanstalten (JVA) lag zum Tatzeitpunkt keine krankheitsbedingte Schuldunfähigkeit vor. Trotzdem leidet ein hoher Anteil der Inhaftierten unter einer oder mehreren psychischen Erkrankungen. Einer Übersichtsarbeit zufolge ist die Prävalenz von Suchterkrankungen, ADHS und psychotischen Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in JVAs deutlich erhöht [16]. Medienberichte sowie Beispiele in den Jahresberichten der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter [17] geben Hinweise darauf, dass die psychiatrische Versorgung in vielen JVAs unzureichend ist. Es fehlen aber verlässliche Daten zur bundesweiten Versorgungslage.

<p>6–8 %</p> <p>Fixierungen: 3,6 % Isolierungen: 3,3 %</p> <p>Fixierungen: 8,6 Stunden Isolierungen: 11,8 Stunden</p> <p>0,8 %</p>	<p>Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten (unter allen Patienten)</p> <p>Häufigste Arten von Zwangsmaßnahmen (unter allen Patienten)</p> <p>Median der kumulierten Dauer von Zwangsmaßnahmen</p> <p>Von Zwangsmedikation betroffene Patienten (unter allen Patienten)</p>
--	---

Tabelle 1: Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in Allgemeinpsychiatrie [21, 25]

Der Verzicht auf eine bestimmte Art von Zwangsmaßnahmen führt, darauf weist eine Reihe von Studien hin, nicht zu einer Abnahme von Zwangsmaßnahmen insgesamt, sondern zu einer Verlagerung hin zu einer anderen Maßnahme. Ein Verzicht auf Fixierungen zog laut Daten aus Großbritannien, den Niederlanden oder der Schweiz mehr Isolierungen nach sich [26]. Wurde weniger isoliert, gab es mehr Zwangsmedikationen [27].

Unterbringungen im Maßregelvollzug

12.343 Menschen waren 2019 nach § 63 oder § 64 StGB in Kliniken des Maßregelvollzugs untergebracht [28]. Dies entspricht 0,06 % der 17,8 Millionen Personen, die jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Insbesondere bei nach § 64 untergebrachten Patienten ist ein starker, kontinuierlicher Anstieg zu beobachten: Die gerichtliche Anordnung von Unterbringungen nach § 64 StGB hat sich zwischen 2007 und 2019 fast verdoppelt. Die Zahl der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten war bis 2018 leicht rückläufig (siehe Abb. 2) [28]. Ab 2019 zeichnet sich allerdings eine Trendwende ab, welche auch durch neuere, noch unveröffentlichte Daten gestützt wird. Auch im Maßregelvollzug fehlt eine einheitliche, bundesweite Erfassung der Unterbringungszahlen, weshalb sich die Zahlen je nach Quelle zum Teil deutlich unterscheiden können [29].

Die Zahl der im Maßregelvollzug Untergebrachten ist in den letzten Jahren stark angestiegen.

Die hohen Patientenzahlen wirken sich auf die Situation in den Kliniken des Maßregelvollzugs aus; diese sind besonders stark von Fachkräftemangel betroffen. In einer noch nicht veröffentlichten Umfrage der DGPPN berichten ca. 70 % der teilnehmenden Einrichtungen eine Überbelegung, die durch die Belegung von Therapie- und/oder Isolationsräumen, zusätzlichen Betten in Patientenzimmern oder Stockbetten kompensiert wird. 60 % bewerten die bestehenden Personalressourcen als nicht ausreichend. Ebenfalls rund 60 % geben an, dass erforderliche Therapieangebote aus finanziellen oder personellen Gründen nicht gemacht werden können. /

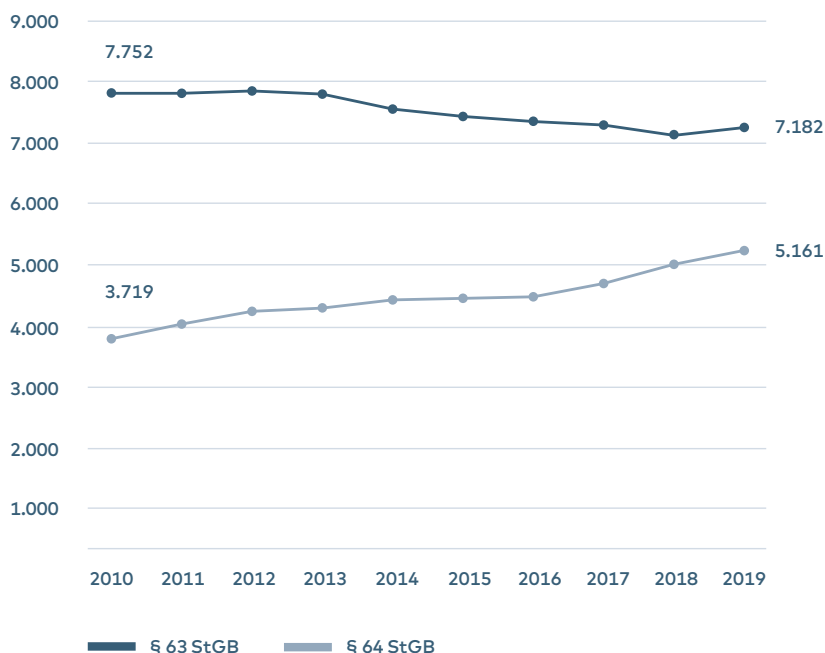


Abbildung 2: Untergebrachte nach §§ 63, 64 StGB seit 2010 [28]

Mehr als zwei Waagschalen



Einerseits, andererseits, jedoch...
In klinischen Ethikberatungen werden Optionen
sorgfältig abgewogen.



/ Max L.
28 Jahre

Ethikkonsil – Oberarzt, Bezugspfleger, Ergotherapeut, behandelnde Psychotherapeutin, Ethikbeauftragte

Hintergrund – Unterbringung mit polizeilicher Einweisung nach PsychKHG auf Hinweis der Mutter. Seit Wochen Rückzug ins Zimmer, kaum Aufnahme von Nahrung, mehrmals kurze Ohnmacht beim Aufstehen, keine Körperpflege, kein Kleidungswechsel, Kommunikation kaum möglich. In der Vergangenheit freiwillige stationäre Behandlung infolge paranoider Symptome, Behandlung unklar, Besserung sei aber erfolgt. Im Anschluss erneute Verschlechterung, Behandlung mit antipsychotischer Zwangsmedikation, Bestellung eines gesetzlichen Betreuers. Auf Station lehnt Herr L. Essen, Wasser und Kontakte sowie Visiten und Untersuchungen ab, isst nur eine Banane täglich. Keine Körperpflege, zuletzt BMI von 15, seitdem andauernder Gewichtsverlust und Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Vergiftungsängste und psychotische Denkinhalte werden vermutet.

Behandlungsoptionen – 1. Antipsychotische Zwangsmedikation mit guten Erfolgsaussichten auf Teil- oder Vollremission: Betreuer rechnet mit Kooperation nach richterlicher Anordnung, keine Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen. 2. Zwangsernährung durch PEG-Sonde: aufgrund der Ablehnung des Patienten

nur in Dauerfixierung sinnvoll, keine zu erwartende Besserung der psychotischen Symptomatik und Ängste, Verbesserung der Ernährungssituation. 3. Unterbringung und Motivationsförderung: bei weiterer Mangelernährung keine guten Erfolgsaussichten, potenziell lebensbedrohliche körperliche Folgen.

Die Fürsorgeperspektive – Die akute körperliche Notlage durch Nahrungsverweigerung ist auf die Psychose zurückzuführen. Eine Medikation würde die psychotischen Symptome und damit die Ernährungssituation verbessern. Zwangsernährung stellt einen erheblich größeren, nicht akzeptablen Eingriff in die Autonomie des Patienten dar; eine Besserung der Psychose kann damit nicht erreicht werden. Die reine Unterbringung birgt enorme gesundheitliche Risiken.

Die Selbstbestimmungsperspektive – Herr L. ist aktuell krankheitsbedingt nicht selbstbestimmungsfähig. Er lehnt eine medikamentöse Behandlung ab, ebenso die Nahrungsaufnahme. In der Vergangenheit hat er laut Aussage der Eltern nach Besserung der Symptomatik seine Zustimmung zu einer medikamentösen Behandlung gegeben. Sie sind sicher, er würde, wäre er gesund, eine Medikation befürworten, um sich besser zu fühlen und eigenständiger leben zu können.

Die Perspektive Dritter – Die Eltern sorgen sich um den Zustand ihres Sohns, die Behandelnden fühlen sich in der Verantwortung, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufzuhalten. Es gibt keine Verpflichtungen gegenüber Dritten, die dafür sprechen abzuwarten.

Synthese und Empfehlung – Fürsorgeperspektive und Perspektive Dritter stimmen in diesem Fall überein. Die Selbstbestimmungsperspektive dagegen steht aktuell im Widerspruch zur Perspektive Dritter, der mutmaßliche Wille des Patienten in selbstbestimmungsfähigem Zustand nicht.

Nach Abwägung der verschiedenen Perspektiven sowie dem zu erwartenden Nutzen der jeweiligen Behandlung und dem Grad des Eingriffs in die Autonomie des Patienten, empfiehlt das Gremium einstimmig die Zwangsmedikation. Es ist eine deutliche Besserung der psychotischen Symptome und in Folge eine Besserung des körperlichen Zustands zu erwarten.

Ausgang – Die Zwangsmedikation wurde richterlich genehmigt und ärztlich ohne Anwendung unmittelbaren Zwangs umgesetzt. Mittlerweile nimmt Herr L. die Medikation freiwillig, er partizipiert an Therapien und Belastungserprobungen. Er hat erheblich zugenommen und isst „normal“.

/ Kathrin F.
41 Jahre

Ethikkommission – Oberärztin, Bezugspflegerin, Pfleger, Psychologin, Psychologin, Ethikbeauftragte

Hintergrund – Polizeiliche Einweisung und Unterbringung nach Betreuungsrecht wegen Eigengefährdung. Erhebliche Verwahrlosung, Mischzustand einer bipolaren Störung bzw. Residualzustand einer affektiven Psychose. Erkrankung seit dem Jugendalter, in der Vergangenheit vielfache stationäre psychiatrische Aufenthalte, eine Unterbringung inklusive antipsychotischer Zwangsmedikation, verschiedene gesetzliche Betreuer. Wohnt allein im Haus der verstorbenen Eltern. Verlässt das Haus nicht, ernährt sich teils von verdorbenen Lebensmitteln, trägt seit Jahren die gleiche zerrissene Kleidung, keine Körperpflege. Im Haus finden sich überall Müllsäcke, Mäusekot und dreckiges Geschirr. Patientin ist nach dauerhafter Mangelernährung abgemagert, lehnt Medikation ab und setzt zwangsverabreichte Medikamente stets bei nächster Gelegenheit ab. Im Vorfeld der Unterbringung lehnte sie Gespräche mit der Betreuerin ab, floh beim Versuch, sie zum Arzt zu bringen. Auf Station verhält sie sich zurückgezogen, führt Selbstgespräche, ist misstrauisch, verängstigt, nicht aggressiv.

Behandlungsoptionen – 1. Zwangsmedikation, im Anschluss evtl. stationäre Soziotherapie: keine vollständige Remission, aber Abnahme psychotischer Symptomatik und damit verbundener Ängste sind zu erwarten, dadurch bessere soziale Integration und stationäre Soziotherapie möglich. Kooperation der Patientin für Medikamenteneinnahme wird erwartet, Integration in der Einrichtung ist fraglich. 2. Weitere Motivationsversuche zur freiwilligen Einnahme, spätere Unterbringung in beschützter Einrichtung: freiwillige Medikation nach jahrelanger Ablehnung sehr unwahrscheinlich, Unterbringung in beschützter Einrichtung könnte Mangelernährung verhindern. Zuletzt kein phasenhafter Verlauf ihres Befindens, daher ist keine Änderung von Zustand oder Einstellung zu erwarten.

Die Fürsorgeperspektive – Behandlungsteam und gesetzliche Betreuerin sprechen sich wegen der Hoffnung auf Besserung zunächst für eine Zwangsmedikation aus. Die bisherige Entwicklung der Symptomatik der Patientin lässt allerdings vermuten, dass mit einer vollständigen Remission nicht zu rechnen ist.

Die Selbstbestimmungsperspektive – Frau F. wird im Ethikkommission befragt. Sie lehnt die Medikation ab, findet, Medikamente machten „alles nur schlimmer“. Den Aufenthalt in einer beschützten oder soziotherapeutischen Einrichtung vergleicht sie mit einem Gefängnisarrest. Sie möchte nach Hause. Ihre Einwilligungsfähigkeit wird vom Team als krankheitsbedingt nicht gegeben eingeschätzt. Frau F. zeigt nur eine geringe Krankheits- und keine Behandlungseinsicht.

Die Perspektive Dritter – Frau F. ist nicht aggressiv, sie lebt für sich und fällt niemandem zur Last. Es gibt keine Verpflichtung gegenüber Dritten, die eine Zwangsmedikation rechtfertigt.

Synthese und Empfehlung – Da durch eine Zwangsmedikation nur eine begrenzte Besserung zu erwarten ist, ist der Nutzen gering, der Eingriff in die Autonomie der Patientin aber hoch. Frau F.s klare Haltung und ihre jahrelange Ablehnung der antipsychotischen Medikation sind ernst zu nehmen. Das Ethikkommission empfiehlt deshalb, keine Zwangsmedikation durchzuführen.

Ausgang – Der bestehende Unterbringungsbeschluss wurde nicht verlängert. Es wurde betreutes Einzelwohnen beantragt, Frau F. wurde in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Es gab keine Hinweise auf eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Ein gemeinsamer Hausbesuch zeigte, dass die Lebensumstände insgesamt akzeptabel waren.

Ein Weg mit vielen Etappen

Instrumente zur Wahrung von Menschen- und Patientenrechten

Um Gewalt und Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung weitestmöglich zu vermeiden, wurde eine Vielzahl von Maßnahmen entwickelt (siehe Abb. 3). Es lassen sich patienten-, struktur- und transparenzorientierte Maßnahmen unterscheiden, die sich gegenseitig verstärken. Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ trägt auf der Basis aktueller empirischer Evidenzen oder Expertenmeinungen entsprechende Empfehlungen zusammen [30]. Der Katalog der Maßnahmen ist nicht abgeschlossen, da es sich um einen kontinuierlichen Prozess handelt.



Abbildung 3: Maßnahmen zur Zwangsvermeidung (Auswahl)

Aufklärung und Einwilligung

Die informierte Einwilligung in die Behandlung (*Informed Consent*) basiert auf einer partizipativ gestalteten Aufklärung und setzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten voraus. Medizinische Eingriffe ohne Einwilligung stellen den Straftatbestand der Körperverletzung dar. Dies ist nicht nur im Strafrecht, sondern auch in der ärztlichen Berufsordnung festgehalten. Voraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung ist, dass der Patient über das Ziel, den Nutzen und mögliche Risiken aufgeklärt wird und diese für ihn verständlich ist. Außerdem muss der Patient einwilligungsfähig sein und frei, d.h. ohne Druck von Dritten, entscheiden [31].

Üblicherweise beurteilt ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten auf Basis des persönlichen Eindrucks und klinischer Erfahrung. Darüber hinaus wurden auch standardisierte Testinstrumente zur besseren Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit entwickelt, beispielsweise der *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment* (MacCAT-T) [31]. Hierbei handelt es sich um ein 30-minütiges semistrukturiertes Interview zur Beurteilung des Informationsverständnisses, des Urteilsvermögens, der Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie der Fähigkeit zum Treffen und Kommunizieren einer Entscheidung.

Patientenverfügungen

Patienten können ihre Behandlungswünsche für Situationen, in denen sie nicht einwilligungsfähig sind im Voraus schriftlich festhalten. Patientenverfügungen sind grundsätzlich bindend. Sie beziehen sich auf bestimmte, zukünftige Untersuchungen oder Behandlungen, denen zugestimmt wird oder die untersagt werden [32]. Die Ablehnung bestimmter Behandlungsmethoden ist auch dann zu beachten, wenn die Unterlassung der Maßnahmen aus ärztlicher Sicht dem Patienten schadet und dem Fürsorgeprinzip widerspricht.

Die Einwilligung in eine Behandlung setzt ärztliche Aufklärung und Einwilligungsfähigkeit auf Patientenseite voraus.

Spotlight 3

Gültigkeit von Patientenverfügungen

Damit eine Patientenverfügung gültig ist, muss sie im einwilligungsfähigen Zustand und im Bewusstsein über ihre Reichweite verfasst worden sein und es muss beschrieben sein, in welcher Behandlungssituation sie gelten soll und in welche Maßnahmen dabei eingewilligt oder welche abgelehnt werden. Eine psychische Erkrankung zum Zeitpunkt der Erstellung einer Verfügung bedeutet nicht grundsätzlich, dass die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben ist. Es kann jedoch Anlass sein, diese Frage genauer zu prüfen. Laut Bundesverfassungsgericht können Patienten in einer wirksamen Patientenverfügung auch Zwangsbehandlungen untersagen, allerdings nur so weit, wie ihr eigener Schutz und nicht die Rechte von anderen betroffen sind. Dient eine Zwangsmaßnahme dem Schutz Dritter, kann ein Patient dies nicht rechtswirksam ablehnen [33].

Willigen Patienten mittels einer Verfügung in eine bestimmte Behandlung ein, darf und muss der Arzt sie aber nur dann umsetzen, wenn hierfür auch eine Indikation besteht. Die DGPPN hat jüngst eine Handreichung zum Umgang mit Patientenverfügungen veröffentlicht, welche online bereitsteht.

Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne

Behandlungsvereinbarungen sind schriftliche, vertragsähnliche Absprachen zwischen dem behandelnden Arzt und seinen Patienten über die Modalitäten einer künftigen Behandlung. Sie stärken das Vertrauen der Patienten in Klinik und Behandlung [34]. Behandlungsvereinbarungen können z. B. festhalten, auf welcher Station ein Patient aufgenommen wird, welche Medikamente verwendet werden sollen und welche nicht gewünscht sind, welche Informationen an Angehörige weitergegeben werden dürfen oder welche deeskalierenden Maßnahmen angewendet werden sollen. Wenn keine akute Fremdgefährdung besteht, können auch bestimmte Behandlungen abgelehnt werden.

Krisenpläne oder -karten haben das Ziel, zukünftige Klinikeinweisungen zu vermeiden oder sie bestmöglich zu gestalten. Patient und Behandler erstellen in der Nachbearbeitung vergangener Krisen gemeinsam Listen individueller Frühwarnzeichen einer psychischen Krise, z. B. negative Gedanken oder körperliche Symptome, und halten Behandlungswünsche oder Bewältigungsstrategien schriftlich fest. Sie können Handlungsmöglichkeiten des Patienten zur Selbsthilfe beinhalten, aber auch Angaben zu aktueller Medikation und Kontaktpersonen oder Institutionen, die im Krisenfall angerufen werden können [35].

Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne eignen sich besonders für Personen, deren Urteils- und Kommunikationsfähigkeit und dementsprechend auch Einwilligungsfähigkeit von schweren psychischen Krisen beeinträchtigt sein kann und die bereits von Zwangsmaßnahmen betroffen waren.

Nachbesprechung

Nach der Durchführung von Zwangsmaßnahmen sind Nachbesprechungen sowohl mit den betroffenen Patienten als auch innerhalb des Behandlungsteams hilfreich und notwendig, um das Geschehene einzuordnen und Traumatisierungen vorzubeugen [36–38]. Die Ergebnisse der Nachbesprechungen können in Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne einfließen [39].

Architektur und Stationsorganisation

Eine moderne räumliche Gestaltung psychiatrischer Stationen kann nachweislich zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beitragen (siehe Tab. 2) [40–42]. Generell gilt es, die Bewegungsfreiheit der Patienten möglichst wenig einzuschränken und möglichst wenig Restriktionen anzuwenden. Sogenannte „weiche Zimmer“, die freiwillig zur Abschirmung von (sensorischen) Reizen aufgesucht werden können und mit positiven, beruhigenden Reizen wie schweren Decken, Aroma-Ölen und angenehmer Musik ausgestattet sind, können zusätzlich unterstützen [43, 44]. Geschultes Personal sollte die Patienten in der Nutzung anleiten und betreuen. Auch die Vermeidung von Überbelegung trägt zur Reduktion von Gewalt und Zwang bei [45, 46].

Schaffen von Rückzugsmöglichkeiten

- Einzelzimmer mit eigenem Bad
- Gemeinschaftsräume mit bewegbaren Sitzmöbeln und Abstandmöglichkeit
- Design zur Förderung sozialer Distanz

Reduktion von Reizüberflutung

- Geräuschreduktion
- Kontrollierbarkeit der Umgebung (z.B. selbstständig steuerbare Einstellung des Lichts)

Stressreduzierende positive Distraktoren

- Zugang und Fenster zu Grünflächen
- Naturkunst
- Tageslicht

Übersichtlichkeit

- Sichtbarkeit der Gemeinschaftsräume und Zimmertüren vom Dienstzimmer aus

Tabelle 2: Architektonische Maßnahmen zur Reduktion von Aggressivität [42]**Qualifizierung und Deeskalation**

Deeskalierende Maßnahmen beginnen schon bei der Aufnahme in die Klinik. Besonders für unfreiwillig aufgenommene Menschen ist es sehr wichtig, dass sie freundlich in Empfang genommen werden. Wenn die eingewiesene Person einwilligt, hilft es auch, Angehörige frühzeitig einzubeziehen. Mitarbeiterschulungen zur Deeskalation und zum Umgang mit aggressivem Verhalten mit entsprechenden körperlichen Techniken sind standardmäßig Teil aktueller Fort- und Weiterbildungsprogramme. In diesen Schulungen wird z.B. vermittelt, wie man Frühwarnzeichen von aggressiven Eskalationen erkennt, wie frühzeitig interveniert und verbal deeskaliert werden kann. Aktives Zuhören, eine wertschätzende Haltung, Bewahren von Ruhe und das Schaffen von Sicherheit spielen dabei eine große Rolle [47, 48].

Strukturierte Risikoeinschätzung

Anhand standardisierter Checklisten wird die von einem Patienten ausgehende Gefahr für sich selbst bzw. für seine Umgebung eingeschätzt. Darauf aufbauend können konkrete Schutzmaßnahmen abgeleitet werden. Meist nehmen pflegerische Fachkräfte die Einschätzung vor, idealerweise möglichst früh im Behandlungsprozess, mitunter auch direkt bei der Aufnahme [49]. Der Einsatz von Instrumenten der Strukturierten Risikoeinschätzung kann Gewaltereignisse und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen signifikant reduzieren [50].

Klinische Ethikberatung

Klinische Ethikberatungen oder Ethikkomitees werden in psychiatrischen Kliniken bei ethisch schwierigen Entscheidungssituationen zur Unterstützung des behandelnden Fachpersonals, der Patienten und Angehörigen eingesetzt [51]. Sie sind in der Regel interdisziplinär besetzt und sollen bei ethischen Konflikten dafür sorgen, dass Menschenwürde, Autonomie, Fürsorge und Vertrauen im Rahmen der Behandlungen gewahrt werden [52]. Sie bieten strukturierte Entscheidungshilfen und Weiterbildungsangebote, um für ethische Themen zu sensibilisieren oder mehr Sicherheit bei der Umsetzung von Patientenverfügungen zu schaffen. Ein wichtiges Aufgabenfeld der Gremien ist die Besprechung von Behandlungsfällen, in denen ethische Konflikte vorliegen: wenn entschieden werden muss, ob eine Behandlung gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden soll, um Einigkeit über unterschiedliche Einschätzungen über das richtige Vorgehen zu erzielen oder um persönliche ethische Konflikte von Teammitgliedern zu erörtern.

Möglichst frühzeitig sollte eine strukturierte Risikoeinschätzung erfolgen.

Mehr als die Hälfte der psychiatrischen Kliniken hat Ethikkomitees etabliert.

In den Beratungen können konfligierende medizinethische Behandlungsprinzipien abgewogen werden, um über das Vorgehen und auch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu entscheiden oder diese nachzubesprechen [53].

57 % der Kliniken verfügen laut einer 2020 durchgeführten Umfrage über eine klinische Ethikberatung, bei weiteren 13 % war diese in Planung oder in der Diskussion [53]. Die Teams bestanden durchschnittlich aus zehn Mitgliedern, am häufigsten war ärztliches oder Pflegepersonal vertreten, weniger häufig waren sozialpädagogische oder psychologische Fachkräfte Teil der Gremien.

Strukturierte Programme

Komplexe, strukturierte Programme bündeln verschiedene Einzelmaßnahmen, die auf unterschiedlichen Ebenen innerhalb der Klinik ansetzen. Ein Programm kann beispielsweise gleichermaßen Transparenz, Fort- und Weiterbildung, Risikofrüherkennung, Dialog sowie Nachbesprechungen adressieren. Beispiele für strukturierte Programme sind die *Six Core Strategies*, das Programm *Safewards*, das *Engagement Model* oder das *Weddinger Modell*.

Besuchskommissionen, Patientenfürsprecher, Beschwerdemanagement

In allen PsychK(H)G sind externe Besuchskommissionen vorgesehen, die regelmäßig und meist unangekündigt psychiatrische Versorgungseinrichtungen besuchen und die Qualität der Behandlung beurteilen. Besonderes Augenmerk gilt der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, deren Durchführung und Dokumentation. Besuchskommissionen sind multiprofessionell besetzt: Neben Ärzten sind in der Regel Betreuungsrichter, Vertreter von Angehörigen- und Betroffenenverbänden und Mitarbeitende der örtlichen Gesundheitsbehörden Teil der Kommissionen.

Auch die *Nationale Stelle zur Verhütung von Folter* sucht regelmäßig zufällig ausgewählte Orte der Freiheitsentziehung auf, darunter auch Psychiatrien und Kliniken des Maßregelvollzugs. Sie unterbreitet Verbesserungsvorschläge, publiziert öffentlich zugängliche Berichte und macht so auf Missstände aufmerksam.

Patientenfürsprecher werden in der Regel von der für das Versorgungsgebiet zuständigen Ordnungsbehörde ernannt und können alle Bereiche eines Krankenhauses aufsuchen. Sie bieten Präsenz- und Sprechzeiten an, um Patienten und Angehörige zu beraten und bei eventuellen Konflikten zu vermitteln. Patientenfürsprecher sind nicht in allen Bundesländern gesetzlich verankert.

Darüber hinaus gibt es in einigen Bundesländern gesetzlich verankert unabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen, die trägerübergreifend für eine bestimmte Region zuständig sind. Sie beraten und begleiten Patienten und Angehörige, vermitteln Informationen und befassen sich mit Beschwerden.

Monitoring

Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen muss mit hoher Transparenz erfolgen und dokumentiert werden. Die Dokumentation dient der internen und externen Qualitätssicherung [54] und garantiert die Möglichkeit, die Maßnahmen gegebenenfalls im Nachhinein gerichtlich zu prüfen. Nicht zuletzt ermöglicht die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen die Sammlung relevanter Daten, damit kontinuierlich an zwangsvermeidenden Strategien gearbeitet werden kann. Folgende Aspekte sollten in der Dokumentation erfasst werden:

- Aggressive Übergriffe
- Anlass der freiheitseinschränkende Maßnahme
- Vorherige Deeskalationsversuche
- Rechtsgrundlage
- Art und Dauer der Maßnahme
- Nachbesprechung

In einigen Bundesländern enthalten die PsychK(H)G zwar Regelungen zur Dokumentation, bisher fehlt jedoch eine Institution, die Daten bundesweit sammelt, auswertet und in geeigneter Form veröffentlicht. Aus manchen Bundesländern liegen überhaupt keine öffentlich einsehbaren aktuellen Zahlen vor. Die bislang umfangreichsten, öffentlich zugänglichen Daten zur Anwendung von Zwang in der Psychiatrie liefert die Ombudsstelle in Baden-Württemberg [55]. Auch in anderen Bundesländern werden in regelmäßigen Abständen Psychiatrieberichte veröffentlicht, sie enthalten jedoch nicht immer auch Zahlen zu Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen.

Die Monitoring-Stelle des *Deutschen Instituts für Menschenrechte* prüft die Einhaltung der Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Der Staatenbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales berichtet in festen Zyklen über den Stand der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland. Zudem prüft der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der UN, ob Probleme bei der Umsetzung der UN-BRK in den einzelnen Staaten zu monieren sind und macht Vorschläge zur Behebung.

Noch in der Erarbeitungsphase befindet sich das *Mental Health Surveillance* des Robert Koch-Instituts. Geplant ist, hier auch Zwangsmaßnahmen zu erfassen.

Die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen trägt zu Transparenz und Weiterentwicklung bei.

Sicherheit im Klinikalltag

|

Dorothea Sauter und Michael Löhr
sorgen mithilfe strukturierter Programme dafür,
dass heikle Situationen nicht
zwangsläufig eskalieren.

/ **Dorothea Sauter**
*Beraterin für Implementierung der
PreVCo-Studie*

Worum geht es bei der Studie (PreVCo: Prevention of Violence and Coercion)?

2018 wurde die Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ veröffentlicht. Um sie auf psychiatrischen Stationen umzusetzen und diese Umsetzung auch messbar zu machen, wurde als Implementierungshilfe ein Zwölf-Punkte-Programm entwickelt, das jetzt, finanziert durch Mittel des Innovationsfonds des G-BA, mit dieser Studie auf seine Wirksamkeit hin untersucht wird. Dafür mussten von der Forschungsgruppe zunächst klare Kriterien definiert und Abläufe standardisiert werden – eine wissenschaftliche Herausforderung, die einerseits die jeweiligen Verhältnisse der Stationen berücksichtigen muss, aber andererseits auch übergreifend fass- und messbare Ergebnisse liefern soll.

Können Sie die zwölf Punkte kurz erläutern?

Das Programm beschreibt zwölf Strategien, die es dem Stationsteam ermöglichen, mit dem Thema „Aggression und Zwang“ der Leitlinie entsprechend umzugehen. Es benennt Abläufe und Kooperationen, die auf den Stationen berufsgruppenübergreifend umzusetzen sind, sowie Strategien, die helfen, Risiken für Aggressionen früh zu erfassen, Krisen zu deeskalieren und eine leitliniengerechte Pharmakotherapie zu realisieren.

Behandlungsvereinbarungen, die Kooperation mit Geneungsbegleitern und auch eine gezielte Gestaltung der Räumlichkeiten sollen die Zusammenarbeit mit den Patienten verbessern und so letztendlich Zwangsmaßnahmen verhindern. Auch die Implementierung

komplexer Interventionen wie *Safewards* oder das sogenannte *Weddinger Modell* gehören zu den Strategien. Für doch noch erforderliche Zwangsmaßnahmen werden Abläufe festgelegt, die sicherstellen, dass die Maßnahmen gut durchgeführt, systematisch dokumentiert und nachbesprochen werden.

Die zwölf Punkte wurden von der Forschungsgruppe sehr klug und mit viel Umsicht und Wissen um die Situation der Erkrankten und der Beschäftigten aufgesetzt. Da steckt enorme praktische und wissenschaftliche Expertise drin.

Wie soll die Wirksamkeit der zwölf Punkte beurteilt werden?

Die Maßnahmen wurden auf insgesamt 55 psychiatrischen Stationen umgesetzt, auf denen unfreiwillig behandelte Patienten versorgt werden. Um die Effekte der Maßnahmen zu untersuchen, wurden sie zunächst auf der Hälfte der beteiligten Stationen eingeführt, die andere Hälfte diente als sogenannte Wartekontrollgruppe; sie führte die Strategien erst ein Jahr später ein. Dann wurde gemessen, ob Zwangsmaßnahmen und aggressive Übergriffe reduziert werden konnten. Außerdem soll identifiziert werden, welche der zwölf Maßnahmen von den Teams bevorzugt umgesetzt werden und welche besonders wirkungsvoll sind.

Die Forschungsgruppe hat zudem ein neues Instrument entwickelt: das *PreVCo-Rating*. Hier sind konkrete Kriterien formuliert, anhand derer man einschätzen kann, wie gut die zwölf Punkte bereits umgesetzt werden.



Dadurch erkennt ein Team, wie „leitlinienreu“ es bereits arbeitet und an welchen Stellen noch Handlungsbedarf besteht. Wir haben das als sehr impulsgebend erlebt. Durch Wiederholung des Ratings sieht das Team außerdem, wie es sich verbessert hat.

Wie ist es bisher gelaufen?

Die Stationsteams waren sehr engagiert bei der Sache und haben zumeist einen großen Veränderungswillen gezeigt. Wir hatten in der Regel eine sehr schöne Zusammenarbeit. Viele Studienteilnehmer haben sich für den Input und den Support bedankt.

Noch sind die Auswertungen nicht abgeschlossen, aber wir wissen, dass die meisten Teams jetzt mehr Leitlinien-treue realisieren können. Und es gab zusätzliche positive Effekte: Unter anderem ist auch der Austausch zwischen den Berufsgruppen innerhalb der Teams verbessert worden.

Leider fiel das Projekt in die Corona-Zeit, in der die beteiligten Stationsteams neben der Alltagsarbeit immense Zusatzherausforderungen bewältigen mussten. Wir mussten daher Ziele und Implementierungspläne bescheidener definieren, sehr pragmatisch vorgehen und viel improvisieren, um dennoch Veränderungsprozesse einleiten zu können.

Wo liegen die besonderen Schwierigkeiten bei der Implementierung solch komplexer Maßnahmen?

Implementieren ist kein Selbstläufer. Die Mitarbeitenden müssen vertraute Routinen zugunsten noch

unbekannter Strategien aufgeben. Dafür sollten möglichst viele im Team vom neuen Verfahren überzeugt werden. Die Leitung muss Ressourcen schaffen und generell unterstützen. Einzelne Mitarbeitende müssen für konkrete Teilschritte Verantwortung übernehmen. Und: Nur bei einer guten Fehlerkultur im Team erproben die Mitarbeitenden neue Schritte. Mögliche Barrieren müssen deshalb im Vorfeld erkannt, gemeinsam besprochen und offensiv bearbeitet werden.

Wir wollen auf Station die Handlungssicherheit unterstützen und stärken. Denn Zwang üben wir vor allem dann aus, wenn wir uns nicht sicher fühlen. Deshalb ist es so wichtig, mit den Maßnahmen, die man einsetzen kann, vertraut zu sein, damit man unter Stress nicht in alte Muster rutscht. Das braucht Übung und Reflexion – gerade auch dann, wenn man lang genutzte Routinen aufbrechen oder verändern möchte. /

Dorothea Sauter, M. Sc.

61, ist Krankenpflegerin sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin. Gemeinsam mit Felix Bühling-Schinkowski und Julia Junghanss unterstützt sie die PreVCo-Forschungsgruppe als Implementierungsberaterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin. Für die Studie entwickelte Materialien stehen unter prevco.de bereit.

/ Michael Löhr

Pflegedirektor am LWL-Klinikum Gütersloh

Was verbirgt sich genau hinter dem Begriff *Safewards*?

Die Einrichtung von *Safewards* wird im Rahmen des Zwölf-Punkte-Programms empfohlen. Es ist eine modellbasierte komplexe Intervention. Sie liefert ein Modell, das in der Lage ist, alle Krisenherde, Konflikte und restriktiven Interventionen, die zur Eindämmung eines Konfliktes genutzt werden können, zu erklären. Unter Konflikten verstehen wir bei *Safewards* alle Formen des fremdaggressiven Verhaltens und auch das selbstverletzende Verhalten. Im Jahr 2015 wurde die erste randomisierte und kontrollierte Studie veröffentlicht, in der Len Bowers und Team zeigen konnten, dass durch *Safewards*, im Vergleich zur Kontrollgruppe, deutlich weniger Konflikte und in der Folge Sicherungsmaßnahmen auftraten. Deshalb ist der Einsatz dieser Intervention eine wichtige Empfehlung der S3-Leitlinie.

Es gibt unterschiedliche komplexe Interventionen.**Warum beschäftigen Sie sich mit *Safewards*?**

Ich habe das Konzept 2013 bei einem Kongress kennengelernt. Len Bowers hat referiert. Mich hat der logische und pragmatische Ansatz sofort überzeugt. Auch fand ich den sehr offenen Umgang überzeugend: Alle Materialien und Erklärungen zu *Safewards* sind offen zugänglich, es gibt keinerlei Lizenzkosten.

Ich habe deshalb schnell die Übersetzung des Modells und der Interventionen angehen können. Zusammen mit den Kollegen Michael Schulz und André Nienaber und dank der finanziellen Unterstützung vieler Kliniken und Fachverbände hatten wir eine deutsche Übersetzung schon 2014 fertig. Mittlerweile gibt auch eine spanische, dänische, niederländische, finnische, tschechische, türkische und seit Kurzem eine polnische Version.



Seitdem durfte ich viele Kliniken bei der Implementierung von und Fragen rund um *Safewards* begleiten oder beraten. Für das, was auch ich in dieser Zeit lernen durfte, bin ich sehr dankbar.

***Safewards* ist eine sehr junge Intervention. Gibt es schon genug wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit?**

Eine komplexe Intervention zu beforschen, ist nicht ganz einfach. Randomisiert kontrollierte Studien sind für die Überprüfung der Wirksamkeit zum Beispiel nur sehr bedingt geeignet. Ein Blick in die Datenbank *Medline* zeigt aber, dass seit der ersten Veröffentlichung des *Safewards*-Modells von Bowers und Team eine stetige wissenschaftliche Beschäftigung damit erfolgt ist. Unter den Arbeiten finden sich inzwischen auch drei Reviews, d.h. systematische Übersichtsarbeiten, die die Ergebnisse anderer Studien zusammenfassen. Deren Ergebnis: Ja, *Safewards*-Interventionen können Konfliktereignisse effektiv reduzieren. Darüber hinaus können sie als effektive Maßnahme angesehen werden, um die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen zu verringern. Auch die Stationsatmosphäre kann durch *Safewards* positiv beeinflusst werden.

Was muss bei der Implementierung beachtet werden?

Zu Beginn dachten wir: Ist doch alles ganz einfach, steht im Internet, jeder kann es sich runterladen, durchlesen und beginnen. So einfach ist es aber nicht, das haben wir lernen müssen. Implementierungen wurden in ihrer Komplexität unterschätzt, sie sind deshalb sehr oft schiefgelaufen. Wir haben uns in den letzten Jahren daher sehr mit der Frage auseinandergesetzt, wie man komplexe Interventionen gut in die Praxis bringt. Es gibt da ein paar Kernpunkte.

Die allererste Frage, die man sich als fachverantwortliche Leitung stellen muss, ist, ob wirklich alle Berufsgruppen an Bord sind und alle Ebenen der Verantwortung, von Mitarbeitenden bis zu den Führungskräften, mitziehen. Es ist wichtig, dass alle wissen, was auf sie zukommt, dass alle gut über das Modell und die dazugehörigen Schritte und Maßnahmen informiert sind. Wir haben viele Implementierungen scheitern sehen, weil sie zum Beispiel nur von einer Berufsgruppe getragen wurden und man eventuell sogar gegen Widerstände arbeiten musste.

Zudem sollte man im Vorfeld schauen, ob weitere relevante Akteure an Bord sind und ob Geld und Zeit für die Implementierung vorhanden sind. *Safewards* zu implementieren, kostet Ressourcen, vor allem Zeit. Die Fantasie, dass Mitarbeitende das „*on the job*“ hinbekommen, ist für eine erfolgreiche Implementierung nicht zielführend.

Eine weitere Frage ist, ob es eine Projektleitung gibt, die mit den notwendigen Entscheidungsbefugnissen ausgestattet ist. Außerdem sollten regelmäßig Termine mit den Leitungen der Abteilung stattfinden, um über den Projektverlauf zu diskutieren. Und, ganz wichtig: Ist im Vorfeld geklärt, wie man mit Störungen umgehen will? Und wie mit Mitarbeitenden, die sich offen oder verdeckt gegen eine Implementierung stellen? Das sind Situationen, auf die man vorbereitet sein sollte, um hierdurch nicht das Gesamtprojekt der Implementierung zu gefährden.

Arbeiten Sie in Ihrer Klinik in Gütersloh auch mit *Safewards*?

Ja, das tun wir, bzw. wir sind noch im Implementierungsprozess. Wir sind aktuell bei sechs eingeführten Interventionen und erwarten, dass die Einführung bis Jahresende abgeschlossen ist. Dann wird gefeiert! Und dann natürlich: evaluiert und gegebenenfalls korrigiert – es bleibt ein Prozess. /

Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr

48, ist Krankenpfleger und Gesundheitswissenschaftler mit einer Honorarprofessur an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld. Er arbeitet als Pflegedirektor am LWL-Klinikum in Gütersloh.

Eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe



Perspektiven einer autonomiefokussierten Psychiatrie

Der Begriff der „Autonomiefokussierten Psychiatrie“ beschreibt ein Konzept, welches das Selbstbestimmungsrecht der Patienten in den Mittelpunkt stellt. Sowohl die Achtung als auch die Erhaltung und Wiederherstellung der autonomen Handlungsfähigkeit sollen dabei berücksichtigt werden. Das Konzept wirkt sich auf alle Aspekte der psychiatrischen Behandlung aus – von der therapeutischen Haltung über das Behandlungssetting bis hin zur Gestaltung von Gebäuden und Organisationsprozessen. Einzelne Aspekte sind vielerorts bereits gelebte Praxis, andere werden bislang erst selten umgesetzt, was auch an fehlenden politischen Weichenstellungen liegt.

Autonomiefokussierte Psychiatrie kann als grundsätzliche Haltung verstanden werden, die ein kooperatives therapeutisches Milieu zum Ziel hat. In dieser Atmosphäre werden Patienten durchgehend in Entscheidungen einbezogen, ihre Behandlung wird individuell geplant, angepasst und transparent kommuniziert.

Der Fokus liegt stärker als bisher auf den Ressourcen der Patienten. Ein Machtgefälle zwischen Arzt und Patient soll möglichst wenig spürbar sein und den Prozess nicht negativ beeinträchtigen [56]. Der kooperative Ansatz setzt grundlegende Werte, wie z. B. Zuverlässigkeit und Absprachefähigkeit voraus, die von den Patienten, aber auch vom Behandlungsteam gelebt werden müssen. Die Bedürfnisse und Rechte aller beteiligten Personen werden in den Blick genommen. In einer Konfliktsituation werden die zugrundeliegenden Interessenkonflikte transparent gemacht und Zwang und Gewalt werden wann immer möglich vermieden. Nur, wenn das Recht auf Schutz und Behandlung des Patienten oder das Recht auf körperliche Unversehrtheit Dritter nicht mit anderen Mitteln gewährleistet werden kann, können Zwangsmaßnahmen erwogen werden. Dann muss im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden, ob die zu ergreifenden Maßnahmen verhältnismäßig zu der drohenden Gefahr sind und die bestmögliche Lösung zur Wiederherstellung der Rechte auf Autonomie aller Beteiligten darstellen.

**Basis ist ein kooperatives
therapeutisches Milieu.**

Konkrete Maßnahmen, die bereits mit geringem Ressourceneinsatz von Kliniken umgesetzt werden können, reichen von der Etablierung einer Patientenzeitung über therapeutische Ehrenämter wie Patientenführer- und -paten bis hin zum Einbezug von Patienten in Klinikabläufe sowie der Anwendung ressourcenfokussierter Therapiebausteine.

Positiv im Sinne der Autonomieförderung ist auch eine Aufweichung der wahrgenommenen Grenzen zwischen „drinnen und draußen“. Dies kann zum Beispiel erreicht werden, indem Behandlungsangebote außer Haus geschaffen, bewegungsorientierte Therapien angeboten und Aktivitäten von Patienten im öffentlichen Raum stattfinden, um Begegnungen mit Menschen außerhalb der Klinik zu ermöglichen [56].

Eine Möglichkeit, autonomiefokussierte Psychiatrie flächendeckend zu etablieren, ist die Einführung eines Zertifizierungsmodells [57]. Es könnte entsprechende Kliniken für die Öffentlichkeit erkennbar machen und Anreize zur Selbstverpflichtung auf Qualitätssicherung und stetige Weiterentwicklung schaffen.

Klinikzertifikate könnten dazu beitragen, die autonomiefokussierte Psychiatrie zu fördern.

Spotlight 4

„Offene Psychiatrie“

Ein Mittel der „Autonomiefokussierung“ kann es sein, nach Möglichkeit geschlossene Stationstüren zu vermeiden. Vielfach wird deshalb der Begriff „offene Psychiatrie“ für eine Herangehensweise verwendet, die der autonomiefokussierten Psychiatrie sehr ähnlich ist [58]. Selbst in sogenannten „offenen“ Psychiatrien wird aber die Schließung von Stationen unterschiedlich gehandhabt und es ist bisher nicht geklärt, ob und wenn ja, welchen spezifischen Beitrag alleine eine Öffnung von Stationstüren auf die Vermeidung von Zwang und die Qualität der Behandlung hat [59]. Hier besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

Politischer Handlungsbedarf

Auch wenn sich die Handelnden im Klinikalltag aus eigener Kraft dem Anspruch einer autonomiefokussierten Psychiatrie ein gutes Stück nähern können, handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Menschen mit psychischen Erkrankungen wohlwollend zu begegnen und sie proaktiv zu integrieren. Dazu gehört auch eine inklusiv gestaltete, teilhabeorientierte und nicht-diskriminierende Gesetzgebung. Wichtig ist außerdem eine breit angelegte Versorgungsforschung, welche sowohl die Wirkung von Gewalt und Zwang als auch die von Verbesserungsmaßnahmen erfasst und das Verständnis über die zugrundeliegenden Mechanismen vertieft [56]. Es sind konkrete politische Weichenstellungen erforderlich, um autonomiefokussierte Psychiatrie zu fördern.

Versorgung

Die leitliniengerechte Behandlung von Menschen mit – insbesondere schweren – psychischen Erkrankungen kann dazu beitragen, Unterbringungen und Zwang zu vermeiden und wirkt damit präventiv. Noch ist das Versorgungssystem allerdings nicht so ausgestaltet, dass es für alle Patienten eine leitliniengerechte Behandlung gewährleisten kann. Um dies zu ändern, sind u. a. folgende Änderungen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystem nötig:

- Komplexe, koordinierte und intensive ambulante und aufsuchende Behandlungsangebote, bei denen die Patienten im Zentrum stehen und Sektorengrenzen überwunden werden, müssen vermehrt implementiert, etabliert und gestärkt werden.
- In psychiatrischen Kliniken muss eine ausreichende Zahl qualifizierter Mitarbeiter eingesetzt werden. Die über die letzten Jahrzehnte entstandenen fachlichen Standards zur Wahrung der Patientenautonomie finden in der *Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie* (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Entsprechung.
- Um den Behandelnden ausreichend Zeit für direkte Kontakte mit den Patienten zu ermöglichen, müssen überbordende Dokumentationspflichten abgebaut werden.

Bundeseinheitliche Regelungen

Die Rechte und Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten überall in Deutschland unabhängig vom Wohnort und der rechtlichen Grundlage der Unterbringung den höchsten rechtlichen Standards entsprechen. Die zum Teil sehr heterogenen Landesgesetze – sowohl die PsychK(H)G als auch die Maßregelvollzugsgesetze – sollten über die Bundesländer hinweg angeglichen werden, vor allem dort, wo sie Freiheits- und Teilhaberechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen beschneiden. Auf der Website der DGPPN ist eine Übersicht der unterschiedlichen Ausgestaltungen der PsychK(H)G je Bundesland abrufbar.

Auch die in den PsychK(H)G geregelten Hilfen der voraus- und nachgehenden Gesundheitsfürsorge des psychosozialen Gesundheitssystems sind abhängig vom Bundesland in hohem Maße unterschiedlich ausgestaltet [61]. Dienste wie die psychiatrischen Krisendienste, wie sie in Bayern oder Berlin vorgesehen sind, oder die Psychiatriekoordination, die Hilfen und Behandlungen über Sektorengrenzen hinweg vernetzt, leisten einen wichtigen präventiven Beitrag und helfen freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. Diese Instrumente haben sich als sinnvoll erwiesen und sollten bundesweit etabliert werden.

Gerichtliche Unterbringung

Eine zwangsweise Unterbringung selbstbestimmungsfähiger Menschen in psychiatrischen Kliniken ist weder mit dem Grundgesetz oder der UN-Behindertenrechtskonvention vereinbar, noch entspricht sie dem medizinischen Verständnis des Krankenhauses als Ort der Genesung. Deshalb sollte die eingeschränkte oder aufgehobene Selbstbestimmungsfähigkeit in den PsychK(H)G aller Bundesländer als Voraussetzung für eine Unterbringung definiert werden. Bisher wird dies nur in Bayern und Schleswig-Holstein erfüllt.

Patientenrechte sollten bundesweit einheitlich gelten.

Zentrale Monitoringstelle

Dringend notwendig ist ein bundesweites systematisches Monitoring zur Erfassung und Auswertung von Unterbringungen, Zwangsbehandlungen und Sicherungsmaßnahmen. Dieses muss Daten unabhängig von der Unterbringungsgrundlage (zivil-, straf- oder öffentlich-rechtlich) und der Einrichtung (Klinik oder Heim) differenziert nach Diagnosegruppen erfassen. Es sollte zudem auch die Auswirkungen autonomiefördernder Instrumente erfassen. Beschäftigte sollten vorab in der standardisierten Dokumentation geschult werden [21]. Als Vorbild kann das Register der Ombudsstelle Baden-Württemberg dienen. Es erfasst die wesentlichen Indikatoren und hat sich als praktikabel erwiesen [60].

Ein bundesweites Register ist die Grundlage für Transparenz und Forschung.

Reformen §§ 63, 64 StGB

Aktuell ist die Situation in den forensisch-psychiatrischen Kliniken für Menschen mit Suchterkrankungen („Entziehungsanstalten“) kritisch: Die Zahl der untergebrachten Patienten ist erheblich angestiegen und darunter sind zunehmend auch Personen, die in diesen Einrichtungen nicht richtig aufgehoben sind, weil sie nicht entsprechend motiviert sind oder keine Indikation zur Behandlung besteht. Durch diese Personen wird der reguläre therapeutische Betrieb erheblich gestört und damit der Behandlungserfolg von anderen Patienten infrage gestellt. Die avisierte Reform des § 64 StGB will dies ändern und fasst die Voraussetzungen zur Anordnung einer Unterbringung nach § 64 StGB enger. Patientenrechte werden durch die Reform allerdings nicht gestärkt. Um dies zu erreichen, sollte die Anordnung der Maßregel vielmehr an die Zustimmung der betreffenden Person geknüpft sein: Zustimmung bei einwilligungsfähigen Personen bzw. bei einwilligungsunfähigen Personen die voraussichtliche Zustimmung nach Wiederherstellung der Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung.

Auch die Unterbringung nach § 63 StGB ist stark reformbedürftig. Hohe Unterbringungszahlen und lange Unterbringungsdauern sorgen für zum Teil sehr schwierige Verhältnisse (siehe Kap. 1). Häufig verdrängt der Schutz der Öffentlichkeit vor straffälligen Menschen mit psychischen Erkrankungen die Therapie dieser Patienten als oberste Priorität des Maßregelvollzugs. Die Unterbringung nach § 63 StGB sollte daher wieder stärker am Ziel der effektiven Behandlung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft ausgerichtet werden. /

Glossar

Ärztliche Zwangsmaßnahme

Als ärztliche Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung werden Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe bezeichnet, die gegen den natürlichen Willen des Patienten durchgeführt werden. Die verfassungsrechtlichen Anforderungen an sie sind hoch. Sie müssen richterlich genehmigt werden. Die Voraussetzungen für ihre Anwendung nach § 1906a BGB sind vor wenigen Jahren reformiert worden und weisen deutlich höhere Hürden auf als zuvor. Die Anwendung ärztlicher Zwangsmaßnahmen nach den PsychK(H)G wird in den Bundesländern mit zum Teil unterschiedlichen Schutzniveaus umgesetzt.

Betreuungsrecht

Nach dem Betreuungsrecht kann für Erwachsene, die aufgrund einer Behinderung oder Krankheit ihre Angelegenheiten nicht selbst regeln können, ein rechtlicher Betreuer einbestellt werden, sofern die Person keinen Vorsorgebevollmächtigten bestellt hat. Der Betreuer oder Bevollmächtigte unterstützt die zu betreuende Person in bestimmten, vom Gericht festgelegten Bereichen. So kann er im Fall von Selbstgefährdung und fehlender Einwilligungsfähigkeit die Einweisung bzw. Unterbringung in psychiatrische Kliniken, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in geschlossene Heime veranlassen. Ebenso kann er eine Genehmigung einer Zwangsbehandlung bei Gericht beantragen, um schwere Gesundheitsgefahren oder Lebensgefahr abwenden zu lassen.

Einwilligungsfähigkeit

Die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten ist Voraussetzung der wirksamen Einwilligung in eine ärztliche Maßnahme, die ohne diese den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllen würde. Nur wer in der Lage ist, die Art, Bedeutung und Tragweite bzw. Risiken der konkret anstehenden Maßnahme zu begreifen, gilt als einwilligungsfähig. Wichtig ist, dass die geforderte Einwilligungsfähigkeit der Komplexität der Entscheidung entspricht. Mit der Komplexität der Entscheidung steigen demnach auch die Anforderungen an die Aufklärung, die im Rahmen einer wirksamen Einwilligung erforderlich ist. Bei einwilligungsfähigen Patienten darf keine Behandlung gegen den Willen des Patienten durchgeführt werden.

Fixierung

Bei einer Fixierung wird ein Patient mit Leder- oder Stoffgurten an verschiedenen Punkten am Körper, meist fünf oder sieben, an einem Bett oder einen Stuhl festgebunden. Sie stellt die am stärksten in die Bewegungsfreiheit einer Person eingreifende Maßnahme dar. Auch das

Festhalten zählt zu den Fixierungsmaßnahmen. Sofern eine Fixierung absehbar nicht nur kurzfristig ist oder wiederholt eingesetzt wird und keine Einwilligung der Person vorliegt, ist eine richterliche Genehmigung nötig.

Freier Wille

Der Gesetzgeber setzt den freien Willen des erwachsenen Menschen voraus; eine Legaldefinition gibt es nicht. Die freie Willensbildung setzt die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit voraus. Einsichtsfähigkeit ist die Fähigkeit, die jeweilige Situation angemessen zu beurteilen. Steuerungsfähigkeit ist die Fähigkeit, das eigene Handeln an solchen Einsichten und Entschlüssen auszurichten. Liegt krankheitsbedingt kein freier Wille vor, kann eine Schuld-, Geschäfts- oder Einwilligungsunfähigkeit festgestellt werden.

Freiheitsentziehende Maßnahme (FEM)/ Sicherungsmaßnahme

Dazu zählen alle Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit von Betroffenen gegen ihren Willen einschränken, um bestimmte Gefahren abzuwenden, zum Beispiel wenn sich die Person selbst- oder fremdgefährdend verhält. Dazu gehören die Fixierung, Isolierung, aber auch sämtliche Sicherungsmaßnahmen wie (Bett-)Gitter, Festhalten oder die Gabe von Medikamenten zum Zweck der Beruhigung und Sicherung. Voraussetzung für die Anwendung von FEM ist, dass die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann und sie verhältnismäßig für die abzuwendende Gefahr ist.

Isolierung

Bei einer Isolierung wird ein Patient für einen bestimmten Zeitraum allein in einem separaten Raum eingeschlossen. Eine Betreuung findet statt, jedoch ohne direkten Personenkontakt. Häufig werden bei der Isolierung weitere Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz vor Selbstgefährdung vorgenommen, wie z.B. das Entfernen potenziell gefährlicher Gegenstände.

Maßregelvollzug

Mit dem Begriff Maßregelvollzug werden psychiatrische Krankenhäuser bezeichnet, in denen Straftäter untergebracht sind, die aufgrund einer psychischen Erkrankung zum Tatzeitpunkt schuldunfähig oder vermindert schuldfähig waren. Zudem muss von der Person in der Zukunft eine erhebliche rechtswidrige Tat zu erwarten sein, die auf die Erkrankung zurückgeht. Unterteilt wird die Unterbringung von psychisch erkrankten Straftätern nach § 63 StGB und die Unterbringung von Straftätern, die die Tat im Rauschzustand oder aufgrund einer Substanzkonsumstörung

begangen haben nach § 64 StGB. Diese werden in einer sogenannten „Entziehungsanstalt“, ebenfalls ein psychiatrisches Krankenhaus, untergebracht. Ziel der Unterbringung ist die Behandlung und Sicherung.

Medizinethische Prinzipien

Die vier medizinethischen Prinzipien „Respekt vor der Patientenautonomie“, „Fürsorge“, „Schadensvermeidung“ und „Gerechtigkeit“ wurden 1979 von den Medizinethikern Beauchamp und Childress entwickelt und sind Eckpfeiler der internationalen modernen Medizinethik. Sie helfen Ärzten dabei, in ihren Behandlungsentscheidungen die zu wahrenen Rechtsgüter sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

Natürlicher Wille

Der natürliche Wille bezeichnet jede Willensäußerung einer Person, einschließlich der sogenannten „unfreien Willensäußerung“, bei denen der freie Wille aufgrund einer Erkrankung oder Intoxikation eingeschränkt ist. Aufgrund des Selbstbestimmungsrechts muss er grundsätzlich beachtet werden, sofern dies nicht dem vorab verfügbaren freien oder dem mutmaßlichen Willen widerspricht. Jeder Eingriff gegen den natürlichen Willen muss gerichtlich genehmigt werden. Dabei ist die Verhältnismäßigkeit gegenüber dem zu schützenden Rechtsgut zu gewährleisten.

Patientenautonomie

Nach dem Prinzip der Patientenautonomie haben Patienten grundsätzlich das Recht, selbst über ihre medizinischen Behandlungen gemäß ihrer eigenen Wünsche, Werte und Ziele zu entscheiden. Ärzte sind verpflichtet, die Patientenautonomie zu achten und Patienten in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit zu unterstützen, z. B. durch eine angemessene Aufklärung und Beratung. Der Arzt darf die selbstbestimmte Entscheidung weder behindern, noch missachten, noch darf er Menschen mit psychischer Erkrankung grundsätzlich eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit unterstellen. Er ist vielmehr verpflichtet, zu versuchen, die freiwillige und informierte Entscheidung des Patienten einzuholen. Dabei darf er den Patienten nicht manipulieren oder mit negativen Konsequenzen drohen, wenn dieser sich anders entscheidet, als vom Arzt gewünscht.

PsychK(H)G

Die Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze der Bundesländer entstammen historisch den polizeirechtlichen Unterbringungsgesetzen. Nach einem heutigen Verständnis sollen sie der Gesundheitshilfe zuzuordnen sein.

Sie regeln zum einen die Modalitäten für die zwangsweise Unterbringung von psychisch erkrankten Personen, die sich selbst oder andere erheblich gefährden, zum anderen weitere freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie Fixierungen. Sie sind in den letzten Jahren in allen Bundesländern reformiert worden und umfassen seitdem auch psychosoziale Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, z. B. die Arbeit des sozialpsychiatrischen Dienstes. Die Regelungen und die Ausgestaltung der im Gesetz verankerten Hilfen unterscheiden sich je nach Bundesland zum Teil deutlich voneinander.

Schuld(un)fähigkeit/verminderte Schuldfähigkeit

Schuldfähigkeit als Rechtsbegriff behandelt die Frage, inwiefern dem Täter eine Tat vorzuwerfen ist und inwiefern ihn eine Schuld trifft. War die Person zum Zeitpunkt einer Straftat nicht in der Lage, das Unrecht einzusehen oder ihr Handeln entsprechend zu steuern, zum Beispiel aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer Intoxikation, so war sie schuldunfähig (§ 20 StGB). Bei der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) ist die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit erheblich vermindert.

Selbstbestimmungsfähigkeit

Selbstbestimmungsfähigkeit muss immer bzgl. eines konkreten Zeitpunkts und einer konkreten Entscheidungssituation eingeschätzt werden. Sie gilt als gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Informationsverständnis: Die Person muss durch verständliche und ausreichende Aufklärung ein eigenes Verständnis davon entwickeln können, worüber sie zu entscheiden hat und worin Risiken und Nutzen der Entscheidung bestehen.
2. Urteilsvermögen: Die Person muss die erhaltenen Informationen mit ihrer Lebenssituation, ihren Werthaltungen und Interessen in Verbindung bringen sowie diese gewichten und bewerten können.
3. Einsichtsfähigkeit (auch Krankheits- und Behandlungseinsicht): Die Person muss erkennen können, dass ihre Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung bestehen und ihr angeboten werden.
4. Ausdrucksfähigkeit der Entscheidung: Die Person muss eine Entscheidung treffen und diese (non-)verbal zum Ausdruck bringen können.

Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD/SPDi) einer Stadt oder Gemeinde ist für die niedrigschwellige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zuständig. Er bietet Beratung und Notfallhilfen, unterstützt bei der Koordination und Vermittlung von professionellen Hilfen oder im Umgang mit Behörden und ist nicht nur für Betroffene, sondern auch für Angehörige und das soziale Umfeld ansprechbar. Der SPD/SPDi kann auch Kontakt zum Betroffenen aufbauen, Hausbesuche anbieten und bei der Früherkennung oder Nachsorge behilflich sein. Nur bei Selbst- oder Fremdgefährdung kann der SPD/SPDi auch gegen den Willen von Betroffenen handeln und in einigen Bundesländern die Unterbringung beantragen.

Steuerungsfähigkeit

Mit Steuerungsfähigkeit ist die Fähigkeit gemeint, das eigene Handeln zu kontrollieren. Sie kann zum Beispiel bei suchterkrankten und intoxikierten Menschen oder während einer Psychose eingeschränkt oder aufgehoben sein. Im Strafrecht ist von fehlender Steuerungsfähigkeit die Rede, wenn ein Täter zwar in der Lage ist, das Unrecht einer Tat einzusehen, aber nicht gemäß dieser Einsicht handeln kann.

Unterbringung

Von Unterbringung wird gesprochen, wenn eine Person gegen ihren natürlichen Willen für einen bestimmten Zeitraum in einer meist geschlossenen Einrichtung, d.h. in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Wohneinrichtung, untergebracht oder festgehalten wird. Das Wort „Zwangseinweisung“ ist in diesem Zusammenhang oft zu hören, auch wenn dies nicht der juristisch korrekte Begriff ist. Eine Unterbringung ist eine freiheitsentziehende Maßnahme und kann auf verschiedenen Rechtsgrundlagen beruhen: PsychK(H)G, Betreuungsrecht sowie Maßregelvollzugsrecht.

Zwangsbehandlung/Zwangsmaßnahme

Unter Zwangsbehandlung werden ärztliche Zwangsmaßnahmen verstanden (siehe Ärztliche Zwangsmaßnahmen). Zwangsmaßnahmen werden als Oberbegriff für sämtliche Maßnahmen, die gegen den Willen des Patienten eingesetzt werden, verwendet. Hierunter fallen neben Zwangsbehandlungen auch freiheitsentziehende und -beschränkende Maßnahmen wie die Unterbringung oder Fixierung.

UN-BRK

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der in Deutschland 2009 ratifiziert wurde und seitdem in innerstaatliches Recht umgesetzt wird. Die UN-BRK fordert volle Menschen- und Grundrechte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und hat maßgeblichen Einfluss auf ihr Selbstbestimmungsrecht. Sie verbietet u.a. das gleichberechtigte Recht auf Achtung der körperlichen und seelischen Unversehrtheit (Art. 17), die gleiche Anerkennung vor dem Recht (Art. 12) und das Recht jedes Menschen auf Leben (Art. 10), das mit den erforderlichen Maßnahmen zu gewährleisten ist. Trotz einiger anderslautender Interpretationen wird eine Zwangsbehandlung an keiner Stelle der UN-BRK ausdrücklich verboten.

Die DGPPN

Sie ist die Stimme der psychischen Gesundheit in Deutschland und eine der bundesweit größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften: die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Unter ihrem Dach bündelt sie die Kompetenz von über 10.500 Ärzten und Wissenschaftlern, die in Universitätskliniken, Krankenhäusern und ambulanten Praxen sowie in der Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind. Die DGPPN macht sich für eine optimale Versorgung der Patienten stark. Um dies zu erreichen, setzt sich die Fachgesellschaft auf vielen Ebenen dafür ein, dass die notwendigen Rahmenbedingungen stimmen.

Das vielseitige Engagement lässt sich in Wissenschaftsförderung, Qualitätssicherung, Vernetzung, Fort- und Weiterbildung, Politikberatung und berufspolitische Vertretung, Öffentlichkeitsarbeit und Information sowie Nachwuchsförderung clustern. Dabei ist der jährliche DGPPN Kongress das zentrale Forum für Forschung, Versorgung und Politik.

Im Zentrum der Arbeit der Fachgesellschaft steht die ganzheitliche Sicht auf den Menschen mit allen individuellen psychischen und körperlichen sowie sozialen Aspekten – ein Prinzip, auf das die DGPPN heute wie auch in Zukunft baut.



Quellenverzeichnis

- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85:77–87
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2016) Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 87:88–90
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske UE, Hapke U, Seiffert I, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen H-U (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289–303
- Statistisches Bundesamt (2021) Todesursachen: Suizide. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?nn=210856>. Zugegriffen: 27.07.2022
- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33:395–405
- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof AJFM (Hrsg) (2004) Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behaviour. Hogrefe & Huber, Cambridge, MA
- Lawrence D, Kisely S (2010) Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol (Oxf)* 24:61–68
- Unsworth CA, Baker AM, So MH, Harries P, O'Neill D (2017) A systematic review of evidence for fitness-to-drive among people with the mental health conditions of schizophrenia, stress/anxiety disorder, depression, personality disorder and obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry* 17:318
- Steinert T, Hirsch S, Gerlinger G (2019) Verhinderung von Zwang. Praxisversion der S3-Leitlinie. Springer, Berlin
- Sommer R, Zoller P, Felder W (2001) Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 50:498–512
- Maier W, Hauth I, Berger M, Saß H (2016) Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt* 87:53–68
- Eisele F, Flammer E, Steinert T (2021) Incidents of aggression in German psychiatric hospitals: Is there an increase? *PLOS ONE* 16: e0245090
- Peter E, Bogerts B (2012) Epidemiologie und Psychopathologie des Amoklaufes: Erste Ergebnisse einer Analyse der Strafakten von 27 Amokläufern. *Nervenarzt* 83:57–63
- Beauchamp TL, Childress JF (1979) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York
- Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J (2020) (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? *Psychiatr Prax* 47:370–375
- Opitz-Welke A, Lehmann M, Seidel P, Konrad N (2018) Medicine in the penal system. *Dtsch Ärztzbl Int* 115:808–814
- Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2022) Jahresberichte 2017–2021. <https://www.nationale-stelle.de/publikationen.html>. Zugegriffen: 14.09.2022
- Statistisches Bundesamt (2021) Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html>. Zugegriffen: 26.07.2022
- Statistisches Bundesamt (2020) Grunddaten der Krankenhäuser. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.pdf?jsessionid=879C376C3ABEE1FE0D9C0B7D610CA0E8.live731?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 26.06.2022
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2022) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=96321365&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=550&p_ansnr=63942104&p_version=3&D.001=1000001&D.946=1000468&D.011=44302. Zugegriffen: 26.07.2022
- Adorjan K, Steinert T, Flammer E, Deister A, Koller M, Zinkler M, Herpertz SC, Häfner S, Hohl-Radke F, Beine KH, Falkai P, Gerlinger G, Pogarell O, Pollmächer T (2017) Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie: Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt* 88:802–810
- Bundesamt für Justiz (2018) Verfahren nach dem Betreuungsgesetz 2000–2017. <https://www.bundesjustizamt.de/SharedDocs/Downloads/DE/Justizstatistik/Betreuungsverfahren.html>. Zugegriffen: 25.07.2019
- Bundesamt für Justiz (2020) Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2018. https://www.bundesjustizamt.de/SharedDocs/Downloads/DE/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.html. Zugegriffen: 22.07.2020
- Deinert H (2017) Betreuungszahlen 2015. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. <https://www.betreuerweiterbildung.de/popup/pdf/Stat15.pdf>. Zugegriffen 28.09.2022
- Steinert T, Hirsch S, Flammer E (2022) Auswirkungen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen: Zwangsmaßnahmen in den psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg 2019 im Vergleich zu 2015–2017. *Nervenarzt* 93:706–712
- Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R (2010) Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45:889–897
- Vruwink FJ, Mulder CL, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman HLI (2012) The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 12:231
- Bundesministerium der Justiz (2021) Evaluierung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz zur Wirksamkeit des Gesetzes zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches und zur Änderung anderer Vorschriften vom 16. Juli 2016 (BGBl. I S. 1610). https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/Evaluierung_63.pdf?jsessionid=AC5B4C01DCE5A240B2C2E0AFEF56E1B6.2_cid324?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 26.07.2022
- Müller JL (2022) Wie kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Besserung und zur Sicherung mit dem gegenwärtigen Psychiatrieverständnis vereinbart werden? *Forensische Psychiatr Psychol Kriminol* 16:205–213
- DGPPN (2019) S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG+LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf. Zugegriffen: 22.07.2022
- Vollmann J (2008) Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Kohlhammer, Stuttgart

32. Henking T, Mittag M (2015) Rechtliche Rahmenbedingungen. In: Henking T, Vollmann J (Hrsg) Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. S. 29–89. Springer, Berlin, Heidelberg
33. Bundesverfassungsgericht (2021) Beschluss des Zweiten Senats vom 08. Juni 2021–2 BvR 1866/17, Rn. 1–95
34. Dietz A, Pörksen N, Voelzke W (Hrsg) (1998) Behandlungsvereinbarungen: vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie, 1. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Bonn
35. Drack-Schönenberger T, Bleiker M, Lengler S, Blank C, Rössler W, Lay B (2015) Krisenkarten zur Prävention von Zwangseinweisungen. Psychiatr Prax 43:253–259
36. Ketelsen R, Pieters V (2004) Prävention durch Nachbetreuung. Maßnahmen zur tertiären Prävention. In: Ketelsen R, Schulz M, Zechert C (Hrsg) Seelische Krise und Aggressivität, 1. Auflage. S. 67–78. Psychiatrie-Verlag, Bonn
37. Petti TA, Mohr WK, Somers JW, Sims L (2001) Perceptions of Seclusion and Restraint by Patients and Staff in an Intermediate-Term Care Facility. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 14: 115–127
38. Mahler L, Wullschlegler A, Oster A (2022) Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen. Ein Praxisleitfaden, 1. Auflage. Psychiatrie Verlag, Köln
39. Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. BMJ 329:136
40. Olver J, Love M, Daniel J, Norman T, Nicholls D (2009) The Impact of a Changed Environment on Arousal Levels of Patients in a Secure Extended Rehabilitation Facility. Australas Psychiatry 17:207–211
41. Rohe T, Dresler T, Stuhlinger M, Weber M, Strittmatter T, Fallgatter AJ (2017) Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. Nervenarzt 88:70–77
42. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S (2018) Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. J Environ Psychol 57: 53–66
43. Teitelbaum A, Volpo S, Paran R, Zislin J, Drumer D, Raskin S, Katz G, Shlafman M, Gaber A, Durst R (2007) Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. Harefuah 146:11–14, 79–80
44. Lloyd C, King R, Machingura T (2014) An investigation into the effectiveness of sensory modulation in reducing seclusion within an acute mental health unit. Adv Ment Health 12:93–100
45. Teitelbaum A, Lahad A, Calfon N, Gun-Usishkin M, Lubin G, Tsur A (2016) Overcrowding in Psychiatric Wards is Associated With Increased Risk of Adverse Incidents. Med Care 54:296–302
46. Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E (2001) Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. Psychiatr Serv 52:521–525
47. Breakwell GM (1998) Aggression bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit, 1. Aufl. Huber, Bern
48. Richter D (2006) Non-physical conflict management and de-escalation. In: Richter D, Whittington R (Hrsg) Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. S. 125–144. Springer, New York
49. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer J (2006) Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 6:17
50. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer JE (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 193:44–50
51. Gather J, Kaufmann S, Otte I, Juckel G, Schildmann J, Vollmann J (2019) Entwicklungsstand von klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage unter psychiatrischen Akutkrankenhäusern und Maßregelvollzugskliniken. Psychiatr Prax 46:90–96
52. Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010) Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Ethik Med 22:149–153
53. Wollenburg LM, Claus S, Kieser C, Pollmächer T (2020) Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatr Prax 47:446–451
54. Steinert T (2011) Benchmarking von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen 105:360–364
55. Steinert T, Hirsch S, Goebel R, Snellgrove B, Flammer E (2020) Reduction of coercive measures under routine conditions in psychiatric hospitals 2004–2019: Strong effects in old age psychiatry, much less in general psychiatry. Eur Psychiatry 63:e102
56. Pollmächer T, Nyhuis P (2018) Autonomie-fokussierte Psychiatrie: Konzepte zur Minimierung von Zwang und Gewalt in psychiatrischen Kliniken. Psychiatr Prax 45:233–235
57. Pollmächer T (2019) Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restruktiven Psychiatrie. Nervenarzt 90:669–674
58. Juckel G, Gather J (2019) Das Stationssetting in der Psychiatrie: Wie „offen“ kann und sollte es sein? Nervenarzt 90:667–668
59. Pollmächer T, Steinert T (2016) Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. Lancet Psychiatry 3:1103
60. Flammer E, Steinert T (2019) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. Psychiatr Prax 46: 82–89
61. Marschner R, Lesting W, Stahmann R (2019) Freiheitsentziehung und Unterbringung: materielles Recht und Verfahrensrecht, 6., neu bearbeitete Auflage. C.H. Beck, München

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer (V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. iur. Tanja Henking, LL.M. (Medizinrecht)
PD Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Konzept und Redaktion

Das *DGPPN-Dossier* entsteht im Teamwork:
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Julie Holzhausen |
Katja John | Isabelle Lork | Paula Schicktanz |
Annika Walinski | Michael Wassiliwizky

Design, Gestaltung und Reinzeichnung

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Erscheinungsdatum

November 2022

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

S.5: iStock/MEDITERRANEAN
S.7: iStock/Mimadeo
S.14: iStock/MicroStockHub
S.23: iStock/Dean Mitchell
S.24: iStock/LightFieldStudios
S.33: DGPPN/Claudia Burger

Zur besseren Lesbarkeit
werden im Text vielfach die
männlichen Schreibweisen
verwendet, selbstverständlich
beziehen sich alle Aussagen
auch auf die weibliche Form.

Fixieru
Isolier
erung

DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e. V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030.2404 772-0
F 030.2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de