038-022 S3-Leitlinie Verhinderung und Zwang – Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen

GLIEDERUNG

I. Präambel

II. Abkürzungen

III. Einführung

III.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

III.2 Ziele der Leitlinie

III.3 Zielgruppen und Geltungsbereich

IV. Methodik der Leitlinie

V. Aggression und Gewalt – Begriffsbestimmung, Grundlagen, Epidemiologie

V.1 Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

V.2 Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen

V.2.1 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung in der Gesellschaft, Prädiktoren

V.2.2 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung gegen Angehörige und Betreuungspersonen, Prädiktoren

V.2.3 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren

V.2.4 Gewalt gegen Menschen mit psychischer Erkrankung

V.3 Ethnische Vielfalt und Migration

V.4 Geschlechtsspezifische Aspekte

VI. Aggression und Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen

VI.1 Abgrenzung von nicht krankheitsbedingt aggressivem Verhalten

VI.2 Diagnostik

VI.3 Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens

VI.4 Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung

VII. Ethische und Rechtliche Grundlagen

VII.1 Ethische Grundlagen

VII.2 Rechtliche Grundlagen

VII.2.1 Deutschland

VII.2.2 Österreich

VII.2.3 Schweiz

VIII. Grundlagen der Prävention von Zwang bei Einweisungen

VIII.1 Zwangseinweisung

VIII.2 Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben

VIII.3 Personen- bzw. funktionsabhängige Aufgaben

VIII.3.1 Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztin bzw. des Arztes

VIII.3.2 Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/ Ordnungsamt / Vollzugsbehörde

VIII.3.3 Aufgaben von und Erwartungen an den Krisendienst

VIII.3.4 Aufgaben von und Erwartungen an Betreuer und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren

VIII.3.5 Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation

VIII.3.6 Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung

VIII.3.7 Anforderungen an Vertrauensperson und Unterstützendenkreis

VIII.3.8 Anforderungen an Patientenanwälte

IX. Grundlagen der Prävention von Aggression und Gewalt für die psychiatrische Klinik

IX.1 Allgemeine, strukturelle, institutionelle und sozialpolitische Aspekte

IX.2 Offene Türen und architektonische Maßnahmen

IX.3 Beziehung

IX.4 Ethikberatung

IX.5 Trialog, Selbsthilfe und Empowerment

IX.6 Instrumente der Vorausplanung

IX.7 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

IX.8 „Community Treatment Orders“ (Ambulante Behandlungsanordnungen/-weisungen)

X. Handlungsempfehlungen für die psychiatrische Klinik

X.1 Kommunikations- und Sicherheitstrainings

X.1.1 Inhalte von Trainingsmaßnahmen

X.1.2 Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende

X.1.3 Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen

X.1.4 Angebote Trainings- und Schulungsmaßnahmen

X.2 Allgemeines zu freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

X.2.1 Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen

X.2.2 Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit

X.2.3 „Wirksamkeit“ von Zwangsmaßnahmen

X.2.4 Freiheitsbeschränkende und –entziehende Maßnahmen im Vergleich

X.3 Interventionen zur Prävention von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

X.4 Durchführung von Zwangsmaßnahmen

X.4.1 Durchführung und menschenwürdige Gestaltung

X.4.2 Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen

X.5 Komplikationen von Zwangsmaßnahmen

XI. Handlungsempfehlungen zu Medikation

XI.1 Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl

XI.2 Handlungsempfehlung bei rezidivierender Aggression

XI.2.1 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen

XI.2.2 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen

XI.2.3 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei demenziellen Erkrankungen

XI.2.4 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Intelligenzminderung und autistischen Störungen

XI.2.5 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Delir

XII. Monitoring, Transparenz, (externe) Kontrolle

XII.1 Dokumentation: Patientenakte

XII.2 Monitoring: Erfassung und Auswertung freiheitsentziehender Maßnahmen

XII.3 Externe und unabhängige Beratung und Kontrolle

I. Präambel

Insbesondere eingedenk des Unrechts und der Gewalt, die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Laufe der Geschichte auch im psychiatrischen Versorgungssystem erfahren haben, kommt der sorgfältigen fachlichen Auseinandersetzung mit der Frage, wie mit aggressivem Verhalten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen heutzutage umgegangen werden soll und wie dabei auf die Anwendung von Zwang so weit wie möglich verzichtet werden kann, eine hohe praktische und normative Bedeutung zu.

In den letzten Jahren haben Gesetzgebung und Rechtsprechung das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit psychischen Erkrankungen gestärkt und die Schwelle für die Anwendung von Zwang konkretisiert und deutlich angehoben. In der Fachwelt wurden vielfältige Ansätze zur Reduktion von Zwang entwickelt. Die konsequente und breite Anwendung der daraus abgeleiteten und konsentierten Empfehlungen soll dazu beitragen, vermeidbare Zwangsmaßnahmen, auf Grundlage des hierzu verfügbaren Wissens zu verhindern.

Bei fremdaggressiven Verhaltensweisen im Rahmen psychischer Erkrankungen kommt der Psychiatrie weiterhin die ordnungsrechtliche Aufgabe zu, eine Gefährdung auch für Dritte abzuwenden und dabei – falls erforderlich – auch Zwang anzuwenden. Diese Aufgabe gerät oft in einen Konflikt mit zentralen professionsethischen Grundsätzen, die in der Psychiatrie Tätige dazu verpflichten, die Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu respektieren, ihr gesundheitliches Wohl zu fördern und Schaden für sie zu vermeiden. Der Umgang mit aggressivem Verhalten findet daher in einem Spannungsverhältnis von gesellschaftlichen Erwartungen, professionellem Selbstverständnis von in der Psychiatrie Tätigen und rechtlichen Vorgaben statt.

Diese Leitlinie sollte in dem Bewusstsein umgesetzt werden, dass Menschen, die sich im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung aggressiv verhalten, häufig selbst in ihrer Vorgeschichte Opfer von Gewalt geworden sind. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen kann insbesondere bei ihnen zu (weiteren) emotionalen und körperlichen Verletzungen führen und stellt in jedem Fall einen schwerwiegenden Eingriff in Grundrechte dar. Zudem findet die Anwendung von Zwang in einem Machtgefälle statt, was mit der Gefahr eines Missbrauchs verbunden ist. Eine sorgfältige Entscheidungsfindung und externe Kontrolle ist daher bei freiheitsentziehenden Unterbringungen und allen Zwangsmaßnahmen essenziell.

Der Umgang mit aggressivem Verhalten ist vor diesem Hintergrund stets so zu gestalten, dass sie den Fokus auf Deeskalation und die Vermeidung von Maßnahmen gegen den Willen **von** Menschen mit psychischen Erkrankungen legt, dabei individuelle Bedürfnisse berücksichtigt und dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gerecht wird. Die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind gerade bei der Anwendung von Zwang zu wahren. Die Empfehlungen dieser Leitlinie sind an diesen Grundsätzen ausgerichtet.

II. Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
ASD	Autismus-Spektrum-Störung
AT	Österreich
AUC	Area under the Curve
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch (D)
BVL	Brøset Violence Checklist
CEBP	Europarat für Bioethik
CH	Schweiz
CPT	Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment
D	Deutschland
DACH	Deutschland-Österreich-Schweiz
DASA-IV	Dynamic Appraisal of Situationl Aggression – Inpatient Version
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EKT	Elkektrokonvulsionstherapie
EPMS	Extrapyramidale Symptomatik
EVA	Erfassung von Aggressionsergebnissen
FU	Fürsorgerische Unterbringung (CH)
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten u. Verwandter Gesundheitsprobleme
ILC	Impulsive Lifestlye Counselling
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KOKES	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz

MOAS	Modified Staff Observation Aggression Scale
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NNH	Number need to Harm
NPM	Nationaler Präventionsmechanismus
NPV	Negativer prädikativer Wert
PeRiskoP NRW	Konzept zur Früherkennung von Personen mit Risikopotenzial in NRW
PICASSO	Psychological Intervention for Complex PTSD and Schizophrenia Spectrum Disorder
PPV	Positiver prädikativer Wert
PreVCo	Prevention of Violence and Coercion
PsychKG/PsychKHG	Psychisch Kranken Gesetz/ Psychisch Kranken Hilfe Gesetz
QOVS	Quantification of Violence Scale
RCT	Randomised Clinical Trial
RCT	Randomised Controll Trial
Re-Art	Responsive Aggression Regulation Therapy
RR	Risk Ratio
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale
SPP	Supported Prone Position
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
START	Short Term Assessment of Risk and Treatability
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UbG	Unterbringung in Österreich
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention
USPP	Unsupported Prone Position
V-Risk	Violence Risk Screening
VR	Virtual Reality Technologie
ZGB	Zivilgesetzbuch (CH)

III. Einführung

III.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

Aggressives Verhalten ist ein im Zusammenhang mit bestimmten psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein gehäuft auftretendes Phänomen (Fazel et al. 2009a, Witt et al. 2013). Während dies über lange Zeit weitgehend tabuisiert wurde, steht

heute der Anspruch der Menschen mit psychischer Erkrankung auf eine bestmögliche Versorgung, Sicherheit und Würde im Vordergrund. Damit wird der Umgang mit Aggressivität und Zwang heutzutage zu einem wichtigen Aspekt der Behandlungsqualität. Diese Herausforderung wird zeitgemäß mit der Erstellung von Leitlinien und deren Implementierung in die klinische Praxis angenommen. 2005 publizierte das britische National Institute of Clinical Excellence (NICE) nach umfangreichen Vorarbeiten die "Clinical Practice Guidelines for Violence: The short term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments" unter Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung, deren Angehörigen und zahlreichen professionellen Gruppen. Im Jahre 2015 erschien eine Aktualisierung dieser Leitlinie (NICE 2015). Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften publizierte 2015 eine Richtlinie zu Zwangsmaßnahmen in der Medizin (www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html), die allerdings nicht evidenzbasiert ist und nicht aus einem formalen Konsensusprozess gemäß den S3-Leitlinien-Standards entstand. Ein Alleinstellungsmerkmal dieser Leitlinie ist aber, dass Zwangsmaßnahmen darin nicht als Problemstellung eines spezifischen Fachgebiets (Psychiatrie) verstanden werden, sondern als Herausforderung in der gesamten Medizin. Die hier vorliegende S3-Leitlinie wurde im Auftrag der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde erstellt und stellt eine Aktualisierung der im Jahre 2018 erschienen S3-Leitlinie dar, welche zwischenzeitlich im Rahmen der PreVCo-Studie (Steinert et al. 2023) erfolgreich in Deutschland implementiert wurde.

III.2 Ziele der Leitlinie

Diese Leitlinie soll den Fachpersonen in Kliniken und gemeindepsychiatrischen Institutionen, den Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen gleichermaßen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand des Wissens und eine davon abgeleitete gute klinische Praxis vermitteln. Letztere leitet sich einerseits aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen, andererseits aus ethischen Überlegungen und den gesetzlichen Bestimmungen ab. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen wurde versucht, eine möglichst allgemeinverständliche Sprache zu benutzen und unnötigen Einsatz von Fachterminologie zu vermeiden. Ein Ziel aller Leitlinien ist die Implementierung in die klinische Praxis und damit auch die Verbesserung dieser Praxis.

Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Leitlinie ist es, Empfehlungen zum Umgang mit aggressivem Verhalten, zu dessen Diagnostik, Prävention und Therapie auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsunterbringungen, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Falls deren Anwendung nach Ausschöpfen aller Alternativen im Sinne einer Ultima Ratio unumgänglich ist, ist insbesondere darauf zu achten, die Menschenwürde zu wahren und Rechtssicherheit zu gewährleisten.

Interventionen sind so kurz und so wenig eingreifend wie möglich zu halten und psychische oder physische Traumata zu vermeiden.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Den Mitarbeitenden der Leitliniengruppe war bei der Erarbeitung der Leitlinie bewusst, dass dieses Thema in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Psychiatrie außerordentlich kontrovers diskutiert wird. Sowohl die Psychiatrie-Erfahrenen selbst als auch deren Angehörige, politisch Verantwortliche auf verschiedenen Ebenen (CPT, Antwort der Bundesregierung 2007, Gesundheitsministerkonferenz 2007, Whittington et al. 2023), die Vertreter verschiedener Medien kritisieren z. T. konstruktiv und fundiert, z. T. polemisch und wenig faktenorientiert, die in der psychiatrischen Versorgung tätigen Professionellen und die von ihnen praktizierten (Zwangs-)Behandlungen. Die vorliegende Leitlinie fasst das aktuell verfügbare Wissen zum Thema in verschiedene Evidenzgrade eingeteilt zusammen. Es sollte berücksichtigt werden, dass aus dieser Leitlinie abgeleitete Empfehlungen stets im Einzelfall zu überprüfen sind. Eine individuelle Behandlung, möglichst im Konsens mit dem Betroffenen, ist erstrebenswert. Beim Thema „Aggressives Verhalten“ sind Auslöser, Ursachen und Interaktionen komplex ineinander verwoben. Nicht nur Menschen mit psychischer Erkrankung können sich aggressiv verhalten, auch psychiatrische Einrichtungen können im Sinne sog. „institutionelle Gewalt“ Zwang ausüben und Aggressionen hervorrufen. Auch kann es vorkommen, dass sich einzelne Mitarbeitende z. B. verbal aggressiv, aggressionsfördernd oder anderweitig schädigend verhalten.

III.3 Zielgruppen und Geltungsbereich

Die Problematik aggressiven Verhaltens im Kontext einer psychiatrischen Erkrankung ebenso wie die der Zwangsmaßnahmen bei vorliegender psychiatrischer Erkrankung betrifft in erster Linie psychiatrische Krankenhäuser. Mit zunehmender Deinstitutionalisierung ist deutlich geworden, dass die Krankenhausbehandlung nur einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung darstellt, die heute überwiegend über die Gemeindepsychiatrie angeboten wird. Demzufolge ist die Problematik des Umgangs mit Aggression und Gewalt genauso wie die sog. "institutionelle Gewalt" und die Prävention von Zwang auch in den gemeindepsychiatrischen Institutionen, in der ambulanten Versorgung und im häuslichen Bereich bzw. Wohnumfeld von Bedeutung.

Zielgruppen der vorliegenden Leitlinie sind:

- Die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Tätigen (u. a. Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen und Nervenärzte, klinische Psychologinnen und Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegefachpersonen, Spezial- und Kreativtherapeutinnen und -therapeuten)
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen aus deren Umfeld

Die Leitlinie dient außerdem der Information von:

- Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Politischen Entscheidungsträgern, Medien und der Allgemeinen Öffentlichkeit

IV. Methodik der Leitlinie

Schwerpunktsetzung und Formulierung von Schlüsselfragen

Die Entwicklung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ wurde entsprechend der Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit dem Ziel vollzogen, evidenzbasierte, konsentierte Handlungsempfehlungen auszuformulieren. Die Leitlinie wurde gemäß S3-Leitlinienstandard entwickelt, indem sie die systematische Recherche, Auswahl und Aufarbeitung wissenschaftlicher Literatur, die Bewertung der darin identifizierten Forschungsergebnisse, die sog. Evidenz, und die

strukturierte Konsensfindung kombiniert und damit dem methodisch hochwertigsten und verlässlichste Leitlinienniveau zugeordnet werden kann.

In mehreren vorbereitenden Treffen wurde die inhaltliche Struktur der Leitlinie mit der Leitliniensteuerungsgruppe ausgearbeitet, die sich aus einem interdisziplinären Team von Expertinnen und Experten in den Bereichen Psychiatrie, Recht, Medizinethik und Pflegewissenschaften sowie Angehörigen- und Betroffenenvertreterinnen und -vertretern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammensetzt. In Anlehnung an die vorangegangene S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (2018) liegt der Schwerpunkt der Leitlinie auf den folgenden allgemeinen Schlüsselfragen, an denen sich die methodischen Recherche-, Bewertungs- und Konsentierungsprozesse orientiert haben: Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischer Erkrankung, Aggression/Gewalt und Zwang? Unter welchen Bedingungen kommt aggressives Verhalten im Rahmen psychischer Erkrankungen vor? Wie kann man aggressives Verhalten und gewalttätige Übergriffe im Rahmen psychischer Erkrankungen vermeiden? Wie kann man Zwang im Rahmen psychischer Erkrankungen vermeiden? Welche Interventionen sind geeignet, Zwang in psychiatrischen Institutionen zu reduzieren? Welche pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Interventionen sind dazu geeignet, aggressives Verhalten im Rahmen psychischer Erkrankungen langfristig zu behandeln?

Einige Themenschwerpunkte wurden hierbei aus der vorangegangenen Leitlinie übernommen (z. B. Mitarbeitendenschulungen und Deeskalationstechniken), während weitere Schwerpunkte dazugekommen sind (z. B. Ethikberatung).

Literaturrecherche

Vor der systematischen Literaturrecherche zur Aktualisierung der Empfehlungen für bestehende Themenschwerpunkte aus der vorangegangenen Leitlinie und der Erstrecherche zu neu hinzugekommenen Themenschwerpunkten wurde eine Recherche nach anderen Leitlinien, die sich mit den Themen Zwang und Gewalt befassen, durchgeführt. Berücksichtigt wurden psychiatrische Leitlinien, die sich mit aggressivem Verhalten beschäftigten und auf die Rechts- und Versorgungssysteme von Deutschland, Österreich oder der Schweiz anwendbar erschienen. Ausgeschlossen wurden Leitlinien für Kinder- und Jugendliche, Leitlinien, die

lediglich selbstschädigendes/suizidales Verhalten betrachteten, und Leitlinien, welche nur Diagnostik/Evaluation aggressiven Verhaltens beinhalteten ohne Interventionen zu untersuchen, durch die aggressives Verhalten reduziert werden kann.

Zur Identifikation relevanter Leitlinien wurde die internationalen Leitliniensammlung guidelines.gov mit den trunkierten Stichworten aggress* und violen* durchsucht. Außerdem wurde die deutsche Leitliniensammlung auf AWMF.org durchgesehen. Alle psychiatrischen S3-Leitlinien, die Angaben zum Umgang mit aggressivem Verhalten in der psychiatrischen Versorgung enthielten, wurden berücksichtigt. Zudem erfolgte eine Abstimmung der relevanten Empfehlungen mit den Autorinnen und Autoren zum damaligen Zeitpunkt ebenfalls überarbeiteter Leitlinien (z. B. der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter", Register-Nr. 109 – 001), um widersprüchliche Empfehlungen zwischen den Leitlinien zu klären bzw. bestehen bleibende Widersprüche zu begründen. Wenn bestehende Leitlinien adaptiert wurden, ist dies bei den entsprechenden Hintergrundtexten und Empfehlungen in der Leitlinie explizit aufgeführt.

Systematische Literaturrecherche

Zur Aktualisierung der dazugehörigen Empfehlungen sollten ursprünglich drei systematische Literaturrecherchen zu den folgenden Themen durchgeführt werden, um einen möglichst vollständigen und verlässlichen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu erhalten:

- Medikation zur Behandlung aggressiven Verhaltens
- Reduktion von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen
- Mitarbeiterschulungen und Deeskalationstechniken

Im Verlauf der Leitlinienausarbeitung wurde entschieden, ebenfalls systematische Reviews zur Ethikberatung und Ansätzen der Open-Door-Policy zu machen, da diese Themen im Diskurs um Zwangsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Zu den übrigen Themen wurde auf bereits bestehende Übersichtsarbeiten zurückgegriffen und es wurden orientierende Suchen durchgeführt. Zusätzlich wurden die Expertinnen und Experten der Leitliniensteuerungsgruppe und die externen Expertinnen und Experten der an der Konsentierung beteiligten Fachgesellschaften vor Beginn der Erstellung der jeweiligen

Kapitel mit der bitte kontaktiert, relevante Literatur aus ihren Forschungsgebieten einzureichen.

Für jede erstellte Übersichtsarbeit auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Literatur und für jeweils jede abgefragte medizinische bzw. pflegewissenschaftliche Fachdatenbank (u. a. die Datenbanken MEDLINE und CINAHL) wurde ein eigener Suchstring erstellt, in dem die gesuchten Themen in Stichwörtern kodiert worden sind. Die Erstellung des Suchstrings erfolgte aus der formulierten Fragestellung und den vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien mit Hilfe des PICO-Schemas als Zwischenschritt (Liberati al. 2009). PICO steht für Person, Intervention, Comparison (Vergleichsintervention bzw. -gruppe) und Outcome (Endpunkt). Die Ein- und Ausschlusskriterien, wurden danach sortiert, ob sie sich auf den zu untersuchenden Personenkreis P (z. B. erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung), die zu untersuchende Intervention I (z. B. Interventionen zur Reduktion von Zwang) oder den gesuchten klinischen Endpunkt O (z. B. Zwangsmaßnahme) bezogen. Nach Möglichkeit wurde jedes Ein- und Ausschlusskriterium mit einem oder mehreren Stichwörtern umschrieben.

Die systematische Suche wurde so geplant, durchgeführt und dokumentiert, dass sie jederzeit repliziert und nachvollzogen und aktualisiert werden kann. Einer Empfehlung des Deutschen Cochrane Zentrums, der AWMF und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zur Literatursuche in mehreren interdisziplinären Datenbanken folgend (Deutsches Cochrane Zentrum 2013) konnte durch die Kombination dieser beiden Datenbanken eine möglichst umfassende Suche mit Ergebnissen von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus verschiedenen Disziplinen und Ländern erreicht werden. Die Literaturverzeichnisse der Reviews mit klar beschriebener und gut nachvollziehbarer Methodik wurden durchgesehen und so weitere wichtige, durch die systematische Datenbankabfrage noch nicht erfasste Arbeiten eingeschlossen („Referenzrecherche“, Horsley et al. 2011). Eingeschlossen wurde dann nur die jeweilige Primärliteratur aus der systematischen Datenbankabfrage um doppelten Studienauswertungen zu vermeiden.

Studienauswahl

Nach Abschluss der Suche wurden die Ergebnisse in das Literaturverwaltungsprogramm RAYYAN importiert. Das Ein- und Ausschließen der Artikel erfolgte anhand der Ein- und Ausschlusskriterien in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden Titel des gefundenen Artikels und dessen Abstract (einer etablierten Kurzzusammenfassung in wissenschaftlichen Veröffentlichungen) gelesen und es wurde entschieden, ob der Artikel ausgeschlossen werden musste. Wenn der Artikel nicht anhand seines Titels oder Abstracts im ersten Schritt ausgeschlossen wurde, wurde der ganze Artikeltext im zweiten Schritt gelesen und abhängig vom Erfüllen der Ein- und Ausschlusskriterien in die weitere Literaturauswertung aufgenommen oder davon ausgeschlossen. Die Artikel wurden von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet. Bei uneinigen Bewertungen der Artikel erfolgte der Ein- oder Ausschluss nach Diskussion zwischen beiden Personen und, wenn nötig, der Konsultation der Projektleitung. Grundsätzlich wurden alle Studientypen außer Einzelfallberichte eingeschlossen. Nicht eingeschlossen wurden ferner rein theoretische Abhandlungen, normative Stellungnahmen oder Gerichtsurteile. Ebenfalls ausgeschlossen wurde graue Literatur wie beispielsweise unveröffentlichte Dissertationen. Bezüglich der Sprachen wurden primär keine Einschränkungen gemacht. Alle Artikel, die inhaltlich und methodisch den Einschlusskriterien entsprachen, wurden eingeschlossen.

Bewertung des Verzerrungsrisikos („Risk of Bias“)

Nachdem die für die formulierten Fragestellungen relevante Literatur identifiziert wurde, wurde als nächstes das Verzerrungsrisiko der Studien bewertet. Diese Bewertung sollte angeben, wie groß jeweils das Risiko bei den eingeschlossenen Studien war, durch Schwächen in der Konzeptualisierung oder Durchführung der untersuchten Intervention, durch Störfaktoren beeinflusste („verzerrte“) Ergebnisse hervorgebracht zu haben. Zur Einschätzung dieses Verzerrungsrisikos („Risk of Bias“) in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) wurde das Risk of Bias Tool 2 (RoB 2 Tool) der Cochrane Collaboration verwendet (Sterne, et al., 2019). Das Verzerrungsrisiko wurde in fünf zentralen Domänen eingeschätzt (Randomisierungsprozess, Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen, Umgang mit fehlenden Ergebnisdaten, Messung der Endpunkte, Auswahl der berichteten Ergebnisse) und mit einer Bewertung versehen: „niedriges Risiko“, „einige Bedenken“ oder „hohes Risiko“. Aus den Einzelbewertungen ergab sich anschließend eine Gesamtbewertung des Verzerrungsrisikos für das jeweilige Studienergebnis. Für nicht randomisierte Studien wurden

das ROBINS-I (Stern et al. 2016) bzw. das ROBINS-E Tool (Higgins et al. 2024) für Interventionsstudien mit Vergleichsgruppe bzw. für Vorher-Nachher-Studien verwendet. Durch die strukturierte, transparente und reproduzierbare Einschätzung der internen Validität von Studien trägt die Bewertung des Risk of Bias durch das Tool wesentlich zur Qualität systematischer Übersichtsarbeiten bei.

Evidenzgrade: Einstufung der Evidenzqualität

Die Qualität der Evidenz wurde als das Ausmaß an Vertrauen definiert, dass der wahre Effekt einer Intervention in der Nähe des geschätzten Effekts in der wissenschaftlichen Evidenz liegt. Zur Einstufung der Evidenzqualität wurde GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) verwendet, ein international anerkanntes Bewertungssystem, das die Qualität der Evidenz in vier Stufen, sog. Evidenzgrade, einteilt: *hoch, moderat, niedrig* und *sehr niedrig*. Randomisierte kontrollierte Studien starten in der Regel mit hoher Evidenzqualität, während Beobachtungsstudien zunächst niedriger eingestuft werden. Die Qualität kann jedoch herabgestuft werden, etwa aufgrund eines hohen Risk of Bias, Inkonsistenz der Ergebnisse über Studien hinweg, indirekte Evidenz (d. h. Übertragung der Ergebnisse auf studienferne Zielgruppen oder Behandlungssettings), Ungenauigkeit der Ergebnisschätzung oder Verzerrungen der Effekte aufgrund der Tendenz, erwünschte Ergebnisse eher zu veröffentlichen („Publlikationsbias“). Bei starken Effekten, Hinweisen auf eine Dosis-Wirkungsbeziehung oder der Identifikation von störenden Einflussfaktoren auf die Effektstärke besteht allerdings auch die Möglichkeit zur Heraufstufung des Evidenzgrades. Eine Besonderheit des GRADE-Systems ist die Einstufung der Evidenzqualität auf Ebene der relevanten Ergebnismaße (z. B. Häufigkeit oder Dauer von Zwangsmaßnahmen, Aggressionsniveau) anstatt auf Ebene der einzelnen Studien. Dies ermöglicht den studienübergreifenden Überblick über die Gesamtqualität der Evidenz bezüglich der Wirksamkeit untersuchter Interventionen.

Empfehlungsgrade

Neben der Evidenzqualität bewertet GRADE auch die Stärke der Empfehlungen, die entweder *stark*, *schwach oder offen* sein können. Insbesondere bei einem kontrovers diskutierten Thema wie Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines psychiatrischen Versorgungssystem spielen insbesondere auch ethische, rechtliche und organisationale Aspekte eine große Rolle bei der

Diskussion von Empfehlungsgraden, wobei kulturelle und wirtschaftliche Aspekte sowie Sicherheit und Patientenpräferenzen, der Nutzen und Schaden einer Maßnahme, Kosten und die praktische Umsetzbarkeit miteinbezogen werden müssen. Entsprechende Herauf- und Herabstufungen finden sich direkt bei den jeweiligen Empfehlungen.

Entsprechend der Empfehlungsgrade wurden die Empfehlungen leitliniengerecht formuliert:

Empfehlungsgrad	**Formulierung**	**Bedeutung**
A (Starke Empfehlung)	Soll / soll nicht…	Intervention soll /soll nicht angewendet werden.
B (Schwache Empfehlung)	Sollte / sollte nicht…	Intervention sollte /sollte nicht angewendet werden.
0 (Offene Empfehlung)	kann…	Intervention kann erwogen werden. / Auf die Intervention kann verzichtet werden.

Wenn es für eine Behandlungsmethode keine experimentellen wissenschaftlichen Studien gibt, diese nicht möglich sind oder nicht angestrebt werden, das Verfahren aber dennoch allgemein üblich ist und innerhalb der Konsensusgruppe eine Übereinkunft über das Verfahren erzielt werden konnte, so erhielt diese Methode die Empfehlungsstärke Expertenkonsens. Die klinische Relevanz kann die Einstufung einer Empfehlung beeinflussen. Als Resultat eines Expertenkonsenses kann zum Beispiel eine Empfehlung auch ohne hohen Evidenzgrad einem hohen Empfehlungsgrad zugeordnet werden, wenn dies die Lösung eines Versorgungsproblems erfordert (www.versorgungsleitlinien.de).

Neben Empfehlungen wurden auch Statements formuliert, die Begriffsdefinitionen, Studienergebnisse, Expertenmeinungen und deren Erklärung wiedergeben, aber nicht direkt in eine Empfehlung mündeten.

Formulierung von Kapiteltexten und Empfehlungen

Auf Grundlage der Evidenz wurden die einzelnen Kapitel dieser Leitlinie von der Leitlinienkoordination und beauftragten Expertinnen und Experten aus der Leitliniensteuerungsgruppe erstellt. Die Autorinnen und Autoren stellten die aktuellen wissenschaftlichen Daten zusammen und formulierten die Entwurfstexte. Anhand der Texte

wurden von der Leitlinienkoordination Vorschläge für Empfehlungen gemacht. Die Entwürfe wurden allen Mitgliedern der Leitliniensteuerungsgruppe mit Hilfe einer Cloud online sowie per E-Mail zur Kommentierung zur Verfügung gestellt. Die Kommentare und Korrekturvorschläge wurden von der Leitlinienkoordination eingearbeitet. So entstanden in einem mehrstufigen Prozess Texte und Empfehlungen, die dann in einem weiteren Schritt in den Konsentierungsprozess eingingen.

Strukturierte Konsensfindung in Vorbefragung und Konsensuskonferenz

Die ausgearbeiteten Empfehlungsentwürfe wurden der Konsensusgruppe vorgelegt, die sich aus Forschenden (aus den Bereichen Sozialpsychiatrie, Patientenautonomie, Pflegewissenschaften, Medizinethik und –recht) als auch Anwenderinnen und Anwendern (Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Pflegenden, gesetzlich Betreuenden) sowie Patientinnen und Patienten und Angehörigen zusammensetzten, die als stimmberechtigte Mandatsträgerinnen und -träger ihrer jeweiligen Fachgesellschaft, Selbsthilfe- oder Berufsverbänden an den Abstimmungen der Empfehlungen in den Konsensuskonferenzen teilnahmen. Insgesamt wurden 6 Online-Konsensuskonferenzen mit bis zu 35 Mandatierten durchgeführt.

Da aus zeitlichen Gründen eine Vorauswahl der Empfehlungen getroffen werden musste, die in den Abstimmungen diskutiert werden konnten, wurden den Mandatierten die Empfehlungen zur Vorabstimmung in mehreren Online-Befragungen über die Plattform SoSci-Survey zur Verfügung gestellt, für deren Beantwortung sie in der Regel vier Wochen Zeit hatten. Die Online-Befragungen umfassten im Durchschnitt zwischen 10 und 15 Empfehlungen. Bei jeder Empfehlung konnten die Mandatierten angeben, ob sie dieser zustimmen, sie ablehnen oder sich enthalten möchten. Außerdem gab es die Möglichkeit, einen Alternativvorschlag zu formulieren. Diese Option gab es in den ersten Online-Befragungen nur im Falle der Ablehnung einer Empfehlung. Da aber der Wunsch vonseiten der Mandatierten bestand auch bei Zustimmung Vorschläge zu Umformulierungen machen zu können, wurde diese Möglichkeit auf alle drei Bewertungen erweitert. Die Formulierungsvorschläge aus der Vorbefragung wurden zur Vorbereitung in die abgefragten Empfehlungen eingearbeitet, wobei die Veränderungen farblich hervorgehoben wurden.

Die Empfehlungen, bei denen online kein Konsens erzielt werden konnten, wurden im Rahmen der Online-Konsensuskonferenz mittels Zoom diskutiert und ggf. geändert. Außerdem gingen Empfehlungen trotz ausreichender Zustimmung auch dann in die Konsensuskonferenz ein, wenn aus den Kommentaren ersichtlich war, dass Diskussionsbedarf, z. B. bezüglich des inhaltlichen Verständnisses, bestand oder wenn Enthaltungen in der Online-Umfrage überwogen hatten.

Die Empfehlungen und die jeweiligen Alternativvorschläge aus der Vorbefragung wurden dann in der Konsensuskonferenz erneut mittels des Zoom-Abstimmungstools im Sinne eines nominalen Gruppenprozesses abgestimmt. Zusätzlich wurden Empfehlungen mit knappem Konsens oder vielen Enthaltungen nach Beratschlagung mit der AWMF in der Konferenz diskutiert und teilweise ebenfalls erneut abgestimmt.

Die Diskussionen und Abstimmungen in der Konsensuskonferenz wurden von Frau Dr. Nothacker als erfahrene und neutrale Mitarbeiterin der AWMF moderiert. Die Stärke des Konsenses ist bei den jeweiligen Empfehlungen direkt in der Leitlinie vermerkt. Im Folgenden wird der Umgang mit verschiedenen Abstimmungsergebnissen dargestellt:

Starker Konsens	> 95 % der Teilnehmenden	Annahme der Empfehlung
Konsens	> 75 %-95 % der Teilnehmenden	
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 %-75 % der Teilnehmenden	Ablehnung der Empfehlung
Kein Konsens	≤ 50 % der Teilnehmenden	

Falls Empfehlungen nachbesprochen werden mussten, z. B. weil sich inhaltliche Fragen in der Konsensuskonferenz ergeben hatten, wurden diese bis zur nächsten Konsensuskonferenz geklärt und die Empfehlung darin erneut angesprochen, sowie zur Abstimmung gestellt. Die Empfehlungen die konsentiert aus der Konsensuskonferenz hervorgegangen waren, wurden redaktionell nachbearbeitet und in den Leitlinientext überführt.

V. Aggression und Gewalt – Begriffsbestimmung, Grundlagen, Epidemiologie

V.1 Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Aggression und Gewalt

Die Begriffe „Aggression“ und „Gewalt“ bzw. „aggressives und gewalttätiges Verhalten“ werden in der psychiatrischen Fachliteratur teilweise synonym benutzt. Eindeutige und allgemein akzeptierte Definitionen und Operationalisierungen existieren für beide Begriffe bisher nicht. Das Wort Aggression/Aggressivität leitet sich von dem lateinischen „aggredi“ ab und bedeutet zunächst herangehen, auf jemanden oder etwas zugehen, sich nähern. Später wurde dieser Begriff auch mit feindseliger Bedeutung im Sinne eines offenen Angriffs verwendet. Gewalt stammt aus dem Althochdeutschen, wobei „waltan“ stark sein, aber auch beherrschen bedeutet.

Aggression bezeichnet ein meist affektgeladenes Angriffsverhalten, das nach außen gegen andere Menschen, Gegenstände oder Institutionen, aber auch gegen die eigene Person (Autoaggression) gerichtet sein kann. Verschiedene, auch biologisch unterscheidbare, Formen werden differenziert. Neben anderen, im psychiatrischen Kontext weniger relevanten Formen wird der Begriff der instrumentellen, zielgerichtet eingesetzten Aggression (z. B. bei kriminellen Handlungen) einer spontanen, impulsiven bzw. emotional induzierten Aggression gegenüber gestellt. Aggression und aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten sind nur mit Einschränkungen objektiv erfassbar und quantifizierbar. Differenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sind häufig und nicht selten schwer überbrückbar.

Gemäß der Definition der WHO ist Aggression ein Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, Schaden gegen jemanden oder gegen etwas anzurichten. Aggression kann verbal und physisch geäußert werden. Sie kann auf ein Ziel ausgerichtet sein oder reaktiv auf erlebte Frustration, Bedrohung oder Provokation hin geäußert werden. Alle Definitionen von Aggression beinhalten die Dominanz gegenüber anderen.

Definitionen aus dem englischsprachigen psychiatrischen Kontext beziehen „aggression“ auf die Absicht, jemandem zu schaden oder zu verletzen. So können z. B. auch Drohungen Formen von Aggression sein. Aggression kann verschiedene Formen von Schäden/Verletzungen zur Folge haben, einschließlich psychischer und emotionaler Art. Unter dem Begriff „violence“ werden dagegen ähnlich wie unter dem deutschen Pendant „Gewalt“ Handlungen

verstanden, die die direkte Absicht implizieren, jemandem physischen Schaden zuzufügen. „Gewalt“ kann also als Subkategorie von „Aggression“ mit engerem Begriffsfeld verstanden werden. Allerdings variieren Auffassungen und Definitionen auch diesbezüglich. Vielfach werden die Begriffe als quantitative Abstufungen verwendet: „Aggression“ stellt demnach ein böswilliges Verhalten oder Drohen gegen andere dar, das verbaler, physischer oder sexueller Natur sein kann, „Gewalt“ dagegen den Ausbruch von physischer Kraft, durch die eine andere Person oder ein Gegenstand missbraucht, verletzt oder ihr Schaden zugefügt wird. Gewalt in einem weiteren, soziologischen, rechtlichen und politischen Sinn, der auch formelle staatliche Gewalt umfasst, ist nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Die geringere Ausprägung ist demgegenüber „Agitiertheit“ (in der deutschen Literatur weniger gebräuchlich, in der englischsprachigen Fachliteratur aber als „agitation“ häufig) als eine offensive verbale, stimmliche oder motorische Aktivität, die situativ inadäquat ist. Nicht ganz identisch mit der englischen, in vielen Publikationen erscheinenden „agitation“ ist der deutsche Begriff des „psychomotorischen Erregungszustands“, der auch manifest gewalttätiges Verhalten umfassen kann. Versuche, entsprechende Begriffe inhaltlich und formal eindeutig voneinander abzugrenzen, gibt es immer wieder (bspw. die qualitative Studie Rubio-Valera et al. 2016). Im Kontext der hier vorgestellten Leitlinie werden die Begriffe ohne strikte Operationalisierung im Sinne der letztgenannten Beschreibungen verwendet.

Behandlungsvereinbarung (A: Behandlungsplan, CH: Behandlungsgrundsätze)

Schriftliche Vereinbarung zwischen einer psychiatrischen Institution (meist einer Klinik) und Patientinnen und Patienten, die sich auf die Modalitäten eventueller zukünftiger Behandlungen bezieht. Sie können im Sinne der Prävention mit der Patientin bzw. dem Patienten im Rahmen der Entlassungsplanung gemeinsam erstellt werden. Die gemeinsame Formulierung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung. Bei einer zukünftigen Behandlung sollen die Vereinbarungen, wann immer möglich, berücksichtigt werden. Falls gewünscht, können weitere Vertrauenspersonen bei der Erstellung einbezogen werden (für Näheres s. Kapitel IX.6).

Besuchskommission

Multiprofessionell zusammengesetzte Kommission mit Fachpersonen und Expertinnen aus Erfahrung, die psychiatrische Versorgungseinrichtungen mit dem Ziel einer externen Kontrolle visitiert. Aufgaben, Zusammensetzung und Berichtspflichten sind in den PsychKGs bzw. PsychKHGs der einzelnen deutschen Bundesländer geregelt.

CPT (European Committee for the Prevention of inhumane or degrading Treatment) Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Beim Europarat angesiedeltes Komitee, welches Haftanstalten und psychiatrische Kliniken in den Mitgliedsländern visitiert. Das CPT hat unbeschränkten Zugang zu allen Einrichtungen, auch bei unangekündigten Besuchen. Die Berichte werden im Internet mit den Stellungnahmen der betreffenden Staaten publiziert.

Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist ein rechtlicher Begriff, der die Fähigkeit einer Person beschreibt, rechtlich wirksam in eine Behandlung einzuwilligen, die die Verletzung eines Rechtsguts (z. B. der körperlichen Unversehrtheit bei der Verabreichung eines Medikaments mittels einer Spritze) darstellt.

Evidenz

Evidenzist vom englischen "evidence" entlehnt. In diesem Sinne bedeutet Evidenz "wissenschaftlicher Beleg", demnach mit deutlich anderem Begriffsinhalt als die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs "Evidenz", wo evident „offensichtlich" oder „augenscheinlich“ bedeutet. Evidenz bezieht sich also immer auf den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis. Diese beruht bezüglich der Aspekte der Behandlung typischerweise auf Studien, die unterschiedliche Qualität haben und unterschiedlich eindeutige Ergebnisse erbringen, woraus dann Evidenzgrade (siehe Kapitel IV) abgeleitet werden.

Fixierung

Fixierung ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, bei der eine am Körper oder in der unmittelbaren Umgebung des Patienten oder der Patientin angebrachte mechanische Vorrichtung, die Bewegungsfreiheit einschränkt und durch die betroffene Person alleine nicht überwunden werden kann: Festbinden mit dazu vorgesehenem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett, Schutzdecke.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind mechanische, räumliche oder chemische/medikamentöse Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen einschränken und eine gewisse Intensität aufweisen, also z. B. Isolierung, Fixierung, auch mit Bettgittern, Stuhltischen, Netzbetten. Es gibt verschiedene Grenzbereiche, bei denen umstritten bzw. genau zu prüfen ist, ob es sich um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt – z. B. wenn die betreffende Person gar nicht mehr die Fähigkeiten hat, sich aus eigener Kraft fortzubewegen. Bei der Gabe von Medikamenten ist zu unterscheiden: Solange eine primär therapeutische Indikation gegeben ist, handelt es sich nicht um freiheitsentziehende Maßnahmen, anders wäre es auch (rechtlicher) Sicht zu bewerten, wenn das Medikament zur Zweck der Einschränkung der Bewegungsfreiheit eingesetzt wird.

Expertenkonsens

Es handelt sich um einen Typ von Empfehlung, der einen Standard in der Behandlung beschreibt, auch wenn keine oder nicht ausreichend wissenschaftlichen Daten vorliegen oder diese Behandlungsempfehlung keiner experimentell-wissenschaftlichen Erforschung zugänglich ist.

Informeller Zwang

Unter informellem Zwang wird von verschiedenen Autoren eine nicht gesetzlich geregelte Weise verstanden, psychischen Behandlungsdruck auszuüben unterhalb der Schwelle von formellem Zwang. Dieser dient dem Ziel, den Patientenwillen zu beeinflussen, etwa um die

Verhandlungsbereitschaft zu fördern oder formelle Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Allerdings vermischt der Ausdruck „informeller Zwang“ zwei nicht zu verwechselnde Formen der Beeinflussung des Patientenwillens. Zulässig ist der Behandlungsdruck dann, wenn nach Expertenmeinung die Behandlungsziele erreicht werden, ohne das Selbstbestimmungsrecht (Patientrenrechtegesetz, BGB) des Patienten zu verletzen, z. B. durch Überreden, sehr langes Verhandeln, Anreize schaffen oder Belohnung in Aussicht stellen. Unzulässig ist der Behandlungsdruck dann, wenn nach Expertenmeinung die Behandlungsziele nur erreicht werden, wenn dabei das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verletzt wird, wie z. B. durch Bestrafen, Androhen, Erpressen oder Vorenthalten von Information. Unzulässiger Behandlungsdruck ist kein legitimes Mittel des Umgangs, selbst wenn damit bestimmte Behandlungsziele verfolgt werden.

Isolierung

Isolierung bezeichnet die Absonderung in einen besonders gesicherten Raum. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient wird in einen Raum alleine eingeschlossen. Ein eigenständiges Verlassen dieses Raums ist nicht möglich. Zur besonderen Sicherung des Raums kann beispielsweise das Vorenthalten von potentiell gefährdenden Gegenständen gehören (Manual zum Melderegister nach § 10 PsychKHG Baden Württemberg) und eine das Selbstverletzungsrisiko minimierende Einrichtung (z. B. Schaumstoffmatratze, schwer entflammbare Materialien etc.).

Krisenpass

Ein Krisenpass beinhaltet eine kurze prägnante Zusammenfassung von Behandlungsvereinbarungen oder Patientenverfügungen, die Betroffene bei sich tragen können, damit diese im Notfall auch berücksichtigt werden. Ein Krisenpass kann auch derartige Informationen und Verfügungen enthalten, ohne dass eine ausführliche Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung existiert.

Melderegister

Register für Zwangsmaßnahmen in einigen deutschen Bundesländern mit pseudonymisierter Meldepflicht für jede Maßnahme. Ausschließlich in Baden-Württemberg werden auch Maßnahmen nach BGB erfasst. In der Schweiz erfolgt eine Erfassung in allen Kantonen als Teil der umfassenden Qualitätsmanagements bei allen psychiatrischen Aufnahmen verpflichtend durch den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ. In Österreich existieren keine derartigen Register.

Metaanalyse

Metaanalysen beruhen auf der Verwendung statistischer Techniken im Rahmen eines systematischen Reviews (Übersichtsarbeit), bei dem die Ergebnisse einzelner Studien durch Zusammenfassung der Ergebnisse von Einzelstudien integriert werden, die nach bestimmten Einschlusskriterien ausgewählt wurden. Dabei spielen insbesondere auch methodische Gütekriterien eine Rolle.

Menschen mit psychischer Erkrankung

Eine besondere Begriffsvielfalt hat sich für die Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Einrichtungen entwickelt. In der Sprachwahl von Ärztinnen und Ärzten und Klinikmitarbeitenden sind sie „Patienten“ oder „Kranke“, bei Mitarbeitenden von Wohneinrichtungen „Bewohnende“, bei gemeindepsychiatrischen Diensten zumeist „Klienten“, bemerkenswerterweise bedeutungsgleich mit den von Betriebswirtinnen und Betriebswirten in Krankenhäusern entdeckten „Kunden“. Auch gibt es die Sprachregelung von „Betroffenen“ und „Nutzern“, die sich wiederum, sofern sie in Selbsthilfegruppen organisiert sind, häufig „Psychiatrie-Erfahrene“ oder „Überlebende“ nennen. Auch diese Begrifflichkeiten werden allerdings keineswegs von allen organisierten Vertretern ehemaliger Patientinnen und Patienten akzeptiert. Die britische NICE-Guideline zum selben Thema verwendet einheitlich den Begriff „service user“, der aber inzwischen ebenfalls sehr kontrovers diskutiert wird. In Deutschland impliziert die Verwendung der genannten Begrifflichkeiten noch mehr eine bestimmte Perspektive und Problemsicht.

In dieser Leitlinie wird in der Regel der Begriff „Menschen mit psychischer Erkrankung“ verwendet. Im rechtlichen Kontext werden auch die Begriffe „Betroffene“ oder „Betreute“

und im pharmakologisch-medizinischen Kontext der Begriff „Patientinnen und Patienten“ benutzt. Die Begriffe „Kunde“ oder „Nutzer“ werden angesichts der hier häufig betrachteten Zwangssituationen bewusst vermieden.

Patientenfürsprecher (D)

Patientenfürsprecher sollen als Vermittlungsperson für Beschwerden und Probleme vielfältigster Art sowohl in psychiatrischen Kliniken als auch in gemeindezentrierten psychiatrischen Einrichtungen fungieren. In einigen deutschen Bundesländern sind sie in den PsychK(H)G vorgesehen. Unterschiedliche Professionalität, in der Regel über die Landkreise finanziert in Teilzeitstellen.

Patientenanwälte (A)

Damit untergebrachte Patientinnen und Patienten ihre Rechte effektiv wahrnehmen können, werden in Österreich von den nach dem Erwachsenenschutzvereinsgesetz anerkannten Vereinen Patientenanwältinnen und -anwälte definiert. Die Patientenanwälte vertreten die Patientinnen und Patienten gegenüber der Krankenanstalt und im gerichtlichen Überprüfungsverfahren und unterstützen sie bei Problemen im Zusammenhang mit der Unterbringung. Sie haben ihren Sitz häufig innerhalb der Krankenhausstationen und sind damit für Betroffene niederschwellig zugänglich. Sie sind besonders ausgebildet, von der Anstalt unabhängig und zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Dienstleistungen der Patientenanwaltschaft sind grundsätzlich kostenlos und in Österreich gesetzlich verpflichtend.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist eine rechtlich verbindliche Erklärung für den Fall zukünftiger Einwilligungsunfähigkeit. Der/die Verfügenden liegt darin fest, in welchen zukünftigen Lebens- und Behandlungssituation sie bestimmte Maßnahmen wünscht oder ablehnt. Die Voraussetzungen, die Inhalte und die Verbindlichkeit sind in den unterschiedlichen Ländern unterschiedlich geregelt (s. Kapitel IX.6). Ein entsprechendes Musterformular speziell für die psychische Gesundheit wurde von der DGPPN publiziert (DGPPN 2024, Müller et al., 2023).

Peers

„Peers“ sind im psychiatrischen Hilfesystem Menschen mit individueller Erfahrung psychischer Krise (Psychiatrie-Erfahrung, Betroffene, Angehörige) und deren Bewältigung, die ihre reflektierten, persönlichen Erfahrungen zur Unterstützung von Menschen in ähnlichen Situationen einbringen. Sie können als Rollenmodell Hoffnung vermitteln und andere Betroffene bei ihrer Genesung unterstützen. Mit einer Qualifizierung zum "Genesungsbegleiter" können sie als "Experten aus Erfahrung" in der Einzelberatung und bei der Weiterentwicklung individueller psychiatrischer Versorgungsangebote tätig werden.

Prädiktion

Prädiktion ist die Vorhersage von Ereignissen auf Grund bestimmter Merkmale. Typischerweise wird der Begriff im Zusammenhang mit statistischen Verfahren verwendet.

Psychisch Kranken-Gesetze (PsychKG, PsychKHG, UbG) sind Gesetze der Bundesländer in Deutschland, in Österreich des Bundes (UbG), die unter anderem die Modalitäten von Zwangseinweisung und öffentlich-rechtlicher Unterbringung regeln. In der Schweiz greifen die Regelungen der Fürsorgliche Unterbringung (FU), enthalten im Schweizer Zivilgesetzbuch (ZGB).

Randomisierte kontrollierte Studie/Randomised Controlled Trial (RCT)

Ein RCT ist eine experimentelle klinische Studie, bei der die Untersucher die Teilnehmenden per Zufallsauswahl (Randomisierung) in Behandlungs- und Kontrollgruppen zuweisen. Die Behandlungsergebnisse (Outcomes) in den beiden Gruppen werden verglichen. Die Randomisierung dient der Schaffung von Strukturgleichheit (gleiche Verteilung typischer Merkmale) zwischen den Gruppen. Häufig wissen die Probandinnen und Probanden und Untersuchenden nicht, ob wer der Behandlungs- und wer der Kontrollgruppe zugewiesen wurde, um Erwartungseffekte zu minimieren (Verblindung). RCTs gelten als „Goldstandard“ in der medizinischen Forschung. Daraus folgt in der Bewertung der höchste Evidenzgrad im

Vergleich zu anderen Studien (Beobachtungsstudien, Vorher-Nachher-Studien, Fallsammlungen).

Strukturelle Gewalt

Allgemein eine nachweisbare, latente, nicht-personale Eigenschaft einer Sozialordnung (z. B. Klinik, Versorgungsverbund oder Gesellschaft), die die körperliche und psychische Integrität von Menschen schädigen kann, obwohl diese Schädigung nach den vorhandenen Ressourcen und dem Stand des verfügbaren wissenschaftlichen Wissens eigentlich potentiell vermieden werden könnte.

Systematisches Review

Systematische Reviews sind Zusammenfassungen von wissenschaftlichen Primärstudien, bei denen spezifische methodische Strategien verwendet werden, um Verzerrungen (Bias) zu vermindern. Die systematische Identifikation, Zusammenstellung, kritische Bewertung und Synthese aller relevanten Studien für eine spezifische klinische Fragestellung muss dabei klar und eindeutig beschrieben sein.

Unterbringung

Als Unterbringung wird eine freiheitsentziehende Maßnahme bezeichnet, bei der eine Person gegen ihren Willen auf einem beschränkten Raum festgehalten, ihr Aufenthalt überwacht und die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb der Einrichtung beschränkt werden kann. Die Unterbringung erfolgt für einen definierten Zeitraum in einer geschlossen geführten Einrichtung, also einem Krankenhaus oder einer Wohneinrichtung. In vielen psychiatrischen Kliniken und Wohneinrichtungen sind die Türen trotzdem zeitweise geöffnet. Unabhängig von der Türöffnung dürfen untergebrachte psychisch erkrankte Menschen die Einrichtung nur mit Erlaubnis verlassen. Auch einige Landesgesetze in D ermöglichen inzwischen explizit eine Unterbringung auf offen geführten Stationen. In weiten Teilen Österreichs befinden sich auch untergebrachte Patienten auf grundsätzlich geöffneten Stationen, weil eine Freiheitsbeschränkung für die dort behandelten freiwilligen Patienten nicht zulässig ist.

Die Regelungen zur freiheitsentziehende Unterbringung finden sich für Deutschland sowohl im Betreuungsrecht (BGB) als auch den Landesgesetzes (PsychKHG/PsychKG), für die Schweiz im Schweizer Zivilrechtsbuch (Fürsorgliche Unterbringung) und für Österreich im dortigen Unterbringungsgesetz (UbG).

Unterbringungsgesetz (UbG)

In Österreich Gesetz des Bundes, das unter anderem die Modalitäten von Zwangseinweisung und Unterbringung regelt.

Zwangseinweisung

Als Zwangseinweisung wird die Verbringung in eine (psychiatrische) Klinik unter Anwendung einer Rechtsvorschrift oder durch Gerichtsbeschluss, notfalls auch unter Einsatz unmittelbaren Zwangs, bezeichnet (rechtlich als freiheitsentziehende Unterbringung bezeichnet).

Zwangsbehandlung

Der juristische Fachbegriff lautet in D „Ärztliche Zwangsmaßnahme“. Eine Z. ist eine Behandlung gegen den geäußerten oder auch ohne verbale Äußerung gezeigten natürlichen Willen eines psychisch erkrankten Menschen. Eine Zwangsbehandlung gegen den freien Willen ist nicht zulässig. Das Spektrum reicht dabei von entschiedener und klar artikulierter Ablehnung bis zu nur passiven Unmutsbekundungen, das Ausmaß angewendeten Zwangs von eindeutiger Gewaltanwendung bis zum Ausüben verbalen Drucks durch z. B. Androhung einer anderen Zwangsmaßnahme oder anderen negativen Konsequenzen. Gemäß der Rechtslage sind in D zwei Typen zu unterscheiden: 1. die gerichtlich genehmigte Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht, bei der zunächst ein rechtlicher Betreuer in die Maßnahme einwilligt und für diese Einwilligung eine Genehmigung durch das Gericht bedarf, oder öffentlich-rechtlicher Gesetzgebung (PsychKG/PsychKHG) mit gerichtlicher Anordnung und 2. die Notfallmedikation. Eine Notfallmedikation ist in einigen öffentlich-rechtlichen Gesetzen explizit geregelt (z. B. PsychKHG Baden-Württemberg), ansonsten verbleibt in Deutschland

nur der allgemeine Rechtfertigungsgrund nach §34 StGB (rechtfertigender Notstand). Eine gerichtlich genehmigte/angeordnete Zwangsmedikation hat immer als Zwangsbehandlung zu gelten, auch wenn der psychisch erkrankte Mensch in Kenntnis des Gerichtsbeschlusses Medikamente selbständig einnimmt. Bei der Notfallmedikation gibt es einen Übergangsbereich zwischen Freiwilligkeit, psychologischem Druck, ultimativer Aufforderung mit Androhung von Zwang und tatsächlicher Anwendung körperlichen Zwangs. Diese Unschärfe veranlasste die beiden in Deutschland existierenden Arbeitskreise zur Prävention von Gewalt und Zwang 2013, einen Konsens für eine Definition zu suchen. Diese lautet: „Als Zwangsbehandlung wird eine gegen den erklärten oder gezeigten Willen eines psychisch erkrankten Menschen durchgesetzte Medikamentenverabreichung bezeichnet, bei einem Menschen trotz Ablehnung keine Alternative außer ggf. einer sonst erfolgenden anderen Zwangsmaßnahme verbleibt“ (Steinert 2013). Diese Definition wurde z. B. auch im Melderegister für Zwangsmaßnahmen des Landes Baden-Württemberg übernommen.

V.2 Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen

V.2.1 Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen in der Gesellschaft, Prädiktoren

Die Häufigkeit aggressiven Verhaltens bei Menschen mit psychischer Erkrankung wurde in den letzten Jahren mittels verschiedener Methoden untersucht. Neben systematischen Reviews und Metaanalysen über klinische Studien findet man auch epidemiologische registerbasierte Studien, bei welchen Vollerhebungen ganzer Geburtenjahrgänge durchgeführt wurden.

Eine Studie, die 2004 unter allen Menschen in Wales und England, die ein schweres Verbrechen begangen hatten, durchgeführt wurde, ergab, dass 5 % zuvor bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen waren, bei den Tötungsdelikten waren es 10 % (Flynn et al. 2014). Dies entspricht in etwa dem Anteil psychisch erkrankter Gewalttäter, der auch in anderen westlichen Ländern gefunden wurde (Übersicht: Erb et al. 2001). Die häufigsten Diagnosen waren Persönlichkeitsstörungen (22 %) und Schizophrenie (19 %), die meisten (61 %) hatten vor dem schweren Anlassdelikt bereits Gewalttaten begangen (Flynn et al. 2014).

In einem systematischen Review, das 24 Fall-Kontroll- und Kohortenstudien einschloss, ergaben sich erhöhte relative Risiken für Gewalttaten, insbesondere Tötungsdelikte, bei

Menschen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Erkrankungen (Whiting et al. 2022). In registerbasierten Studien war das absolute Risiko, eine Gewalttat zu begehen, für Menschen mit Psychose erhöht, aber trotzdem gering, bei Frauen war eine von 20 und bei Männern einer von 4 gewalttätig (Whiting et al. 2022). In einer baskischen Studie mit jungen Menschen mit einer ersten psychotischen Episode waren Gewalttaten, ähnlich wie bei Gesunden, meist gegen Angehörige gerichtet (Mentxaka et al. 2022).

Das Risiko für Gewalt war in den meisten Studien vor allem dann erhöht, wenn zusätzlich Alkohol-, Cannabis-, oder Drogenmissbrauch vorlagen (Fazel et al. 2009a, Witt et al. 2013, Lagerberg et al. 2025, Moulin et al. 2022, Sayrafizadeh et al. 2024). Der Zusammenhang zwischen Suchtmittelgebrauch, Psychose/Schizophrenie und Gewalt wurde von anderen Autorinnen und Autoren in unterschiedlichen Ländern bestätigt (für Kroatien Kudumija et al. 2014 und für Israel Fleischman et al. 2014). Die Komorbidität einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung, insbesondere einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, bei Menschen mit Schizophrenie stellt einen eigenständigen Risikofaktor für geplantes aggressives Verhalten dar (Bo et al. 2013).

Eine weitere registerbasierte Studie, welche über 3 Millionen Schweden einschloss und die Trigger, welche gewalttätiges Verhalten (innerhalb einer Woche) auslösten, untersuchte, ergab, dass gewalttätiges Verhalten am häufigsten auf Gewalterfahrungen folgte, wobei sich hier Menschen mit psychischer Erkrankung und Menschen ohne psychische Erkrankung nicht signifikant unterschieden (Sariaslan et al. 2016).

Weitere Risikofaktoren neben Substanzmissbrauch und einer dissozialen Persönlichkeitsstörung waren feindseliges Verhalten, fehlende Adhärenz bzgl. der psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung und schlechtere Impulskontrolle. Der stärkste unbeeinflussbare Prädiktor dafür, Gewalttaten zu begehen, war, bereits zuvor straffällig geworden zu sein. Weitere Prädiktoren waren Viktimisierung (selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein), Obdachlosigkeit, männliches Geschlecht und in schwächerem Maße Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und niedriger sozioökonomischer Status (Witt et al. 2013, Lagerberg et al. 2025). Insbesondere Frauen, die schwere Gewaltdelikte begangen hatten, waren in einer schwedischen registerbasierten Studie schon häufig selbst

Opfer von Gewalt in engen Beziehungen geworden. Dabei kam es bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen/Psychosen häufiger zu Tötungsdelikten zusammen mit Selbsttötung, wobei häufig die eigenen Kinder oder Freunde Opfer waren. Bei Frauen ohne schwere psychotische Erkrankungen spielten die o. g. Risikofaktoren wie Substanzmissbrauch und Straffälligkeit in der Vorgeschichte eine größere Rolle und Opfer waren häufig (Ex-)Partner, deren Opfer die Frauen häufig auch geworden waren (Trägårdh et al. 2023). In einer retrospektiven Analyse der Daten der CATIE-Studie waren Suizidandrohungen ebenfalls ein unabhängiger Prädiktor für fremdaggressives Verhalten (Witt et al. 2014). Wie auch in der Allgemeinbevölkerung ist auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen das Risiko für gewalttätiges Verhalten im jüngeren Alter höher. Dabei ist auch ein junges Erkrankungsalter mit mehr gewalttätigem Verhalten vergesellschaftet (Talevi et al. 2023).

Die Risikoerhöhung für aggressives Verhalten bei diagnostizierten psychischen Erkrankungen war geringer, wenn als Kontrollen die nicht erkrankten Geschwister gewählt wurden, was darauf hindeuten könnte, dass auch genetische Faktoren und Umweltbedingungen während der frühkindlichen Entwicklung einen Einfluss auf aggressives Verhalten haben (für psychotische Erkrankungen Fazel et al. 2009a und Fazel et al. 2009b, für Depressionen: Fazel et al. 2015). Dies zeigte sich auch im Review Witt et al. 2013: Hier waren körperlicher und sexueller Missbrauch in der Kindheit sowie Straffälligkeit und Alkoholmissbrauch der Eltern signifikante Prädiktoren von Gewalthandlungen im Erwachsenenalter (Witt et al. 2013). Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Traumata in der Kindheit und späterer Gewalttätigkeit bei psychotischen Menschen ergab, dass sexueller Missbrauch und Nachbarschaftskonflikte eigenständige Prädiktoren für Gewalt sind, und sich das Risiko bei mehreren traumatischen Erlebnissen akkumuliert (Bosqui et al. 2014). In einer Studie an männlichen Gefangenen, die eine Strafe wegen Gewalt- oder Sexualdelikten verbüßten, zeigten sich höhere Raten an schweren psychischen Erkrankungen als in der Allgemeinbevölkerung, wobei Verhaltensstörungen in der Kindheit mit schweren psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter korrelierten (Tärnhäll et al. 2025). Hier könnten Ansätze für Prävention von psychischen Erkrankungen und Gewalt schon im Kindes- und Jugendalter liegen. Die Gefangenen mit schweren psychischen Erkrankungen hatten höhere Raten an Gewalttaten und erneuten Inhaftierungen als Gesunde, wobei das

Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrischer und somatischer Behandlung in dieser Gruppe niedrig war (Tärnhäll et al. 2025).

Die Rolle der Positivsymptomatik

Psychopathologische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen spielten dagegen in den Untersuchungen als Risikofaktoren eine vergleichsweise geringe Rolle (Witt et al. 2013).

Selbst in einer forensischen Stichprobe, zeigte sich nur in etwa einem Drittel der Fälle, dass die Täterinnen und Täter aus einem Bedrohungserleben heraus gehandelt hatten oder weil sie sich nicht mehr gegenüber imperativen Stimmen abgrenzen konnten (Findeis et al. 2024). Auf der anderen Seite zeigte eine kanadische Studie, in der schuldunfähige Menschen mit Psychose untersucht wurden, die gezielte Gewalttaten (also geplant und ein bestimmtes Opfer betreffend) begangen hatten, dass alle 56 Täter zum Tatzeitpunkt unter wahnhaftem Erleben litten, wobei dieses Erleben in über 80 % der Fälle als die Tat motivierend eingeschätzt wurden. Bei 52 der Taten kam es zuvor zu Risikoverhaltensweisen, die auf die Tat hätten hindeuten können (Drohungen gegenüber dem Opfer oder Dritten etc., Almond et al. 2022). Eine Übersichtsarbeit zeigte, dass die Zahl von Tötungsdelikten im Zusammenhang mit psychotischen Erkrankungen im Zeitverlauf relativ stabil bleibt und in den meisten Populationen nicht mit den Faktoren zusammenhängen, die zum Anstieg und Rückgang der Tötungsdelikte in der Gesamtbevölkerung beitragen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Krankheits- und Behandlungsfaktoren doch von Bedeutung sind und in der Prävention von Tötungsdelikten durch Menschen mit psychotischen Erkrankungen berücksichtigt werden sollten (Simpson et al. 2021). Eine chinesische Studie zeigte, dass über einen 10-Jahreszeitraum Gewalttaten von nicht schuldfähigen Menschen mit Psychosen zwar mit der Häufigkeit von Gewalttaten insgesamt korrelierten, aber negativ mit dem Einsatz von Ressourcen im psychiatrischen Hilfesystem (Guo et al. 2024).

Einige der Risikofaktoren scheinen über Kulturkreise und Versorgungssysteme hinweg konstant zu sein: In einer chinesischen registerbasierten Studie über Menschen mit Depressionen, die Straftaten verübt hatten, zeigte sich, dass männliches Geschlecht, Reizbarkeit und die Diagnose einer bipolaren Störung Risikofaktoren für Gewaltdelikte waren,

während Behandlung im Allgemeinen und Behandlung mit Medikamenten im Besonderen Schutzfaktoren waren (Lu et al. 2025).

Die Rolle der Behandlung

In einer weiteren registerbasierten Studie fanden sich starke Hinweise auf die kriminalpräventive Wirkung einer adäquaten Behandlung von Menschen mit psychotischen Erkrankungen (Pedersen et al. 2013). Bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen fiel die Rate an Gewalttaten während der Verschreibung von Antipsychotika um 45 % und mit Stimmungsstabilisierern um 26 % gegenüber anderen Zeiträumen, in denen dieselben Personen keine Medikamente verschrieben bekamen, wobei Stimmungsstabilisierer nur bei bipolarer Störung wirksam waren (Fazel et al. 2014). Dazu passend fanden einige Untersuchungen erhöhte Risikoraten für Gewalttaten und Tötungsdelikte bei länger unbehandelten Erstmanifestationen von Psychosen (Látalová 2014, Langeveld et al. 2014). In einer forensischen Stichprobe zeigte sich, dass viele Straftäter mit Psychosen zwar schon vor dem Anlassdelikt Kontakt zum Gesundheitssystem oder zum psychiatrischen Hilfesystem gehabt hatten, häufig aber eine Psychose nicht diagnostiziert worden war (Goodhand et al. 2024). Aber auch bei nicht psychotischen Patienten und Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigte sich in einer registerbasierten Studie eine präventive Wirkung von Antipsychotika: In Phasen, in denen Männer Medikamente einnahmen, wurden sie 40 % seltener eines Gewaltverbrechens bezichtigt, als in Phasen ohne Medikation. Bei Frauen betrug der Effekt immerhin 10 % (Herttua et al. 2022). Eine weitere registerbasierte Studie, die fast 75.000 Menschen einschloss, die jemals Antipsychotika verschrieben bekommen hatten, zeigte ein reduziertes Risiko für Festnahmen wegen Gewaltdelikten, Drogendelikten und Festnahmen allgemein in Zeiten, in denen die Menschen Antipsychotika einnahmen, wobei Clozapin, Olanzapin, Risperidon sowie Depotmedikation mit einer besonders starken Risikoreduktion einhergingen (Sariaslan et al. 2021).

Nach der bisher einzigen in Deutschland durchgeführten, allerdings schon länger zurückliegenden Studie ist gesamtgesellschaftlich die Rate von Tötungsdelikten bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht erhöht, für einzelne Krankheitsgruppen (z. B. Menschen mit Schizophrenie) wurden allerdings auch hier bereits moderate Risikoerhöhungen beschrieben (Böker und Häfner 1973).

Insgesamt liefern die genannten epidemiologischen Befunde an sehr großen Stichproben scheinbar exakte Risikoziffern, die dennoch nicht einfach zu interpretieren sind. Es handelt sich um eine statistische Verknüpfung von Variablen (Erkrankung und Delinquenz), ohne damit kausale Zusammenhänge zu belegen. Gewalttätiges Verhalten kann durch krankheitsimmanente Symptome (Verfolgungswahn, imperative Halluzinationen) bedingt sein, muss es aber keineswegs. Die genannten Metaanalysen (z. B. Witt et al. 2013, Bosqui et al. 2014) legen nahe, dass nicht direkt krankheitsassoziierte Merkmale wie Persönlichkeitsfaktoren, soziale Desintegration und Viktimisierung ebenfalls eine große Rolle spielen. Dies spricht dafür, dass es in vielen Fällen keine direkte Kausalität zwischen psychischer Erkrankung und Gewalttat gibt, sondern dass vielmehr beide gemeinsame Ursachen haben können. So ist auch zu verstehen, dass Depressionen, ein ausgesprochen heterogenes Syndrom, rein statistisch ein erhöhtes Gewalttatenrisiko aufweisen.

Immer ist neben einer unspezifischen Disposition auch eine spezifische konkrete interpersonelle Situation, beeinflusst durch hemmende oder enthemmende Einwirkungen, für die Realisierung einer Gewalttat entscheidend (Steinert u. Whittington 2013). Ferner ist in Rechnung zu stellen, dass die erwähnten, als odds ratios errechneten Risikoerhöhungen keine fixen krankheitsbezogenen Merkmale sind, sondern stark von der Basisrate der Kriminalität in der betreffenden Gesellschaft abhängen. Ist diese sehr hoch (z. B. bei Bürgerkriegen etc.), tritt die Bedeutung psychischer Erkrankungen völlig in den Hintergrund. Aber auch z. B. in der gegenwärtigen Gesellschaft übersteigt die Risikoerhöhung (Odd’s Ratios) durch Positivsymptomatik strafrechtlich durch Gewalttaten auffällig zu werden, nicht das anderer definierbarerer Risikogruppen (z. B. junger Männer, Witt et al. 2013).

Expertenkonsens

Bei der Kommunikation über das Risiko für Gewalt und Straftaten sollen Fachpersonen die Risikofaktoren differenziert bewerten und eine Stigmatisierung durch vereinfachte Darstellung als Kausalzusammenhänge vermeiden.

96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

V.2.2 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung gegen Angehörige und Betreuungspersonen, Prädiktoren

In den letzten Dekaden wurde vermehrt versucht, die Gewalt im sozialen Nahraum der Menschen mit psychischen Erkrankungen wissenschaftlich zu untersuchen. Ein für die Vorgängerversion dieser Leitlinie erstelltes systematisches Review schloss 27 Studien aus verschiedenen Ländern und Kulturkreisen, mit Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen und ihre Partnerinnen, Partner, Angehörigen und Pflegenden seit dem Jahre 2005 ein (Rafalski 2021). Dabei handelt es sich hauptsächlich um Befragungen (Fragebögen, Interviews) im Querschnitt sowie um zwei qualitative Studien mit Fokusgruppen und Interviews und zwei Analysen von insgesamt 1528 Fällen von Tötungsdelikten. Häufigkeit, negative Folgen von Gewalt durch psychisch erkrankte Angehörige und die Prädiktoren für Gewalt wurden herausgearbeitet. Dieser Abschnitt behandelt die Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung. Doch auch das Risiko für psychisch erkrankte Menschen Opfer von häuslicher Gewalt zu werden ist erhöht (s. Kapitel V.2.4).

Eine zwischenzeitlich erschienene Übersichtsarbeit zeigte, dass Angehörige körperlicher, verbaler, psychischer und wirtschaftlicher Gewalt (häuslichen Gewalt, die über körperliche Schäden hinausgeht und durch Entzug oder missbräuchliche Verwendung von der Person eigentlich zustehenden Geldmitteln die wirtschaftliche Stabilität und Unabhängigkeit der Opfer beeinträchtigt, Sarac & Odabas 2025) sowie Sachbeschädigung ausgesetzt sind. Die verschiedenen Arten traten häufig gemeinsam auf. Mütter waren im Vergleich zu anderen Angehörigen die Gruppe, die am häufigsten angab, Opfer zu sein. Zu den berichteten Auswirkungen der Gewalt auf die Angehörigen gehörten psychische Probleme, die Verschlechterung und in einigen Fällen der Abbruch der familiären Beziehung (Wildman et al. 2023).

Angesichts der engen Beziehungen sind hier mehr noch als in der Gesellschaft Prädiktoren auf Seiten der Opfer und interaktionelle Faktoren relevant. In einer Fokusgruppenbefragung wurde berichtet, dass es teilweise zu Hause schon zu aggressiven Übergriffen kam, wenn es dem psychisch erkrankten Familienmitglied noch möglich war, in anderen Situationen noch eine gute Fassade aufrecht zu erhalten, bspw. bei Vorstellungen bei Ärztinnen oder Ärzten (Kontio et al. 2017).

In einer Befragung aus den USA gaben 15 % (20 %, 42 %) der Menschen mit psychisch erkrankten Angehörigen an, in den letzten sechs Monaten Opfer von physischer (wirtschaftlicher, psychischer) Gewalt geworden zu sein (Labrum 2017). In einer kanadischen Befragung 61 pflegender Angehöriger von Menschen mit Schizophrenie wurden insgesamt 63,9 % Opfer von Gewalt, 26,2 % Opfer schwerer physischer Gewalt und 9,8 % wurden dabei schwer verletzt (Chan 2008). In einer japanischen Befragung, die 302 Familien von Menschen mit Schizophrenie einschloss, lag die Lebenszeitprävalenz für körperliche Gewalt gegen die Angehörigen durch ihr psychisch erkranktes Familienmitglied bei 60,9 %, die Einjahresprävalenz bei 27,2 % (Kageyama et al. 2015). In einer Fokusgruppenbefragung aus Finnland berichteten die Familien von vier von zehn Patientinnen und Patienten, dass es im Jahr nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik zu gewalttätigem Verhalten gekommen sei (Kontio et al. 2017). Eine weitere Arbeit aus Europa ist die begleitende Befragung von Angehörigen der Teilnehmenden an einem RCT in England. 52,9 % der Befragten berichteten von Gewalt des Menschen mit psychischer Erkrankung, davon gaben 62,2 % der Angehörigen an, selbst das Opfer gewesen zu sein. Einige der Angehörigen berichteten auch von Verletzungen wie Blutungen oder gebrochenen Rippen (Onwumere et al. 2014). Eine Befragung unter 95 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Psychosen in Tunesien ergab, dass 75,8 % der Betreuungspersonen innerhalb eines Jahres von ihren kranken Angehörigen mittelschwere bis schwere Aggressionen erlebt hatten. Ältere, männliche, Betreuungspersonen und Eltern von Psychosepatienten waren häufiger betroffen. Bei 54 % der Betreuungspersonen ergab sich der Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung (Charfi et al. 2021).

Insbesondere häusliche Gewalt war mit Angst und Schuldgefühlen bei den Angehörigen assoziiert und mit einer Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Familie (Labrum 2017, Varghese et al. 2016). Eine Befragung der Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie ergab, dass Angehörige deutlich größeren psychischen Belastungen ausgesetzt sind, wenn die erkrankten Menschen ihnen gegenüber aggressiv sind (Hanzawa et al. 2013). In einer australischen Studie, ergab sich bei 33 der 106 befragten Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Loughland et al. 2009).

Neben der Befragung von Angehörigen und Pflegepersonen wurde auch eine Befragung von Menschen mit psychischer Erkrankung in das Review für die Vorgängerleitlinie aufgenommen: 19,2 % der befragten Menschen mit psychischer Erkrankung gaben an, körperliche Auseinandersetzungen mit ihren Familienangehörigen gehabt zu haben oder diese mit einer tödlichen Waffe bedroht zu haben (Elbogen et al. 2005).

Angehörigen, die Opfer von (häuslicher) Gewalt geworden sind, stehen Hilfen und Rechtsmittel zur Verfügung, z. B. das Erwirken eines Wohnungsverweises oder eines Annäherungsverbots, z. B. in Deutschland nach dem jeweiligen Polizeigesetzen oder dem Gewaltschutzgesetz.

Menschen mit Demenzerkrankungen

In einer US-amerikanischen Telefonbefragung der Angehörigen von 385 Menschen, die vor kurzem eine Demenzdiagnose erhalten hatten, wurden 75 (19,5 %) der Betroffenen als aggressiv geschildert (Orengo et al. 2008). Für die pflegenden Angehörigen war das aggressive Verhalten ihrer Angehörigen eine große Belastung (Lange et al. 2017). Eine Studie an den Angehörigen von an Demenz erkrankten Menschen ergab, dass Agitiertheit und Aggressivität bei den erkrankten Menschen mit schlechterer Gesundheit, mehr depressiven Symptomen und mehr Medikamenteneinnahme bei den pflegenden Angehörigen einherging, auch dann noch, wenn für die Schwere der Demenz adjustiert wird (Rattinger et al. 2015). Die Belastung der Angehörigen war in einer Studie aus Taiwan, in welcher eine multiple Regression gerechnet wurde, mit Aggressivität, Agitiertheit und inadäquatem sexuellen Verhalten der demenzkranken Angehörigen korreliert (Uei et al. 2013). Eine weitere Studie aus Taiwan fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Verhaltensstörungen der demenzkranken Angehörigen und den Belastungen, denen ihre pflegenden Angehörigen ausgesetzt waren. Aggressivität und Agitiertheit trugen nach wahnhaftem Erleben, am zweitstärksten zur Belastung der Angehörigen bei (Huang et al. 2012), bei betagten Partnern war es sogar der stärkste Faktor (Meiland et al. 2005). Auch in der einzigen deutschen eingeschlossenen Studie über die Belastungen der Angehörigen von Menschen mit Demenz waren die psychischen Symptome (Depression, Aggressivität) am stärksten mit Belastung der Angehörigen assoziiert (Uribe et al. 2014).

Menschen mit Intelligenzminderung

Eine Beobachtungsstudie aus Schottland konnte keine insgesamt höhere Rate an Verletzungen von Menschen, die einen Angehörigen mit Intelligenzminderung pflegten (Befragung mit semistrukturierten Interviews), und der Allgemeinbevölkerung (Routinedaten aus der medizinischen Versorgung) finden. Insbesondere die Raten an schweren Verletzungen und Verletzungen durch aggressives Verhalten waren nicht erhöht (Finlayson et al. 2015). In einer Befragungsstudie aus England mit den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Intelligenzminderung korrelierte die Schwere des aggressiven Verhaltens positiv mit der Belastung der Angehörigen (Unwin und Deb 2011).

Prädiktoren

Eine Befragung mit 243 erwachsenen Menschen aus den USA, die älter als 55 Jahre waren und einen Angehörigen mit psychischer Erkrankung hatten, ergab, dass es häufiger zu körperlichen und psychischen Übergriffen kam, wenn Täter und Opfer in häuslicher Gemeinschaft lebten und der Angehörige den Menschen mit psychischer Erkrankung sehr enge Grenzen im Verhalten setzte. Psychische und wirtschaftliche Gewalt war häufiger bei finanzieller Abhängigkeit des Menschen mit psychischer Erkrankung von seinen Angehörigen und bei Drogenmissbrauch (Labrum 2017). Ähnliche Ergebnisse ergaben eine Querschnittsstudie aus Indien (Varghese et al. 2016) und eine Befragungsstudie aus den USA (Elbogen et al. 2005): Auch hier war Gewalt häufig assoziiert mit engen familiären Beziehungen und häufigen Kontakten sowie Auseinandersetzungen über Regeln oder Anforderungen an den Menschen mit psychischer Erkrankung (zum Beispiel Medikamente einnehmen, morgens aufstehen) oder von finanziellen Abhängigkeiten (Unterhalt von Angehörigen bekommen, Geld für Substanzmissbrauch). Eine Befragung von Angehörigen aus Australien ergab, dass die Menschen mit psychischer Erkrankung, die häufig Opfer von Gewalt wurden und die Beziehung zur ihren Angehörigen als weniger unterstützend und wertschätzend bewerteten, auch eher selbst Gewalt ausübten (Loughland et al. 2009). Auch in Befragungen aus England, Japan und Taiwan war Gewalt häufig mit emotionalem, abwertendem und überkritischem Verhalten der Eltern gegenüber ihren psychisch erkrankten Kindern assoziiert (Kageyama et al. 2015, Onwumere et al. 2014, Hsu et al. 2014), in Japan auch mit geringerem Einkommen, in England mit der Tatsache, dass die pflegenden Angehörigen auf sich allein gestellt waren,

also keine Unterstützung bei der Pflege erhielten, sowie mit einem geringen Selbstvertrauen der Angehörigen.

In Fokusgruppeninterviews mit Angehörigen aus Finnland und Taiwan, brachten diese das aggressive Verhalten ihres Angehörigen vor allem mit einer Zunahme psychotischer Symptome und Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation in Verbindung (Kontio et al. 2017, Hsu et al. 2014). In einer Angehörigenbefragung aus Australien hatten die Menschen mit psychischer Erkrankung , die mittel- bis schwere Gewalttaten gegen ihre Angehörigen begangen hatten, mehr affektive, dissoziale, psychotische Symptome und im Gegensatz zu Ergebnissen aus anderen Studien auch mehr Negativsymptome (Loughland et al. 2009). Eine weitere Befragung von Angehörigen mit Menschen mit psychisch erkrankter Menschen aus Kanada ergab als einzigen statistisch signifikanten Prädiktor für körperliche Gewalt sogenannte Threat/Control-Override-Symptome. Der Interaktionsstil mit den Angehörigen war in dieser Studie lediglich ein Prädiktor für psychische Gewalt (Chan 2008).

Opfer waren in einer Befragung aus Japan meist die primären Bezugspersonen, häufig die Eltern und die jüngeren Schwestern, Väter und Brüder wurden eher von männlichen Patienten angegriffen (Kageyama et al. 2015). In einer anderen Studie der japanischen Arbeitsgruppe mit Eltern von an Schizophrenie erkrankten Menschen waren in zwei Dritteln der Fälle die Mütter Opfer von Gewalt (Kageyama et al. 2016). Während Gewalttäter sowohl bei Menschen mit als auch bei Menschen ohne psychische Erkrankung im Allgemeinen eher männlich sind, ergaben sich in verschiedenen Befragungen Hinweise darauf, dass häusliche Gewalt und insbesondere Gewalt gegen den eigenen Partner häufiger durch Frauen mit psychischer Erkrankung begangen wird (Kageyama et al. 2016, Kivisto et al. 2016, Kontio et al. 2017).

Das Töten eines anderen Familienmitglieds als des eigenen Partners kam häufiger bei Menschen mit Psychosen vor (Oram et al. 2013). Ein Großteil der psychisch erkrankten Täterinnen und Täter hatten im Jahr vor der Tat keine Hilfe im psychiatrischen Versorgungssystem in Anspruch genommen (Oram et al. 2013). Ansonsten glichen die Risikofaktoren für Tötungsdelikten innerhalb der Familie in einer Studie aus England sehr denen für Tötungsdelikte insgesamt: Alkohol- und Drogenmissbrauch (81 %), kriminelles oder gewalttätiges Verhalten oder Kontakte zum juristischen oder forensischen System (69 %),

mangelnde Medikamentenadhärenz (56 %) (McGrath und Oyebode 2005). Auch für gewalttätiges Verhalten in der Familie insgesamt war gewalttätiges Verhalten in der Vorgeschichte in einer Befragungsstudie aus den USA der beste Prädiktor (Elbogen et al. 2005).

Menschen mit Demenzerkrankungen

Bei Menschen mit Demenzerkrankungen in Japan waren neben psychotischen Symptomen auch Überforderungssituationen oder Situationen, in denen Betroffene mit ihren eigenen Fehlern konfrontiert wurden oder stereotypes Verhalten unterbrochen wurde, mit aggressivem Verhalten korreliert (Mori und Ueno 2011). In einer indischen Befragung ging dem aggressiven Verhalten meist eine eindeutige Drohung des Menschen mit psychischer Erkrankung voraus. Die Menschen mit psychischer Erkrankung waren meist schon am Tag vor der Tat vermehrt irritierbar gewesen (Raveendranathan et al. 2012).

V.2.3 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren

Angaben über die Häufigkeit aggressiver Übergriffe durch Patientinnen und Patienten im psychiatrischen Hilfesystem hängen stark vom gewählten Erhebungsinstrument, den gewählten Definitionen und den untersuchten Populationen ab (Steinert und Gebhardt 1998, Steinert et al. 2000). Häufigkeitsangaben sind teilweise schwer vergleichbar, weil sie auf unterschiedliche Grundgesamtheiten bezogen wurden (Anteil der Aufnahmen, Anzahl pro Bett und Jahr, Anzahl pro 100 Patienten-Jahre, Anzahl pro 100 Mitarbeiter-Jahre). Unterschiede ergeben sich auch in Abhängigkeit davon, ob lediglich tätlich aggressives Verhalten gegen Personen oder auch andere Formen aggressiven Verhaltens wie Drohungen, Sachbeschädigungen und selbstverletzendes Verhalten einbezogen wurden (Schanda und Taylor 2001). Insbesondere in Befragungsstudien ergeben sich hohe Lebenszeitprävalenzen für Gewalt von Patientinnen und Patienten gegen Mitarbeitende psychiatrischer Kliniken. In einer multizentrischen Befragungsstudie in der Schweiz gaben

28 % an, schon Opfer eines tätlichen Angriffs, 14 % eines sexuellen/sexualisierten tätlichen Angriffs geworden zu sein (Schlup et al. 2021). Während tätliche Übergriffe gegen Mitarbeitende vermutlich einigermaßen vollständig erfasst werden können, dürfte es bei tätlichen Übergriffen gegenüber Mitpatientinnen und –patienten erhebliche Dunkelziffern geben. Die Ergebnisse von Untersuchungen aus dem angelsächsischen Sprachraum sind

wegen der dort deutlich anderen Organisation der psychiatrischen Versorgung auf deutsche Verhältnisse kaum übertragbar.

Tätlich-aggressive Übergriffe wurden in Studien aus Deutschland früher nur bei einem vergleichbar kleinen Anteil der psychiatrischen Aufnahmen berichtet: 2 % in vier psychiatrischen Krankenhäusern in Baden-Württemberg (Steinert et al. 1991), 1,9 % in Regensburg (Spießl et al. 1998). Bei Einbeziehung eines breiteren Spektrums aggressiven Verhaltens einschließlich Drohungen ergaben sich ebenfalls vergleichbare Ergebnisse: 7,4 % der Aufnahmen in sechs Krankenhäusern der Schweiz (Rüesch et al. 2003) und 7,7 % in Bielefeld (Ketelsen et al. 2007). Eine neuere Studie, die alle Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg einbezog, fand tätlich aggressives Verhalten bei 7,9 % der Aufnahmen im Jahr 2019 (Eisele et al. 2021). Vergleichbar wiesen in einer retrospektiven Untersuchung in einer indischen psychiatrischen Klinik 8, 80 % der Patienten mindestens einen Vorfall von Gewalt auf (Chongtham et al. 2022).

International wurden teils deutlich höhere Raten berichtet. In einer Metaanalyse, die 35 Studien mit 23.972 stationär behandelten Patientinnen und Patienten einschloss (Iozzino et al. 2015) begingen 17 % mindestens eine gewalttätige Handlung während des Aufenthalts. Allerdings handelte es sich dabei nur um sog. „Aufnahmestationen“, während die deutsche Studie von Eisele et al. 2021 sich auf alle in den Kliniken behandelten Patienten bezog. Dies dürfte einen wesentlichen Teil der Unterschiede erklären. Ein weiterer ursächlicher Faktor für einen geringeren Anteil aggressiver Patienten in Deutschland dürfte in der vergleichsweise hohen Zahl verfügbarer Betten liegen. So betrug der Anteil aggressiver Patienten in einer britischen Studie 26,9 % (McIvor et al. 2023); allerdings ist dort auch der Anteil gerichtlich wegen Fremdgefährdung untergebrachter Patienten sehr hoch.

Ob Gewalt an psychiatrischen Krankenhäusern zunimmt, wird immer wieder mit hoher emotionaler Beteiligung diskutiert. Tatsächlich fehlen aussagekräftige Längsschnittstudien bisher weitgehend. Eine Ausnahme ist eine Analyse der Daten aller US-amerikanischen Kliniken von 2007–2013, die 14877 Verletzungen in diesem Zeitraum fand, ohne statistisch nachweisbare Veränderungen über die Jahre. Am häufigsten waren die Vorfälle in der Gerontopsychiatrie, überwiegend betroffen Pflegepersonal (Staggs 2015). Eisele et al. (2021)

hatten seit 2010 einen mäßigen Anstieg registrierter aggressiver Handlungen festgestellt, der besonders die Gerontopsychiatrie betraf.

Prädiktoren

Über Prädiktoren bzw. Korrelate aggressiver Patientenübergriffe in psychiatrischen Kliniken existiert umfangreiche Literatur. Ein aktuelles Review fasst Risikofaktoren für fremdaggressives Verhalten in ambulanten und stationären psychiatrischen Institutionen sowie in medizinischen Institutionen (im Allgemeinen und bei Menschen mit psychischen Erkrankungen) zusammen (Kobata et al. 2025): Neben demographischen und die eigene Vorgeschichte betreffende Risikofaktoren (männliches Geschlecht, Alter unter 35 Jahren, soziales Umfeld, Ethnie, aggressives Verhalten in der Eigenanamnese, Suizidalität, Straffälligkeit, positive Familienanamnese für psychische Erkrankungen, Sucht oder Straffälligkeit, niedrige Intelligenz und (Aus-)bildungsgrad, Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit) und klinischen Risikofaktoren (psychische Erkrankung aktuell oder in der Eigenanamnese, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, affektive Störung, Angststörung, Intelligenzminderung, neurologische Erkrankungen und vorangegangene Krankenhaus- und Forensikaufenthalte, Alkohol- und Drogenprobleme, aktueller Behandlungsstatus, insbesondere unfreiwillige Behandlung oder fehlende Medikamentenadhärenz, psychotische Positivsymptome) werden die aktuelle soziale Situation (fehlende Arbeitsstelle, Armut, Unfähigkeit, sich selbst zu versorgen, Obdachlosigkeit, unverheiratet sein, alleine leben, das Ablehnen von Hilfe, das Fehlen eines sozialen Netzwerkes, das Fehlen sozialer Kompetenzen und enger, stabiler Beziehungen) aufgeführt. Auch psychologische Risikofaktoren (Fehlen von Krankheitseinsicht, Achtsamkeit und zukunftsplanerischem Handeln, Schwächen bei Empathie und Perspektivübernahme, Impulsivität, Emotionalität, Frustration, Fehlen von angenehmen Freizeitaktivitäten, sexuelle Devianzen sowie Tötungsphantasien) werden identifiziert sowie Vorzeichen (Reizbarkeit, Lärmen, Agitiertheit, Verwirrtheit, die Unfähigkeit, sich an Regeln zu halten, Drohen, Verwendung von Waffen) und Trigger von Gewalt (Stresssituationen, Verlustereignisse, Frustration, das Vorhandensein von Opfern).

In einem Review über 110 Studien zu Risikofaktoren für Gewalt bei Psychosen unterschieden sich die Prädiktoren zwischen Gewalttaten in der Gesellschaft und Gewalttaten in stationären Setting lediglich von ihrer Korrelationsstärke, nicht aber in Hinblick der Richtung der

Korrelation. Signifikante Prädiktoren waren auch im stationären Setting Substanzmissbrauch, Positivsymptomatik, Psychopathologie im Allgemeinen (nicht aber Negativsymptomatik) und kriminelles Verhalten im Vorfeld (Witt et al. 2013). In einem Review mit Metaanalyse, das 34 Studien vorwiegend aus dem angelsächsischen Sprachraum einschloss, waren jüngeres Alter, männliches Geschlecht, unfreiwillige Aufnahme, unverheiratet sein, Schizophrenie, eine höhere Anzahl an Wiederaufnahmen und selbstschädigendes Verhalten sowie Substanzmissbrauch in der Eigenanamnese Prädiktoren für aggressives Verhalten. Die einzigen Faktoren, die mit rezidivierendem aggressiven Verhalten assoziiert waren, waren hingegen weibliches Geschlecht, Gewalt und Substanzmissbrauch in der Anamnese (Dack et al. 2013). Auch neuere Studien bestätigen Gewalttaten, Viktimisierung, Selbstverletzungen in der Vorgeschichte und unfreiwillige Aufnahme (McIvor et al. 2023) sowie die Diagnose einer Schizophrenie und Substanzmissbrauch (Flannery & Flannery 2022) als Risikofaktoren für aggressive Übergriffe.

Eine Analyse aus der Schweiz, die insgesamt 17.901 Krankenhausaufnahmen einschloss, ergab, dass Patientinnen und Patienten mit Psychose 51 der 56 Übergriffe verübten, die Inzidenz lag in dieser Patientengruppe bei 2,9 pro 1000 Aufnahmejahren. Dabei waren die Patientinnen und Patienten in 46 der 51 Fälle mit Antipsychotika behandelt. Die Odd's Ratio im Vergleich zu nicht psychotischen Patientinnen und Patienten lag bei 15,85 (Tseligkaridou et al 2023). Auch in einer Analyse aus den USA, die 9654 Aufnahmen einschloss, zeigte sich, dass insbesondere Übergriffe, die so schwer waren, dass sie zu einer Anzeige führten, häufiger von psychotischen Patientinnen und Patienten verübt wurden. Weitere Risikofaktoren waren hier ebenfalls eine Vorstrafe und jüngeres Alter (Chaffkin et al. 2022).

Diese Befunde scheinen über unterschiedliche Kulturkreise und Behandlungssettings konsistent. In der o. g. retrospektiven Analyse aus Indien waren Variablen wie unfreiwillige Einweisung, bereits stattgehabte Voraufenthalte, Vorgeschichte von Gewalt, Impulsivität, mangelnde Einsicht und Reizbarkeit zum Zeitpunkt der Einweisung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für aggressive Vorfälle assoziiert (Chongtham et al. 2022). Auch in einem Review über Studien an forensischen Populationen mit psychotischen Erkrankungen bestätigten sich die Risikofaktoren früherer Kontakt mit psychiatrischen Diensten, aktive

psychotische Symptome, Impulsivität, negative Lebensereignisse und geringe soziale Unterstützung (Singh et al. 2024).

Lediglich in relativ akut kranken Populationen sind die Ergebnisse zum Geschlecht als Prädiktor widersprüchlich. In einigen Studien waren hier Frauen häufiger für tätliche Übergriffe verantwortlich oder verübten die schwereren Übergriffe (Fazel et al. 2023l, Ketelsen et al 2022). Eine aktuelle Studie zeigt, dass modifizierbare Risikofaktoren auch im Behandlungssetting gegenüber statischen Risikofaktoren eher eine untergeordnete Rolle spielen (Fazel et al. 2023).

Während Patientenmerkmale im Zusammenhang mit Patientenübergriffen umfangreich untersucht sind, allerdings mit überwiegend inkonsistenten Ergebnissen, ist das gesicherte Wissen über den Einfluss von Umgebungsvariablen und Interaktionen mit den Mitarbeitenden der psychiatrischen Einrichtungen vergleichsweise gering.

V.2.4 Gewalt gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine systematische Übersichtsarbeit fand 34 Studien zu Gewalt gegen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Davon handelte es sich unter anderem um neun epidemiologische Studien, die alle zu dem Ergebnis kamen, das Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden. Einige Studien zeigten, dass sich Gewalterfahrungen negativ auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität der Betroffenen und deren Familien auswirkten (Látalová et al. 2014). Eine neuere registerbasierte Studie zeigt, dass Gewaltopfer häufiger psychisch krank sind: Von 28.276 Gewaltopfern wiesen 20 % eine psychiatrische Vorgeschichte auf, gegenüber 6 % der 282.760 Vergleichspersonen. In Cox-Regressionsmodellen wiesen die Opfer im Vergleich zu den Vergleichspersonen auch über doppelt so hohe Raten für spätere psychiatrische Störungen auf, wobei diese Assoziation durch die psychiatrische Vorgeschichte moderiert wurde (Goldman-Mellor & Qin 2024). In einer Befragung gaben 40 % der Menschen mit
schwerer psychischer Erkrankung an, Opfer von Kriminalität geworden zu sein und 19 % Opfer von Gewaltverbrechen, während diese Raten bei Gesunden bei 14 bzw. 3 % lagen (Khalifeh et al. 2015). Psychisch kranke Frauen werden häufiger Opfer von Gewalt als Männer (Talevi et al.

2023). Ihr Risiko übersteigt auch das von gesunden Frauen deutlich: Psychisch erkrankte Frauen werden etwa zehnmal häufiger Opfer von Gewaltverbrechen und viermal häufiger von häuslicher und sexueller Gewalt als gesunde Frauen (Khalifeh et al. 2015), wobei die Gewalttaten im Mittel schwerer sind als die gegen gesunde Frauen (Kumari et al. 2020). Eine andere systematische Übersichtsarbeit kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass häusliche und sexuelle Gewalt bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung häufig war, wobei die Prävalenz für häusliche Gewalt bei 15–22 % für Frauen und bei 4–10 % für Männer bzw. gemischte Populationen lag, die für sexuelle Gewalt bei 9,9 bzw. 3,1 %. Das Risiko Opfer von sexueller Gewalt zu werden, war für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sechsmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Khalifeh et al. 2016). Sowohl unter Menschen mit psychischer Erkrankung (Mauritz et al. 2013) als auch in der Allgemeinbevölkerung (Häuser et al. 2011) sind Frauen und Mädchen häufiger von sexueller Gewalt betroffen. Allerdings fand eine Übersichtsarbeit auch hohe Raten von sexueller Gewalt im letzten Jahr (5,3 %) und im Erwachsenenleben insgesamt (14,1 %) bei Männern mit schweren psychischen Erkrankungen (Zarchev et al. 2021). Wobei die Autoren postulieren, dass hier wahrscheinlich zu selten gefragt, diagnostiziert und Hilfe angeboten wird.

Ein Review zu Traumatisierungen und Traumafolgeerkrankungen bei Menschen mit psychischer Erkrankung ergab nicht nur erhöhte Risiken für körperliche und sexuelle Misshandlungen, sondern auch eine Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung von 30 % bei Menschen mit Schizophrenie, bipolarer Störung oder anderer schwerer psychischer Erkrankung (Mauritz et al. 2013).

Kinder, die in ihren Herkunftsfamilien Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt waren, haben ein erhöhtes Risiko, eine psychische Erkrankung (Depression, Angst, Substanzmissbrauch) zu entwickeln (De Venter et al. 2013). Eine bevölkerungsbasierte Studie aus Island bestätigte, dass Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen schon in der Kindheit mehr ungünstigen Erfahrungen ausgesetzt waren (emotionaler oder sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, psychische Erkrankung eines Haushaltsmitglieds etc.). Dabei zeigte sich eine Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen negativen Erlebnissen im Kindesalter und Symptomlast und Funktionseinschränkungen im Erwachsenenalter (Köhler-Forsberg et al. 2023). In einer Studie, die Patientinnen und Patienten mit Bipolar-I-Störung, die ein Gewaltdelikt begangen hatten,

mit solchen verglich, die keines begangen hatten, sowie mit gesunden Kontrollen, waren die Raten für physische und psychische Misshandlung während der Kindheit in beiden Patientengruppen höher als bei den gesunden Kontrollen (Özsoy et al. 2022), in einer weiteren Studie war Gewalt bei Menschen mit bipolarer Störung signifikant häufiger, wenn sie als Kind selbst Opfer von Misshandlung und Vernachlässigung geworden waren (Bal et al. 2023). In einer Fall-Kontroll-Studie an Menschen mit Schizophrenie verübten solche mit negativen Kindheitserfahrungen häufiger schwere Gewaltdelikte als die ohne (Panariello et al 2023). Eine Befragung von 28 forensischen Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie ergab, dass 46,4 % als Kinder Opfer von Gewalt oder Vernachlässigung geworden waren (Bennouna-Greene et al. 2011). In einer niederländischen multizentrischen Vergleichsstudie in der forensischen Psychiatrie waren die Raten für Viktimisierung in Kindheit und im Erwachsenenalter besonders hoch bei Frauen mit mittelgradiger Intelligenzminderung, wobei sich in dieser Gruppe auch eine besonders komplexe Psychopathologie zeigte (de Vogel & Didden et al. 2022). In einer Studie mit Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeiten lag die Rate von psychischen Traumatisierungen bei 66,7 % (Baekkerud et al. 2022).

Gewalterfahrungen und Misshandlungen sind somit ein Risikofaktor für nahezu alle Arten von psychischen Erkrankungen (bis hin zur Tabakabhängigkeit, Evler et al. 2016) und Menschen mit psychischer Erkrankung sind auch im Laufe ihres Lebens vermehrt gewalttätigen Angriffen ausgesetzt.

Menschen mit Demenzerkrankungen

Ein Review, das vier Querschnittsstudien, eine Fallkontrollstudie und eine prospektive Kohortenstudie einschloss, untersuchte Prävalenz und Odds für häusliche Gewalt gegen Menschen mit Demenzerkrankung. Die Einjahresprävalenz für physische (psychische) Misshandlungen wurde in vier der Studien angegeben und lag zwischen 5 und 18 % (bzw. 15-62 %). Die Lebenszeitprävalenz wurde nur in einer Studie angegeben und lag bei 27 % (40 %). In der Studie mit Vergleichsgruppe war insbesondere die Prävalenz physischer Gewalt, die zu einer Vorstellung in einem Notfallzentrum führte, bei Menschen mit Demenz (43 %) höher als bei Menschen ohne Demenz (20 %), wobei die Ergebnisse nicht signifikant waren (Odds ratio 0.62-13.75). Menschen, die schon vor ihrer Demenzerkrankung häusliche Gewalt erfahren hatten, waren besonders gefährdet (McCausland et al. 2016). Auch wenn die Datenlage noch

nicht ausreichend ist, ist davon auszugehen, dass Menschen mit Demenz angesichts ihrer Wehrlosigkeit und der häufig belastenden Situation von Angehörigen und Pflegenden häufig Opfer von Gewalt werden.

Expertenkonsens

Das gezielte Erfragen von persönlichen Gewalterfahrungen und deren Kontextbedingungen (Viktimisierung) kann zum Verständnis von Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen beitragen und die therapeutische Beziehung verbessern.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonfenrenz.

Neben Gewalt in der Familie und in der Gesellschaft im Allgemeinen sind Menschen mitpsychischen Erkrankungen von institutioneller Gewalt im psychiatrischen Versorgungssystem betroffen. Dies betrifft einerseits die legalen institutionellen Zwangsmaßnahmen (s. Kapitel 14), andererseits auch mögliche illegale Übergriffe durch Personal oder Mitpatientinnen und Mitpatienten. Patientinnen und Patienten sind allerdings seltener Opfer von (erfassten) Übergriffen als Pflegefachpersonen (Staggs 2015). In einer Studie in einem New Yorker Krankenhaus, die eine psychiatrische Notaufnahme und zwei psychiatrische Akutstationen einschloss, waren Patientinnen und Patienten, bei denen die Gefahr besteht, dass sie während des Krankenhausaufenthaltes von einem anderen Patienten oder einer anderen Patientin angegriffen werden, tendenziell jünger, männlich, hatten häufiger manische Symptome und kürzlich Cannabis konsumiert. Alle diese Variablen wurden auch als Risikofaktoren für die Ausübung von Gewalt durch Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen beschrieben (Rolin et al 2021).

V.3 Ethnische Vielfalt und Migration

16,2 Millionen (19,3 %), der in Deutschland lebenden Menschen sind nach 1950 eingewandert (Statistisches Bundesamt 2024). In Ballungsräumen leben zum Teil Menschen aus mehr als 100 Nationalitäten, mit unterschiedlichstem kulturellem Hintergrund und einer Vielzahl von Sprachen. Viele Mitglieder der ersten Generation von Migrantinnen und Migranten verfügen oft über keine bzw. nur vergleichsweise schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache. Der im klinischen Alltag vermittelte Eindruck, dass Migrantinnen und Migranten häufiger an psychischen Störungen erkranken, konnte bis jetzt in Studien nicht eindeutig belegt werden

(Schouler-Ocak 2015). Migrantinnen und Migranten und insbesondere die Gruppe der Geflüchteten sind jedoch einer Vielzahl von besonderen Belastungen und Begleitumständen ausgesetzt, die psychische oder psychosomatische Reaktionen hervorrufen können (u. a. Traumatisierungen bedingt durch Flucht, Haft, Gewalt, Folter, Bindungsverluste, Entwurzelung, Anpassungsschwierigkeiten, Identitätsprobleme, Rollenverluste, Generationenkonflikte, sprachliche und kulturelle Verständnisprobleme, Diskriminierungen). Ein weiteres Problem sind die Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem durch fehlende Sprach- und Kulturkenntnisse. Muttersprachliche Behandlungen stehen nur selten zur Verfügung (Schouler-Ocak 2015). In einer Befragung, die 2011 bis 2013 in Berlin durchgeführt wurde, gaben 9,6 % der Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen an, nichtdeutsche Muttersprachenkenntnisse zu haben (Penka et al. 2015), was deutlich unter dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit nichtdeutscher Muttersprache liegt. Eine retrospektive Studie aus der Charité zeigte, dass Menschen, die z. B. durch eine Sprachbarriere nicht oder nur begrenzt in der Lage waren zu kommunizieren, ein höheres Risiko hatten, unfreiwillig aufgenommen zu werden oder Zwangsmaßnahmen zu erleiden (Cole et al. 2022). Die Möglichkeit einer Fehldiagnose bei unzureichender Kommunikation und deren schwerwiegende Folgen für die anschließende Behandlung macht die Bedeutung einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers besonders deutlich (Skammeritz, 2019). Von einigen Expertinnen und Experten wird daher gefordert, dass neben Dolmetscherinnen und Dolmetschern auch sog. Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler eingesetzt werden, welche Kenntnisse über die Kultur des Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben und so die Angaben und Symptome besser einschätzen und Stereotypisierungen verhindern können (Steinhäuser et al. 2014). In Leipzig wurden solche Kulturmittler und Kulturmittlerinnen bereits ausgebildet und eingesetzt und vom medizinischen Fachpersonal durchweg positiv bewertet (Wittig et al. 2009). Von einigen Expertinnen und Experten werden sogar traumaspezifische Spezialstationen für Geflüchtete gefordert, auf denen bspw. muttersprachliches Personal vorgehalten wird (Bender 2016). Es sollte darauf geachtet werden, bei belastenden oder schambesetzten Themen keine Angehörigen und insbesondere keine Kinder als Dolmetscher und Dolmetscherinnen einzusetzen.

Angehörige ethnischer Minoritäten nehmen die stationäre psychiatrische Behandlung häufig erst dann in Anspruch, wenn sie schwerwiegend erkrankt sind (Gesundheitsministerkonferenz

der Länder 2007). Dies zeigt sich auch daran, dass Migrantinnen und Migranten im Versorgungssystem insgesamt unterrepräsentiert, in der forensischen Psychiatrie aber überrepräsentiert waren (Koch et al. 2008).

Häufigkeit aggressiven Verhaltens

Vor mehreren Jahrzehnten wurde bei mehr als 15.000 Aufnahmen mit einem Anteil an Ausländerinnen und Ausländern von 6,2 % gezeigt, dass Tätlichkeiten und kriminelles Verhalten bei Deutschen häufiger vorkamen als bei Ausländerinnen und Ausländern (29 % aus der Türkei, 20 % aus Italien, 17 % aus Jugoslawien, Häfner 1980).

Auch im Kanton Zürich konnte festgestellt werden, dass ausländische Menschen mit psychischer Erkrankung weniger aggressiv waren als schweizerische (Rüesch 2003). Eine deutsche Untersuchung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Menschen mit psychischer Erkrankung hinsichtlich der aggressiven Vorfälle (Ketelsen et al. 2007). Bei einer Gruppe von 105 in Deutschland stationär psychiatrisch behandelten Menschen mit Migrationshintergrund konnten im matched pair-Design keine Unterschiede zu deutschen Patientinnen und Patienten bezüglich aggressiven Verhaltens (Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS) und Modified Overt Aggression Scale (MOAS) gefunden werden. Tätliche Aggression fand sich jedoch bei deutschen Patientinnen und Patienten sowohl im Ausmaß als auch in der Häufigkeit ausgeprägter (SDAS). Die Gruppe der Immigrantinnen und Immigranten bestand aus Türkinnen und Türken (32 %), Jugoslawinnen und Jugoslawen (12 %) und Italienerinnen und Italienern (8 %) (Grube 2004).

Zwangseinweisungen

In einem systematischen Review mit Metaanalyse über Zwangseinweisungen unter dem Mental Health Act in Großbritannien hatten farbige Einwanderinnen und Einwanderer aus afrikanischen und karibischen Staaten ein 3,8-mal höheres Risiko für Zwangseinweisungen, asiatische Einwanderinnen und Einwanderer ein immer noch doppelt so hohes Risiko wie die weiße Bevölkerung (Singh et al. 2007). In einer Studie aus Großbritannien waren stationäre Aufnahmen vor allem in Gebieten mit höherer sozialer Deprivation häufiger. Unfreiwillige Aufnahmen waren vor allem unter jungen Erwachsenen, in urbanen Regionen und in Gebieten mit höherem Ausländeranteil häufig, wobei die Ergebnisse für die verschiedenen Ethnien nach

Adjustierung für städtische Gebiete und entsprechende Altersgruppen nicht mehr signifikant war (Keown et al. 2016). In Dänemark wurde eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Zwangseinweisung für Menschen mit psychischer Erkrankung gefunden, die einer ethnischen Minderheit zugehören (Kastrup 2007, Norredam 2015). Eine deutsche Studie, welche die Zwangseinweisungen deutscher und nicht deutscher Menschen mit psychischer Erkrankung in der Stadt Frankfurt untersuchte, kam zu dem Schluss, dass die Zwangseinweisungsquote (pro Gesamtzahl der Aufnahmen) bei Migrantinnen und Migranten höher sei, nicht aber die Zwangseinweisungsrate (pro 100.000 Einwohner), was wiederum darauf hindeutet, dass Migrantinnen und Migranten insbesondere stationäre Behandlungsangebote seltener (freiwillig) in Anspruch nehmen (Grube 2009). Ein signifikant erhöhtes Risiko für eine unfreiwillige Einweisung konnten Shea et al. (2022) bei Angehörigen von ethnischen Minderheiten gegenüber weißen Patientinnen und Patienten in einer US-amerikanischen Studie finden, wobei Patientinnen und Patienten afrikanischer oder asiatischer Abstammung häufiger auf gerichtliche Anordnung eingewiesen wurden. Laut einer Studie mit 12.000 Menschen mit einer psychotischen Erkrankung kann das Risiko einer unfreiwilligen Unterbringung unter Migrantinnen und Migranten in Schweden eher auf das Herkunftsland als den Aufenthaltsstatus zurückgeführt werden, was insbesondere für Migrantinnen und Migranten aus Ländern des afrikanischen Kontinents und des Mittleren Ostens gilt, aber in geringerem Maße auch für Eingewanderte aus anderen europäischen Ländern (Terhune, 2022). Eine Studie, die in mehreren europäischen Ländern durchgeführt wurde, konnte diese Befunde nicht bestätigen, sondern fand keinen signifikanten Unterschied in der Häufigkeit von Zwangseinweisungen zwischen Geflüchteten/Asylsuchenden und europäischen Staatsangehörigen in den untersuchten Ländern (Anderson, 2021).

Isolierung und Fixierung

Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in Deutschland bei Menschen mit psychischer Erkrankung mit und ohne Migrationshintergrund wurde bisher in einer Studie untersucht (Flammer et al. 2013): In dieser multivariaten Mehrebenenanalyse an 3389 Patientinnen und Patienten hatten deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger ein signifikant niedrigeres Risiko, fixiert zu werden. Das Risiko für Zwangsmaßnahmen insgesamt, für Isolierungen sowie die Dauer der Maßnahmen unterschieden sich nicht. Payne-Gill et al. (2021) fanden eine höhere Wahrscheinlichkeit von Isolierungs- und Fixierungsmaßnahmen als Reaktion auf

aggressive Handlungen bei farbigen Minderheiten, was eine retrospektive Studie mit annähernd 13.000 Patientinnen und Patienten bestätigen konnte (Smith, 2021). Ebenso wurden höhere Isolierungsraten bei Menschen aus dem nicht-westlichen Kulturkreis in einer niederländischen Studie gefunden. Eine registerbasierte Studie aus Dänemark ergab mehr Zwangsmaßnahmen bei Migrantinnen und Migranten, insbesondere bei Geflüchteten, als bei Däninnen und Dänen. Dabei waren 55,8 % aller psychiatrisch stationär aufgenommenen Geflüchteten von Zwangsmaßnahmen betroffen und nur 23,9 % der Däninnen und Dänen (Norredam, 2015). Der Status als Migrantin oder Migrant konnte laut den Befunden einer aktuellen Studie (Aguglia, 2023) als Risikofaktor für die Anwendungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen identifiziert werden. Ein erhöhtes Risiko von Zwangsbehandlungen für Migrantinnen und Migranten konnte in einer registerbasierten Studie unter allen unter dem PsychKG behandelten Menschen in Nordrhein-Westfalen bestätigt werden (Schmitz-Buhl, 2019). Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit auf Grundlage von 23 Studien berichtet, dass Zwangsmaßnahmen häufiger bei Geflüchteten und Asylsuchenden angewendet werden als bei Menschen ohne Migrationshintergrund mit psychischen Erkrankungen (Della Rocca, 2024). Eine Studie von Tarricione (2023) konnte ein jüngeres Alter als einen Risikofaktor zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen identifizieren. Protektive Faktoren sind laut einer Studie von Collazos (2020) ein geteilter kultureller Hintergrund mit den behandelnden Fachkräften sowie gemeinsame Sprachkenntnisse.

Statement

Menschen mit Migrationshintergrund weisen nicht häufiger aggressives Verhalten auf als die Gesamtbevölkerung in Deutschland, Österreich oder der Schweiz. Diese Bevölkerungsgruppen haben ein höheres Risiko für eine Zwangsunterbringung in der Psychiatrie und von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein, was am ehesten auf Sprach- und Kulturbarrieren zurückgeführt werden kann.

92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Expertenkonsens

Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeitenden sollen genutzt werden. Menschen mit Migrationserfahrungen sollte bei Bedarf Zugang zu Sprach- und Kulturmittlern gewährt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten sollten

Mitarbeitende mit entsprechenden Sprachkenntnissen und ggf. Migrationshintergrund beschäftigt werden.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

V.4 Geschlechtsspezifische Aspekte

Die Datenlage zu geschlechtsspezifischen Aspekten aggressiven Verhaltens und von Zwangsmaßnahmen ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Vielzahl kleinerer Studien aus verschiedenen Ländern, teilweise an erheblich selektierten Stichproben, vorliegt. Systematische Übersichtsarbeiten mit Berücksichtigung von Gender-Aspekten liegen zu aggressivem Verhalten in psychiatrischen Kliniken vor (Steinert 2006). Eine größere multivariate Analyse aus Deutschland zu Zwangsmaßnahmen berücksichtigt ebenfalls demografische Daten wie Alter und Geschlecht (Flammer et al. 2013). Eine retrospektive Studie befasst sich anhand eines Datensatzes von fast 8300 Psychiatriepatientinnen und -patienten einer deutschen Klinik über einen Zeitraum von 15 Jahren von (2005 bis 2019) explizit mit der Forschungsfrage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden mit aggressivem Verhalten wie auch der Reaktion darauf in Form von Zwangsmaßnahmen (Ketelsen, 2021).

Aggressives Verhalten

Während die meisten Studien zum Schluss kommen, dass aggressives Verhalten in der Allgemeinbevölkerung häufiger bei Männern vorkommt, ist die Studienlage bei Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Institutionen keinesfalls derart eindeutig (Grube 2007). Einige Studien fanden in der Vergangenheit bei teils auch großen untersuchten Patientenkollektiven keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit aggressiven Verhaltens (Rüesch et al. 2003, Ketelsen 2007, Grube 2007). Einige Studien berichteten auch häufigeres Auftreten bei Männern (Hodgins 2007), andere dagegen häufigeres aggressives Verhalten bei Frauen. Eine aktuellere Studie ergab für den Einzelfall betrachtet keinen signifikanten Unterschied im relativen Risiko aggressiven Verhaltens zwischen Frauen und Männern in stationär-psychiatrischer Behandlung sowie der Häufigkeit fremdaggressiver Handlungen (Ketelsen, 2021); allerdings wurden über 60 % der aggressiven Handlungen von männlichen Patienten verübt. Nur eine Studie wurde speziell im Hinblick auf diese Fragestellung durchgeführt (Krakowsky und Czobor 2004). Die Autoren fanden, dass Frauen häufiger bei stationärer Behandlung sowohl verbal als auch körperlich aggressiv reagierten, während

Männer eher in der gemeindepsychiatrischen Behandlung durch aggressives Verhalten auffielen, und zwar im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch. Die multizentrische europäische EUNOMIA-Studie an Menschen mit Schizophrenie, welche u.a. auch Genderaspekte bei unfreiwillig eingewiesenen oder behandelten Patientinnen und Patienten untersuchte, ergab, dass Frauen häufiger aggressiv waren, Männer aber schwerwiegendere Übergriffe begingen (Nawka et al. 2013). In einer Studie aus Bielefeld zeigte sich, dass das Risiko für aggressive Übergriffe während eines stationär-psychiatrischen Aufenthalts durch Männer oder Frauen etwa gleich hoch war. Während Frauen objektiv schwerere Übergriffe (gemessen mit dem SOAS-R) verübten, wurden die Übergriffe von Männern subjektiv als schwerer eingeschätzt und es folgten längere Zwangsmaßnahmen (Ketelsen et al. 2021). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die gesicherte höhere Prävalenz von Gewalttätigkeit bei Männern im Vergleich zu Frauen in der Allgemeinbevölkerung sich ebenfalls bei Menschen mit psychischer Erkrankung außerhalb von Institutionen findet. Dies passt auch dazu, dass Männer wesentlich häufiger in forensische Kliniken eingewiesen werden.

Viktimisierung

Eine systematische Übersichtsarbeit kam zu dem Ergebnis, dass Menschen mit psychischer Erkrankung ein 2,3 bis 140,4 mal so hohes Risiko haben, Opfer von Kriminalität zu werden, wobei die Raten bei Alkohol- und Drogenabhängigen, Obdachlosen, Menschen mit besonders schweren psychopathologischen Symptomen und Menschen, die selbst kriminell waren, besonders hoch waren (Maniglio 2009). Eine Befragung in Großbritannien ergab, dass 40 % der Menschen mit psychischen Erkrankungen Opfer von Kriminalität und 19 % Opfer von gewalttätigen Übergriffen geworden waren, wobei die Raten in der Allgemeinbevölkerung nur bei 14 % und 3 % lagen. Insbesondere Frauen mit psychischer Erkrankung hatten ein erhöhtes Risiko Opfer von Gewalt im Allgemeinen, häuslicher Gewalt und sexueller Gewalt zu werden (Khalifeh et al. 2015). Diese Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse einer zuvor durchgeführten Fall-Kontroll-Studie aus Schweden, bei welcher Menschen mit psychischer Erkrankung ein etwa sechsmal höheres Risiko als Gesunde hatten, Opfer von Gewalt zu werden, wobei das Risiko bei Frauen sogar auf das Zehnfache erhöht war (Sturup et al.2011). Eine Studie aus Deutschland ergab, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen häufiger Opfer von sexueller

und körperlicher Gewalt außerhalb von psychiatrischen Institutionen werden als Männer (Rossa-Rocor et al. 2020).

Teilweise treten traumatische Erfahrungen auch im Zusammenhang mit Behandlung und psychiatrischen Institutionen auf (Frueh et al. 2005). Nach mechanischer Fixierung wiesen bis zu einem Viertel der Betroffenen PTSD-Symptome auf (Fugger et al. 2016).Ein Teil der Traumatisierungen betrifft ungenügende Privatsphäre, ungewollte sexuelle Annäherungsversuche und sexuelle Übergriffe durch andere Patientinnen und Patienten, andere Personen und auch Mitarbeitende von Einrichtungen (Frueh et al. 2005). Von diesem Teil traumatischer Erfahrungen sind Frauen ebenfalls gehäuft betroffen, während Männer eher Opfer von körperlichen Gewalterfahrungen sind (Frueh et al. 2005). In psychiatrischen Kliniken in Deutschland waren Frauen ebenfalls häufiger von sexueller Gewalt, aber seltener von Zwangsmaßnahmen betroffen als Männer (Rossa-Rocor et al. 2020).

Aufnahme gegen den Willen der Betroffenen

In einer multizentrischen finnischen Studie zeigte sich, dass Fremdgefährdung bei Männern häufiger der Einweisungsgrund oder der Anlass von Zwangsmaßnahmen war (Tuohemaki et al. 2003). Dies konnte in einer deutschen Studie bestätigt werden. Dabei wurden Männer signifikant häufiger wegen Fremd- und Frauen signifikant häufiger wegen Eigengefährdung gegen ihren Willen aufgenommen (Kirschenbauer et al. 2008). Unfreiwillig aufgenommene Frauen berichteten in einer Studie aus Schweden über höhere Ausprägung von Zwang bei der Aufnahme als Männer (Salander 2007). In einer irischen Studie (Feeney, 2019) waren unfreiwillige Aufnahmen proportional häufiger bei Männern zu finden. Männer wurden häufiger mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und Frauen häufiger mit affektiven Störungen unfreiwillig aufgenommen. Ob derartige Ergebnisse auf andere Kulturkreise und Versorgungssysteme übertragbar sind, ist unklar.

Zwangsmedikation

Es gibt aus Studien sowohl Hinweise, dass Frauen seltener betroffen seien (Legett und Silvester 2003), als auch solche mit gegenteiligem Ergebnis (Wynn 2002). In einer multizentrischen europäischen Studie waren Frauen mit Schizophrenie häufiger von Zwangsmedikation betroffen, während Männer hingegen häufiger isoliert oder fixiert wurden (Nawka et al. 2013). Ketelsen et al. (2021) berichten keinen geschlechtsspezifischen

Unterschied in der Verabreichung von Zwangsmedikation auf Fallebene; die Maßnahme dauerte aber bei Männern im Mittel signifikant länger an.

Festhalten

In Studien aus Japan und Norwegen waren jeweils Männer häufiger betroffen (Odawara et al. 2005, Wynn 2002), wiederholtes Festhalten kam aber bei Frauen häufiger vor (Knutzen 2007). Ein Review über das Festhalten von Menschen mit psychischer Erkrankung fand vier Studien, in denen die Mehrzahl der festgehaltenen Menschen männlich war (55-94 %), allerdings wurde in einer dieser Studien auch berichtet, dass der Anteil von überhaupt festgehaltenen Patientinnen und Patienten unter den Frauen höher war (43 %) als unter den Männern (31 %, Stewart et al. 2009).

Fixierung

Auch hinsichtlich Fixierungen sind die Ergebnisse vorliegender Studien inkonsistent. Teilweise wurden Frauen häufiger fixiert (Coskun et al. 2010), teilweise waren Männer häufiger von Fixierungen betroffen (Knutzen 2007). In einer Mehrebenenanalyse aus Deutschland waren 12.5 % der männlichen und 9.3 % der weiblichen Patienten bzw. Patientinnen von mindestens einer Zwangsmaßnahme betroffen. Dieser Unterschied war nicht signifikant. Allerdings wurden Frauen signifikant seltener fixiert und hatten insgesamt weniger Zwangsmaßnahmen (Flammer et al. 2013). In einer norwegischen Studie waren Männer häufiger, Frauen aber häufiger wiederholt betroffen (Knutzen 2007). Andere Studien fanden keinen Unterschied in der Häufigkeit zwischen Männern und Frauen (Smith et al. 2005, Sajatovic et al. 2002). Auch hinsichtlich der Dauer wurden in einer dänischen Studie keine Unterschiede gefunden (Engberg 1992). In der Studie von Ketelsen et al. (2021) zeigte sich ein erhöhtes Risiko für Männer im Vergleich zu Frauen von Fixierungen betroffen zu sein. Außerdem wiesen die Ergebnisse auf eine längere Fixierungsdauer bei Männern hin. Ein erhöhtes Risiko für Fixierungen stand laut einer aktuelleren Studie mit dem männlichen Geschlecht in Zusammenhang (Aguglia et al. 2023).

Isolierung

Auch bezüglich der Isolierung sind geschlechtsspezifische Befunde heterogen. Einige Studien zeigen einen höheren Anteil weiblicher Betroffener (Leggett und Silverster 2003, Way und

Banks 1990, Mason 1998), andere Studien fanden Männer häufiger betroffen (El-Badri und Mellsop 2002, van de Sande 2013), andere fanden keine Geschlechtsunterschiede (Sajatovic et al. 2002, Smith et al. 2005, Flammer et al. 2013). In der forensischen Psychiatrie ergaben sich signifikante Unterschiede beim Zimmereinschluss nur bei bestimmten Alters- und Diagnosegruppen (Mathias & Hirdes 2015). Eine weitere Studie aus der forensischen Psychiatrie, welche Isolierungsdauern von geistig behinderten und nicht geistig behinderten Männern und Frauen untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass Männer etwa doppelt so lange isoliert sind wie Frauen (Turner & Mooney 2016). Auch in einer deutschen Studie, die sechs psychiatrische Kliniken miteinander verglich, waren Frauen signifikant kürzer fixiert und isoliert als Männer (Ketelsen et al. 2011). In der retrospektiven Erhebung über einen 15-Jahre-Zeitraum fanden Ketelsen et al. (2021) ein signifikant erhöhtes Risiko für Männer, die aggressives Verhalten gezeigt haben, isoliert zu werden, wobei die Anwendung dieser Zwangsmaßnahme bei Patienten von signifikant größerer Dauer war als bei Patientinnen.

Einstellungen der Mitarbeitenden

Eine Untersuchung konnte weder signifikante Unterschiede bei aggressiven Vorfällen noch bei Isolierungen in Abhängigkeit von der Schichtbesetzung mit männlichen oder weiblichen Pflegenden finden (Daffern et al. 2006).

Mason und Whitehead (2001) fanden, dass das Entkleiden von Patientinnen und Patienten vor einer Isolierung (sofern dies praktiziert wird) bei Mitarbeitenden häufig im Sinne einer Sicherheitsmaßnahme eingeordnet wird.

Starke Empfehlung

Bei allen Geschlechtern soll dem Aspekt der Traumatisierung bei Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, insbesondere Zwangsmaßnahmen, in besonderem Maße Rechnung getragen werden. Besonders sorgfältige Überlegungen mit einer entsprechenden Abwägung von Sicherheitserfordernissen und möglichen Traumatisierungen sind bei Maßnahmen des Entkleidens vor Interventionen wie z. B. Isolierung und bei intramuskulären Injektionen erforderlich.

Auch die Einstellung von Mitarbeitenden zu Zwangsmaßnahmen kann geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweisen, die wahrgenommen und kritisch reflektiert werden sollen.

Dabei ist die geschlechtliche Vielfalt zu berücksichtigen.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

VI. Aggression und Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen

VI.1 Abgrenzung von nicht krankheitsbedingt aggressivem Verhalten

Die Frage, ob aggressives Verhalten als krankheitsbedingt einzustufen ist oder nicht, ist von hoher praktischer und rechtlicher Bedeutung. Je nach der Beurteilung, die oft pragmatisch und mit begrenzter Information von Polizei, aufnehmender Institution oder Gericht vorgenommen werden muss, kann eine Zuweisung in das psychiatrische Versorgungssystem erfolgen oder die Handhabung verbleibt in der ausschließlichen Zuständigkeit der Polizei oder ggf. der Justiz.

Tautologische Schlussfolgerungen in dem Sinne, dass ein aggressives beziehungsweise auffälliges Verhalten selbst als „Nachweis“ einer psychischen Erkrankung angesehen werden kann, sind grundsätzlich nicht gerechtfertigt. In der Öffentlichkeit und der Presse werden verschiedenste Formen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens oft vorschnell und unbegründet in einen Zusammenhang mit einer vermuteten psychischen Erkrankung gestellt (siehe auch Kapitel 9). Aggressives Verhalten kann nur dann als krankheitsbedingt eingestuft werden und damit eine Zuständigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems reklamiert werden, wenn gleichzeitig auch typische Symptome vorliegen, die sich einer psychischen Erkrankung zuordnen lassen (z. B. psychotische Symptome). Die bloße Koinzidenz solcher Symptome mit Aggressivität ist jedoch ebenfalls noch nicht ausreichend für die Annahme eines „krankheitsbedingten“ Verhaltens. In psychosozialen Konfliktlagen verhalten sich manche Menschen aggressiv, dies gilt auch für Menschen mit psychischer Erkrankung. Um einen ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung anzunehmen, der zum Beispiel Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Versorgungssystem auf entsprechender rechtlicher Grundlage erlaubt, müssen plausible kausale Zusammenhänge zwischen der psychopathologischen Symptomatik und dem aggressiven Verhalten vorhanden sein (z. B. aggressives Verhalten als Folge imperativer akustischer Halluzinationen, wahnhafter Personenverkennung, Zustand von Erregung und Desorientierung).

Die Zusammenhänge zwischen psychopathologischer Symptomatik und dem aggressiven Verhalten können stark (etwa in akut psychotischen Zuständen) oder eher vage im Sinne eines

Co-Faktors sein (z. B. bei Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen). Meistens besteht bei engem kausalem Zusammenhang nicht nur eine psychiatrische Zuständigkeit im rechtlichen Sinne, sondern auch eine sinnvolle Behandlungsoption, sowohl psychopharmakologischer als auch psychotherapeutischer Art.

In anderen Fällen kann die Behandlungsoption aber auch ausschließlich psychotherapeutisch sein und ist obligatorisch an Motivation und Kooperation gebunden (z. B. bei Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen). Wenn Kooperation und Motivation nicht vorhanden sind, gibt es auch in diesen Fällen keine Behandlungsoption und eine Zuständigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems ist insofern in der Regel zu verneinen. Es verbleibt allerdings mit Blick auf die Allgemeinpsychiatrie also die Möglichkeit, dass Menschen wegen krankheitsbedingtem fremdaggressiven Verhaltens öffentlich-rechtlich untergebracht werden, die engen rechtlichen Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zwangsbehandlung aber nicht vorliegen und eine Behandlung auf freiwilliger Basis abgelehnt wird. Eine solche Unterbringung ohne Behandlungsoption ist aus psychiatrischer Sicht allenfalls versuchsweise gerechtfertigt mit der Aussicht, doch noch ein Behandlungsbündnis herzustellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass eine missbräuchliche Verwendung psychiatrischer Institutionen für gesellschaftliche Zwecke erfolgt (Steinert 2016).

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten soll eine Aufnahme in eine psychiatrische Akutklinik nur erfolgen, wenn

- das Verhalten in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht,
- grundsätzlich eine Behandlungsoption besteht und
- entweder ein Behandlungswunsch der betreffenden Person vorliegt
- oder die Einwilligungsfähigkeit der Person aufgehoben ist.

Ausnahmen können für kurze Zeiträume einer erforderlichen Diagnostik und Evaluation gelten.

96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

VI.2 Diagnostik

Gemäß der S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ (Stand: 13.04.2019), AWMF-Registernummer: 038-023, ist ein psychiatrischer Notfall definiert als eine „…medizinische Situation, in der das akute Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder seiner Umgebung führt und sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf“ (Pajonk, Poloczek, & Schmitt, 2000).

Aggressives Verhalten im psychiatrischen Notfall resultiert aus dem komplexen Zusammenspiel von Umwelt- und Patientenfaktoren. Das Verhalten ist in der Regel mit einem Erregungszustand verbunden, der durch gesteigerte motorische und vegetative Erregung, intensive Emotionen von Wut und Ärger und entsprechende verbale und psychomotorische Äußerungen gekennzeichnet ist (Mavrogiorgou & Juckel 2015). Aggressives Verhalten ohne derartige psychopathologische Merkmale ist dagegen zumeist nicht eng mit (psychischen) Erkrankungen vergesellschaftet.

Mögliche Ursachen mit aggressivem Verhalten einhergehender psychomotorischer Erregungszustände können nahezu alle Arten psychischer Störungen sein, aber auch primär körperliche Erkrankungen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über mögliche Ursachen. Die differenzialdiagnostische Aufmerksamkeit der Ärztin bzw. des Arztes gilt dabei jenen Störungen, die vital bedrohlich sein können und rasche spezifische medizinische Interventionen erfordern.

Ursachen aggressiver psychomotorischer Erregungszustände (nach Steinert & Kohler 2005; die Ursachen können auch in komplexen Kombinationen auftreten)

Akute Hirnsubstanzschädigungen

- unmittelbar vorangehendes Schädel-Hirn-Trauma, akute Gehirnerkrankung, z. B. Subarachnoidalblutung, Enzephalitis (neurologische Symptome können zunächst fehlen!)
- sonstige Gehirnerkrankung (Tumor, Gefäßprozess)
- postkonvulsiver Dämmerzustand bei Epilepsie

Chronische Hirnsubstanzschädigungen

- Demenz, insbesondere Delir bei Demenz
- organische Persönlichkeitsstörung
- geistige Behinderung mit rezidivierenden, gleichartig verlaufenden Erregungszuständen

Endokrin-metabolische Entgleisungen

- metabolische Störungen (z. B. Hypoglykämie, Exsikkose, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, Hyperthyreose)
- Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse
- Sepsis
- postkonvulsiver Dämmerzustand bei Epilepsie

Substanzinduziert

- Alkoholintoxikation
- Medikamentenintoxikationen
- Drogen- und Mischintoxikationen
- Entzugssyndrom bzw. Delir

Primäre Störungen von Verhalten und Befinden, psychiatrische Erkrankungen

- akute Belastungsreaktion nach psychischem Trauma
- Erregungszustände in psychosozialen Konfliktsituationen vor dem Hintergrund psychischer Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen)
- Erregungszustände in psychosozialen Konfliktsituationen ohne zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung
- Schmerzen (z.B. bei Harnverhalt)
- akute Psychosen
- Katatonie
- Manie

Kombinationen aus psychiatrischen Erkrankungen und Substanzen

Die Möglichkeiten der Anamnese- und Befunderhebung sind in der Notfallsituation häufig eingeschränkt. Die wichtigsten Maßnahmen in der psychiatrischen Notfalldiagnostik von psychomotorischen Erregungszuständen bei vermuteter psychischer Erkrankung sind der Reihenfolge nach:

1. Überprüfung der Vitalparameter
2. orientierende neurologisch-psychiatrische und internistische Untersuchung und Befunderhebung (ggf. auch nur per Augenschein, sollte die oder der Betroffene eine ausführliche Untersuchung ablehnen oder sich gar dagegen wehren)
3. Fremdanamnese, wenn möglich Beobachtung des Umfelds (verwüstete Wohnung, Alkoholika, Spritzbesteck)
4. Bildgebendes Verfahren (CT oder MRT) und Labor

Psychomotorische Erregungszustände, die häufig auch von Intoxikationen begleitet bzw. durch diese verursacht sind, sind mit einer erhöhten Rate somatischer Komplikationen verbunden, wie Elektrolytstörungen, adrenerge Überstimulation mit der Gefahr von Herzrhythmusstörungen und Verletzungen. Diesbezüglich muss nach ggf. erforderlichen Sicherungsmaßnahmen die notwendige weitere medizinische Diagnostik erfolgen. Bei der Anamnese sollte auch beachtet werden, dass durch eine ungünstige (z. B. Stimulanzien oder anticholinerge, delirogene) pharmakologische Behandlung aggressives Verhalten induziert werden kann (Übersicht für Antiepileptika: Piedad et al. 2012, Übersicht für Benzodiazepine: Albrecht et al. 2014, Übersicht für SSRI: Sharma et al. 2015, Übersicht für Amphetaminderivate: Wie et al. 2023). Insbesondere bei älteren Menschen, Menschen mit Polypharmazie oder (hirn-)organischen Vorerkrankungen sollte die Medikation auf anticholinerge und andere delirogene Medikation hin überprüft und diese ggf. angepasst werden (Priscus-Liste, Mann et al. 2023).

Strukturierte Risikovorhersage

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit kurz- und mittelfristigen Vorhersagen von gewalttätigen Übergriffen im klinischen Setting. Langfristige Rückfallprognosen in nach Straffälligkeit und Haft oder forensisch-psychiatrischer Behandlung sind nicht Inhalt der Leitlinie.

Zur Prädiktion aggressiven Verhaltens in psychiatrischen Settings gibt es über 120 verschiedene Instrumente zur Risikoeinschätzung (Singh & Fazel 2010). Unterschieden werden dabei rein statistische Verfahren von Verfahren, bei welchen die strukturierte Risikoeinschätzung durch die erfahrenen Kliniker (z. B. durch die Pflegefachpersonen oder das multiprofessionelle Team) im Vordergrund steht. Bei den statistischen Verfahren werden neben klinischen auch lebensgeschichtliche, soziodemographische und neurobiologische Items abgefragt. Die Autoren einer epidemiologischen Untersuchung an 13.806 Menschen mit psychischen Erkrankung mit der Entlassungsdiagnose „Schizophrenie“ schlagen ein abgestuftes Verfahren vor: Ein statistisches Verfahren soll Menschen mit einem extrem niedrigen Risiko, gewalttätig zu werden, vorab identifizieren (bspw. Frauen über 32 Jahre ohne Suchtmittelmissbrauch und ohne Vorstrafen), aufwendigere klinische Instrumente sollen dann nur noch bei den übrigen Menschen zum Einsatz kommen (Singh et al. 2012). In jüngerer Zeit kommen auch KI-basierte Risikoeinschätzungen, die weitere Daten aus der Elektronischen Patientenakte oder von in Echtzeit gemessenen Vitalparametern auswerten, zum Einsatz (Reviews mit Daten aus den Niederlanden, der Schweiz, USA, Kanada, Australien und China Parmigiani et al. 2022, Tay et al. 2022), wobei diese eine nicht signifikant bessere Vorhersagegenauigkeit als rein klinische Verfahren zeigten (AUC 0.63-0.97, Parmigiani et al. 2022 vs. Klinische Instrumente AUC 0.61-0.93, Anderson & Jenson 2019). Des Weiteren können die Instrumente danach unterschieden werden, ob sie für den stationären oder den ambulanten Bereich entwickelt wurden und diagnosespezifisch oder übergreifend validiert sind.

Bei der Verwendung von Risikoassessment-Instrumenten, deren Aufgabe es ist, das Gewaltrisiko frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Gegenmaßnahmen zu ermöglichen, muss darauf geachtet werden, dass es nicht zu mehr restriktiven Maßnahmen („Überwachung“, informeller Zwang bis hin zu formalen Zwangsmaßnahmen) kommt. Diese Befürchtung wird in einer qualitativen Studie mit Betroffenen geäußert (Deering et al. 2023). Auch ein Cochrane-Review zum Risikoassessment bei Menschen mit Schizophrenie findet in einer Studie Hinweise darauf, dass die Isolierung häufiger genutzt werden könnte, wenn ein strukturiertes Risikoassessment durchgeführt wird (nicht signifikantes Ergebnis, Välimäki et al. 2024). Zudem gibt es Hinweise, dass auch strukturierte Risikoeinschätzungen, nicht frei von Verzerrungen

sind. So zeigte sich in einer kanadischen Studie, dass es bei Menschen aus der Obdachlosigkeit, bei Menschen, die durch die Polizei zugewiesen wurden, bei jüngeren Menschen sowie bei Menschen aus dem mittleren Osten oder aus der indigenen Bevölkerung häufiger zu falsch positiven Risikovorhersagen mit der DASA kam (Dharma et al. 2024).

Eine Übersichtsarbeit zum Risikoassessment, die acht Instrumente auf ihre Eignung für akutpsychiatrische Settings bewertete, schloss insgesamt vier Instrumente als geeignet ein (Andersen & Jenson 2019):

- Dynamic Appraisal of Situational Aggression–Inpatient Version (DASA-IV)
- Violence Risk Screening–10 (V-RISK-10)
- Short-term Assessment of Risk and Treatability (START)
- Brøset Violence Checklist (BVC)

Die Empfehlung von Screening-Tools zur Bewertung des Gewaltrisikos stützte sich auf die in der Literatur beschriebene prädiktive Validität, Kalibrierung, Diskriminierung und Zuverlässigkeit: Die vier genannten Instrumente sind schnell und einfach anzuwenden und beinhalten dynamische Faktoren (Andersen & Jenson 2019). BVC und DASA-IV konnten in Studien eine gute Vorhersagbarkeit von gewalttätigen Übergriffen in den ersten 72 Stunden nach Aufnahme zeigen. Für BVC und V-RISK-10 liefern Studien AUC (area under the curve), Sensitivität, Spezifität, PPV (positiver prädiktiver Wert) und NPV (negativer prädiktiver Wert), für die anderen beiden Instrumente sind die Werte nur z. T. untersucht worden. Letztendlich wurden die V-RISK-10 und die BVC empfohlen, da zu START nur kleine Studien vorlagen und für die DASA-IV die Validitätskennzahlen etwas niedriger waren. Für V-RISK-10 zeigten sich in Studien auch exzellente Reliabilitätsmaße (Interrater-Reliabilität, Intraklassen-Korrelation). Für die V-RISK-10 konnten keine klinischen Studien mit Kontrollgruppen und patientenrelevanten Endpunkten wie gewalttätigen Übergriffen, Verletzungen oder Zwangsmaßnahmen identifiziert werden. Die BVC wurde neben akutpsychiatrischen Settings auch in einer Übersichtsarbeit zum Einsatz für Notaufnahmen empfohlen (Mesbah et al. 2024).

Als standardisierte klinische Diagnostik kurzfristig drohenden aggressiven Verhaltens bei stationär behandelten Menschen mit psychischen Erkrankungen findet in Europa vor allem

die Brøset Violence Checklist (BVC, Almvik & Woods 1999, Bjorkdahl et al. 2006) klinische Anwendung. Es handelt sich um ein einfaches Instrument, das sechs verschiedene Verhaltensweisen hinsichtlich ihres Vorhandenseins beurteilt und eine zufriedenstellende kurz- bis mittelfristige Vorhersage aggressiven Verhaltens erlaubt, welche allerdings die intuitiven Vorhersagen erfahrener Kliniker nicht übertrifft (allgemeinpsychiatrisch Abderhalden et al. 2006 sowie gerontopsychiatrisch Almvik et al. 2007), sich jedoch im Kontext psychiatrischer Akutbehandlung rein statistischen Instrumenten überlegen erwies (Vaaler et al. 2011). Mit dem üblichen Cut-off-Wert von 3/6 Punkten erreichte die BVC in einer forensischen Stichprobe einen negativen prädiktiven Wert von 99,9 %, bei den Patientinnen und Patienten mit einer BVC > 3 kam es aber auch nur in 37,2 % der Fälle zu aggressivem Verhalten (positiver prädiktiver Wert, Hvidhjelm et al. 2014). Eine Studie aus Deutschland mit der deutschsprachigen Version kommt für die Sensitivität auf niedrige Werte (je nach Cut-off 58,8 bzw. 64,7 %), was damit erklärt wurde, dass die BVC ebenfalls mit frühen Interventionen zur Vermeidung von Gewalt kombiniert wurde (Rechenmacher et al. 2014). Es wird angenommen, dass ein Teil des Nutzens der Risikoeinschätzung zur Vermeidung von Gewalt und Zwang darin liegt, dass bei steigender Erregung (z. B. bei einem BVC Wert von > 7/12) frühzeitige Interventionen (z. B. Deeskalation, Bedarfsmedikation) erfolgen und Teams handlungssicherer im Umgang mit psychomotorischen Erregungszuständen werden.

Ein Cochrane Review zur Risikovorhersage von Gewalt bei Menschen mit Schizophrenie und dem primären Endpunkt Reduktion von schweren aggressiven Übergriffen schloss vier randomisiert-kontrollierte Studien ein, bei denen strukturiertes Risikoassessment gegen Standardbehandlung untersucht wurde (Välimäki et al. 2024). Nur eine der vier Studien berichtete Daten zum primären Endpunkt, wobei sich strukturiertes Risikoassessment leicht überlegen zeigte (risk ratio (RR) für schweren Übergriff 0.59, Abderhalden et al. 2008). Dabei kombinierten Abderhalden und Needham die BVC mit einer subjektiven klinischen Einschätzung des Gewaltrisikos innerhalb der nächsten pflegerischen Schicht. Mit einem Schieberegler wird aus der klinischen Einschätzung ein Punktwert errechnet. Aus der Summe beider Werte werden wiederum standardisierte klinische Konsequenzen abgeleitet. Eine andere Studie berichtete Daten zum sekundären Endpunkt Reduktion von Isolierungen, wobei hier nach Korrektur für das Studiendesign keine signifikanten Effekte vorlagen (van der Sande et al. 2011). In beiden Studien wurde als Instrument die BVC verwendet.

Expertenkonsens

Bei der Diagnostik von aggressivem Verhalten im Rahmen von Erregungszuständen sollen insbesondere bei bisher unbekannten Patienten vital bedrohliche bzw. überwachungspflichtige medizinische Erkrankungen und Zustände identifiziert und behandelt werden. Es sollen sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittinformationen herangezogen werden, um eine diagnostische Einordnung und dementsprechende Therapie einleiten zu können.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Starke Empfehlung

Vorhersageinstrumente (insbesondere die Broset Violence Checklist) für aggressives Verhalten sollen in der klinischen Routinediagnostik bei Risikopopulationen (Akutpsychiatrie, Notaufnahme) eingesetzt werden, um Risikosituationen zu identifizieren, frühzeitig deeskalierend intervenieren zu können und aggressive Übergriffe zu vermeiden (Reviews Anderson & Jenson 2019, Välimäki et al. 2024, Mesbah et al. 2024).

Instrumente zur Vorhersage aggressiven Verhaltens sollen **nicht** als alleiniger Grund für den Einsatz restriktiver Maßnahmen dienen.

88 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

VI.3 Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens

Während in der Anstaltspsychiatrie bis zum zweiten Weltkrieg die Verwahrung als gemeingefährlich erachteter „Geisteskranker“ als gesellschaftlich breit akzeptiertes Verfahren angesehen werden konnte, litt die Psychiatrie in der Nachkriegszeit stark unter dem Stigma, das sie als Folge der Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus zu tragen hatte. Nachdem Menschen mit psychischer Erkrankung in solchem Ausmaß Opfer staatlicher Gewalt geworden waren, bestand eine ausgeprägte Zurückhaltung, Kranke aus einer Täterperspektive zu betrachten. Insofern wurde die erste große epidemiologische Studie von Böker und Häfner (1973), die als Hauptergebnis hatte, dass Menschen mit psychischer Erkrankung nicht häufiger wegen Straftaten verurteilt wurden als nicht psychisch Kranke, sehr dankbar aufgenommen und entsprechend häufig mit dieser Generalaussage zitiert, auch wenn für Subgruppen, z. B.

Menschen mit Schizophrenie, auch in dieser Studie ein deutlich erhöhtes Risiko (um den Faktor 5) gefunden wurde. Erst ab den 1990er Jahren gelangte man zunehmend zu einer differenzierteren Sichtweise. Zahlreiche epidemiologische Studien und Übersichtsarbeiten aus Nord- und Westeuropa und den USA kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass psychische Störungen mit einem leicht bis mäßig erhöhten Aggressions- und Gewaltrisiko assoziiert sind (s. Kapitel 7.3 Gewalt durch psychisch Kranke in der Gesellschaft).

Bezüglich der Ursachen aggressiven Verhaltens hat die Forschung aus der Perspektive vieler Disziplinen, von der Neurobiologie bis zu den Sozialwissenschaften reichend, eine große Zahl von Einzelbefunden geliefert. Eine integrative und konsistente Theorie der komplexen Phänomene fehlt jedoch bisher. Dies betrifft aggressives Verhalten generell und auch die Zusammenhänge mit psychischen Störungen. Auch die folgenden Ausführungen sind insofern unsystematisch narrativen Charakters. Grundsätzlich spielen bei aggressivem Verhalten einerseits eine individuelle Disposition und andererseits für das manifeste Verhalten konkrete situative Umstände eine Rolle. Bei der individuellen Disposition zu aggressivem Verhalten ist, wie bei Verhalten generell, von einer Wechselwirkung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren auszugehen (s. Abbildung 1).

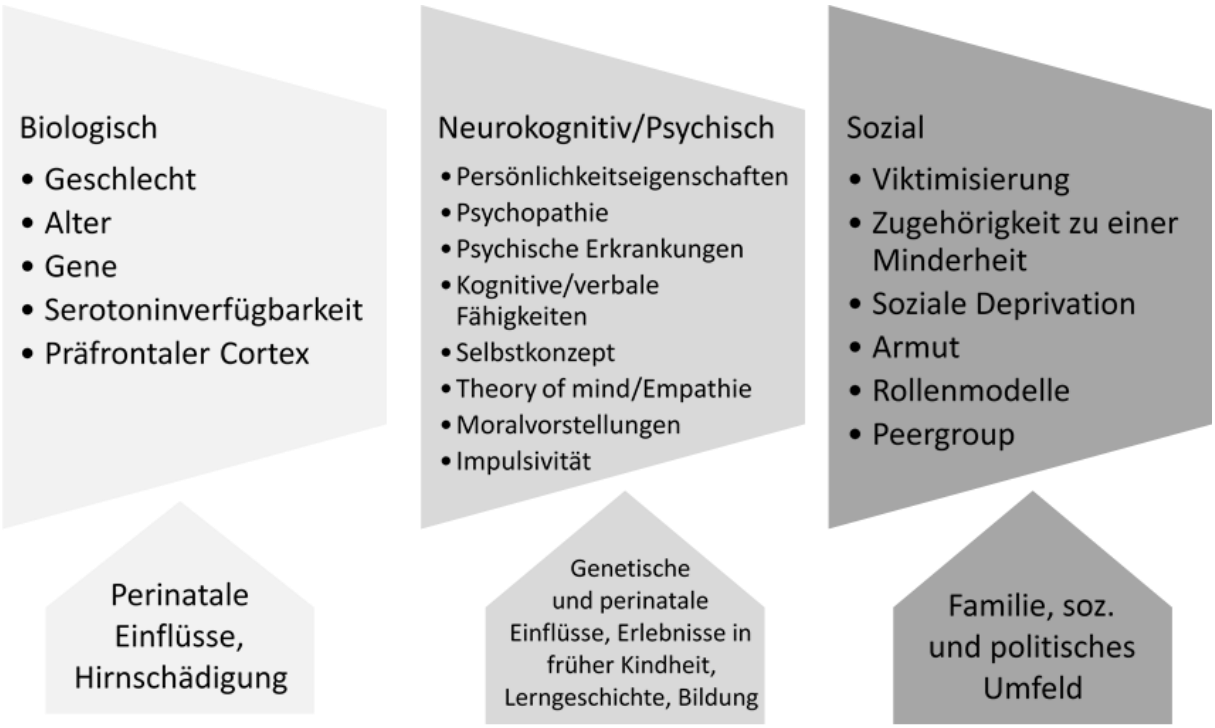

Abbildung 1. Biologische, psychische und soziale Bedingungen von Gewalt – Individuelle Disposition. Nach Steinert & Wittington 2013.

Wie viele menschliche Verhaltensweisen kann auch aggressives Verhalten zu einem erheblichen Anteil auf genetische Faktoren zurückgeführt werden. Auch gibt es bekanntermaßen erhebliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit und im Schweregrad aggressiven Verhaltens (Ketelsen et al., 2021). Dennoch spielen Umweltfaktoren, die aggressives Verhalten aus der Lebensgeschichte erklärbar machen, eine sehr große Rolle. Ein sehr robust replizierter Befund ist, dass Viktimisierung, d. h. Opfer von Gewalt geworden zu sein, besonders in der Kindheit und Jugend, ein starker Prädiktor für eigenes aggressives und gewalttätiges Verhalten ist (Augustyn, Thornberry, & Henry, 2019). Täter waren häufig früher Opfer. Dies gilt für Menschen mit und ohne psychische Erkrankungen gleichermaßen. Biologische Disposition und soziale Umgebung wirken dabei nicht unabhängig, sondern interagieren ständig. Umweltbedingungen können das Gehirn in seiner Struktur und Funktionsweise in unterschiedlicher Richtung beeinflussen. So ist z. B. bekannt, dass eine verminderte Verfügbarkeit von Serotonin mit erhöhter Bereitschaft zu impulsiver Aggression einhergeht; der Serotoninumsatz im Gehirn wird aber wiederum durch sozialen Stress maßgeblich beeinflusst, was auch im Tiermodell gut nachweisbar ist (Heinz 1999).

Auf einer psychopathologischen Ebene kann sich die beschriebene psychobiologische Aggressionskomponente unter anderem durch folgende Eigenschaften bemerkbar machen:

- feindselige Attributionen,
- eingeschränkte soziale Fertigkeiten,
- rigide kognitive Schemata,
- eingeschränkte Fähigkeiten zur Empathie und Perspektivenübernahme,
- Tendenz zur höheren Gewichtung negativer Informationen,
- eingeschränkte Impulskontrolle.

Trotz dieser unbestreitbaren psychobiologischen Anteile an aggressivem Verhalten wird die Bereitschaft zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten noch von vielen weiteren Faktoren beeinflusst, beispielsweise von allgemeinen soziokulturellen Aspekten. Für die Bereitschaft zu aggressivem Handeln spielt es eine große Rolle, ob die jeweilige Kultur und die Peer-Group der Person (insbesondere männliche) Aggression als Mittel zur Durchsetzung von Bedürfnissen und Interessen akzeptieren oder negativ konnotieren (Voulgaridou et al., 2023).

Neben den oben beschriebenen überdauernden Dispositionsfaktoren spielen situative Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung von aggressivem Verhalten. Abgesehen von rein instrumenteller Aggression, die auf die Erreichung bestimmter Ziele ausgerichtet ist, spielen dabei Affekte von Wut und/oder Angst eine zentrale Rolle. Psychopathologische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen können dahinter ein wesentlicher kausaler Faktor sein, erklären aggressives Verhalten aber keineswegs implizit. Hemmende und fördernde Faktoren sowohl auf biologischer bzw. pharmakologischer als auch auf sozialpsychologischer Seite spielen eine maßgebliche Rolle (Abbildung 2). Ein systematischer Review aus den Niederlanden (Klein Tuente, Bogaerts & Veling), der 25 Einzelstudien einschloss, konnte den Zusammenhang zwischen feindseliger Attribution, d. h. die Unterstellung von Feindseligkeit im Verhalten anderer, und aggressivem Verhalten bei einer Vielzahl an untersuchten Gruppen bestätigen; von Studierenden bis hin zu Patienten forensisch-psychiatrischer Einrichtungen. Der Zusammenhang zwischen insbesondere reaktiver Aggression, die der Abwehr der wahrgenommenen Feindseligkeit dient, und der Zuschreibung von Feindseligkeiten konnte ebenfalls für das Kindes- und Jugendalter gefunden werden (Martinelli et al., 2028). Einer der

am besten gesicherten enthemmenden Faktoren ist Alkohol, weit vor allen anderen legalen und illegalen Substanzen, für die Evidenzlage weit weniger eindeutig ist (Parrot & Eckhardt, 2018). Das Zusammenwirken von dissozialen Persönlichkeitszügen oder einem dissozialen Lebensstil, Substanzmissbrauch und (vorwiegend paranoiden) psychopathologischen Symptomen in konflikthaften sozialen Situationen geht mit einem besonders großen Gewaltrisiko einher (Kapitel VI.2). Die Differenzierung im engeren Sinne psychopathologischer Ursachen von Gewalttaten von den übrigen Dispositionsbedingungen und Auslösefaktoren ist eine der wesentlichen Aufgaben der forensisch-psychiatrischen Begutachtung. Nur eine klare Kausalität von psychopathologischen Symptomen und aggressivem Handeln kann dabei zur Annahme einer erheblich verminderten oder aufgehobenen Schuldfähigkeit führen. Das Vorhandensein psychopathologischer Symptome ist per se noch keine ausreichende Erklärung, auch kann es sich um eine Schutzbehauptung handeln.

Die innerhalb und außerhalb psychiatrischer Einrichtungen zuweilen als Problem imponierenden aggressiven Verhaltensweisen von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterliegen damit zwei möglichen unterschiedlichen Erklärungsmustern. In einem psychopathologischen Modell resultieren sie aus krankheitsbedingten psychopathologischen Symptomen. In einem sozialpsychologischen Modell folgen zahlreiche dieser aggressiven Handlungen dagegen denselben Mustern mit denselben Prädiktoren wie bei gesellschaftlicher Gewalt ohne Zusammenhang mit einer psychischen Störung, z. B. Gewalt gegen Feuerwehrleute, Rettungskräfte und Polizisten, in Notaufnahmen oder Arztpraxen (Caruso et al., 2022; Elrich & Baier, 2016; Leuschner et al., 2022; Kumari et al., 2020). Im Gegensatz zur psychopathologischen Verursachung kann Gewalt, die unter derartigen Kontextbedingungen beobachtet wird, nicht mit medizinischen Mitteln behandelt werden.

In psychiatrischen Einrichtungen (und anderen Institutionen) kann aggressives Verhalten allerdings auch nicht ausschließlich als Merkmal von Patienten bzw. Klienten verstanden werden. Aggressives Verhalten ist gemäß dem o.g. Modell sehr häufig auch die Endstrecke eines interaktiven Prozesses, bei dem aversive Stimulationen eine maßgebliche Rolle spielen. Dies sind zum Beispiel rigide Stationsregeln, Versagung plausibler elementarer Bedürfnisse, geschlossene Stationstüren oder despektierliche Verhaltensweisen von Beschäftigten (Whittington und Richter 2005; Whittington und Richter 2006).

Die – womöglich gegen den Willen erfolgte – Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung oder Klinik ist für viele Patienten ein Ereignis, das einer erheblichen Stresssituation gleichkommt. Zahlreiche Studien haben belegt, dass Patienten psychiatrischer Einrichtungen sich schon durch die geschlossene Stationstür oder andere architektonische Eigenschaften der Station aversiv stimuliert fühlen (Übersicht bei: Abderhalden et al. 2006). Gleichermaßen kann die Atmosphäre auf der Station bzw. der Umgang des Personals mit den Patienten zum Auslöser aggressiver Situationen werden (Übersicht bei: Duxbury et al. 2006). Werden Patienten befragt, welche Ursachen sie selbst für aggressives Verhalten erlebt haben, wird häufig das Verhalten des Personals genannt, wodurch sich die Patienten nicht verstanden fühlen oder als nicht akzeptiert erleben (Ilkiw-Lavalle und Grenyer 2003). Dabei geht es häufig um die Verweigerung von Wünschen, die Durchsetzung rigider Stationsregeln, die Durchführung von Zwangsmaßnahmen oder die Aufforderung zu Aktivitäten, die von den Patienten nicht gewünscht werden. Eine Clusteranalyse, bei der 1422 aggressive Zwischenfälle mit insgesamt 522 beteiligten Patienten auf 84 psychiatrischen Stationen analysiert wurden, ergab, dass Aggressionen meist in Situationen vorkamen, in denen Medikamente, Regeln bzw. Regelverstöße oder Begrenzung von Patienten eine Rolle spielten (Renwick et al. 2016). Dabei ging aggressivem Verhalten häufig eine Sequenz aus verbaler Aggression, Deeskalationsversuchen und dem Angebot von Bedarfsmedikation voraus (Bowers et al. 2013). Aber auch subjektive Hoffnungslosigkeit, erlebte tatsächliche oder vermeintliche Ungerechtigkeiten, resignative Einstellungen, unangenehme Nebenwirkungen von Medikamenten, spannungsgeladene Kontakte mit Angehörigen oder die Trennung von ihnen und bevorstehende Ereignisse wie eine richterliche Anhörung können aggressives Verhalten auslösen.

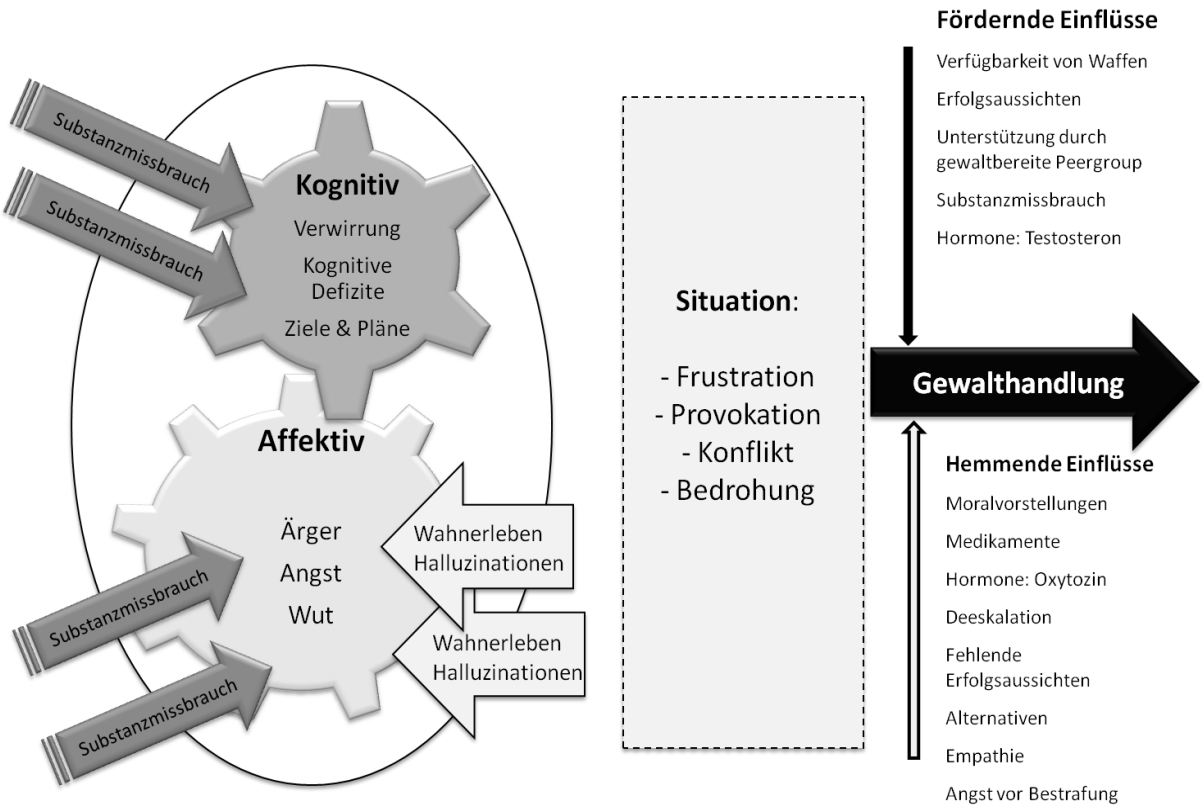

Abbildung 2. Bio-psycho-soziales Modell der Gewaltentstehung – Individuelles Verhalten in spezifischen Situationen. Nach Steinert & Wittington 2013.

Statement

Zusammengefasst ist aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen das Ergebnis eines Zusammenspiels von individuellem Erleben und Verhalten auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

VI.4 Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung

Der Fall des Copiloten, der 2015 ein Passagierflugzeug in den französischen Alpen vorsätzlich zum Absturz gebracht hatte, befeuerte in erheblichem Maße eine öffentliche Diskussion um die Rolle psychischer Krankheit bei Massentötungen. Der Täter war wegen Depressionen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. In den vergangenen Jahren erlangten mehrere zum Teil bizarr wirkende Delikte mit Gewalttaten selbst gegen kleine Kinder sowie Terroranschläge große öffentliche Aufmerksamkeit, bei denen letztendlich eine forensisch-psychiatrische Unterbringung wegen einer psychotischen Erkrankung erfolgte.

Amok galt zunächst als „kulturgebundenes Syndrom“ im malaysisch-indonesischen Kulturkreis: Die ICD-10 legt nahe, es könne sich um eine lokale Variation einer Anpassungs- oder Angststörung handeln. Auch das DSM-5 beschreibt Amok als kulturgebundenes Syndrom in Südostasien, möglicherweise habe es aber universelle Entsprechungen in anderen Kulturen. Ein tranceartiger Zustand und nachfolgende Amnesie seien häufig. Im heute verbreitet üblichen Sprachgebrauch wird der Begriff „Amok“ dagegen wesentlich breiter und ohne psychopathologische Konnotation für (zum Teil langjährig) geplante Massentötungen durch Einzeltäter aus individuellen Motiven verwendet. Dabei spielen Kränkung, Verbitterung und Rachewünsche häufig eine zentrale Rolle (Brooks u. Bary-Walsh 2022). In den USA sind die Massentötungen an Schulen und Universitäten bekanntlich zu einem großen gesellschaftlichen Problem geworden, das eng mit der Verfügbarkeit von Schusswaffen verknüpft ist. Ein erheblicher Teil der Täter suizidiert sich am Ende des Geschehens (Felthous et al. 2023). Retrospektive Untersuchungen bezifferten den Anteil von Tätern mit schweren psychischen Erkrankungen mit 20 - 30 % (Girgis et al. 2023). Eine andere Studie fand sogar bei 87,5 % nicht adäquat diagnostizierte oder behandelte psychische Erkrankungen (Cerfolio et al. 2022). Eine Analyse von Amoktaten in Deutschland aus Strafakten (N=27) (Peters u. Bogerts 2012) im Zeitraum 1990 - 2010 ergab bei 44 % der Täter Vorstrafen, bei 18 % Suizidversuche in der Vorgeschichte, bei 30 % Suizidgedanken im Vorfeld der Tat, 30 % endeten mit Suizid. Bei 22 % der Täter wurde eine Schizophrenie diagnostiziert, bei 29 % eine Depression oder Angststörung, bei 15 % Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch, bei 4 % Drogenabhängigkeit oder -missbrauch. 7 der 27 Täter wurden als schuldunfähig eingeschätzt. Allerdings beschränkte sich die Analyse auf die Fälle mit verfügbaren Gerichtsakten.

Das historische Beispiel der Psychiatrie eines Amoklaufs ist der Fall des Hauptlehrers Wagner 1913, der eine umfangreiche Kontroverse um psychiatrische Diagnosen, Begutachtungen und die Frage der Schuldfähigkeit auslöste (Neuzner 1996). Nach heutigem Kenntnisstand kann eine psychische Erkrankung vorhanden sein, ohne in ursächlichem Zusammenhang mit der Straftat zu stehen, und angebliche psychopathologische Symptome werden vermutlich nicht selten auch als Schutzbehauptung in Gerichtsverhandlungen angeführt, um langen Haftstrafen zu entgehen. Unbestritten gibt es aber auch Gewalttaten, die im Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen stehen und in einem Zustand der fehlenden Einsichts- und Steuerungsfähigkeit (mit der strafrechtlichen Konsequenz der Schuldunfähigkeit)

begangen werden. Bei einer unbehandelten psychotischen Erkrankung können verbreitete Verschwörungstheorien und rassistische Ideologien aufgegriffen werden und in wahnhafte Gewissheit münden, aus der ein hoher Handlungsdruck resultiert (Klosterkötter 2020, Saß 2022). Zu den sehr öffentlichkeitswirksamen Straftaten mit derartigen psychotischen Motivlagen gehörten auch die Mordversuche gegen exponierte Politiker wie Oskar Lafontaine und Wolfgang Schäuble. Nicht nur in Deutschland fanden sich bei Anschlägen auf Politiker gehäuft Menschen in psychotischen Zuständen (James et al. 2007).

Allerdings ist eine stark vereinfachende und stigmatisierende Berichterstattung in den Medien in der Weise, dass die Diagnose einer psychischen Störung implizit bereits als Erklärung für die Tat verantwortlich gemacht wird, sehr verbreitet (von Heydendorff & Dreßing 2016). Aus fachlicher Sicht ist effektheischenden Darstellungen entschieden entgegenzutreten, wenn sie kausale Zusammenhänge unterstellen, die so nicht existieren.

Differenziert zu beurteilen ist auch der Zusammenhang von Terrorismus und psychischen Störungen. Gill und Corner (2017) arbeiteten vier verschiedene Paradigmen heraus, die einander ablösten. In den 1980er Jahren wurde die Hypothese favorisiert, alle Terroristen hätten psychopathisch-dissoziale Persönlichkeitszüge. Im folgenden Jahrzehnt dominierte dagegen die Auffassung, generell seien schwere narzisstische Persönlichkeitszüge maßgeblich. Beide Theorien konnten sich kaum auf empirische Daten beziehen. Als solche in den Jahren nach 2000 zunehmend vorlagen, zeigte sich, dass beide Hypothesen sich in dieser Allgemeinheit nicht verifizieren ließen. Diese empirischen Befunde wurden allerdings vereinfachend in der öffentlichen Darstellung dahingehend interpretiert, dass Terroristen generell psychisch „normal“ seien. Auch dies ist empirisch nicht zu halten. Es zeigt sich vielmehr ein differenziertes Bild mit unterschiedlichen Störungen sehr unterschiedlicher kausaler Relevanz, wiederum sehr differenziert nach Tätertypen (z. B. Radikalisierung in Gruppen vs. Einzeltäter, organisatorisch-planerische vs. unmittelbar gewalttätige Beteiligung, Selbstmordattentäter vs. Hintermänner). Ein systematisches Review fand keine signifikante kausale Assoziation von religiöser Radikalisierung und Terrorismus mit psychischen Erkrankungen (Trimbur et al. 2021). In einzelnen Subgruppen fanden sich hohe Prävalenzen psychischer Störungen. Psychische Störungen (vorwiegend depressiv) wurden bei 3,43 – 48,5 % unter Terroristen beschrieben, in einer radikalisierten Population bei 6 bis 41 %.

Nicht in einen kausalen Kontext mit psychischen Erkrankungen zu stellen sind Straftaten wie Amokläufe oder Terrorangriffe, die von Menschen durchgeführt wurden, die ganz

offensichtlich in ihrer Einsichts- und Steuerungsfähigkeit in keiner Weise beeinträchtigt waren und ihre kriminellen Taten minutiös planten und extrem kontrolliert durchführten, bei denen aber zusätzlich und davon unabhängig eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Diese psychischen Störungen sind häufig nicht die Ursache der kriminellen Taten, sondern sowohl die psychischen Probleme, als auch die Gewalttat sind auf gemeinsame Ursachen zurückzuführen, z.B. erhebliche Persönlichkeitsauffälligkeiten, soziale Isolation, Beziehungsstörungen, Selbstzweifel und unerfülltes Geltungsbedürfnis. Diese auch in den Berichten über die Taten häufig diskutierten Persönlichkeitsauffälligkeiten haben möglicherweise ihrerseits wieder tieferliegende Ursachen wie Viktimisierung, aversive Erlebnisse in Kindheit und Jugend oder genetische Faktoren.

Aufgrund der gravierenden Folgen für die Opfer und ihre Familien und der inzwischen sehr hohen gesellschaftlichen Sensibilität für alle Fälle von terroristisch oder individuell motivierten Massentötungsdelikten haben Überlegungen der Früherkennung und Prävention eine hohe Bedeutung erlangt. Von kriminologischer Seite wird auf typische Verhaltensänderungen hingewiesen, die derartigen Gewalttaten mit hoher Regelmäßigkeit vorausgehen (z.B. neu aufgetretene aggressive Inhalte, konkreter werdende Drohungen, starke emotionale Färbung und schließlich konkreter werdende Gewaltankündigungen (Meloy et al. 2012). Solche Hinweise werden heute häufig in sozialen Netzwerken gefunden. Dies ist ein wichtiger Ansatzpunkt für ein regionales Bedrohungsmanagement, das transdisziplinär mit Polizei, Justiz und Kriminologie unter Beteiligung auch forensisch-psychiatrischer Expertise konzipiert wird. Derartige Projekte gibt es in der Schweiz vorwiegend im Kanton Zürich (Guldiman et al. 2012), in den Niederlanden (Vermeulen et al. 2022) und in Deutschland mit dem PeRiskoP Projekt in Nordrhein-Westfalen (Kuhn und Klosterkötter 2023). Validierte Skalen zur Risikobeurteilung stehen zumindest in englischer Sprache zur Verfügung (Bhui et al. 2023). Ob auf diese Weise tatsächlich Risikopersonen rechtzeitig identifiziert und behandelt werden können und dadurch eine Verbesserung der öffentlichen Sicherheit erreicht wird, ohne Menschen mit psychischer Erkrankung unangemessen zu diskriminieren, wird noch empirisch tiefergehend zu überprüfen sein. Jedenfalls besteht bei allen Maßnahmen und Projekten, die die Privatsphäre potentiell gefährlicher Menschen mit einer psychischen Erkrankung gefährden, immer die Gefahr, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Diagnostik und Behandlung in

der Gesamtbevölkerung sinkt, was positive präventive Effekte im Einzelfall erheblich konterkarieren kann.

Expertenkonsens - Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie in der Prävention von Gewalt in der Gesellschaft

1. Bei allen Zuweisungen wegen Fremdgefährdung und psychischer Erkrankung besteht eine zentrale psychiatrische Aufgabenstellung darin, die Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit (in Österreich und der Schweiz: inhaltsähnliche Begrifflichkeiten wie Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit) zu prüfen. Sind diese gegeben, können Behandlungen nur auf freiwilliger Basis stattfinden. Für psychiatrische Maßnahmen gegen den Willen bleibt in diesem Fall kein Raum. Fachliche Entscheidungen bezüglich der Aufnahmeindikation und etwaiger Eingriffe in die Freiheitsrechte sollen sich an diesem Grundsatz orientieren.
2. Der entscheidende Beitrag des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems zur Prävention von, im Rahmen einer exazerbierten psychiatrischen Erkrankung, auftretenden Aggression und/oder Gewalt besteht in der fachgerechten Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und in der Bereitstellung von Hilfen besonders für die schwer psychisch Erkrankten. Dabei kann die niederschwellige, wohnortnahe und diskriminierungsfreie Bereitstellung solcher Angebote die frühzeitige und freiwillige Inanspruchnahme durch Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern. Professionelle in der psychiatrischen Versorgung sollen sich für die Entstigmatisierung und für die ausreichende Bereitstellung aller niedrigschwelliger, wohnortnaher und diskriminierungsfreier Angebote einsetzen.
   100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.
3. Die stationäre Akutpsychiatrie hat gesetzlich definierte Aufgaben in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Fremdgefährdung. Die forensische Psychiatrie hat definierte Aufgaben bei der gerichtlich angeordnete Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Straftaten begangen haben, im Maßregelvollzug. Dabei werden in der forensischen Psychiatrie auch die gesetzlich geforderten Prognosegutachten erstellt. Psychiaterinnen und Psychiater sollen für die

Risikobeurteilung in der Allgemeinpsychiatrie und ggf. die spezifischen Aufgaben in der forensischen Psychiatrie qualifiziert werden.

4. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im Rahmen ihrer Erkrankung ein strafrechtlich relevantes Delikt begangen haben, aber nicht (mehr) der Sicherung durch eine Einrichtung des Maßregelvollzugs bedürfen, sollen die ihrer Situation angemessenen Leistungen ambulant erhalten. Bei Menschen mit einem erhöhten Gewaltrisiko auf Grund typischer Risikofaktoren oder einer entsprechenden Vorgeschichte ist eine besonders intensive, ggf. auch aufsuchende multiprofessionelle Nachsorge erforderlich, soweit die betreffende Person und die gesetzlichen Bestimmungen dies zulassen. Psychiatrisch Tätige sollen auch im tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Bereich für die Wahrnehmung von Gefährdungen und einen angemessenen Umgang damit qualifiziert werden.

   96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

5. Die bei einer stationären Aufnahme wegen Fremdgefährdung im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung gewonnenen Erkenntnisse können auch zu einer orientierenden Risikoeinschätzung für einen kurzfristigen Zeitraum benutzt werden. Eine konkrete Prognose geht bei seltenen Ereignissen wie Gewalttaten mit einer großen Zahl falsch positiver Einschätzungen einher. Hilfreicher ist die Bestimmung von Interventionen oder Umständen, die geeignet sind, das Risiko von Gewalttaten zu reduzieren (z. B. medikamentöse Rückfallprophylaxe, Optimierung der Stress-Copingstrategien, Hilfen zur Reduzierung von Substanzkonsum, Etablierung einer Tagesstruktur, betreute Wohnangebote). Ob eine solche Einschätzung mit anderen Stellen (z.B. Polizei, Ordnungsbehörden, örtliche Verwaltung) geteilt werden kann und wie dabei die Frage der Schweigepflicht zu behandeln ist, unterliegt unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen.

   Forensisch ausgebildete Psychiaterinnen und Psychiater können in interdisziplinären Arbeitsgruppen zur Früherkennung gewaltbereiter Personen mitwirken, soweit sichergestellt ist, dass hierbei keine personenbezogenen Daten an die Sicherheitsbehörden übermittelt werden und auch in der Außendarstellung nicht der Anschein erweckt wird, dass dies geschehe. Die möglichen Vorteile für die Gesellschaft sind dabei abzuwägen gegenüber einem möglichen Vertrauensverlust bezüglich der Datensicherheit in der Behandlung psychischer Erkrankungen und der Akzeptanz

psychiatrischer Behandlung generell. Dabei sollen sie darauf hinwirken, pauschalierende Fehlannahmen zur Gefährlichkeit psychisch kranker Menschen, die bei Polizeieinsätzen zu eskalierendem Verhalten und vermeidbarem Waffeneinsatz führen können, zu reduzieren.

96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

VII. Ethische und Rechtliche Grundlagen

VII.1 Ethische Grundlagen

Interventionen bei aggressivem Verhalten von Menschen mit psychischer Erkrankung erfolgen grundsätzlich in zwei Intentionen: zum Zweck der Behandlung und zum Zweck der Sicherung bzw. Gefahrenabwehr.

Die Sicherungsaufgaben psychiatrischer Einrichtungen haben eine lange Tradition. Bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung geht es um die Abwehr von akuter krankheitsbedingter Eigen- und/oder Fremdgefährdung. Das zunehmend gestärkte und gleichermaßen rechtlich, ethisch und im Bewusstsein der Gesellschaft verankerte Prinzip der Patientenautonomie ebenso wie die Entwicklung psychiatrischer Klinken von vorwiegenden (Verwahr-)Anstalten hin zu therapeutisch orientierten Krankenhäusern und die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach rechtlicher Gleichstellung werfen allerdings neue Fragen auf. Das Unterbringungsrecht war ursprünglich dem Polizeirecht zugeordnet. Der Wechsel hin zu einer Betonung des Hilfesystems mit einem Fokus auf den Rechten der Person mit psychischer Erkrankung erfolgte in den letzten Jahrzehnten, beginnend mit dem Bundesland NRW und dem ersten Psychisch-Kranken-Gesetz im Jahr 1992. Gleichwohl ist der gefahrenabwehrrechtliche Teil in allen Landesgesetzen enthalten, auch wenn der Hilfeteil vor allem im letzten Jahrzehnt noch stärker herausgestellt wird (Brink 2010, Marschner 2024).

Entscheidungen des deutschen Bundesverfassungsgerichts der letzten Jahre zur Anwendung von Zwang und die Revision des Schweizer ZGB 2013 haben die ethische Debatte um Zwang und die Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung neu angestoßen und intensiviert. In den letzten Jahren sind mehrere Stellungnahmen zur Anwendung von Zwang erarbeitet worden (u. a. DGPPN 2012a, 2012b und 2014, DGSP 2012, ZEKO 2013, Deutscher Ethikrat 2018, SAWM 2015). Diese ethischen Diskussionen ranken sich vor allem um die Frage der Rechtfertigung von Zwang bei einer Gefährdung des Betroffenen selbst. Das

Spannungsverhältnis von Freiheit und Schutzinteressen wurde insoweit vor allem unter den Aspekten Autonomie, Fürsorge und Nichtschadensgebot in Bezug auf die betroffene Person selbst und ihre Gesundheit betrachtet. Herausforderndes Verhalten und Aggressionen berühren aber auch die Schutzinteressen Dritter, die in die Überlegungen mit einzubeziehen sind. Diese Dritten sind innerhalb wie außerhalb der psychiatrischen Klinik betroffen. Damit sind aber für die ethische Debatte unterschiedliche, voneinander zu trennende Ebenen angesprochen: Die eine Ebene betrifft die Interessen des Menschen mit psychischer Erkrankung, nämlich den Schutz seiner körperlichen Integrität, sein Persönlichkeitsrecht und sein Freiheitsinteresse. Die andere Ebene betrifft den Schutz Dritter, also den Schutz der körperlichen Integrität von anderen Personen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob der Psychiatrie (außerhalb der forensischen Psychiatrie) aus ethischer Sicht überhaupt die Aufgabe zukommt, ihr Handeln nicht ausschließlich an den Interessen des Patienten auszurichten, sondern an den Interessen Dritter. Diese Sicherungsaufgabe psychiatrischer Einrichtungen oder gar des Fachgebiets Psychiatrie, unabhängig von therapeutischen Aufgabenstellungen (die sogenannte "Doppelfunktion" der Psychiatrie), wird teilweise in Frage gestellt (Pollmächer 2016, 2015 und 2013, Schalast 2016; Steinert 2017a und b, Zinkler & Peter 2019, Richter 2023), aber auch aus ethischer Sicht in Bezug auf einwilligungsunfähige Menschen bei Fremdgefährdung ausdrücklich betont (Steinert 2020). Auch wird die Frage diskutiert, wie (und wo) Menschen untergebracht werden sollen, die derzeit z. B. nach PsychK(H)G untergebracht werden, bei denen aber eine Behandlung unter Zwang entweder aus rechtlichen oder therapeutischen Gründen nicht infrage kommt. Viele Professionelle, Betroffene und Angehörige wünschen sich heute eine weitgehende Beschränkung der Psychiatrie auf therapeutische Aufgaben. Dies betrifft sowohl die Akutpsychiatrie als auch die forensische Psychiatrie. Andererseits sind vorgeschlagene Unterbringungen in anderen Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Versorgung wie im Strafvollzug (Richter 2023) offensichtlich mit einer Vielzahl (anderer) ethischer, rechtlicher und praktischer Probleme behaftet.

Einen anderen Blickwinkel nimmt man dann ein, wenn die Frage gestellt wird, welche Konsequenzen eine Nichtbehandlung der untergebrachten Person haben kann. Hier wird man zum einen die Frage zu stellen haben, mit welchen Erfolgschancen eine Behandlung

verbunden ist, d. h. ob die Behandlung voraussichtlich tatsächlich bewirkt, dass es zu einer Entlassung bzw. einer Aufhebung der Beschränkung von Freiheitsrechten kommen kann. Auch wird einzubeziehen sein, wie nachhaltig ggf. Erfolge sein werden. Für die in der Psychiatrie Tätigen kann es einen großen ethischen Konflikt bedeuten, Menschen mit psychischer Erkrankung nicht zu behandeln, obwohl sie eine Chance zur Verbesserung des Gesundheitszustands durch die Behandlung sehen. Andere gelangen zu einer anderen Gewichtung und sehen den Eingriff in die körperliche Integrität unter Zwang als den noch weitergehenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte als die Freiheitsentziehung an.

Noch einmal anders stellt sich die Problematik in der Abwägung gegenüber freiheitsentziehenden Maßnahmen wie der Fixierung bei aggressiv-agitiertem Verhalten als Folge einer psychischen Erkrankung dar. Eine Argumentationslinie beinhaltet, dass der Fremdgefährdung bereits durch eine Fixierung oder Isolierung erfolgreich begegnet werden könne und deshalb für zusätzliche invasive Maßnahmen wie eine Zwangsmedikation keine Notwendigkeit bestehe. Dem wird entgegengehalten, dass eine Fixierung, anders als die Medikation, kein geeignetes Mittel ist, den krankhaften Zustand zu beenden und eine längere Fixierung in agitiertem Zustand für Patienten quälend und inhuman sei.

Dort wo eine Behandlung nicht wegen der Gefahr für Dritte, sondern zur Wiedererlangung der Selbstbestimmungsfähigkeit zugelassen wird, kann die ethische Rechtfertigung der Zwangsbehandlung weiterhin über das Interesse des Menschen mit psychischer Erkrankung gerechtfertigt werden und dieses Begründungsmuster scheint auch besser mit dem Auftrag der Ärztin oder des Arztes und des Behandlungsteams, die ihrer Patientin bzw. ihrem Patienten verpflichtet sind, zu passen.

Wo eine Zwangsbehandlung dagegen auch bei Gefahr für Dritte in Betracht gezogen wird, muss die Diskussion anders verlaufen. Bei den meisten psychischen Erkrankungen geht eine Gefahr für Dritte auch mit einer Gefährdung der eigenen Gesundheit einher. Lange Freiheitsentziehungen auf Grund aggressiven Verhaltens stellen nicht nur ein menschenrechtliches Problem dar, sondern können auch einen schweren Gesundheitsschaden bei einer diesbezüglich besonders vulnerablen Population nach sich ziehen. So rechtfertigen sich die Unterbringung des als gefährlich eingeschätzten psychisch erkrankten Betroffenen auch durch das intensive und wiederholte Angebot einer Behandlung im stationären Rahmen und Behandlungen gegen den (natürlichen) Willen, wenn sie zu einer

Verbesserung der Gesundheit der Betroffenen führen. Behandlungen ausschließlich zum Wohle Dritter beinhalten aus ethischer Sicht einen grundsätzlichen ethischen Konflikt mit dem ärztlichen Auftrag.

Ein weiterer ethischer Konflikt entsteht dann, wenn von Betroffenen immer wieder eine Gefahr für Dritte ausgeht und sie wiederholt mit einem Unterbringungsbeschluss in die psychiatrische Klinik kommen, das fremdaggressive Verhalten sich aber in der Klinik rasch legt. Dabei stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß behandelnde Ärztinnen und Ärzte (jenseits der forensischen Psychiatrie) mögliche künftige Gefährdungen Dritter in ihre Entscheidungen z. B. bezüglich Fortdauer einer Unterbringung oder ggf. Behandlung einbeziehen oder andere Hilfsmaßnahmen installieren sollten.

Dass für Patientinnen und Patienten dieselben gesetzlichen Rechte und Beschränkungen gelten wie für andere Menschen, impliziert auch, dass gravierende Verletzungen der Rechte Dritter zur Anzeige gebracht werden ohne eine a priori-Unterstellung von Schuldunfähigkeit (Dreßing & Dreßing 2013). Die Möglichkeit einer Strafanzeige sollte insbesondere auch Mitpatientinnen und -patienten, die von anderen Mitpatientinnen und -patienten Gewalt erfahren mussten, eröffnet werden. Auch Angehörigen, die sich in diesem Zusammenhang vor Schuldzuweisungen fürchten, steht dieses Recht zu.

Expertenkonsens

Vor Entscheidungen über eine Unterbringung gegen den Willen von Patientinnen und Patienten soll immer geprüft werden:
- Ist im Rahmen einer psychischen Erkrankung die Einwilligungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten aktuell aufgehoben?
- Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung?
- Kann die Abwendung der Gefährdung nicht durch mildere Mittel oder ohne Zwang erreicht werden?
- Ist die beabsichtigte Unterbringung verhältnismäßig im Hinblick auf das angestrebte Ziel?

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Bei erheblichen aggressiven Übergriffen gegen Professionelle, Mitpatienten oder Angehörige, soll die Anwendung rechtlicher Mittel (z. B. eines Strafantrages) gegenüber Patientinnen und Patienten im Einzelfall geprüft werden.

95,4 % Zustimmung in der Konsensukonferenz

VII.2 Rechtliche Grundlagen

Die Darstellung der rechtlichen Grundlagen des deutschen Rechts erfolgt unter Bezugnahme auf die höchstrichterliche Rechtsprechung. Das deutsche Recht wurde in den letzten 15 Jahren maßgeblich durch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts geprägt, mit deutlichen Auswirkungen für die Praxis. Dies hat dazu geführt, dass nicht nur die freiheitsentziehende Unterbringung, sondern auch die Zwangsbehandlung und die Fixierung (sowie weitere unterbringungsähnliche Maßnahmen) inzwischen unter Richtervorbehalt stehen.

Als Besonderheit für den deutschen Rechtsraum ist zu erwähnen, dass zwei Gesetze für die in Rede stehenden Maßnahmen Anwendung finden können: Das Betreuungsrecht, das als Bundesrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert ist, und das Landesrecht. Damit sind die Rechtsgebiete genannt, die für diese Leitlinie maßgeblich sind, allen voran das Landesrecht mit seinen 16 verschiedenen Landesgesetzen. Ergänzend ist das Strafgesetzbuch mit den darin normierten Voraussetzungen einer Unterbringung im Maßregelvollzug zu nennen (§§ 63, 64 StGB).

Für die Schweiz gilt das Zivilrechtgesetzbuch (ZGB), das dem Zivilrecht zuzuordnen ist, und für Österreich das UbG, das nach dieser Einteilung wohl eher dem öffentlichen Recht zuzuordnen ist.

Im Kontext von Zwang stehen im Fokus: Unterbringung, Zwangsbehandlung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Fixierung, Isolierung, Festhalten). Es sollte allerdings nicht in Vergessenheit geraten, dass sämtliche Regelungen, die zur Stärkung von Patientenrechten (z. B. in Deutschland das im BGB verankerte Patientenrechtegesetz) erlassen wurden, ebenfalls für Menschen mit psychischen Erkrankungen Anwendung finden. Es gilt also gleichermaßen zu beachten, dass diese Personen ein Recht auf verständliche Aufklärung haben, eine Einwilligung vom hierzu Berechtigten vor einem Eingriff einzuholen ist oder dass sie einen Anspruch auf eine Behandlung nach dem jeweiligen fachärztlichen Stand haben.

Die folgende Darstellung versucht sich auf die wesentlichen rechtlichen Gesichtspunkte zu konzentrieren. Da sich das Recht stetig fortentwickelt und nicht alle Rechtsfragen abschließend oder gar übereinstimmend geklärt sind, werden abweichende, noch nicht geklärte oder bestrittene Positionen kenntlich gemacht, soweit dieses für die Darstellung innerhalb einer Leitlinie für erforderlich erachtet wird.

Wie eingangs bereits benannt, ist für Deutschland zu unterscheiden, welches Rechtsregime Anwendung findet: Betreuungsrecht oder Landesrecht. Während das Betreuungsrecht ausschließlich auf die Person selbst fokussiert und nur die Eigengefährdung kennt, kommen im Landesrecht (Psychisch-Kranken-Gesetze, PsychKG, bzw. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze, PsychKHG) Maßnahmen sowohl bei Eigengefährdung wie auch bei Drittgefährdung in Betracht. In der Schweiz und in Österreich gibt es diese Aufteilung auf zwei Gesetze nicht. Das Schweizer Recht samt der im ZGB enthaltenen „Fürsorgerischen Unterbringung“ als Erwachsenenschutzgesetz konzentriert sich auf die Personensorge und stellt auf die besondere Schutzbedürftigkeit der Person selbst ab. Drittinteressen (von Angehörigen und Dritten) können allenfalls mittelbar berücksichtigt werden; der Schutz Dritter darf nicht alleiniger oder Hauptzweck einer Unterbringung sein. Österreichs Regelung, die sich selbst auch dem Erwachsenenschutzrecht zuordnet, ist bei einem Vergleich mit Deutschland systematisch eher dem öffentlichen Recht zuzuordnen. Das österreichische Unterbringungsgesetz (UbG) erfasst sowohl die Eigen- wie die Fremdgefährdung.

Maßnahmen, die in das Recht auf Freiheit oder das Recht auf körperliche Integrität eingreifen, bedürfen einer besonderen Rechtfertigung. Die Maßnahmen können auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen fußen, die hier sämtlich nur überblicksartig dargestellt werden können. Der Fokus liegt dabei auf freiheitsentziehende Maßnahmen wie die freiheitsentziehende Unterbringung („Zwangseinweisung“), Fixierung, Isolierung und vergleichbare Maßnahmen sowie auf die ärztlichen Maßnahmen gegen den Willen („Zwangsbehandlung“/„Zwangsmedikation“).

Die folgende Darstellung erfolgt in der Reihung der Länder Deutschland, Schweiz, Österreich. Alle drei Länder haben die UN-Behindertenrechtskonvention (im Folgenden: UN-BRK) ratifiziert. Aus Art. 12 UN-BRK leitet sich die Forderung nach unterstützenden Maßnahmen bei der Entscheidungsfindung bei gleichzeitiger Ablehnung von ersetzenden Maßnahmen ab (Art. 12 Abs. 3). Dass das deutsche Recht, auch nach der Reform des Betreuungsrechts, weiterhin Zwang zulässt, wird von verschiedenen Seiten kritisiert (DIMR 2020, CRPD 2023); dieser Befund ließe sich aber auch für die anderen beiden Länder dieser Leitlinie festhalten. In Österreich wurde im Rahmen der UbG-Novelle den Forderungen der UN-BRK insoweit Rechnung getragen als eine erhöhte Beteiligung der Patientinnen und Patienten an

Entscheidungen über ihre Behandlung vorgesehen ist. Sie haben das Recht, eine Vertrauensperson zu benennen, die sie bei ihren Entscheidungen unterstützt (s. u.).

VII.2.1 Deutschland

Für Deutschland ergeben sich zu beachtende rechtliche Grundlagen aus den verfassungsrechtlichen Anforderungen nach dem Grundgesetz (GG), der UN-BRK, dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), den landesrechtlichen Regelungen der Psychisch-Kranken-Gesetze in ihren jeweiligen Bezeichnungen (PsychKG, PsychKHG) sowie in verfahrensrechtlicher Hinsicht dem Gesetz über Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG). Der UN-BRK kommt die Wirkung eines einfachen Gesetzes zu. Sie ist insbesondere bei der Gestaltung und der Auslegung von Gesetzen zu beachten.

Aus dem Grundgesetz sind der Schutz der körperlichen Integrität, das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art 1 Abs. 1 GG) und der Schutz der Menschenwürde zu nennen (Art. 1 Abs. 1 GG). In die Rechte nach Art. 2 Abs. 1 GG darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden, sodass stets für einen Eingriff eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage zu suchen ist. Nach Art. 104 Abs.1 S. 1 GG ist ein Eingriff in die Freiheitsrechte einer Person ebenfalls nur dann möglich, wenn die Freiheitsentziehung sich auf eine gesetzliche Grundlage stützen kann. Nach Art. 104 Abs.2 GG entscheidet über Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung ein Gericht.

Aus der UN-BRK sind vor allem Art. 12 (Gleiche Anerkennung vor dem Recht), Art. 14 (Freiheit und Sicherheit der Person) und Art. 15 (Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe) zu nennen, auf die innerhalb der Debatte um Zwang Bezug genommen wird. Art. 12 UN-BRK garantiert dem einzelnen Menschen Handlungsfreiheit. Manche leiten aus der UN-BRK das Verbot sämtlicher freiheitsbeschränkender Maßnahmen ab (Aichele 2013, Lehmann 2015, vgl. auch Mendez-Report). Auch hat die Bundesrepublik wiederholt deutliche Kritik erfahren (CRPD, Staatenbericht, General Comment No.1, 2014, CRPD 2023). Das deutsche Bundesverfassungsgericht entnimmt der UN-BRK kein (generelles) Verbot von Zwangsmaßnahmen (BVerfG, Beschl. vom 26. Juli 2016 - 1 BvL 8/15, Rn. 90 ff.; BVerfG, Urt. vom 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15, Rn. 86 ff.). Insbesondere mit Blick auf ärztliche

Zwangsmaßnahmen hat das Gericht der Kritik an einer stellvertretenden Entscheidung widersprochen, u. a. weil unklar bliebe, wie die schutzlose Person Hilfe erhalten solle. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass das Bundesverfassungsgericht zwar einerseits den tiefen Eingriff in die Grundrechte einer Person (bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen) immer wieder betont, andererseits im Rahmen des Betreuungsrechts aber auch von einer staatlichen Schutzpflicht spricht, wenn die Person selbst nicht in der Lage ist, ihre eigenen Gesundheitsinteressen wahrzunehmen (BVerfG, Beschl. vom 26. Juli 2016 - 1 BvL 8/15, Rn. 90ff.); dieser Gedanke wird ebenso mit Blick auf Schutzmaßnahmen wie eine Fixierung aufgegriffen (BVerfG, Urt. vom 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15, Rn. 92).

Für den Bereich des Strafrechts gilt: Die Anordnung einer Maßregel und somit der Unterbringung im Maßregelvollzug richtet sich nach den §§ 62 StGB ff. Zuständig für die Anordnung einer Maßregel ist ein Strafgericht. Voraussetzung einer Maßregel nach § 63 StGB ist eine rechtswidrige Straftat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit sowie die Prognose, dass von der Person aufgrund ihres Zustands erhebliche weitere rechtswidrige Taten drohen. Für den Vollzug der Maßregel ist sodann auf die jeweiligen Landesgesetze abzustellen. Eine vorläufige Unterbringung in den Maßregelvollzug ist nach den Vorgaben des § 126a StPO möglich.

Die Anwendung von Zwang in der psychiatrischen Behandlung muss sich immer auf eine rechtliche Grundlage stützen. Bei allen Maßnahmen muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachtet werden, wozu die Überprüfung gehört, ob nicht ein milderes, weniger belastendes Mittel zur Verfügung steht, das angestrebte Ziel zu erreichen (Marschner 2024, Jürgens 2025). Die rechtliche Grundlage für die Anwendung von Zwang lässt sich dem Betreuungsrecht, den öffentlich-rechtlichen Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG/PsychKHG) und dem Strafrechtgesetz (für die Anordnung der Maßregel) sowie den Maßregelvollzugsgesetzen der Länder entnehmen. Entscheidend ist für die Prüfung der jeweiligen Rechtsgrundlage, auf welchem Weg die Unterbringung in der Klinik erfolgte. Die Grundlage der Unterbringung bildet eine Art Weichenstellung für die weitere Prüfung. Sie hat Auswirkungen auf das Verständnis des ärztlichen Handelns, da das Handeln im Rahmen der landesrechtlichen Unterbringung dem hoheitlichen Bereich zuzuordnen ist. Im Betreuungsrecht hingegen obliegt dem rechtlichen Betreuer die Prüfung, ob er in Maßnahmen einwilligt. Es ist daher eine wichtige Aufgabe der Behandelnden, die zur Anwendung

stehenden Gesetze zu unterscheiden und diese Unterscheidung konsequent zu beachten, was in der Praxis zuweilen bei der Unterbringung nach Betreuungsrecht oder PsychK(H)G Schwierigkeiten bereitet, weil beide Unterbringungsformen in die Allgemeinpsychiatrie führen. Dabei ist es durchaus möglich, dass sich das Unterbringungsregime während der Unterbringung ändert. Dies erfordert jedoch eine Änderung der Unterbringungsanordnung oder -genehmigung durch das Gericht.

Zu diskutieren sein kann das Heranziehen des allgemeinen Rechtfertigungsgrunds aus dem Strafgesetzbuch, Notstand gemäß § 34 StGB, der eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr sowie eine Abwägung der sich gegenüberstehenden Interessen verlangt. In engen Ausnahmefällen, vor allem in Notfällen, kann eine Maßnahme sich somit unter Rückgriff auf § 34 StGB (Notstand) rechtfertigen lassen. Allerdings ist die Anwendbarkeit von § 34 StGB rechtlich nicht unumstritten; dies gilt vor allem im Bereich der öffentlich-rechtlichen Unterbringung (Henking 2014; Henking und Mittag 2013), bei dem zudem zu beachten ist, wie konkret der Landesgesetzgeber selbst den Notfall bereits (abschließend) geregelt hat. Bei einem direkten Angriff durch einen Menschen mit psychischer kann auch eine Rechtfertigung über den Rechtfertigungsgrund der Notwehr bzw. Nothilfe (§ 32 StGB) in Betracht kommen.

Für das Betreuungsrecht sind zwei ergänzende Punkte zu beachten: Eine freiheitsentziehende Unterbringung ist nicht Voraussetzung für weitere Maßnahmen wie eine Zwangsbehandlung; eine Zwangsbehandlung wird nach den Regelungen des Betreuungsrechts zukünftig unter engen Voraussetzungen auch außerhalb eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus möglich sein (vgl. BVerfG Urt. vom 26.11.2024 - 1 BvL 1/24). Wie diese Regelung zukünftig konkret aussehen wird, ist zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Leitlinie noch nicht bekannt.

Das Verfahren einer Unterbringung ist – sowohl für die öffentlich-rechtliche als auch für die zivilrechtliche Unterbringung – in den §§ 312 ff. FamFG geregelt. Die Zuständigkeit bei Volljährigen liegt beim Betreuungsgericht.

Betreuungsrecht

Das Betreuungsrecht kennt die Drittgefahr (Gefährdung Dritter) nicht, sondern nur die Achtung der Selbstbestimmung und die Abwehr von Eigengefährdungen der betreuten Person selbst. Es kommt insofern im Anwendungsbereich dieser Leitlinie (aggressives Verhalten) üblicherweise nicht zur Anwendung.

Zeigt sich die zunächst wegen Eigengefährdung untergebrachte Person in der Klinik vornehmlich als fremdgefährdend, muss über einem Wechsel von Betreuungsrecht hin zum PsychK(H)G nachgedacht werden.

Das Betreuungsrecht als Erwachsenenschutzrecht sieht eine rechtliche Betreuung nur dann vor, wenn die Person krankheitsbedingt nicht in der Lage ist ihre Angelegenheit selbst zu besorgen. Dabei greift der sog. Erforderlichkeitsgrundsatz im gesamten Betreuungsrecht, von der Frage der Betreuerbestellung bis hin zur konkreten Ausübung der Betreuung, die sich zurückhalten muss, wenn die betroffene Person selbst die anstehende Entscheidung treffen kann. Zunächst ist es also die Aufgabe des Betreuers,die betroffene Person zu unterstützen und erst im letzten Schritt, wenn das nicht vermeidbar und notwendig ist, stellvertretende Entscheidungen zu treffen. Der rechtliche Betreuer hat Wünschen der betreuten Person zu entsprechen und, wenn kein (vorausverfügter) Wille bekannt ist, ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln und diesem Ausdruck zu geben. Eine rechtliche Betreuung führt nicht per se zur Einwilligungs- oder Geschäftsunfähigkeit einer Person.

Ein Handeln gegen den natürlichen Willen der Person setzt eine erhebliche Eigengefährdung voraus, die die Person krankheitsbedingt nicht erkennen oder danach handeln kann. Somit kommen freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB), freiheitsentziehende Maßnahmen (§ 1831 Abs.4 BGB) sowie ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) im Betreuungsrecht ausschließlich bei erheblicher krankheitsbedingter Eigengefährdung in Betracht. Für sämtliche Zwangsmaßnahmen bedarf es der Einwilligung des rechtlichen Betreuers, dessen Einwilligung zudem einer gerichtlichen Genehmigung bedarf. Das Verfahrensrecht ist den §§ 312 ff. FamFG zu entnehmen. Hierbei ist vor allem auf die Notwendigkeit eines Sachverständigengutachtens im Zwangsbehandlungsverfahren hinzuweisen.

Öffentlich-rechtliche Unterbringung

Die öffentlich-rechtliche Unterbringung ist im jeweiligen Landesgesetz geregelt. Heute heißen die Gesetze Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKHG oder nur PsychKG) und betonen damit das Wort Hilfe und ihr Verständnis als Gesundheitshilfe. Die öffentlich-rechtlichen Unterbringungsvorschriften haben sich historisch aus dem Polizeirecht entwickelt und sind noch in unterschiedlicher Stärke dieser Tradition zuordenbar. Die Vorschriften sind in 16 unterschiedlichen Landesgesetzen geregelt mit einer großen Varianz zwischen den Gesetzestexten der einzelnen Bundesländer.

Im Folgenden werden die rechtlichen Grundlagen bezogen auf Unterbringung, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen und ärztliche Zwangsmaßnahmen (Zwangsbehandlung) für Volljährige dargestellt.

Unter Unterbringung wird die freiheitsentziehende Maßnahme ohne oder gegen den natürlichen Willen einer Person verstanden, mittels derer diese in einem bestimmten räumlichen Bereich festgehalten respektive am Verlassen eines bestimmten räumlichen Bereiches gehindert wird. Inzwischen sehen einige landesrechtliche Vorschriften auch ausdrücklich die Unterbringung mit „offenen Türen“ vor, wobei zugleich aber sichergestellt werden muss, dass sich der Betroffene der Unterbringung nicht entzieht. In den Gesetzen finden sich hierzu unterschiedliche Formulierungen (freie Form, offene Form, gelockert, aufgelockert). Ein einheitliches Verständnis des Inhalts solcher Formulierungen existiert bisher nicht.

Voraussetzung für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und die hieraus resultierende Gefahr für die Person selbst oder Rechtsgüter Dritter. Es werden also sowohl die Eigengefährdung als auch die Fremdgefährdung erfasst. Dabei muss die Gefahr gegenwärtig sein und die Rechtsgüter anderer müssen „bedeutend“ sein (Martin und Steinert 2005; Marschner 2024). „Gegenwärtig“ wird üblicherweise beschrieben mit einer mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorstehenden oder bereits eingetretenen oder andauernden Situation. Bedeutende Rechtsgüter sind Leib, Leben, Freiheit, Eigentum. Teilweise findet sich in den Gesetzen auch eine weitergehende Definition zur Konkretisierung der Anforderungen. So findet sich beispielsweise im PsychKHG-NRW eine Definition der „gegenwärtigen Gefahr“, die als Unterbringungsvoraussetzung verlangt wird. Auch wenn ein Gesetz diese Präzisierung nicht enthält, so ist mit Blick auf die Eingriffstiefe (Freiheitsrecht) jedenfalls eine „erhebliche

oder hohe Wahrscheinlichkeit“ im Hinblick auf den Schadenseintritt zu fordern. Dies bedeutet, dass mit einer Beeinträchtigung der bedrohten Rechtsgüter mit hoher Wahrscheinlichkeit und jederzeit gerechnet werden muss (Marschner 2024, Henking und Mittag 2015). Für § 13 Abs.3 PsychKHG BW hat der BGH erklärt, dass eine Gefahrenlage als gegenwärtig einzuordnen sei, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. Dies kann auch bei einer Gefahr für höchstrangige Rechtsgüter Dritter nur dann bejaht werden, wenn zumindest eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass die Gefahr sich verwirklicht (BGH, Beschl. v. 19.12.2018 - XII ZB 505/18).

Einige Landesgesetze sehen zudem die Möglichkeit der „fürsorglichen Zurückhaltung“ vor. Danach ist die Zurückhaltung des bisher nicht freiheitsentziehend untergebrachten Menschen mit psychischer Erkrankung bei entsprechender Gefährdungslage in der Klinik oder seine sofortige Aufnahme möglich. Eine gerichtliche Entscheidung ist kurzfristig einzuholen. Die entsprechende Frist wird in den Landesgesetzen unterschiedlich geregelt. Ebenso finden sich unterschiedliche Regelungen zu den für eine Unterbringung vorzulegenden Anforderungen an ärztliche Atteste.

Des Weiteren unterscheiden sich die Landesgesetze darin, wie sie mit Notfällen umgehen: ob Notfälle überhaupt konkret geregelt sind, ob sich eine entsprechende Regelung bei der Zwangsbehandlung findet oder bei den Sicherungsmaßnahmen. Mit Blick auf die ärztlichen Zwangsmaßnahmen lassen mache Gesetze diese auch im Falle von interkurrenten Erkrankungen zu, andere nicht. Der Grund hierfür findet sich einem unterschiedlichen Verständnis der Gesetzgebungskompetenz der Länder in diesem Bereich.

Medikamentöse Zwangsbehandlung

Die medikamentöse Zwangsbehandlung ist seit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2011 (BVerfGE 128, 282 ff.; BVerfGE 129, 269 ff.) und 2013 (BVerfGE 133, 112 ff.) auf eine neue Grundlage gestellt worden. Dies gilt sowohl für das Betreuungsrecht wie für die öffentlich-rechtliche Unterbringung. Aufgrund der Eingriffstiefe in die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung hat das Bundesverfassungsgericht eine ausreichend klare Ermächtigungsgrundlage gefordert und

erklärt, dass es sich bei der Behandlung gegen den Willen einer Person um einen tiefen Eingriff in die Grundrechte der Person handelt. Eine Zwangsbehandlung hat das Gericht dennoch nicht per se für unzulässig angesehen, jedoch strenge Anforderungen aufgestellt und betont, dass eine Zwangsbehandlung nur als letztes Mittel nach Ausschöpfung anderer Mittel in Betracht komme. Eine ärztliche Zwangsmaßnahme (Zwangsbehandlung) stellt einen tiefen Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Person dar. Das Bundesverfassungsgericht hat sich mit dieser Thematik inzwischen in mehreren Entscheidungen auseinandergesetzt. Für den Themenbereich dieser Entscheidung sind vor allem die ersten Entscheidungen aus dem Bereich des Maßregelvollzugs wegweisend. Kernelemente der Entscheidungen aus dem Jahr 2011 und 2013 sind die strikte Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips und damit die Sicherstellung von Zwang als letztes Mittel, dazu muss u. a. der erwartete Nutzen der Maßnahme die damit verbundenen Risiken erheblich überwiegen, es darf keine milderen Mittel geben und es muss zuvor versucht werden, die betroffene Person von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen. Die Überprüfung der Voraussetzungen erfolgt durch ein Gericht, das sich dazu eines Sachverständigengutachtens bedient. Diese Voraussetzungen finden sich inzwischen weitgehend in den Landesgesetzen wieder. Das Bundesverfassungsgericht hatte sich bei der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug damit zu befassen, ob eine Zwangsbehandlung zum Erreichen des Vollzugsziels, in dem Fall die Entlassungsfähigkeit, möglich ist und hat dieses unter dem Aspekt der Freiheitsinteressen, die die Person aufgrund ihrer Erkrankung nicht ausreichend gewichtet, bejaht. Hieraus haben die Landesgesetzgeber Schlussfolgerungen für die Gestaltung der PsychK(H)G gezogen. So findet sich als Ziel der Zwangsbehandlung die Wiederherstellung der Selbstbestimmungsfähigkeit, womit das Maß an Selbstständigkeit gemeint ist, das eine Entlassung aus der psychiatrischen Klinik ermöglicht. Erfasst ist damit die Behandlung der Anlasserkrankung. Ob auch die erhebliche Gefahr für die Gesundheit (z.B. eine bedrohliche Infektion) erfasst ist, hängt im Wesentlichen vom Verständnis des Landesgesetzgebers zur eigenen Gesetzgebungskompetenz für den Bereich interkurrente (hinzutretende) Erkrankungen ab. Ob überdies auch die Zwangsbehandlung bei Gefahr für Dritte erfasst ist, ist unterschiedlich geregelt und wird unter Bezugnahme auf die Entscheidungen des BVerfG kontrovers gesehen. Das BVerfG hatte erklärt, dass eine Zwangsbehandlung zugunsten Dritter im Sinne des Verhältnismäßigkeitsprinzips nicht erforderlich sei, da der Schutz Dritter über die Unterbringung selbst erreicht werden könne. Allerdings gilt es zu bedenken, dass sich die

Gefährdung auch auf Dritte innerhalb der Einrichtung beziehen kann. Die Landesgesetze gehen mit dieser Problematik unterschiedlich um, manche erfassen die Behandlung zum Schutz Dritter, manche nur als Notfall bzw. als Maßnahme bei Gefahr im Verzug und manche erfassen diese Konstellation unter den besonderen Sicherungsmaßnahmen.

Das Bundesverfassungsgericht hatte in seinen Entscheidungen die Vorgaben an eine Ermächtigungsgrundlage recht konkret formuliert, was weitgehend von den Landesgesetzgebern umgesetzt wurde. Danach darf eine Zwangsbehandlung nur das letzte Mittel sein (ultima ratio). Sie setzt folgendes voraus: krankheitsbedingt fehlende Einsichtsfähigkeit, strikte Beachtung des Verhältnismäßigkeitsprinzips, somit vorheriges Ausschöpfen milderer Mittel, der erwartete Nutzen der Maßnahme muss gegenüber den erwarteten Beeinträchtigungen deutlich überwiegen, es muss zuvor ernsthaft versucht worden sein, den Betroffenen von der Notwendigkeit der Maßnahmen zu überzeugen. Die Maßnahme muss so rechtzeitig angekündigt werden, dass die betroffene Person Zeit hat, eine unabhängige Kontrollinstanz anzurufen. In allen Landesgesetzen ist die Kontrolle durch ein Gericht festgeschrieben. Die Zwangsbehandlung muss ärztlich angeordnet und überwacht werden.

Im gerichtlichen Genehmigungsverfahren ist zudem in verfahrensrechtlicher Hinsicht zu beachten, dass die Anordnung einer Zwangsbehandlung die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten darf (§ 329 Abs. 1 S.2 FamFG) und der Sachverständige soll nicht zugleich der zwangsbehandelnde Arzt sein (§ 321 Abs. 1 S.3 FamFG). Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist zudem zwingend erforderlich (§ 317 FamFG).

Fixierung

Auch die rechtlichen Voraussetzungen einer Fixierung wurden vom Bundesverfassungsgericht geklärt. Nach einer Entscheidung aus dem Jahr 2018 ist jedenfalls bei der 5-Punkt- und 7-Punkt-Fixierung eine richterliche Genehmigung der Maßnahme einzuholen und zwar bereits dann, wenn die Fixierung voraussichtlich nicht nur von kurzfristiger Dauer ist. Die zeitliche Grenze hat das Gericht dabei bei 30 Minuten gelegt. Kann eine richterliche Genehmigung nicht rechtzeitig eingeholt werden, ist dieses nachzuholen. Kommt es in der Nacht (zwischen 21h und 6h) zu einer Fixierung und ist die Maßnahme bereits wieder beendet, ist die betroffene

Person über die Möglichkeit der rechtlichen Überprüfung der Fixierung aufzuklären. Neben dem Richtervorbehalt hat das Bundesverfassungsgericht weitere Vorgaben gemacht: Die Fixierung muss ärztlich angeordnet und überwacht werden, es bedarf während der Fixierung einer 1:1-Betreuung. Diese Vorgaben haben die Landesgesetzgeber inzwischen umgesetzt, teils mit unterschiedlicher Konkretisierung wie die Vorgabe einer 1:1-Betreuung durch eine „persönliche Bezugsbegleitung“, während es in anderen Bundesländern genügt, dass die Person in die Aufgabe eingewiesen wurde. Unterschiedlich konkret sind die Gesetze in ihrer Formulierung zur Kontrolle der Vitalparameter ausgestaltet. Sobald die Voraussetzungen einer Fixierung entfallen, ist sie zu beenden.

Weitere Maßnahmen wie Festhalten, Isolierung, Absonderung und weitere Maßnahmen finden sich in den Landesgesetzes unter dem Begriff der Sicherungsmaßnahmen. Ob eine Videoüberwachung zulässig ist, wird von den Landesgesetzen unterschiedlich geregelt.

Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung

Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Patientenverfügung finden sich in § 1827 BGB. Danach ist eine schriftlich von einer volljährigen, einwilligungsfähigen Person verfasste Erklärung rechtlich bindend, wenn die in ihr niedergeschriebene Lebens- und Behandlungssituation mit der Situation übereinstimmt, in der die Person nicht mehr einwilligungsfähig ist. Zudem müssen die Maßnahmen, in die die Person im Voraus einwilligt bzw. die sie ablehnt bestimmt genug benannt sein. Die Landesgesetze verweisen auf die Regelung zur Patientenverfügung; im Übrigen ergibt sich ihre Berücksichtigung durch das Selbstbestimmungsrecht. Zu bedenken ist allerdings, dass es sich um ein Instrument der Selbstbestimmung handelt, das dann an seine Grenzen stößt, wenn Rechte Dritter berührt sind.

Während die Patientenverfügung eine einseitige, höchstpersönliche Erklärung darstellt, wird eine Behandlungsvereinbarung von zwei Seiten erarbeitet bzw. ausgehandelt. Zu beachten ist allerdings, dass die Behandlungsvereinbarung, die im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt ist, Bestandteile einer Patientenverfügung enthalten kann, die wiederum Bindungswirkung entfalten.

VII.2.2 Österreich

In Österreich gilt seit dem Jahr 1991 das Unterbringungsgesetz (UbG), das bisher viermal novelliert wurde. Die aktuelle Form des UbG gilt seit Juli 2023, wobei die letzte Novelle neben einer Verbesserung der Zusammenarbeit aller Involvierten eine stärkere Ausrichtung der medizinischen Behandlung am Willen der Patientinnen und Patienten und damit eine Stärkung der Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung zum Ziel hatte. Die Kernbestimmung des § 3 UbG besagt, dass Patientinnen und Patienten an einer psychiatrischen Abteilung nur untergebracht werden dürfen, sofern diese an einer psychischen Erkrankung leiden und im Zusammenhang damit das eigene Leben oder die Gesundheit bzw. das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich (mit hoher Wahrscheinlichkeit) und erheblich (schwere Schädigung) gefährden und nicht in anderer Art und Weise (außerhalb der psychiatrischen Klinik) ausreichend ärztlich behandelt und betreut werden können.

Die Einweisung in die psychiatrische Klinik kann entsprechend § 8 durch Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Dienst (im Sanitätsdienst stehende Ärztinnen und Ärzte, Polizeiärztinnen und -ärzte, ermächtigte Ärztinnen und Ärzte von Primärversorgungseinheiten) oder bei §9 durch die Polizei selbst (u.a. bei Gefahr im Verzug oder mit Befund von behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie bzw. Notärztinnen und Notärzte über das Vorliegen der UbG-Voraussetzungen) erfolgen. Die Letztentscheidung zur vorläufigen Unterbringung treffen zuständige Fachärztinnen und Fachärzte an der Fachabteilung nach der Aufnahmeuntersuchung und der Alternativenabklärung. Es ist auch möglich, dass die Voraussetzungen einer Unterbringung im Rahmen der Aufnahmesituation von freiwillig das psychiatrische Krankenhaus aufsuchende Personen oder während einer freiwilligen Aufnahme/eines freiwilligen Aufenthalts in der Psychiatrie festgestellt werden.

Wird eine Person nicht aufgenommen, besteht die Verpflichtung durch die untersuchenden Fachärztinnen und Fachärzte, sich um eine angemessene soziale und psychiatrische Betreuung zu bemühen, sofern diese erforderlich ist.

Innerhalb von vier Werktagen erfolgt eine gerichtliche Überprüfung der Unterbringung im Sinne der vorläufigen Zulässigkeit bis maximal 14 Tage. Auf deren Wunsch können Patientinnen und Patienten eine Vertreterin oder Vertreter oder Vertrauensperson zu den gerichtlichen Terminen hinzuziehen bzw. es wird jedenfalls eine kostenlose Vertretung durch sogenannte Patientenanwältinnen und -anwälte über den Erwachsenenschutzverein zur

Verfügung gestellt. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung (zweite Gerichtsverhandlung nach der Anhörung vor Ort im Krankenhaus) innerhalb von zwei Wochen ab Erstanhörung wird über die Zulässigkeit der Unterbringung, (initial maximal 3 Monate, dann maximal 6 Monate, dann Jahresfrist) entschieden. Externe Sachverständige (Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie) verfassen innerhalb der 14-tägigen Frist ab Erstanhörung ein Gutachten und nehmen an der mündlichen Verhandlung teil. Während der Unterbringung dürfen entscheidungsfähige Patientinnen und Patienten nur mit deren Einwilligung behandelt werden. Bei nicht entscheidungsfähigen Patientinnen und Patienten dürfen Heilbehandlungen nur mit Einwilligung der gesetzlichen Vertretung erfolgen. Ist keine gesetzliche Vertretung bestellt, können einfache Heilbehandlungen auch ohne Zustimmung der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, müssen aber an die Patientenanwaltschaft gemeldet werden und es kann eine Überprüfung der Rechtmäßigkeit ex post durch das Gericht erfolgen. Medikamentöse Zwangsbehandlungen sind ausschließlich zur Abwehr akuter Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig. Eine besondere Heilbehandlung (medizinische Behandlungen mit potenziell schwerer oder nachhaltiger Beeinträchtigung, z. B. Depotantipsychotika, EKT, Behandlung mit Clozapin, Lumbalpunktion, …) darf immer nur mit der schriftlichen Einwilligung der Patientinnen und Patienten oder des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Sofern kein medizinischer Notfall vorliegt, entscheidet bei einer besonderen Heilbehandlung das Gericht nach Einholen einer schriftlichen Stellungnahme eines Sachverständigen aus dem Fach der Psychiatrie vor der Behandlung über die Zulässigkeit.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (u. a. Beschränkung räumlich und auf einen Raum, z. B. Fixierung oder Isolation §33 UbG, Kontakte zur Außenwelt §34 UbG, Beschränkungen sonstiger Rechte wie Gebrauch persönlicher Gegenstände, Privatkleidung, Rauchen, etc. §34a UbG) müssen angemessen, geeignet und unerlässlich zur Gefahrenabwehr sein. Zudem darf keine andere schonendere pflegerische, betreuerische oder organisatorische Maßnahme oder Alternative möglich sein. Sind die Kriterien für eine Unterbringung nicht mehr gegeben, muss diese sofort von den behandelnden Fachärztinnen und Fachärzten aufgehoben werden.

Vor der Entlassung muss mit den Patientinnen und Patienten ein abschließendes Reflexionsgespräch darüber geführt werden, welche Vorteile durch die Behandlung sichtbar geworden sind, wie die Zeit nach Aufhebung der Unterbringung gestaltet werden soll und wie

im Falle einer neuerlichen Gefahrensituation umgegangen werden soll. Auf Wunsch der Patientinnen und Patienten kann ein Behandlungsplan (z. B. Absprachen zu Medikation und Verabreichung, Hinweise zur Vermeidung von Beschränkungen in zukünftigen Krisen, …) für den Fall einer neuerlichen Aufnahme festgelegt, verschriftlicht und ausgehändigt werden. Die bisherigen Ausführungen gelten für eine Unterbringung ohne Verlangen, das heißt gegen/ohne Willen der Betroffenen. Formal existiert in Österreich auch eine Unterbringung auf Verlangen, also auf ausdrücklichen Wunsch von entscheidungsfähigen Patientinnen und Patienten, die aber nur einen Bruchteil der Unterbringungen im Lande ausmacht und nur von einem Teil der Abteilungen durchgeführt wird.

Außerhalb von psychiatrischen Fachabteilungen, d. h. in Krankenanstalten, in Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen zur Pflege sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen über das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) geregelt und zulässig, sofern Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner intellektuell beeinträchtigt oder psychisch erkrankt sind und eine ernstliche, erhebliche und aktuelle Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.

In Abgrenzung zur zivilrechtlichen Unterbringung (UbG) existiert in Österreich seit 1975 der sogenannte Maßnahmenvollzug. Laut österreichischem Strafgesetzbuch (StGB) können Anlass einer strafrechtlichen Unterbringung nur Taten sein, die mit mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht sind. Mit dem Maßnahmenvollzugsanpassungsgesetz, das seit März 2023 gilt, wurden einige Anpassungen beschlossen. Wenn die angedrohte Freiheitsstrafe der Anlasstat drei Jahre nicht übersteigt, muss es sich laut Gesetz nun um eine gegen Leib und Leben gerichtete mit mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe bedrohte Handlung oder auf eine gegen die sexuelle Integrität und Selbstbestimmung gerichtete mit mehr als einem Jahr Freiheitsstrafe bedrohte Tat handeln. Andernfalls kommt es zum Haftantritt im Strafvollzug. Neben der Anlasstat und der Zukunftstat (negative Prognose bzw. Befürchtung, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zukunft unter dem maßgeblichen Einfluss einer psychischen Erkrankung eine schwere Straftat begangen werden könnte) spielt auch die Zurechnungsfähigkeit während der Straftat eine Rolle, wobei hier zwischen dem Maßnahmenvollzug nach § 21 (1), zurechnungsunfähig und nach § 21 (2) zurechnungsfähig unterschieden wird. Unterbringungen nach dem Maßnahmenvollzug gemäß § 21 (1) und nach § 21 (2) erfolgen in Österreich in sogenannten forensisch-therapeutischen Zentren. Liegen

hinreichende Gründe bzw. der dringende Verdacht für Unterbringung in den Maßnahmenvollzug vor, gilt § 431 der Strafprozessordnung (StPO) und Betroffene müssen entweder bereits vor Verurteilung in forensisch-therapeutischen Zentren oder, sofern zweckmäßig, in öffentlichen Psychiatrien behandelt und betreut werden. Der vorbeugende Maßnahmenvollzug gilt grundsätzlich auf unbestimmte Zeit, die weitere Notwendigkeit muss aber zumindest jährlich vom Gericht geprüft werden. Kommt das Gericht unter Zuhilfenahme eines Sachverständigengutachtens zum Entschluss, dass ein ambulanter Vollzug der Maßnahme unter gewissen Voraussetzungen (z. B. sozialtherapeutische Wohnform, Alkohol- und Drogenkarenz, usw.) möglich ist, kann vom Vollzug der Unterbringung in einem forensisch-therapeutischen Zentrum abgesehen werden. Entlassungen aus der strafrechtlichen Unterbringung erfolgen nach erfolgreichen Lockerungen des Vollzugs (Unterbrechungen der Unterbringung). Zwangsmaßnahmen bei Patientinnen Patienten im Maßnahmenvollzug gemäß § 21 (1) und nach § 21 (2) müssen zuvor vom Justizministerium genehmigt werden, sollte Gefahr im Verzug bestehen, müssen Behandlungen gegen den Willen gemeldet und ex post überprüft werden (§ 69 StVG). Die strafrechtliche Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nach § 22 StGB bei Straftaten in Zusammenhang mit Substanzgebrauch bzw. Suchterkrankungen sowie die Unterbringung von gefährlichen Rückfallstätern und gefährlichen terroristischen Straftätern in einer Anstalt für gefährliche Rückfallstäter nach § 23 StGB werden an dieser Stelle nur erwähnt, aber nicht näher erläutert.

Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarung

Entsprechend dem österreichischen Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) wird zwischen verbindlichen Patientenverfügungen und solchen, die zwar nicht verbindlich sind, aber trotzdem der Ermittlung des Willens der Patientin /des Patienten zugrunde zu legen sind, unterschieden (beachtlichen Patientenverfügungen). Eine verbindliche Patientenverfügung muss schriftlich mit Datumsangabe von einer Rechtsanwältin /Rechtsanwalt bzw. Notarin/Notar oder vor einer rechtskundigen Mitarbeiterin/einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung errichtet werden. Sie bleibt für maximal 8 Jahre verbindlich und muss dann wieder bestätigt werden, wofür erneut eine ärztliche Aufklärung erfolgen muss. Kann eine Patientin/ein Patient eine Patientenverfügung nicht erneuern, weil

sie/er nicht entscheidungsfähig ist, so behält sie trotz des Ablaufs von acht Jahren ihre Verbindlichkeit.

Im § 32 Abs 2 UbG wird der Begriff des Behandlungsplans genannt: Konkret geht es um ein schriftliches Festhalten von Überlegungen des verpflichtenden Abschlussgesprächs im Rahmen einer Unterbringung (etwa Absprachen zu Medikamenten und deren Verabreichung, Hinweise, wie Beschränkungen in Krisensituationen vermieden werden können, Angaben zur ambulanten Behandlung sowie Kontaktwünsche). Der Behandlungsplan wird nur angefertigt, wenn dieser vom Patienten aktiv verlangt wird, in der Krankengeschichte dokumentiert und dem Patienten in Kopie ausgehändigt. Dieses Instrument kann dem Patienten und v.a. den Mitarbeitern der psychiatrischen Abteilung im Fall einer weiteren Aufnahme des Patienten eine wichtige Orientierungshilfe sein. Eine unmittelbare Verbindlichkeit im Sinn einer verbindlichen Patientenverfügung entfaltet er dagegen nicht.

VII.2.3 Schweiz

Die Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen finden sich im Schweizer Zivilgesetzbuch, das sich als Erwachsenenschutzrecht versteht. Damit geht es um die Personenfürsorge bei Personen, die als besonders schutzbedürftig gelten. Zuständig für die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) ist die Erwachsenenschutzbehörde (Art. 428 ZGB). Allerdings sieht Art. 429 ZGB eine Ermächtigungsgrundlage vor, nach der die Kantone Ärzte und Ärztinnen bezeichnen können, die neben der Erwachsenenschutzbehörde eine Unterbringung während einer vom kantonalen Recht festgelegten Dauer anordnen dürfen. Die Dauer darf höchstens sechs Wochen betragen.

Eine (FU) kommt nach Art. 426 ZGB in Betracht, wenn der Schutz der Person nur durch eine Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung erreicht werden kann. Vorausgesetzt wird ferner, dass die Person an einer psychischen Störung oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist. Dabei kann die von der FU betroffene Person selbst oder eine ihr nahestehende Person jederzeit um Entlassung ersuchen, über dieses Gesuch ist unverzüglich zu entscheiden (Art. 426 Abs. 3 ZGB). Bei einer FU-Verlängerung erfolgt spätestens nach sechs Monaten eine Überprüfung von Amts wegen durch die Erwachsenenschutzbehörde.

Art. 426 ZGB enthält in Abs. 2 eine Passage, die von Relevanz für den Anwendungsbereich dieser Leitlinie ist: Zwar sind nach dem Wortlaut des Gesetzes Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen. Nach der jüngeren Rechtsprechung wie auch der rechtswissenschaftlichen Literatur darf der Schutz Dritter aber nicht alleiniger oder Hauptzweck der FU sein (Aebi-Müller 2024).

Befindet sich die Person freiwillig in der Einrichtung und will diese wieder verlassen, besteht die Möglichkeit der Zurückbehaltung für höchstens drei Tage. Über die Zurückbehaltung entscheidet die ärztliche Leitung. Art. 427 ZGB setzt voraus, dass die Person sich selbst an Leib und Leben gefährdet oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet (zu letzterem: siehe oben zu Art. 426 ZGB). Vorausgesetzt wird also eine krankheitsbedingte akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Art. 427 ZGB sieht ferner vor, dass die Person schriftlich über ihr Recht zu informieren ist, eine gerichtliche Entscheidung herbeiführen zu lassen.

Nach Art. 433 ZGB ist bei jeder FU zur Behandlung einer psychischen Störung ein schriftlicher Behandlungsplan zu erstellen, welcher laufend angepasst werden muss (Art. 433 Abs. 4 ZGB). Die betroffene Person und ggf. ihre Vertrauensperson sind in die Erstellung des Behandlungsplans einzubeziehen (Art. 433 Abs 2 ZGB). Der Behandlungsplan an sich kann nicht angefochten werden. Erst ein schriftlicher Anordnungsentscheid kann gem. Artt. 434 ZGB, 439 Abs 1 Ziff 3 ZGB angefochten werden.

Über eine ärztliche Zwangsbehandlung entscheidet die Chefärztin oder der Chefarzt mittels schriftlicher Anordnung, unter der Beachtung der in Art. 424 ZGB festlegten Voraussetzungen, nämlich wenn ohne Behandlung der betroffenen Person ein ernsthafter unmittelbarer gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist, die betroffene Person bezüglich ihrer aktuellen Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist und keine angemessene Maßnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist. Allerdings wird mit Blick auf die Drittgefährdung eingewendet, dass sie regelmäßig schon durch die Unterbringung selbst abgewendet werden könne, sodass nur ein eingeschränkter Anwendungsbereich verbleibe (Aebi-Müller 2024). Eine Behandlung ohne Einverständnis (gemäß ZGB „elektive Behandlung ohne Zustimmung“, entspricht ärztlicher Zwangsbehandlung) der betroffenen Person beschränkt sich daher vielmehr auf Fälle einer akuten, schweren Gesundheitsgefahr der

betroffenen Person selbst (Aebi-Müller 2024). Überdies gilt die Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Die Anordnung ist der betroffenen Person sowie deren Vertrauensperson schriftlich mitzuteilen.

Für den Notfall sieht Art. 438 S.1 ZGB vor, dass unerlässliche medizinische Maßnahmen sofort ergriffen werden können. Das Gesetz bezieht den Schutz der Person wie den Schutz Dritter mit ein. Wenn der Wille der Person bekannt ist, ist dieser zu berücksichtigen (Art. 438 S.2 ZGB).

Art. 438 ZGB erhält eine Verweisung bei die Bewegungsfreiheit einschränkenden Maßnahmen: Die Bestimmungen über die Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen sind sinngemäß anwendbar. Vorbehalten bleibt allerdings die Anrufung des Gerichts.

Das Schweizer Recht sieht eine Beteiligung der Gerichte vor, wenn die betroffene Person oder eine ihr nahestehende Person binnen 10 Tagen nach Mitteilung des Entscheids Beschwerde einreicht. Bei Maßnahmen zur Beschränkung der Bewegungsfreiheit besteht diese Frist nicht, hier kann das Gericht jederzeit schriftlich angerufen werden. Art. 439 ZGB listet die Fallkonstellationen auf: bei ärztlich angeordneter Unterbringung; bei Zurückbehaltung durch die Einrichtung; bei Abweisung eines Entlassungsgesuchs durch die Einrichtung; bei Behandlung einer psychischen Störung ohne Zustimmung; bei Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit.

Gemäß Art. 437 ZGB haben die Kantone die Nachbetreuung zu regeln. Satz 2 des Art. 437 ZGB sieht zudem eine Ermächtigungsgrundlage für ambulante Maßnahmen vor (siehe Kapitel IX.8).

Erwähnenswert ist noch eine Besonderheit des Schweizer Rechts. Die von der FU betroffene Person kann nach Art. 432 ZGB eine Person ihres Vertrauens benennen. Sie nimmt eine unterstützende Funktion ein.

Patientenverfügung

Im Rahmen der Totalrevision des KESR (Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes) sind spezifische Instrumente wie „Patientenverfügung“ und „Behandlungsgrundsätze“ zur Stärkung der Selbstbestimmung der Patientinnen/Patienten eingeführt worden. In der Schweiz haben Patientenverfügungen rechtlich und ethisch eine hohe Verbindlichkeit. Diese

ist seit 2013 ausdrücklich im Erwachsenenschutzrecht in den Art. 370 bis 373 ZGB geregelt. In der Patientenverfügung kann die urteilsfähige Person festlegen, welchen medizinischen Maßnahmen sie im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Als Voraussetzung für die rechtliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung sind neben der Urteilsfähigkeit der verfügenden Person die Schriftform der Verfügung inklusive Datierung und Unterzeichnung zu nennen. Allerdings verliert die Patientenverfügung, wenn eine Person mittels Fürsorgerischer Unterbringung (FU) in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert ist, ihre Verbindlichkeit. Sie muss in diesem Fall bei der Erstellung des Behandlungsplans lediglich «berücksichtigt» werden. Dasselbe gilt auch für eine ggf. in der Patientenverfügung bestimmte natürliche Person, die die verfügende Person vertreten soll. Weicht der Behandlungsplan von der Patientenverfügung oder von den Angaben der vertretenden Person ab, muss dies im Patientendossier dokumentiert und begründet werden. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Einschränkung unter FU-Bedingungen finden sich in Art. 433 ZGB i.V.m. Art. 380 ZGB.

Besteht eine Rückfallgefahr, so versucht die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt mit der betroffenen Person vor deren Entlassung aus der Fürsorgerischen Unterbringung Behandlungsgrundsätze für den Fall einer erneuten fürsorgerischen Unterbringung in der Einrichtung zu vereinbaren (Art. 436 ZGB).

Maßnahmenvollzug

Das Schweizer Maßnahmenrecht findet sich gesetzlich verankert in den Vorschriften Art. 56 bis 65 StGB (therapeutische Maßnahmen und Verwahrung) sowie in den Art. 66 bis 73 StGB-CH („andere Maßnahmen“). Gemäß Art. 59 StGB-CH kann das Gericht bei Tätern mit „schwerer psychischer Störung“ eine stationäre Behandlung anordnen, wenn der Täter eine Straftat im Zusammenhang mit seiner psychischen Störung begangen und weitere solche Taten zu erwarten sind. Als Besonderheit gegenüber den Anordnungsvoraussetzungen in Deutschland und Österreich ist somit für die Schweiz herauszustellen, dass die Maßnahme nicht an die Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit anknüpft, die Anordnung der Maßnahme kann also auch bei nicht verminderter Schuldfähigkeit erfolgen. Anknüpfungspunkt ist vielmehr die Rückfallgefahr. Zudem muss eine positive Behandlungsprognose vorliegen. Die stationäre Behandlung erfolgt in einer geeigneten

psychiatrischen Einrichtung oder einer Maßnahmevollzugseinrichtung Art. 59 S.5 StGB-CH). Eine Behandlung kann auch in einer Strafanstalt erfolgen. Für die Höchstdauer der stationären Behandlung gilt eine Höchstfrist von fünf Jahren, die einmalig um maximal fünf Jahre verlängert werden kann.

VIII. Grundlagen der Prävention von Zwang bei Einweisungen

VIII.1 Zwangseinweisung

Zwangseinweisungen in ein psychiatrisches Krankenhaus können bei verschiedenen klinischen Situationen erforderlich werden: Im Einzelnen kann dies aggressive, erregte, intoxikierte, verwirrte oder suizidale Menschen betreffen. Zu berücksichtigen sind die in den einzelnen deutschen Bundesländern unterschiedlichen Regelungen nach den landeseigenen Psychisch-Kranken- bzw. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen (PsychKG bzw. PsychKHG, je nach Bundesland), nach dem Betreuungsgesetz oder für den Maßregelvollzug das Strafgesetzbuch sowie die Maßregelvollzugsgesetze der jeweiligen Bundesländer. In Österreich gilt einheitlich das Unterbringungsgesetz (UbG), das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) und der Maßnahmenvollzug, welcher im Strafgesetzbuch (StGB) bzw. der Strafprozessordnung (StPO) geregelt ist. In der Schweiz gilt das Schweizer Zivilgesetzbuch (ZBG).

Die Verfahren unterscheiden sich in den einzelnen deutschen Bundesländern zum Teil erheblich, u. a. in Abhängigkeit davon, ob der sozialpsychiatrische Dienst auch über Ärztinnen und Ärzte verfügt und hoheitliche Aufgaben hat, aber auch im Hinblick auf die Rolle von Gesundheitsamt, Ordnungsamt und Polizei. Auch in der Schweiz unterscheiden sich die Verfahren in ihrer Umsetzung in den Kantonen. Die Darstellung gliedert sich in die von den involvierten Berufsgruppen zu leistenden Aufgaben und benennt auch diesbezügliche Verhaltens- bzw. Vorgehensweisen.

Eine Zwangseinweisung stellt einen erheblichen Eingriff in die Grundrechte eines Menschen dar. Bevor eine Unterbringung in die Wege geleitet wird, müssen alle anderen gesetzlich verankerten Hilfen wie Selbsthilfe, Beratung, Betreuung, ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, und sozialarbeiterische Unterstützung ausgeschöpft sein. Die gegenwärtigen Fassungen der PsychKG/PsychKHG, des UbG/HeimAufG, (A,CH) setzen als

Einweisungsvoraussetzung eine kausale Verknüpfung von Krankheit („aufgrund“) mit einer Selbst- oder Fremdgefährdung voraus. Die DGPPN forderte bereits 2014 in einem Eckpunktepapier die gesetzgeberische Klarstellung, dass die Unterbringung einwilligungsfähiger Menschen, sowohl im Hinblick auf die UN-BRK als auch aus ethischen Gründen nicht möglich sein dürfe (DGPPN 2014). Manche Landesgesetzen stellen explizit dar (PsychKHG Bayern, PsychHG Schleswig-Holstein), dass eine Zwangseinweisung bzw. Unterbringung bei Einwilligungsfähigkeiten nicht möglich ist.

VIII.2 Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben

Die PsychKGs bzw. PsychKHGs der deutschen Bundesländer sehen als Regelverfahren vor, dass das Unterbringungsverfahren durch einen Antrag an das Amtsgericht, dem ein Attest einer Fachärztin oder eines Facharztes bzw. eines Arztes oder einer Ärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie beigefügt ist, eröffnet wird. Das Gericht prüft die Unterlagen und lädt dann den Menschen mit psychischer Erkrankung zu einer Anhörung ein, aufgrund derer dann die richterliche Entscheidung erfolgt. In akuten Krisensituationen, in denen eine vorherige richterliche Entscheidung nicht herbeigeführt werden kann, kann eine notfallmäßige Einweisung erfolgen. Dies wird über die Ordnungsbehörde (bzw. in manchen Bundesländern den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, in anderen Ländern durch die Polizei) eingeleitet. Das Gericht hat dann den Betroffenen anzuhören und innerhalb einer definierten Frist zu entscheiden, ob diese Anordnung bestätigt wird. De facto ist dieses juristische Ausnahmeverfahren das Regelverfahren. In manchen Bundesländern ist es regelhafte Praxis, dass Unterbringungsanträge seitens der Kliniken gestellt werden, in welche die Betroffenen notfallmäßig verbracht wurden. Dies erscheint unter pragmatischen Überlegungen bei fehlender Expertise und/oder Fachkräftemangel im außerstationären Bereich praktikabel. Es ist jedoch sowohl unter rechtsstaatlichen Überlegungen als auch wegen der Belastung der Kliniken mit weiteren bürokratischen Anforderungen als Regelverfahren nicht erstrebenswert.

In der Schweiz bestimmen die bundesrechtlichen Bestimmungen über die FU (Art 426 ff. ZGB), unter welchen Voraussetzungen die zwangsweise Unterbringung einer Person in einer Einrichtung zulässig ist. Die FU ist eine freiheitsentziehende Maßnahme des Erwachsenenschutzes, die urteilsfähige und urteilsunfähige Personen betreffen kann.

Zuständig für die Einweisung ist die Erwachsenenschutzbehörde (Art. 428 Abs. 1 ZGB). Sie kann im Einzelfall die Zuständigkeit für die Entlassung der Einrichtung übertragen. Die Kantone können Ärzte und Ärztinnen bezeichnen, die neben der Erwachsenenschutzbehörde eine Unterbringung während einer vom kantonalen Recht festgelegten Dauer anordnen dürfen. Die Dauer darf höchstens sechs Wochen betragen (Art. 429 ZGB).

Für das Unterbringungsverfahren ist es nötig, dass alle in eine solche Entscheidungsfindung einbezogenen Ansprechpartner (vor allem Ärztinnen, Ärzte und Gerichte) kontinuierlich (auch an Wochenenden und Feiertagen) zur Verfügung stehen. Es ist günstig, wenn sowohl fachärztliche als auch sozialarbeiterische/pflegerische Kompetenz vor Ort ist und insbesondere die Einschätzung einer unmittelbaren Gefährdung nicht alleine durch Verwaltungspersonal erfolgt, ganz besonders dann, wenn kein Facharzt oder keine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie verfügbar ist. Sofern außerhalb der Regelarbeitszeit psychosoziale Fachkräfte (Sozialpsychiatrischer Dienst, Mitarbeitende des betreuten Wohnens) bzw. ein Krisendienst verfügbar sind, sollten sie zum Einsatz kommen. Die Vermeidung von Gewalt und Zwang beginnt notwendigerweise bereits vor einer stationären Einweisung, wobei die gemeindepsychiatrische Versorgung eine wichtige Rolle einnimmt. Die von den einbezogenen Personen in dem Verfahren eingenommenen Funktionen bzw. professionellen Rollen sind frühzeitig und transparent gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen sowie auch Familienangehörigen zu kommunizieren bzw. zu verdeutlichen.

Grundsätzlich muss die Kommunikation dem Zustand des Menschen mit psychischer Erkrankung angepasst sein. Wenn möglich sollten nach Eintreffen in die Klinik eventuell angelegte Handschließen abgenommen werden. Der Patientin bzw. dem Patienten sollte ein Sitzplatz und etwas zu trinken angeboten werden. Die gesamte Prozedur sollte zeitlich begrenzt werden, weil sie sehr belastend sein kann. Insofern gilt das Grundprinzip, eine rasche und klare Entscheidung im Interesse der Patientin bzw. des Patienten zu fällen. Allerdings kann es sowohl vor wie während der Krankenhausaufnahme erforderlich sein, keinen zu großen Zeitdruck zu erzeugen, wenn dadurch eine vorhandene partielle Compliance gefährdet werden könnte. Für den Menschen mit psychischer Erkrankung sollte es in jedem Stadium der Prozedur möglich sein, Angehörige hinzuzuziehen. Auch deren Interesse nach einer schnellen

und klaren Entscheidungsfindung (der ja eine hohe Angehörigenbelastung über schon längere Zeit vorausgehen kann) sollte angemessen berücksichtigt werden. Die sich aus dem Lebensumfeld des Menschen mit psychischer Erkrankung ergebenden aktuellen Verpflichtungen (z. B. Versorgung von Kindern oder Haustieren) müssen bei der Einweisung beachtet werden. Diesbezügliche Hilfsangebote helfen erfahrungsgemäß, die Situation wesentlich zu entspannen. Allen Beteiligten sollten Fortbildungsmöglichkeiten für die Erfüllung ihrer situationsspezifischen Aufgaben angeboten werden.

VIII.3 Personen- bzw. funktionsabhängige Aufgaben

VIII.3.1 Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztin bzw. des Arztes

Nach Möglichkeit sollte die vertraute behandelnde Ärztin bzw. der Arzt, die bzw. der den Menschen mit psychischer Erkrankung und seine Ressourcen kennt, in einer Notfallsituation die Krisenintervention durchführen. Muss eine Ärztin oder ein Arzt, der den Menschen nicht kennt, z. B. der KV-Notdienst, zugezogen werden, sei es, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nicht verfügbar ist oder dass es sich um einen Erstkontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem handelt, ist zusätzlich eine Fremdanamnese bei den bereits in die Situation einbezogenen Angehörigen, Helferinnen und Helfern und/oder Behördenmitarbeitenden zu erheben. Schriftlich vorliegende Polizeiberichte können hilfreich sein. Insbesondere sollten bereits vorhandene Informationen, z. B. über krankheitsbedingte Fehlhandlungen, die als peinlich erlebt werden können, der Ärztin oder dem Arzt zur Verfügung gestellt werden. Dabei kann sich als problematisch erweisen, dass Informantinnen und Informanten, vor allem wenn es sich um nahestehende Angehörige handelt, nicht genannt sein wollen und eine ausführliche Exploration des Menschen mit psychischer Erkrankung dann unumgänglich ist. Auch in diesen Situationen gilt das Gebot der begrenzten zeitlichen Beanspruchung.

Eine Exploration der Patientin bzw. des Patienten ist, wenn irgend möglich und verantwortbar, in vertraulicher Atmosphäre vorzunehmen. Wenn die Beteiligung von Vertrauenspersonen explizit gewünscht wird, sollte diesem Wunsch auf jeden Fall nachgekommen werden. Häufig trägt dies stark zu einer Entspannung der Situation bei. Auf eine körperliche Untersuchung kann verzichtet werden, wenn dadurch eine Eskalation der Situation zu befürchten ist. Die

Untersuchung muss dann später unter geeigneten Bedingungen nachgeholt werden. Generell sind die Betonung der Arztrolle bzw. ärztliche Handlungen an die jeweilige Situation anzupassen. Neben der Abwendung der Gefährdung vom Betroffenen, seinen Angehörigen und den Mitarbeitenden sind in solch einer Situation auch die Freiheitsrechte des Menschen mit psychischer Erkrankung so weit als möglich zu wahren und die negativen Folgen, die sich durch Verlust der sozialen Bezüge bei unangepasstem Verhalten auf der einen Seite und Traumatisierung durch Einsatz von Zwang auf der anderen ergeben können, möglichst gering zu halten.

Auf eine Deeskalation der Situation ist unbedingt zu achten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Situationsgestaltung und diesbezüglich klaren Handlungsanweisungen der polizeilichen Einsatzkräfte bei akuter Fremdgefährdung im präklinischen Bereich bzw. der Ärztin oder des Arztes im Krankenhaus, dem in dieser Situation die Verantwortung für das Wohl des Patienten oder der Patientin zukommt. Hierunter wird z. B. verstanden, dass beim Zusammenpacken von persönlichen Dingen, die in die Klinik mitgenommen werden sollen, oder bei der Exploration und körperlichen Untersuchung so wenige Personen wie möglich beteiligt sind, dass rasche und klare Handlungsanweisungen z. B. betreffend die Gabe einer Medikation gegeben werden, dass – je nach Erfordernis – eine klare Be- oder Entschleunigung der Situation vorgenommen wird, dass Angehörige/Nahestehende mit einbezogen oder in aktuelle Konflikte involvierte Personen aus der Situation herausgehalten werden.

Alternativen zur Klinikeinweisung sind immer zu prüfen. Die Krankenhausaufnahme ist so sorgfältig als in der Situation möglich vorzubereiten (Beispiele: Kleidung, Körperpflegemittel, Papiere, Versichertenkarte, Geld, Zigaretten, voraussichtlich in der Krankenhausapotheke nicht vorhandene Medikamente, Patientenverfügung, Information an Angehörige, ggf. Wohnungsschlüssel hinterlegen etc.). Ein ärztliches Zeugnis ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zu erstellen. Besonders wichtig ist, die in der Untersuchung festgestellten Krankheitssymptome, die ursächlich für das Eintreten der Gefährdungstatbestände sind, zu benennen und die Äußerungen bzw. Verhaltensweisen, aus denen sie deutlich werden, zu beschreiben.

Informationen aus der Situation vor Krankenhausaufnahme müssen an die weiterbetreuenden Einrichtungen, insbesondere an die weiterbetreuende Klinik, weitergegeben werden, wenn irgend möglich, schriftlich. Bei Beteiligung der Polizei ist die schriftliche Dokumentation von Gefährdungstatbeständen wichtig für die Entscheidung im Unterbringungsverfahren. Transportanordnungen (Fixierung, Medikation, Instruktion der eventuell hinzugezogenen Notärztin oder des Notarztes etc.) sind zu treffen, wenn möglich ist der Transport ärztlich zu begleiten. Eine wichtige Handlungsmaxime ist die Würde des Menschen mit psychischer Erkrankung nicht zu beschädigen. Fachliche Standards, die sich auf Indikation und Durchführung weiterer freiheitsbeschränkender Maßnahmen beziehen, sind – so sie etabliert sind – unbedingt zu berücksichtigen. Als problematisch erweist sich, dass der Wunsch nach Transportbegleitung durch Angehörige versicherungsrechtlich nicht geregelt ist. Eine persönliche Übergabe der transportbegleitenden Ärztin oder des Arztes an die zuständigen Kolleginnen und Kollegen der Klinik ist höchst wünschenswert.

Aufgaben von und Erwartungen an ärztliche Sachverständige

Gutachter und Gutachterinnen müssen sich stets über die rechtliche Einordnung der zu beantwortenden Fragestellung im Klaren sein. Im Zweifelsfall ist bei dem beauftragenden Gericht um Klärung zu ersuchen. Die Ausführlichkeit der Untersuchung und der gutachterlichen Stellungnahme sollen in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Eingriffs und zur Komplexität der Fragestellung stehen. Soweit möglich sind alle Vorbefunde von Relevanz für die Fragestellung, Angaben Dritter, Polizeiberichte etc. hinzuzuziehen. Bei der Untersuchung müssen der begutachteten Person Zweck und Anlass der Untersuchung und die Funktion des Gutachters in verständlicher Weise erklärt werden. Einwilligungsunfähigkeit ist nicht pauschal aus einer Diagnose abzuleiten, sondern nur aus konkret zu benennenden Krankheitssymptomen und resultierenden Funktionseinschränkungen. Es sind auf den Einzelfall bezogene Erwägungen des vermutlichen Nutzens und Schadens einer Maßnahme gegen den Willen der betroffenen Person und auch bei Unterbleiben dieser Maßnahme erforderlich. Wiederkehrende, für den Einzelfall nicht näher spezifizierte Argumente wie „drohende Chronifizierung“ sind nicht ausreichend. In eine Nutzen-Schadens-Abwägung z. B. bei der Frage einer Zwangsbehandlung ist auch einzubeziehen, dass die Anwendung von

Zwang, abhängig von Ausmaß und voraussichtlicher Dauer, auch einen möglicherweise erheblichen und anhaltenden Schaden für die (psychische) Gesundheit darstellen kann.

VIII.3.2 Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/ Ordnungsamt / Vollzugsbehörde

Ergibt sich für die Einsatzkräfte der Eindruck, dass das Verhalten eines Menschen auf einer psychischen Störung beruht, erfolgt das weitere Vorgehen entsprechend den gültigen gesetzlichen Vorgaben. Die Polizei kann selbst zur Einweisung und vorläufigen Unterbringung berechtigt sein oder andere Behörden (Ordnungsamt) oder Dienste (SPDi) sind hinzuzuziehen. Die Gefahrenbeurteilung vor Ort und deren Abwehr sollte mit den am wenigsten einschneidenden Mitteln erfolgen. Für die ärztliche Einschätzung einer zugrundeliegenden psychischen Störung wird auf (fach-)ärztliche Kompetenz entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zurückgegriffen. Gibt es einen psychosozialen Krisendienst, ist dieser vorrangig einzuschalten. Die Besonderheiten der angetroffenen Situation und der getroffenen Maßnahmen sind schriftlich zu dokumentieren. Diese Informationen sind den vorgegebenen Stellen, inklusive dem aufnehmenden Krankenhaus, zuzuleiten. Die Transportdurchführung hat mit den am wenigsten einschneidenden Mitteln (nach Möglichkeit sitzend und ohne Fixierung) und ggf. gemäß ärztlichen Empfehlungen zu erfolgen.

Ist zuerst die Polizei am Einsatzort, ist anzustreben, dass die Krisenintervention dort erfolgen kann, insbesondere wenn es sich um die Häuslichkeit des Menschen mit psychischer Erkrankung handelt, weil dort bei erfolgreicher Intervention ggf. auf Angehörige zurückgegriffen werden kann, auch wenn dies bedeuten kann, dass die Einsatzkräfte länger gebunden werden. Ggf. kann durch eine Krisenintervention unter Hinzuziehung von Fachkräften eine Zwangseinweisung auch entbehrlich werden. Wenn der Mensch mit psychischer Erkrankung stattdessen auf die Wache gebracht wird, entfallen diese Möglichkeiten.

Die Vorführung zur Untersuchung, je nach Gesetzeslage auch bereits verbunden mit einer Klinikeinweisung, ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme. Die Entscheidung liegt allein bei der Polizeibeamtin bzw. beim Polizeibeamten. Im Regelfall bedarf die Vorführung der

Anwendung unmittelbaren Zwanges, dessen Anwendung gemäß Polizeigesetz dem Polizeivollzugsdienst obliegt. In einigen PsychKGs wird allerdings bereits zur Vorführung ein richterlicher Beschluss gefordert. Es wäre wünschenswert, dass die Richterin bzw. der Richter den Menschen mit psychischer Erkrankung dazu schon zu Hause trifft. Um eine ausreichende Gefahreneinschätzung in der Übergabe-Situation (polizeiliche Zuführung auf die aufnehmende Station oder in die Ambulanz) zu ermöglichen, ist ein Verbleiben der Beamtinnen und Beamten in der Situation wünschenswert, bis die Einschätzung durch die Klinikärztin oder den Klinikarzt erfolgt ist.

VIII.3.3 Aufgaben von und Erwartungen an den Krisendienst

Die Angebote von Krisendiensten reichen von telefonischer Beratung über aufsuchende Hilfen bis zur Vorstellung in einer psychiatrischen Klinik und dienen als Hilfe in akuten psychosozialen Krisen. Angebote in Form von Krisendiensten sind in unterschiedlicher Form und Ausprägung vorhanden; dies gilt sowohl mit Blick auf das Angebot als solches als auch für dessen konkreter Ausgestaltung in organisatorischer und finanzieller Hinsicht, einschließlich der Frage der gesetzlichen Verankerungen (Zielasek et al. 2025). In den deutschen Bundesländern Berlin und Bayern stehen flächendeckend Krisendienste zur Verfügung (www.berliner-krisendienst.de und www.krisendienste.bayern). In anderen Bundesländern sind Krisendienste an den Sozialpsychiatrischen Dienst angegliedert (z.B. Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein).

Ziel, insbesondere der aufsuchenden Einsätze, ist eine Stabilisierung der Situation und damit auch eine Deeskalation. Die akute Krisenintervention soll zudem (unfreiwillige) Klinikeinweisungen reduzieren. Hierzu sind andere Hilfen vorrangig zu prüfen und zu initiieren. Damit geht auch die Erwartung aus klinischer Perspektive einher: Das Abklären der Situation, das Prüfen und Anbieten von Alternativen, sodass eine (unfreiwillige) Klinikeinweisung erst dann initiiert wird, wenn andere Möglichkeiten nicht zur Verfügung stehen bzw. nicht ausreichen. Der Krisendienst sollte mit der betroffenen Person offen und ehrlich kommunizieren und keine Versprechungen abgeben, die dann von der Klinik nicht eingelöst werden können.

VIII.3.4 Aufgaben von und Erwartungen an Betreuer und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren

Außerhalb von akuten Notfällen und wenn die Eigengefährdung im Vordergrund steht, sollte die Unterbringung bei betreuten Menschen in Deutschland durch den Betreuer (oder Bevollmächtigten) erfolgen. Im optimalen Fall hat der Betreuer im Gegensatz zur Ärztin oder

Arzt im Notdienst und Richterin oder Richter eine persönliche Beziehung zu dem Menschen mit psychischer Erkrankung und kennt die Lebens- und Krankheitsgeschichte. Wenn der Betreuer nicht erreichbar ist, das Betreuungsgericht keinen Bereitschaftsdienst hat oder aber Fremdgefährdung im Vordergrund steht, kann eine Unterbringung nach öffentlichem Recht auch bei betreuten Personen erforderlich werden.

Sollte eine Unterbringung notwendig werden, stellt der Betreuer (oder Bevollmächtigte) den Antrag auf Genehmigung einer Unterbringung bei Gericht und begründet diesen anhand der gesetzlichen Voraussetzungen. Ein entsprechendes ärztliches Gutachten oder Attest muss eingeholt werden und das Betreuungsgericht muss über den Antrag entscheiden. Im Eilfall kann nach kurzfristig erfolgter Anhörung und auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses eine Unterbringung durch einstweilige Anordnung des Gerichts beschlossen werden. Bei akuter gesundheitlicher Gefährdung kann dies ausnahmsweise auch nachträglich geschehen. Der Betreuer (oder Bevollmächtigte) allein kann nicht über die geschlossene Unterbringung im Krankenhaus entscheiden. Sollte auch eine Behandlung gegen den Willen des Betreuten erforderlich werden, ist dies in Deutschland in einem gesonderten Verfahren zu beantragen und zu prüfen. Dazu ist dann eine vorherige gerichtliche Genehmigung einzuholen. Ein ärztliches Gutachten eines nicht an der Behandlung des Patienten beteiligten Facharztes bzw. Fachärztin ist erforderlich.

Der Betreuer (oder Bevollmächtigte) hat stets eine Patientenverfügung zu beachten, er hat entsprechend der Präferenzen und dem mutmaßlichen Willen des Betreuten zu entscheiden. Eine ersetzende Entscheidung gegen den frei geäußerten Willen des Betreuten ist nicht möglich.

VIII.3.5 Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation

In der Klinik ist eine „Kultur des Empfangs“ (Blair und Moulton-Adelman 2015) zu etablieren. Schon zu Beginn der Aufnahme sind deeskalierende Maßnahmen unter Einbeziehung des Pflegepersonals von großer Bedeutung. Eine Übergabe, ebenfalls unter Beteiligung des Pflegepersonals, ist von den bisher in den Prozess involvierten Personen bzw. Instanzen entgegenzunehmen. Eine Kontrolle auf Waffen, sonstige gefährliche Gegenstände, Drogen und mitgebrachte Medikamente ist erforderlich. Eine sofortige ärztliche

Eingangsuntersuchung ist unabdingbar und dient vor allem der Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen, dem Ausschluss einer vitalen Gefährdung durch medizinische Begleitumstände und der Erstellung eines vorläufigen Behandlungsplans. Je nach Zustand des Menschen mit psychischer Erkrankung kann es aus Deeskalationsgründen jedoch erforderlich werden, körperliche Untersuchung und invasive Diagnostik hintenanzustellen. Hier muss im Allgemeinen eine Güterabwägung erfolgen. Die zurückgestellten Untersuchungen sollten sobald wie möglich nachgeholt werden. In verschiedenen Landesgesetzen ist vorgeschrieben, dass die Betroffenen unverzüglich zu beurlauben bzw. zu entlassen sind, wenn die Eingangsuntersuchung ergibt, dass die Unterbringungsvoraussetzungen nicht (mehr) vorliegen. Hierüber sind auf jeden Fall das Gericht sowie die anderen verfahrensbeteiligten Stellen zu informieren.

Angehörige sind, wenn der Mensch mit psychischer Erkrankung dies wünscht, möglichst frühzeitig in den Aufnahmeprozess einzubeziehen. Dies kann sowohl ihrer emotionalen Entlastung als auch der Erhebung einer Fremdanamnese dienen. Rechtsgrundlage der Unterbringung (zumindest für 24 Stunden) und Behandlungsplan müssen der Patientin bzw. dem Patienten erläutert werden. Dabei sind bestehende und zur Kenntnis gebrachte Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen zu beachten (s. Kap. IX.6). Anordnungen zum Schutz der Patientin bzw. des Patienten und anderer Patientinnen und Patienten sind zu treffen (inklusive der Häufigkeit von Kontrollen/Betreuungsintensität durch das Personal). Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind, so erforderlich, persönlich anzuordnen, zu supervidieren und zu dokumentieren. Ggf. ist ärztliche Mithilfe bei der Durchführung erforderlich. Eine genaue Dokumentation der Aufnahmesituation und der dabei durchgeführten Maßnahmen (v. a. auch von weiteren freiheitsbeschränkenden Maßnahmen) ist unerlässlich. Bei erheblicher Agitation und Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen wegen Fremdgefährdung ist zu prüfen, ob eine medikamentöse Notfallbehandlung gerechtfertigt ist.

Bei der Vorbereitung einer richterlichen Anhörung muss dafür Sorge getragen werden, dass Interessensvertreter des Menschen mit psychischer Erkrankung (Verfahrenspfleger, Patientenfürsprecher, Patientenanwälte) Gelegenheit haben, an der Anhörung teilzunehmen.

VIII.3.6 Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung

Die richterliche Anhörung des Menschen mit psychischer Erkrankung in Deutschland sollte diesem selbst, sowie allen an der Anhörung sonst Beteiligten angekündigt werden und nach Möglichkeit innerhalb von 24 Stunden stattfinden. Die Anhörung sollte möglichst in Anwesenheit eines Verfahrenspflegers zur Wahrung der rechtlichen Interessen stattfinden. Dem Betroffenen sollte verständlich erläutert werden, was die Funktion des Verfahrenspflegers ist. Bei der Anhörung im Verfahren zur Zwangsbehandlung ist in Deutschland ein Verfahrenspfleger zwingend vorgeschrieben. Dem Menschen mit psychischer Erkrankung sollen die einzelnen Personen vorgestellt werden. Der Mensch mit psychischer Erkrankung soll eine Vertrauensperson/einen Angehörigen zu der Anhörung hinzuziehen können. In Österreich ist dieser Anspruch im UbG verankert (s. Kap. VIII.3.7).

In der Schweiz kann die betroffene Person oder eine ihr nahestehende Person gegen die Fürsorgerische Unterbringung, gegen eine Zwangsbehandlung und gegen Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit das Gericht anrufen (Art 439 ZGB). Die Beschwerdefrist erstreckt sich über 10 Tage seit Mitteilung des Entscheids. Gegen bewegungseinschränkende Maßnahmen können jederzeit Beschwerde bei Gericht eingereicht werden (Art. 439 Abs.2 ZGB). Die Beschwerde muss nicht begründet werden (Art. 450e Abs.1 ZGB). Das Gericht muss innerhalb 5 Arbeitstagen entscheiden (Art. 450e ZGB).

Das ärztliche Gutachten sollte mündlich im Laufe der Anhörung in Gegenwart des Menschen mit psychischer Erkrankung erläutert werden. Menschen mit psychischer Erkrankung sollten von der Richterin oder vom Richter eine genaue und verständlich mitgeteilte Begründung der Unterbringungsentscheidung erhalten. Auf der Klinikstation sollte diese Anhörung in einem separaten Raum durchgeführt werden.

VIII.3.7 Anforderungen an Vertrauensperson und Unterstützendenkreis

Vertrauenspersonen im Rahmen des § 16a UbG sollen Patientinnen und Patienten in deren Meinungsbildung und der Wahrnehmung ihrer Rechte in Unterbringungsangelegenheiten unterstützen. Des Weiteren sollen sie den Ärztinnen und Ärzten auch als Informationsquelle dienen. Sie dürfen auf Wunsch des/der Patientin oder Patienten bei den gerichtlichen Unterbringungsverhandlungen teilnehmen, und es ist ihnen (auf Antrag des/der Patientin

oder Patient) die Ladung zur Verhandlung und das Gutachten des Sachverständigen auszuhändigen.

Unter dem „Unterstützerkreis“ werden Angehörige, andere nahestehende Personen, Vertrauenspersonen und im Umgang mit Menschen in solchen schwierigen Lebenslagen besonders geübte Fachleute verstanden. Hat der/die Patienten oder Patientin eine Vertrauensperson gem. § 16a UbG namhaft gemacht, wird in erster Linie daran zu denken sein, diese Person einzubeziehen.

VIII.3.8 Anforderungen an Patientenanwälte

Nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) in Österreich vertreten die Interessen von Personen, die in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind und unterstützen sie dabei, ihre Rechte durchzusetzen. Zu den Hauptaufgaben gehören die Beratung von Patienten, die Vertretung in gerichtlichen Überprüfungsverfahren, die Unterstützung bei der Durchsetzung ihrer Wünsche gegenüber dem Krankenhaus und die Überprüfung sowie das Aufzeigen von Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Die Dienste des Patientenanwalts sind grundsätzlich kostenlos und unterliegen einer Verschwiegenheitspflicht.

IX. Grundlagen der Prävention von Aggression und Gewalt für die psychiatrische Klinik

IX.1 Allgemeine, strukturelle, institutionelle und sozialpolitische Aspekte

Eine patientenorientierte, zeitgemäße und humane Psychiatrie ist ohne eine personelle, bauliche und materielle Ausstattung, die auch den Lebensverhältnissen außerhalb des psychiatrischen Behandlungssettings angemessen ist, nicht denkbar. Dies betrifft psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Angebote und Einrichtungen in einem weiten Spektrum, d. h. bei der ambulanten oder stationären Behandlung wie auch Diensten wie Eingliederungs- oder Jugendhilfe gleichermaßen. Es muss gewährleistet werden, dass Menschen mit psychiatrischem Unterstützungsbedarf ihre sozialrechtlich verankerten Leistungsansprüche auch durchsetzen können und Zugang zu Hilfen und Versorgungsleistungen, die auf eine gesellschaftliche Inklusion abzielen, bekommen. Hierbei spielt neben der Verfügbarkeit die tatsächliche Durchsetzung und Realisierung eine große Rolle. Bis heute sind strukturelle Gewalt und gesellschaftliche Ausgrenzung im psychiatrischen Hilfesystem immanent (Schmidt-Michel 2006).

Die Prävalenz und Inzidenz psychischer Störungen sowie psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsangebote spiegeln in besonderem Maße gesellschaftliche Strukturen und Disparitäten wider. Armut, das Leben in ungünstigen sozialen Milieus, Diskriminierungs- und Missbrauchserfahrungen stellen große Risikofaktoren für alle Arten von psychischen Erkrankungen dar (Tibber et al. 2022, Boardman et al. 2015). Besonders benachteiligte und besonders vulnerable Menschen haben ein erhöhtes Risiko, psychisch schwer zu erkranken und von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein. So zeigte sich z. B., dass Patienten mit Schizophrenie ein siebenfach erhöhtes Risiko für Zwangsmaßnahmen hatten, wenn sie bereits traumatische Ereignisse in der Vorgeschichte erlebt hatten (Steinert et al., 2007). Traumatische und prekäre Lebensumstände erhöhen demnach die Wahrscheinlichkeit, auch in der Psychiatrie erneute traumatische Erfahrungen zu machen. Zudem bekommen Menschen mit psychischen Erkrankungen eher wenig informelle soziale Unterstützung, weil sie keine guten sozialen Netzwerke haben, was sich z. B. in einer australischen Befragungsstudie zeigt (Werner-Seidler, 2017), in der Menschen, die deutlich seltener Kontakt zu ihrer Familie und ihren Freuden hatten und sich subjektiv weniger darauf verlassen konnten, im Notfall praktische oder emotionale Unterstützung von diesen zu erhalten, auch ein signifikant erhöhtes Risiko für schwere depressive Erkrankungen hatten. Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, ausreichend Ressourcen der psychiatrischen (und psychosomatischen) Versorgung zur Verfügung zu stellen, wobei eine ambulante Behandlung einer stationären vorzuziehen ist. Stationäre Behandlungen von besonders schwer erkrankten Patienten, bei denen es häufiger zu aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen kommt, sollten vergleichbar mit der somatischen Medizin (Intensivstationen) angemessen von einer erhöhten Personalausstattung profitieren. Die Evidenz zum Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Zwangsmaßnahmen ist allerdings bisher inkonsistent.

Der Nachweis, dass Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen durch vermehrten Personaleinsatz reduziert werden können, konnte in kontrollierten Studien bisher nicht erbracht werden. In einer deutschlandweiten Studie zur Implementierung der Vorgängerleitlinie konnte keine signifikante Korrelation zwischen Personalausstattung und Zwangsmaßnahmen gefunden werden (Hirsch et al. 2023). Eine weitere Studie aus Deutschland fand, dass größere Stationen, geschlossene Stationen und weniger Personal mit

mehr konflikthaftem Verhalten und mehr Eindämmungsversuchen vergesellschaftet waren, wobei Zwangsmaßnahmen aber nicht gesondert ausgewertet wurden (Nienaber et al. 2018). Eine dänische Studie konnte keinen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Fixierung finden (Kodal et al 2017). Eine englische Studie berichtet über eine Zunahme von Zwischenfällen um 46 %, obwohl die Ausstattung mit Pflegenden um 6 % verbessert wurde. Es wird aber kritisch diskutiert, dass diese zunehmend im ambulanten Bereich und nicht auf den Stationen eingesetzt werden, sodass sich die Situation in den stationären Settings mit besonders akut erkrankten Menschen evtl. nicht verbessert hatte (Woodnutt et al. 2024). Eine Arbeitsgruppe der Vereinigung Amerikanischer Psychiatrischer Fachkrankenpfleger (American Psychiatric Nurses Association) kommt nach einer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass es zu wenig Evidenz über den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Komplikationen wie Fixierung oder Übergriffen gibt, um Aussagen zur optimalen Besetzung psychiatrischer Stationen zu machen (Johnson et al. 2024).

Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Schichtbesetzung und Zwangsmaßnahmen gibt es aus der forensischen Psychiatrie, wobei hier neben der Anzahl der Pflegepersonen vor allem die Anwesenheit einer Schichtleitung und ggf. einer leitenden Pflegekraft zu weniger Isolierungen führte. Die Rolle von Führung und Supervision wird hier besonders betont (Barr et al. 2022). Auf zwei beschützt geführten psychiatrischen Akutstationen für Männer in Israel, war eine höher Quote von akademisierten Pflegekräften sowie der Einsatz von männlichen Pflegekräften mit einer kürzeren Zwangsmaßnahmendauer vergesellschaftet (Miodownik et al. 2024). Der gezielte Einsatz von zusätzlichen Teams, die in Notfällen auf Stationen gerufen werden (Whitecross et al. 2020) oder psychiatrischer Intensivstationen mit besserer Personalausstattung (van Melle et al 2021, O'Donoghue & Young 2022) konnte in retrospektiven Prä-Post-Studien den Einsatz von Zwangsmaßnahmen teilweise reduzieren.

Sind aber Personalressourcen nicht in ausreichender Qualität (Aus- und Weiterbildung) und Quantität vorhanden, kann dies häufiger in Zwangsmaßnahmen resultieren. In einer qualitativen Studie aus England nennen Pflegende fünf Gründe, wie unzureichende Personalausstattung dazu führen kann, dass Interventionen zur Vermeidung von Festhalten/Fixierungen nicht umgesetzt werden. Zusammenfassend besteht das Problem, dass zu wenig Zeit für Beziehungsarbeit bleibt und verbleibendes Personal sich um Dokumentation und andere bürokratische Aufgaben kümmert (McKeown et al. 2019). Neben

der Diskussion bzgl. der zur Verfügung stehenden quantitativen Ressourcen, kommen zunehmend häufiger auch Themen wie Haltung/Erwartung/Beziehungskompetenz und deren Einfluss auf Vermeidung von Zwang in den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen. Bei ausschließlich auf Korrelationen basierenden Studien sollten kausale Schlussfolgerungen allerdings nicht oder nur mit äußerster Vorsicht gezogen werden.

Eine weitere wesentliche sozialpolitische Rahmenbedingung der psychiatrischen Versorgung war die zunehmende Deinstitutionalisierung mit dem Abbau stationärer psychiatrischer Betten und gleichzeitigem Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten und entspricht auch den Bedürfnissen der meisten Menschen mit psychischer Erkrankung. Ein Abbau stationärer psychiatrischer Akutbehandlungsplätze, bei gleichzeitiger Verkürzung der Aufenthaltsdauer führt zu einer zunehmenden Konzentration von schwer erkrankten Patientinnen und Patienten in den Kliniken mit einer damit einhergehenden Häufung von aggressiven Verhaltensproblemen und Zwangsmaßnahmen. Die Dialektik dieser Entwicklung und die Auswirkungen auf die Prävention von Gewalt und Zwang bedürfen der kritischen Beobachtung. Besonders wichtig erscheint eine gute Zusammenarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund, also eine Verzahnung der vielfältigen medizinischen und psychosozialen Behandlungs-, Beratungs- und Hilfeangebote unter Einbeziehung der Betroffenen, ihrer Zu- und Angehörigen, sowie ggf. der gesetzlichen Betreuer.

Psychiatrische Institutionen orientieren sich, wie andere Institutionen auch, in ihren Verfahrensweisen in unterschiedlichem Ausmaß an Interessen der Institution wie auch an rechtlichen und ökonomischen Vorgaben und nicht ausschließlich an den Interessen und Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer. Dies kann zu sog. struktureller Gewalt führen. Dies gilt nicht nur für psychiatrische Krankenhäuser, sondern auch für andere medizinische Einrichtungen, und Wohnformen (Heime, Wohnheime, Fachpflegeheime etc.), die in einem oft engen Handlungsrahmen von Trägerinteressen und ökonomischen Zwängen agieren. Zudem sind psychiatrische Krankenhäuser, in vielen Bundesländern auch komplementäre psychiatrische Institutionen wie Sozialpsychiatrische Dienste, aufgrund der hoheitlichen Aufgaben der Zwangsunterbringung und -behandlung mit einem Stigma der Gewaltausübung belegt. Psychiatrisch Tätige sind sich dessen bewusst, dass sowohl das Stigma der psychiatrischen Institution als auch befürchtete oder tatsächliche Erscheinungsweisen von

struktureller Gewalt aversive Reaktionen der psychisch erkrankten Menschen hervorrufen oder verstärken können. Einstellung und Haltung haben in beiden Gruppen (Fachpersonen und Patientinnen/Patienten sowie deren Zu- und Angehörigen) Einfluss auf Bewertungen und Handlungen (Galbert et al., 2023). Im Sinne der Gewaltprävention ist es daher erforderlich, diesen Überlegungen Rechnung zu tragen und Maßnahmen zu realisieren, die Vorurteile gegenüber den Institutionen reduzieren und die Kooperation sowohl zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Diensten als auch zwischen diesen und den psychisch erkrankten Menschen verbessern. Ein derartiger Anspruch der Institutionen zielt auf eine Verbesserung der Kooperation als auch eine niedrigere Zugangsschwelle als Folge einer erkennbaren Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen mit psychischer Erkrankung ab und ermöglicht, diese in früheren Krankheitsstadien und eher auf der Basis einer freiwilligen Behandlung aufzunehmen. Psychopathologische Symptome, aber auch Entwicklungsauffälligkeiten in der Kindheit, prämorbide Delinquenz und Substanzmissbrauch können mit Gewalt assoziiert sein (Witt et al. 2013). Gewalt und Zwangsmaßnahmen sind daher in psychiatrischen Institutionen umso mehr ein Problem, je mehr schwerkranke und wegen krankheitsbedingter Fremdgefährdung gerichtlich untergebrachte Patientinnen und Patienten behandelt werden.

Als Gewalt-präventiv dagegen können Maßnahmen der sog. „Patientenorientierung“ in psychiatrischen Institutionen gelten, wobei der generellen Orientierung an einem partnerschaftlichen Kooperationsstil („shared decision making“) eine hohe Bedeutung zukommt. „Patientenorientierung“ beschreibt eine wertebasierte Individualisierung, zu der neben der evidenz-/leitlinienorientierten Vorgehensweise in Diagnostik und Behandlung auch Aspekte wie Behandlungsvereinbarungen, die systematische Einbeziehung von Angehörigen, kooperative Entscheidungsfindungen mit Patientinnen und Patienten, Angebote zur Wahrnehmung unabhängiger Beschwerdeinstanzen, aber auch eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung, geeignete, ansprechende und moderne Räumlichkeiten und eine individuell zugeschnittene psychopharmakologische Behandlung gehören. (s. Kapitel IX, X, XI, XII). Personenzentrierte Behandlung in psychiatrischen Kliniken dient der kontinuierlicheren Beziehung zwischen Fachpersonen und Patientin bzw. Patient und der besseren Ressourcenverteilung innerhalb der Einrichtung. Dadurch ist mehr Beziehungsarbeit anstelle von Überwachung und Kontrolle möglich (Kunze 2007).

Aus klinischer Erfahrung haben die Stationsatmosphäre und das therapeutische Milieu einen Einfluss auf die Entstehung und das Ausmaß aggressiven Verhaltens. Dies gilt für psychiatrische Kliniken und gleichermaßen für Wohneinrichtungen. Patientenmerkmale (insbesondere männliches Geschlecht, Vorgeschichte von gewalttätigem Verhalten, Substanzmissbrauch und unfreiwilliger Aufenthalt, vgl. Kapitel V.2.3) spielen zudem eine wichtige Rolle im Bedingungsgefüge gewalttätiger Vorfälle (Silva et al., 2021). Dennoch zeigt die Forschungslage klar, dass auch Merkmale der Umgebung und der Interaktion eine mindestens ebenso große Rolle spielen, insbesondere bei eskalierenden Konflikten (Bjørkly, 2000). Die Rolle psychopathologischer Symptome ist dagegen geringer als häufig angenommen (Renwick et al. 2016). Abgesehen von Expertenempfehlungen gibt es nur relativ wenige Studien, die den Einfluss von Umgebungsvariablen auf psychiatrischen Stationen auf aggressives Verhalten empirisch untersuchten, in der Regel als Evaluationsforschung mit Prä-Post-Erhebungen. Erhebliche Auswirkungen auf die Stationsatmosphäre hat die Zahl der gleichzeitig behandelten schwer erkrankten Patientinnen und Patienten mit distanzlosem, desorganisiertem, lautem oder aggressivem Verhalten. Dies wirft die Frage auf, ob die Ballung von Menschen mit hohem Risiko aggressiven Verhaltens auf einer spezialisierten Station oder die Zuweisung dieser Patientinnen und Patienten auf verschiedene Stationen sich reduzierend auf das insgesamt zu beobachtende Gewaltniveau auswirkt. In einer groß angelegten Studie über 136 akutpsychiatrischen Stationen in England waren Konflikte und Zwangsmaßnahmen häufiger, wenn viele Patientinnen und Patienten unfreiwillig auf Station untergebracht waren (Bowers 2009), was den Erwartungen entspricht. Weitere Risikofaktoren waren geschlossene Türen, kurze Verweildauern und Alkoholkonsum der Patientinnen und Patienten (Bowers et al. 2009). Aber auch hier gibt es widersprüchliche Befunde. „Spezialstationen“ für Menschen mit psychischer Erkrankung mit hohem Aggressionspotential oder „Intensivstationen“ (intensive care unit) werden z. B. in den Niederlanden stark propagiert (Mulder 2015), u. a. wegen zur Verfügung gestellten Vergütungsanreizen, die im deutschsprachigen Raum fehlen. Die Evidenzlage zu solchen Intensiveinheiten ist gemischt.

Eine Überbelegung psychiatrischer Stationen, d. h. die Ansammlung zu vieler kranker Personen auf zu wenig Raum („Crowding“), kann die Entstehung gewalttätiger Verhaltensweisen ebenfalls fördern (Teitelbaum et al. 2016). Eine relative Überbelegung kann schon auftreten, wenn nur die Planbetten belegt sind, bei? zu wenig Platz oder Personal auf

Station. Auf einer Aufnahmestation kam es häufiger zu verbaler Gewalt, wenn die Station mit mehr Patienten belegt war (Ng et al. 2001). In einer Längsschnittstudie über psychiatrische Stationen in Finnland kam es auf überbelegten Stationen häufiger zu Übergriffen gegenüber Personal, kein Zusammenhang konnte zwischen Überbelegung und Sachbeschädigungen oder sachzerstörerischem Verhalten festgestellt werden (Virtanen et al. 2011). Eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten in der Einrichtung erhöht die Wahrscheinlichkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, während mehr Privatraum pro Patient, ein größeres Level von Komfort und bessere Übersichtlichkeit auf der Station das Risiko senkten (Van der Schaaf et al. 2013). Patientinnen und Patienten selbst schätzen neben mehr Kommunikation mit therapeutischem Personal die Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten als gewaltpräventiv ein (Mielau et al. 2017). In einer Studie über Behandlungsvereinbarungen gaben 64,3 % der Patienten „Rückzug in eine reizarme Umgebung“ als hilfreiche Intervention in sich zuspitzenden Krisensituationen an (Rixe et al., 2024). Allgemein wird davon ausgegangen, dass eine sowohl quantitativ als auch qualitativ hinreichend gute Personalausstattung in psychiatrischen Einrichtungen einen wichtigen Faktor für eine effektive Prävention und ggf. frühzeitige sinnvolle Intervention bezüglich aggressiver Verhaltensweisen darstellt, wenngleich verlässliche empirische Ergebnisse bisher nicht vorliegen.

Vergleichbare Überlegungen hinsichtlich der Gestaltung der Prozesse gelten für psychiatrische Wohneinrichtungen, Institutsambulanzen und andere Einrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein „blinder Fleck“ der psychiatrischen Forschung und der öffentlichen Wahrnehmung waren lange Zeit besondere Wohnformen mit psychiatrischen Plätzen, zumal geschlossene. Das weitgehende Fehlen von Publikationen aus diesem Bereich in Deutschland mit nur wenigen Ausnahmen und noch weniger empirischer Forschung (Bartusch et al. 2007, Freyberger et al. 2008, Richter 2010, Konrad et al. 2011, Schäfer et al. 2022) steht in einem deutlichen Kontrast zu der Bedeutung für die Lebensrealität vieler psychisch Kranker und den aufgewendeten gesellschaftlichen Mitteln (Eisele et al. 2012). Eine 2020 publizierte Befragungsstudie gibt Einblicke in die Wohnsituation in den besonderen Wohnformen. In dieser Arbeit zeigte sich z. B. das fehlende ambulant intensiv-betreute Wohnformen, aber auch fehlender Wohnraum dazu beitragen, dass Menschen länger in besonderen Wohnformen bleiben als nach fachlicher Einschätzung notwendig. Als weiteres

Problem wird berichtet, dass Menschen häufig fernab von ihrer Heimat oder ihrem bisher gewählten Wohnort untergebracht werden (Steinhart et al 2020, Adamus et al 2024).

Die ausschließliche Betrachtung der Institution „psychiatrische Klinik“ ohne gleichzeitige Analyse der Kontextfaktoren in der Gemeindepsychiatrie liefert gerade in Bezug auf das Problemfeld Gewalt und Zwang ein unvollständiges Bild. Es konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass gut ausgebaute Sozialpsychiatrische Dienste mit einer geringeren Häufigkeit von Zwangseinweisungen einhergehen, während die Existenz geschlossener Aufnahmestationen diesbezüglich keinen Einfluss hatte (Juckel u. Haußleitner 2014).

Die Patienten-zentrierte Gestaltung der institutionellen Abläufe stellt nicht nur eine organisatorische Herausforderung dar, sie muss auch auf vielen Ebenen von Mitarbeitenden getragen werden, die eine entsprechende Grundhaltung und Einstellung haben und die notwendigen Qualifikationen aufweisen. Auch daraus erwächst eine hohe Verpflichtung der Institution im Hinblick auf Führung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch im Hinblick auf die Fürsorge für die Mitarbeitenden. Besonders die Pflegenden, die auf psychiatrischen Akutstationen häufig aggressive Eskalationen bewältigen müssen, fühlen sich oft in gleicher Weise ausgeliefert, wie dies die Menschen mit psychischer Erkrankung selbst beschreiben (Bonner 2002, Duxbury 2002). Der häufige Umgang mit aggressiven Krisen als Teil der Berufstätigkeit stellt eine hohe Belastung dar, die ohne Unterstützung zu Burn-out Symptomen führen kann mit der Folge einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, erneut Opfer von aggressiven Übergriffen zu werden (Weltens et al., 2021), was eine risikoaverse Einstellung des Fachpersonals verstärken kann. Institutionelle Gewaltprävention orientiert sich daran, dass eine derartige Spirale der Gewalt und Restriktionen verhindert werden (Whittington und Wykes 1994, Winstanley u. Whittington 2002, Bowers 2014). Eskalierende verbale Konflikte lassen sich mit Deeskalationsstrategien und auf Kommunikation und Atmosphäre orientierten Interventionen wie Safewards (https://safewards.net/) reduzieren (Bowers et al. 2014), allerdings misslingt dies gerade bei Menschen mit einer Vorgeschichte von Gewalttätigkeit vergleichsweise häufig (Lavelle et al. 2016). Neben den verbalen Deeskalationsstrategien, welche vor allem auf kognitive und emotionale Prozesse einwirken sollen, werden auch Interventionen propagiert, welche über positiv besetzte Sinnesreize (Musik, Aromaöle) bzw. die Vermeidung aversiver Reize (Rückzugsräume) auf Anspannungsniveau einwirken (sog. Sensory Modulation, Sutton et al. 2013).

Ein Vergleich von bestehenden nationalen und internationalen Leitlinien und Empfehlungen zur Reduktion von Aggression, Gewalt und Zwang in Gesundheitseinrichtungen (ILO 2002, OSHA 2015, Huckshorn 2005, Bowers 2014) zeigt, dass neben anderen Interventionen (z. B. Risikoanalyse, Mitarbeiterschulung, Führungsverantwortung) immer auch eine klare Personenzentriertheit gefordert wird, d. h. dass Organisation und Interventionen an den Bedürfnissen der in Gesundheitseinrichtungen handelnden Personen (psychisch Erkrankte und Mitarbeitende) orientiert sein sollen.

Expertenkonsens

Eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung soll zur Prävention von Zwang und Gewalt sichergestellt werden.

Studienlage widersprüchlich, Grund für die Hochstufung der Empfehlung (soll): starker Expertenkonsens

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Expertenkonsens

Alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischr Erkrankung, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Dazu gehören z. B. teambezogene Schulungsmaßnahmen aller beteiligter Berufsgruppen, Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen, die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen bei Einverständnis der Menschen mit psychischen Erkrankungen, kooperative Entscheidungsfindungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, Nachbesprechungen, Angebote unabhängiger Beschwerdeinstanzen, eine besondere Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Bedürfnisse, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung, Krisendienste, Trialog und eine enge und vertrauensvolle Kooperation im Hilfesystem. Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Träger psychiatrischer Einrichtungen sollen deshalb dafür Sorge tragen, solche Maßnahmen bzw. Verfahren zu realisieren. Dies betrifft sowohl Kliniken als auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen.

95 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

IX.2 Offene Türen und architektonische Maßnahmen

Eine Strategie der möglichst weitgehenden Öffnung psychiatrischer Stationen – in der internationalen Literatur unter dem Begriff *open-door policy* diskutiert – ist ein in den letzten Jahren intensiv diskutiertes Thema (Pollmächer und Nyhuis 2018; Juckel und Gather 2019). In Österreich wird die Psychiatrie in weiten Teilen offen geführt (Steinert und Scharfetter 2018) und auch in der Schweiz hat es in den letzten Jahren eine Entwicklung hin zur Öffnung vormals geschlossener psychiatrischer Stationen gegeben (exemplarisch: Krückl et al. 2023). In Deutschland erwähnen einige PsychK(H)G (Landesgesetze) offene Unterbringungsformen explizit (exemplarisch § 10 Abs. 2 S. 3 PsychKG NRW oder § 30 PsychKG Berlin).

Das Committee on Bioethics des Europarates (2021) erwähnt *open-door policies* als Beispiel für eine krankenhausbasierte Intervention zur Reduktion und Vermeidung von Zwang in psychiatrischen Settings, und ein Positionspapier der World Psychiatric Association (WPA) verweist auf *open-door policies* als beachtenswerte Alternative zu Zwang (Rodrigues et al. 2020). Dabei bleibt in der Diskussion häufig unklar, was genau unter einer *open-door policy* bzw. unter offenen Unterbringungsformen zu verstehen ist. Insbesondere im Hinblick auf die Dauer der Türöffnung sowie die begleitenden Interventionen gibt es unterschiedliche Modelle und Standards (Zinkler und Nyhuis 2017; Juckel und Gather 2019). Weitgehend unstrittig ist, dass die Öffnung von Stationen nicht als ausschließlich mechanischer Vorgang zu verstehen ist, sondern nur im Rahmen eines Gesamtkonzepts mit einer Haltung hoher individueller Verantwortung und geeigneter Organisation verwirklicht werden kann. Nach in Deutschland häufig vertretener Überzeugung gelingt dies am ehesten mit einem Konzept der „Durchmischung“ von Patientinnen und Patienten und dem Verzicht auf „Aufnahmestationen“ (Bernardi et al. 2000, S. 52; Krisor 2005; Juckel 2015; Nyhuis et al. 2017). Andererseits hält eine ebenfalls große Zahl von Experten dem entgegen, dass kleine, geschlossen geführte „Intensiveinheiten“ die übrigen Stationen dahingehend entlasten könnten, dass letztere problemlos offen geführt werden können und absprachefähige Patientinnen und Patienten nicht zur „Ausdünnung“ des Gewaltpotenzials „benutzt“ würden. Zudem wird mit Blick auf *open-door policies* die Frage kritisch diskutiert, ob die Öffnung vormals geschlossener psychiatrischer Stationen durch die individuelle Freiheitsbeschränkung (Fixierung oder Isolierung) solcher Patientinnen und Patienten ermöglicht wird, die sonst die Station verlassen würden (Pollmächer u. Steinert 2016). In einer Studie von Steinert und

Scharfetter (2018) wird beispielsweise von einer vollständig offen geführten psychiatrischen Abteilung in Österreich berichtet, in der in Einzelfällen Fixierungen als *ultima ratio* Maßnahme genutzt werden, um eine Entweichung von akut gefährdenden Patientinnen und Patienten von der offenen Station zu verhindern. Gleichzeitig kommt die Studie, in der die psychiatrische Abteilung in Österreich mit einem psychiatrischen Fachkrankenhaus in Deutschland (in dem Stationen offen oder fakultativ geschlossen geführt werden) verglichen wird, zu dem Ergebnis, dass sich keine Belege dafür finden lassen, dass die Öffnung der Stationen in Österreich in wesentlichem Ausmaß durch andere Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen ermöglicht wird (Steinert und Scharfetter 2018).

Im Hinblick auf die wissenschaftliche Empirie zu *open-door policies* haben Steinert et al. (2019) in einer Literaturübersicht quantitativ-empirische Befunde zu offenen Unterbringungsformen in psychiatrischen Kliniken zusammengefasst. Die Literatursuche umfasste Studien, die vor dem 15.09.2018 erschienen sind. Als einschlägig identifiziert wurden letztlich 26 Studien, darunter unter anderem neun Studien mit Daten aus der Schweiz, fünf mit Daten aus Deutschland und eine mit Daten aus Deutschland und Österreich. Methodisch handelte es sich überwiegend um retrospektive Beobachtungsstudien oder prospektive oder retrospektive Prä-Post-Vergleiche. Es fand sich zudem eine randomisierte kontrollierte Studie aus China (Jin 1994), die aber lediglich die Psychopathologie der teilnehmenden Patientinnen mit Schizophrenie und damit keine für diese Leitlinie relevanten Endpunkte untersuchte. Steinert et al. (2019) kamen nach Analyse der vorliegenden Studien in ihrer Literaturübersicht zu dem Schluss, dass eine abschließende Beurteilung, in welchem Umfang eine *open-door policy* umsetzbar ist und mit welchen Risiken sie einhergeht, nicht möglich sei, und führten hierfür als Begründung vor allem methodische Schwächen der eingeschlossenen Studien ein. Hauptkritikpunkte aus methodischer Sicht waren, dass in den verschiedenen Studien unterschiedliche Konzepte von offenen Unterbringungsformen zugrunde gelegt wurden, die nicht immer genau beschrieben und operationalisiert worden seien, und in vielen Studien kein „fairer“ Vergleich zwischen vergleichbaren Patientenpopulationen auf offenen bzw. geschlossenen Stationen erfolgt sei. Zudem seien viele Studien dadurch gekennzeichnet gewesen, dass für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Variablen entweder nicht erhoben oder bei der Berechnung von Ergebnissen nicht miteinbezogen worden seien. Schlussfolgerungen im Hinblick auf unerwünschte Folgen offener Unterbringungsformen (z.B. Anzahl von Entweichungen oder Suiziden) seien daher nur bedingt möglich.

Ein für die vorliegende Leitlinie durchgeführtes Update der von Steinert et al. (2019) durchgeführten Literaturrecherche in PubMed mit den Suchterms (psychiatr*) AND („open door“ OR “open ward”) OR “locked ward” ergab 82 Treffer, wobei zur Vermeidung von zeitlichen Lücken das gesamte Jahr 2018 in die Suche eingeschlossen wurde. Artikel, die bereits im ursprünglichen Review von Steinert et al. (2019) eingeschlossen worden waren, wurden im Screening-Prozess ausgeschlossen. Nach dem Screening der Titel konnte die Anzahl der Treffer auf 54 reduziert werden, das Screening der Abstracts ergab 24 verbleibende Artikel. Nach einer Sichtung der jeweiligen Volltexte verblieben 12 Artikel mit quantitativ-empirischen Daten, aus denen anschließend die Informationen zum Studiendesign und relevanten Ergebnissen entnommen wurden. Eine weitere Studie (Mann et al. 2021), die mit o.g. Suchterms nicht ermittelt werden konnte, wurde zusätzlich eingeschlossen, da sie thematisch einschlägige quantitative Daten präsentiert. Insgesamt wurden demnach 13 Studien in die Auswertung aufgenommen, wovon acht Daten aus Deutschland, zwei Daten aus der Schweiz und jeweils eine Studie Daten aus Indien, Italien bzw. Norwegen präsentierten. Methodisch handelt es sich überwiegend um retrospektive oder prospektive longitudinale Beobachtungsstudien sowie Prä-Post-Vergleiche anhand von Routinedaten. Mit Schreiber et al. (2022) bzw. Indregard et al. (2024) fanden sich jedoch auch eine quasi-experimentelle kontrollierte Studie bzw. eine randomisiert kontrollierte Nicht-Unterlegenheitsstudie. Über alle Studien hinweg zeigt sich eine hohe Varianz in der Stichprobengröße, jeweils abhängig vom zugrundeliegenden Studiendesign.

Nur wenige Studien berichteten ausführlich davon, wie die Türöffnung umgesetzt bzw. wie die *open-door policy* definiert wurde. Dort, wo diesbezüglich Informationen vorhanden waren, zeigte sich ein heterogenes Bild: Stellenweise war die Türöffnung eingebettet in übergeordnete Konzepte, z. B. im Rahmen der Implementierung von Soteria-Elementen (Fabel et al., 2023) bzw. eines patienten- und recovery-orientierten Behandlungskonzepts (Krückl et al., 2023). Schreiber et al. (2022) berichteten, dass die Realisierung einer *open-door policy* auf den Interventionsstationen mit allen hierfür angemessenen Maßnahmen erfolgen sollte, jedoch nicht zu jedem Preis oder unter Inkaufnahme von nicht vorhersehbaren Risiken. Efkemann et al. (2019) berichteten von einem Vergleich verschiedener Settings einschließlich durchgängig offener bzw. geschlossener Türen sowie eines fakultativ-offenen Konzeptes, bei dem die temporäre Türschließung eines Stationsbereiches möglich war. Im Rahmen der von

Gouzoulis-Mayfrank et al. (2019) berichteten (Teil-) Öffnung einer vormals geschlossenen Akutstation wurde die Zeit der Türöffnung schrittweise gesteigert, von zu Beginn 4 Stunden bis auf 10 Stunden am Tag. Gowda et al. (2019) beschrieben aus Indien die Untersuchung von Stationen mit komplett offenen Stationen, jedoch mit Sicherheitskräften an den Haupteingängen.

Im Folgenden werden diejenigen Studien näher in den Blick genommen, die im Kontext dieser Leitlinie thematisch von Relevanz sind. Dabei soll darauf hingewiesen werden, dass die meisten der gesichteten Studien – aufgrund des zugrundeliegenden Studiendesigns – nach dem GRADE-System eine niedrige bis sehr niedrige Bewertung erhalten. Ausgenommen ist hierbei vor allem die Studie von Indregard et al. (2024), die als einzige Studie eine hohe GRADE-Bewertung erhält. Für einzelne Studien war aufgrund unzureichend berichteter Daten außerdem keine GRADE-Bewertung möglich. Diese Studien werden daher im Folgenden nicht im Detail aufgeführt.

Bezogen auf den Endpunkt der Anwendung von Zwang konnten Indregard et al. (2024) in einer randomisiert-kontrollierten Nicht-Unterlegenheitsstudie mit 556 Patientinnen und Patienten in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus in Oslo (Norwegen) zeigen, dass die offenen Stationen den geschlossenen Stationen hinsichtlich der Behandlungsaufenthalte mit Zwangsmaßnahmen innerhalb von 12 Monaten nicht unterlegen waren (26.5% vs. 33.4% der Aufenthalte betroffen), d.h. die Öffnung der Stationstüren nicht mit der Anwendung von mehr Zwangsmaßnahmen einherging. Öffnung der Stationstüren bedeutete in der Studie, dass die Stationstüren auf den Interventionsstationen (*open-door policy wards*) zwischen 9 und 21 Uhr geöffnet wurden, im Bedarfsfall jedoch geschlossen werden konnten. Im Studienzeitraum waren die Stationstüren auf den Interventionsstationen in 73 % der Zeit zwischen 9 und 21 Uhr offen. Die Stationstüren auf den Kontrollstationen (*treatment-as-usual wards*) waren hingegen durchgängig geschlossen (Indregard et al. 2024). Neben den insgesamt 5 Akutstationen, die als Kontroll- bzw. Interventionsstationen fungierten, existieren in der Osloer Klinik 2 weitere, durchgehend geschlossene Stationen: Zum einen eine Aufnahmestation, die der Behandlung der Patientinnen und Patienten aus dem Einzugsgebiet der Klinik auf einer der 5 Akutstationen für einen Zeitraum von in der Regel 1 bis 2 Tagen zum Zweck des Risk Assessments (sowohl bezüglich Fremd- als auch Eigengefährdung) und der Prüfung der Unterbringungsvoraussetzungen vorgeschaltet war; zum anderen eine höher

gesicherte Station mit 8 Betten für Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung auf einer offenen Station rechtlich untersagt war oder bei denen es in der Vergangenheit zu persistierender Gewalt auch nach Stabilisierung der psychotischen Symptomatik gekommen war. Anders als in anderen Ländern werden solche Patientinnen und Patienten in Norwegen nicht in eigens dafür vorgesehenen forensischen Einrichtungen behandelt (Kunøe et al. 2022; Indregard et al. 2024).

Zu einem mit der dargestellten norwegischen Studie vergleichbaren Ergebnis im Hinblick auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen kam auch die quasi-experimentelle kontrollierte Studie von Schreiber et al. (2022), bei der an zwei psychiatrischen Kliniken (in Friedrichshafen und in Tübingen) jeweils eine Interventionsstation – eingebettet in verschiedene Einzelinterventionen – tagsüber zwischen 8 und 20 Uhr vermehrt offen geführt wurde, während jeweils eine Kontrollstation das zuvor etablierte fakultativ offene Konzept ohne weiterführende Maßnahmen fortsetzte. Die Patientinnen und Patienten wurden strikt alternierend den Interventions- bzw. Kontrollstationen zugewiesen. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen unterschied sich dabei zwischen den Interventions- und Kontrollstationen im Beobachtungszeitraum von 12 Monaten nicht. Die Anzahl der Tage mit offener Tür stieg auf den Interventionsstationen um das 2,4-fache von 33,5 % zu Beginn auf 80,8 % während der Interventionsphase in Friedrichshafen und um das 1,4-fache von 21,5 % auf 30,7 % in Tübingen. Der Prozentsatz der Tage mit unfreiwilliger Behandlung bei offenen Türen stieg auf den Interventionsstationen um das 3,9-Fache von 23,2 % zu Beginn der Studie auf 90,7 % während der Interventionsphase in Friedrichshafen und um das 1,9-Fache von 16,1 % auf 30,1 % in Tübingen. Die Unterschiede im Vergleich zu den Kontrollstationen waren jeweils signifikant (Schreiber et al. 2022).

In der in der Schweiz durchgeführten prospektiven Studie von Steinauer et al. (2017), bei der ein Prä-Post-Vergleich vor und nach Öffnung einer Station für die Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen und sog. Doppeldiagnosen durchgeführt wurde, konnte nach Öffnung der Station ein signifikanter Rückgang der Anwendung von Zwang gezeigt werden, wobei sich hierfür mittlere bis hohe Effektstärken ergaben. Darüber hinaus kamen mehrere retrospektive Beobachtungsstudien zu dem Ergebnis, dass die Umsetzung einer *open-door policy* mit signifikant weniger Isolierungen (Jungfer et al. 2014; Hochstrasser et al. 2017 und 2018; Beaglehole et al. 2018, Krückl et al., 2023), Isolierungen oder Fixierungen (Schneeberger et al.

2017) mehrfachen Fixierungen oder 1:1-Betreuungen (Ueberberg et al. 2025) bzw. Zwangsmedikationen (Lang et al. 2010; Hochstrasser et al. 2017; Cibis et al. 2017, Krückl et al., 2023, Jungfer et al., 2014) einhergeht. Lediglich eine retrospektive Beobachtungsstudie, die Routinedaten von vier Kliniken in Deutschland mit unterschiedlichen Konzepten der Türöffnung verglichen hat, kam zu dem Ergebnis, dass in den beiden Kliniken, in denen auf dauerhaft geschlossene Stationen verzichtet wurde, die Wahrscheinlichkeiten für Zwangsmedikationen bzw. die kumulative Dauer von Fixierungen oder Isolierungen signifikant erhöht waren (Mann et al. 2021).

Einige Studien untersuchten spezifisch die Häufigkeit und Merkmale von Zwischenfällen oder unerwünschten Ereignissen (z.B. aggressive Übergriffe, Entweichungen) im Rahmen der Implementierung von offenen Unterbringungsformen. Indregard et al. (2024) konnten in ihrer Studie keine Unterschiede zwischen dem offenen und dem geschlossenen Stationssetting hinsichtlich berichteter Ereignisse von Gewalt gegen Mitarbeitende feststellen. Schreiber et al. (2022) beobachteten einen Rückgang von aggressiven Übergriffen auf den Interventionsstationen, und in der Studie von Steinauer et al. (2017) blieben aggressive Übergriffe im offenen Setting verglichen zum vormals geschlossenen Setting unverändert. Auch in mehreren retrospektiven Studien ließ sich keine signifikante Zunahme der aggressiven Übergriffe im offenen Setting beobachten (Schneeberger et al. 2017; Beaglehole et al. 2017), teilweise zeigte sich sogar ein signifikanter Rückgang (Lang et al. 2010; Cibis et al. 2017).

Im Hinblick auf Entweichungen stellten Huber et al. (2016a) in einer retrospektiven naturalistischen Beobachtungsstudie über einen Zeitraum von 15 Jahren keine signifikanten Unterschiede bei Entweichungen von offenen vs. geschlossenen Stationen fest. An dieser Studie wurde von Steinert und Pollmächer (2016) in einem Leserbrief methodische Kritik geübt, auf die die Autoren in einer Antwort eingegangen sind (Huber et al. 2016b). Auch in der prospektiven Studie von Schreiber et al. (2022) und in der retrospektiven Studie von Cibis et al. (2017) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei Entweichungen. In der retrospektiven Studie von Lang et al. (2010) wurde sogar eine signifikante Reduktion von Entweichungen bei Türöffnung gezeigt. Eine Zunahme von Entweichungen im offenen Setting zeigte sich in zwei retrospektiven Studien. In der neuseeländischen Studie von Beaglehole et al. (2018) ergab sich eine signifikante Zunahme der Entweichungen um 58 % nach Türöffnung. In der Studie von Ueberberg et al. (2025) konnte nach Einführung einer *open-door policy* eine

höhere Anzahl von Entweichungen festgestellt werden, diese zeigten sich jedoch verglichen mit den Entweichungen aus dem geschlossenen Setting von kürzerer Dauer. Nijman et al. (2011) kamen in ihrer Befragung von 136 offen bzw. geschlossen geführten psychiatrischen Stationen in Großbritannien zu dem Ergebnis, dass auf permanent geschlossenen Stationen die Entweichungsrate ungefähr 30 % geringer war als auf offenen Stationen, Entweichungen jedoch auch von geschlossenen Stationen erfolgen. Sie empfahlen daher – jenseits des Türschlusses – weitere Interventionen, wie die Ermöglichung sozialer Kontakte oder begleiteter Ausgänge, um Entweichungen zu verhindern.

Bezogen auf Suizide und Suizidversuche ergaben sich in der Studie von Huber et al. (2016a) keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings. Ueberberg et al. (2025) berichteten von einer signifikanten Reduktion von Suizidversuchen nach Umsetzung offener Unterbringungsformen.

Einzelne Studien untersuchten zudem weitere Aspekte im Zusammenhang mit offenen Türen. In der Studie von Indregard et al. (2024) beurteilten Patientinnen und Patienten auf offenen Stationen den wahrgenommenen Zwang auf der Essen Climate Evaluation Scale (EssenCES) signifikant geringer und den therapeutischen Halt und die wahrgenommene Sicherheit signifikant höher als auf durchgängig geschlossenen Stationen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auf den Kontrollstationen Ausgang nur in Begleitung von Personal möglich gewesen zu sein scheint, während Patientinnen und Patienten die Interventionsstationen unter bestimmten Bedingungen auch ohne Personalbegleitung verlassen konnten.

Efkemann et al. (2019) untersuchten ebenfalls das von den Patientinnen und Patienten wahrgenommene Stationsklima sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung und zeigten mit hohen Effektstärken eine signifikant bessere Einschätzung des therapeutischen Halts und der wahrgenommenen Sicherheit im offenen vs. dem fakultativ offenen und geschlossenen Setting, während sich keine Unterschiede hinsichtlich der Patientenzufriedenheit ergaben. Mehrere Studien aus der Schweiz untersuchten die Wahrnehmung des Stationsklimas aus Sicht des Personals. Während sich in der Studie von Steinauer et al. (2017) keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Stationssettings ergaben, konnten Blaesi et al. (2015) in ihrer Befragung zeigen, dass seitens des Personals das globale Stationsklima und die wahrgenommene Sicherheit auf neu geöffneten im Vergleich zu offenen und geschlossenen Stationen signifikant besser eingeschätzt wurden, wobei sich hier große Effektstärken

ergaben. In einer Follow-up-Untersuchung von Lo et al. (2018) nach Öffnung weiterer vormals geschlossener Stationen verbesserte sich das Stationsklima auf den neu geöffneten Stationen signifikant, ohne dass es zu einer Verschlechterung der Stationsklimas auf den 4 Jahren zuvor geöffneten bzw. langjährig offenen Stationen kam.

Auch mit Blick auf viele der dargestellten, nach dem 15.09.2018 erschienenen Studien, die noch nicht in die oben genannte Übersichtsarbeit von Steinert et al. (2019) eingeflossen waren, treffen in jeweils unterschiedlichem Ausmaß die in der Übersichtsarbeit genannten methodischen Kritikpunkte (insbesondere unzureichende Definition der Intervention, Fehlen „fairer" Vergleichsgruppen, Fehlen relevanter Outcome-Parameter) zu. Andererseits gibt es mit Schreiber et al. (2022) mittlerweile eine prospektive quasi-experimentelle kontrollierte Studie aus Deutschland und mit Indregard et al. (2024) eine randomisiert-kontrollierte Nicht-Unterlegenheitsstudie aus Norwegen, auf die die genannten methodischen Kritikpunkte nicht oder nur in abgeschwächter Form zutreffen. Schreiber et al. (2022) kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass eine Implementierung offener Unterbringungsformen möglich ist, ohne dass damit inakzeptable Risiken einhergehen. Indregard et al. (2024) konnten in ihrer Studie zeigen, dass die Interventionsstationen (mit *open-door policy*) den Kontrollstationen (mit durchgängig geschlossenen Stationstüren) im Hinblick auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) und kritische Ereignisse nicht unterlegen waren, während die Patientinnen und Patienten auf den Interventionsstationen den wahrgenommenen Zwang signifikant geringer und den therapeutischen Halt und die wahrgenommene Sicherheit signifikant höher als auf den durchgängig geschlossenen Stationen bewerteten.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass eine Türöffnung nicht als isolierte Intervention aufgefasst werden kann, sondern in aller Regel Teil einer komplexen Intervention ist. Zu beachten ist außerdem, dass bestimmte Behandlungssettings (z. B. forensische oder gerontopsychiatrische Settings; Stationen, auf denen Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten bei Störungen der Intelligenzentwicklung behandelt werden) bisher in den Studien nicht oder zumindest nicht explizit untersucht worden sind.

Schwache Empfehlung

Psychiatrische Stationen sollten – eingebettet in ein geeignetes organisatorisches und therapeutisches Gesamtkonzept – in der Regel mit offenen Stationstüren geführt werden.

(Indregard et al. 2024; Schreiber et al. 2022)

96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Individuelle Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen sollen nicht angewendet werden, um ein Entweichen von offenen Stationen zu verhindern. Ist eine Entweichung einer untergebrachten Person von einer offenen Station nicht mit einer intensivierten Betreuung oder anderen geeigneten therapeutischen Maßnahmen zu verhindern und ist von einer erheblichen Gefährdung im Fall einer Entweichung auszugehen, sollte ein Türschluss erfolgen. Offene Stationstüren sollten nicht zu Lasten anderer wichtiger Aspekte von Autonomie und Sicherheit realisiert werden.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Einige Evidenz gibt es inzwischen für die Bedeutung architektonischer Lösungen zur Verminderung von Aggression und Zwang. So konnte eine architektonische Neugestaltung einer psychiatrischen Klinik die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen um etwa die Hälfte reduzieren (Rohe et al. 2016). Wichtige Elemente der Architektur betreffen die räumlich-materielle Ausstattung im Hinblick auf Wahrung der Intimsphäre, möglichen Ausgang bzw. Aufenthalt im Freien. Letzteres ist sogar eine Forderung des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und menschenunwürdiger Behandlung. Menschenwürdige Lebensumstände und die patientenzentrierte und transparente Organisation der Prozesse in der Klinik, von der Aufnahme über die Diagnostik bis hin zu Therapien, Mahlzeiten, Stationsregeln, Besuchsmöglichkeiten und Kontaktangeboten üben ebenfalls Einfluss aus. Räumliche Enge, eine zu hohe Dichte an Personen und Lärm tragen zu einem erhöhten Stresslevel bei und sollten vermieden werden (vgl. indirekte Evidenz unter Laborbedingungen: Martimportugués-Goyenechea und Gómez-Jacinto 2005). Für alle zugängliche Gemeinschaftsräume und Normalität gelten in vielen Beschreibungen des klinischen Alltags als Leitmotive einer Stationsgestaltung, die ein gewaltarmes Klima ermöglicht. Dazu zählen u. a. Aktivierung und außerstationäre Aktivitäten, die Schaffung alltags- und lebensweltbezogener Bereiche und die Mitgestaltung der Institution durch die Menschen mit psychischen Erkrankungen. Letzteres bedeutet eine kontinuierliche, nicht nur einmalige

Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen an der strukturellen Gestaltung der Einrichtung und bei der Entwicklung therapeutischer Angebote und Standards (Laupichler u. Voigtländer 2005).

Starke Empfehlung:

Eine geeignete und qualitativ hochwertige Architektur und Raumgestaltung kann die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und vermutlich auch aggressiven Vorfällen reduzieren. Eine Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte bei der Planung und beim Betrieb psychiatrischer Einrichtungen soll erfolgen.

(Rohe et al. 2016)

Begründung für Heraufstufung des Empfehlungsgrades: Hoher Expertenkonsens.

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

IX.3 Beziehung

Psychische Erkrankungen wirken sich für die Betroffenen in der Regel sowohl auf die Gestaltung und Bewältigung des Alltags als auch auf die Gestaltung und Pflege persönlicher und sozialer Beziehungen aus. Vor diesem Hintergrund stellt die Beziehungsgestaltung einen wesentlichen Aspekt im Rahmen der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit psychischer Erkranung dar. Priebe und McCabe (2008) betonen, dass Gesundheitsversorgung allgemein nie ohne die Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und Fachpersonen auskommt. Im Hinblick auf die psychiatrische Behandlung muss dem Thema der Beziehungsgestaltung eine zentrale Bedeutung zugeschrieben werden, mit einer Verbindung zu Aspekten wie Zufriedenheit mit der Behandlung, Medikamenten-Adhärenz oder auch Beteiligung an der Behandlung (Roche et al. 2014; Theodoridou, 2012).

Die psychiatrische Pflege ist in der Regel für hochfrequente und zeitintensive Tätigkeiten zuständig und leistet im Rahmen der Krankenhausbehandlung die 24h-Präsenz sowie die intensive Betreuung und Begleitung in Krisen. Die Beziehungsgestaltung gehört zu ihren Schwerpunktaufgaben (Cahill, Paley, & Hardy 2013; Myers 2016; Hahn 2023; Hurley et al. 2022). Aus diesem Grund wird im Folgenden häufig auf Beziehung und psychiatrische Pflege im Kontext des Themas Aggression und Gewalt eingegangen. In aller Regel sind Ableitungen für alle anderen Berufsgruppen möglich.

In ihrer Literaturübersicht zum Thema der therapeutischen Beziehung in der psychiatrischen Pflege identifizieren Dziopa und Ahern (2008) insgesamt neun Merkmale, die Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung in der psychiatrischen Pflege haben. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben.

Verständnis und Empathie

Verständnis und Empathie sind Bestandteil einer guten Beziehung, darüber hinaus aber auch zentrale Elemente der Kommunikation (Priebe et al. 2011). Durch die Vermittlung von Verständnis können Menschen mit psychischer Erkrankung für sich ein Gefühl der Wichtigkeit erfahren. Wenn eine Pflegeperson den Menschen mit psychischer Erkrankung versteht, kann dies ihn darin unterstützen, ein Verständnis für seine Situation zu entwickeln und befähigen, Einfluss auf seine Behandlung zu nehmen. Für die psychiatrische Pflege konnte gezeigt werden, dass empathische Pflegende weniger Zwangsmaßnahmen anwenden (Yang, Hargreaves, & Bostrom 2014).

Individualität

Individualität bedeutet, den Menschen mit psychischer Erkrankung zu kennen und ihn als individuelle Person mit einem Leben außerhalb der psychischen Erkrankung wahrzunehmen.

Unterstützung anbieten

Unterstützung anbieten beinhaltet, dass die Patientin oder der Patient sich sicher und wohl fühlt. Das Merkmal beinhaltet die Herstellung einer unterstützenden Umgebung z. B. durch die Förderung von Hoffnung, den Einsatz von Rückmeldung oder die Wiedergabe von Befürchtungen in eigenen Worten. Aber auch Formen der physischen Unterstützung wie z. B. das Hand-auf-die-Schulter-Legen gehören dazu, sofern die erkrankte Person dies zulassen kann.

Da sein bzw. zur Verfügung stehen

Da sein bzw. zur Verfügung zu stehen wird als komplexes Merkmal bezeichnet (Dziopa & Ahern 2008). Es geht darum, die Zeit mit dem Menschen mit psychischer Erkrankung zu

gestalten und vor allem ausreichend Zeit zur Verfügung zu stellen. Dabei scheint der Faktor Zeit ein wichtiges Element im Rahmen der Beziehungsgestaltung darzustellen.

Echt sein

Echt sein beschreibt ein wesentliches Merkmal für eine therapeutische Beziehung. Es geht darum, dass die Pflegeperson in ihren Handlungen authentisch und natürlich ist und dass ihr Verhalten mit ihren Werten und Überzeugungen übereinstimmt.

Gleichheit herstellen

Dieses Merkmal zielt auf eine bestehende Ungleichheit in der Beziehung zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und der Pflegeperson, die sich durch die Rollenzuschreibungen als Hilfesuchender einerseits und Hilfe- bzw. Unterstützung gebende Person andererseits ergibt. Ziel ist die Ermöglichung von Teilhabe und aktive Einflussnahme (Partizipation) auf die Behandlung durch die Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Respektvoll sein

Um eine qualitativ hochwertige Beziehung zum Menschen mit psychischer Erkrankung herzustellen ist es wichtig, dass dieser das Gefühl hat, als Person respektiert zu sein und mit seinen Anliegen wichtig genommen zu werden. Auch hier finden sich Übereinstimmungen mit anderen Forschungsarbeiten wie z. B. zum Thema der guten Kommunikation (Priebe et al. 2011).

Aufrechterhaltung klarer Grenzen

Die Aufrechterhaltung klarer Grenzen scheint zunächst im Widerspruch zu den zuvor angeführten Merkmalen zu stehen. Allerdings können Grenzen, die transparent und nachvollziehbar sind, Schutz und Orientierung bieten und dazu beitragen, dass sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Pflegepersonen sich sicher fühlen.

Selbstbewusstsein zeigen

Selbstbewusstsein wird in verschiedenen Untersuchungen als wichtiges Merkmal für eine gute Beziehung dargestellt. Allerdings bleibt es unklar, wie sich Selbstbewusstsein im Verhalten der Pflegenden zeigt. Zusammenfassend scheint es dabei vor allem um die Aspekte Selbstreflexion

und Selbstwirksamkeit der Pflegenden zu gehen, d. h. können die Pflegenden ihre Haltungen und Handlungen reflektieren und erleben sie sich selbst mit ihrem Handeln als wirksam.

Als zentrale Faktoren einer Pflegebeziehung ("therapeutic alliance") beschreiben Zugai, Stein-Parbury und Roche (2015):

- **Partnerschaft** ("partnership"): Gemeinsame Ziele und Aufgaben aushandeln, Zusammenarbeit
- **Personenorientierung** ("consumer focus"): Fokus auf Bedürfnisse und Unterstützung bei individuellen Zielen sowie
- **Empowerment**: Ressourcen, Selbstwirksamkeit und Unabhängigkeit fördern

In ihrer Untersuchung zeigen sie, dass die therapeutische Beziehung durch die Ziele, Rahmenbedingungen und die zwischenmenschliche Kultur ("Collaborative and Interpersonal Healthcare Culture and Organisation") einer Einrichtung gefördert werden kann (Zugai et al. 2015).

Einflüsse auf die Beziehungsgestaltung

Psychiatrische Versorgung findet im Spannungsfeld des ethischen Grundkonfliktes von Autonomie und Kontrolle bzw. Gewährleistung von Schutz statt. Dies wirkt sich auch auf die Beziehungsgestaltung aus. Für Mitarbeitende in psychiatrischen Akutstationen konnten Beziehungsmuster im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und Partnerschaft gefunden werden (Björkdahl, Palmstierna & Hansebo 2010). Die Erklärungsansätze für das Entstehen von Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen und damit auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung sind vielschichtig (Richter, 2012; Whittington & Richter 2006). Eine Reduzierung auf einige wenige Faktoren ist nicht möglich. Vor diesem Hintergrund beschreibt Richter „Gewalt im Gesundheitswesen als eskalierende Interaktion“ (2012, S.72). Diese Annahme wird auch von anderen Forschungsergebnissen unterstützt. Papadopoulos et al. (2012) zeigen in ihrer Übersichtsarbeit, dass Interaktionen zwischen Mitarbeitenden und Menschen mit psychischer Erkrankung häufig der Auslöser aggressiver Handlungen in der psychiatrischen Versorgung sein können. Besonders oft treten demzufolge Aggressionen auf, wenn es um Einschränkung der Freiheit oder die Ablehnung einer Bitte geht.

Eine reflektierte Gestaltung von Interaktionen und Beziehungen von psychiatrisch Tätigen ist notwendig (Roche et al. 2014). In Helferbeziehungen ist die hilfesuchende Person oft in einer vulnerablen Situation, gerade in der akuten Krise (Maio, 2024). Die Verknüpfung von Sorgehandeln und Autonomieförderung ist im Arbeitsalltag der beruflichen Pflege allgegenwärtig (Sauter, Mayer, 2024). Das Angewiesensein bzw. die Vulnerabilität darf nicht ignoriert werden. Das erforderliche Sorgehandeln zum Schutz der Betroffenen muss autonomiewahrend und autonomiefördernd gestaltet werden (Sauter, Mayer, 2024; Maio, 2024). Das richtige Handeln erfordert eine gute Reflexion des Autonomieverständnisses in der psychiatrischen Arbeit (Hoff, 2017; 2024).
Eine professionelle Beziehungsgestaltung erfordert zudem eine gute Selbstwahrnehmung der eigenen Einstellungen und emotionalen Reaktionen. Die Fähigkeit zur Selbstregulation der Helfenden ist gerade in stressauslösenden Situationen günstig für die Prävention von Eskalation und Gewalt (Bilgin 2009; Walter, Nau, & Oud 2019). Systematische Möglichkeiten der Beziehungsreflexion wie Supervision und Balintgruppen können eine reflektierte Beziehungsgestaltung fördern.

Menschen mit psychischer Erkrankung wünschen sich oft mehr Mitsprache bei ihrer Behandlung (Soininen et al. 2013). Während unfreiwilliger Behandlung wollen sie Wahlfreiheit, einen respektvollen, nichtpaternalistischen Umgang sowie Sicherheit erfahren (Valenti et al. 2014). Eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen, Konzepte wie Shared Decision Making und Behandlungsvereinbarungen können dazu beitragen, die therapeutische Beziehung zu verbessern (vgl. Kapitel 10.2).

Finfgeld-Connett (2009) fand in ihrer Meta-Analyse, dass in eskalierenden aggressiven Krisen ein intuitiv-verstehender, entdeckender Zugang zu Betroffenen, der nach Möglichkeiten sucht die zugrundeliegenden Not zu verstehen und den situativen Kontext nutzt, eher zu einem therapeutischen Ergebnis führt. Dazu zählt das Gefühl des Verstandenwerdens auf Seiten der Menschen mit psychischer Erkrankung, verbunden mit Akzeptanz von begrenzenden Maßnahmen oder dem Aufbringen verbesserter Selbstkontrolle. Auftreten von Mitarbeitenden, das unflexibel, restriktiv, autoritär, unreflektiert, distanziert, unbeteiligt oder provokativ wirkt, führt hingegen eher zu einem Ergebnis, das einer erfolgreichen Behandlung entgegenwirkt. Dazu gehören das sich gegenseitig unverstanden fühlen und erhöhte

Anspannung und Angst auf beiden Seiten (Finfgeld-Connett 2009). Auch die Übersichtsarbeit von Gudde et al. (2015) bestätigt, dass Betroffene eine aggressionspräventive Wirkung in der fürsorglichen und respektvollen Kommunikation und Zusammenarbeit sehen, sie wünschen eine förderliche Umgebung, sinnvolle Aktivitäten und Einbezug in Entscheidungen.

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Kommunikation und Beziehungsgestaltung im Kontext von Akutversorgung oder von unfreiwilligen Behandlungen wie auch Zwangsmaßnahmen wurde häufig untersucht. Die Bedeutung einer ausreichenden und gelingenden Kommunikation wird gerade bei unfreiwilligen Behandlungen sehr hoch eingeschätzt und viele sehen Zwangsmaßnahmen als Folge unzureichender Kommunikation. In der Metaanalyse von Suguira et al. (2020) wird betont, dass mangelnde Kommunikation bei unfreiwilligen Behandlungen das erlebte Machtungleichwicht vergrößert. Zwang und negative Erfahrungen können reduziert werden durch mehr Partizipation von Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie mehr Förderung der Autonomie. Auch Seed et al. (2016) analysierten qualitative Studien zu Patientenerfahrung bei unfreiwilligem Klinikaufenthalt. Die therapeutischen Beziehungen beeinflussen das Erleben der Betroffenen und negative Auswirkungen der Behandlung maßgeblich. Sie sollen patientenzentriert und auf Empowerment ausgerichtet sein. Eine qualitative Metasynthese von Bartl et al. (2024) bestätigt überwiegend negative Erfahrungen bei unfreiwilligen Aufnahmen, insbesondere wenn es auch zu Zwangsmaßnahmen kommt Ein kooperativer und freundlicher Umgang des Personals ist auch unter Zwang bedeutsam; zugleich sollten Fachkräfte umfassend informieren, Wahlmöglichkeiten eröffnen und Betroffene sowie ihre Betreuer möglichst in Entscheidungen einbeziehen (Bartl et al. 2024). Ein systematisches Review mit qualitativer Analyse von 72 Studien bestätigte diese Befunde und identifizierte darüber hinaus weitere zentrale Faktoren für positive Erfahrungen unfreiwillig stationär behandelter Patientinnen und Patienten: hochwertige therapeutische Beziehungen, die Vermeidung negativer Erfahrungen mit Zwang, ein sicheres und förderliches Umfeld sowie authentisches Verhalten und patientenzentrierte Pflege, wobei insbesondere Vertrauen und Respekt spielen eine entscheidende Rolle (Staniszewska et al. 2019). Ähnlich führten Plunget und Kelly (2021) ein systemtisches Review mit thematischer Synthese zu Patientenerfahrungen bei freiwilliger und unfreiwilliger Behandlung durch. Die Beziehung zum Personal war eines der sechs genannten Schlüsselthemen. Für das Erleben von Zwang ist die Haltung der Professionellen entscheidend: Patientinnen und Patienten wünschen Kontakt und Gespräch, bewerten eine persönliche Beziehung zum

Personal als positiv und möchten wie gewöhnliche Menschen behandelt werden, während negative Einstellungen der Mitarbeitenden belastend wirken können.

Intensive Begleitung und Betreuung

Von Patientinnen und Patienten werden Zwangsmaßnahmen negativ erlebt. Freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen werden mit Gefühlen von Ärger, Wut, Verzweiflung und Hilflosigkeit in Verbindung gebracht (Armgart et al. 2013, Askew et al. 2019, Chieze et al. 2019, Tingleff et al. 2017, Fugger et al. 2016).

Als psychiatrische Intensivbetreuung wird eine persönliche Betreuung einer Person in einer psychischen Krisensituation durch eine Fachperson beschrieben. Das Ziel dabei ist, eine Beziehung aufzubauen, die die begleitete Person darin unterstützt, ihre Krise zu bewältigen (AFG-PsyP, 2020). Durch Intensive Betreuung können Sicherheit, Entlastung und Begleitung in akuten und risikobehafteten Krisen ermöglicht und Zwangsmaßnahmen vermieden bzw. schonender gestaltet oder verkürzt werden. Während einer Zwangsmaßnahme ist intensive Betreuung für die Gewährleistung von Sicherheit und Unversehrtheit, wie auch für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erforderlich.

Einheitliche Bezeichnungen für die Maßnahmen existieren bisher ebenso wenig wie eine einheitliche Definition von intensiven Betreuungsmaßnahmen (Bowers & Park 2001; Dewing 2013; Nienaber, Schulz, Hemkendreis & Löhr 2013; Zehnder, Rabenschlag, & Panfil 2015). Im deutschsprachigen Raum sind die Bezeichnungen „1:1 Betreuung“ oder „Intensivbetreuung“ gebräuchlich. Es findet sich aber auch immer wieder der Begriff der „Sitzwache“, wobei dieser vor allem den sichernden Aspekt der Intervention in den Fokus rückt und diese als eine passive Handlung im Sinne einer „Wache/Wärter“ mit den Aufgaben „sitzen und wachen“ versteht (Dewing 2013; Nienaber, Hemkendreis, Löhr & Schulz 2014). Aus diesem Grund erscheint der Begriff ungeeignet. Insgesamt können unter intensiven Betreuungsmaßnahmen nachgehende aktive Begleitungen und Betreuungen von Patientinnen und Patienten in akuten Krisensituationen bei einer bestehenden akuten Gefahr der Schädigung der eigenen Person oder Dritter verstanden werden, die über die allgemein üblichen therapeutischen und pflegerischen Kontakte und Maßnahmen hinausgehen. Das Ziel der Intensivbetreuung ist zum einen die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen und zum anderen der Aufbau einer Beziehung zur Unterstützung bei der Überwindung der Krise (Dewing, 2013; Jones & Eales, 2009; Whittington, Baskind, & Paterson, 2006). Auch Intensivbetreuungen bewegen sich in

einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie. Sie können für die Betroffenen einen Eingriff in die Privatsphäre und eine Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit bedeuten (Buchanan-Barker & Barker, 2005; Zehnder et al., 2015). Sie sollten verständnisvoll, vertrauensbildend und mit Gesprächen über aktuelle und alltägliche Dinge verbunden sein und gut reflektiert werden (Insua-Summerhays et al., 2018).

Ein wissenschaftlicher Nachweis für die Wirksamkeit der Interventionen in Form von kontrollierten Studien existiert nicht, weshalb keine Empfehlungen oder auch Aussagen zum Nutzen oder Schaden der Intervention gemacht werden können (Muralidharan & Fenton, 2006). Eine systematische Übersichtsarbeit über 16 Studien (Reen et al. 2020) legt nahe, dass sich die Wirksamkeit der 1:1-Betreuung verbessern lässt (z.B. durch Schulungen von Pflegepersonal). Allerdings sind die Ergebnisse dahingehend inkonsistent, welche Maßnahmen (neben der Förderung von Teamwork und Absprachen innerhalb des Pflegepersonals) positive Effekte auf die 1:1-Betreuung zeitigen. Im Stationsalltag erfordert fortlaufende Wahrnehmung, Beobachtung (observation) und Betreuung der Patientinnen und Patienten in der jeweils notwendigen Intensität ausreichend qualifiziertes Personal und gute organisationale Abläufe. In einen Qualitätsentwicklungsprojekt zur Verbesserung der Praxis der Beobachtung (observation) und des therapeutischen Engagements etablierten die beteiligten Teams v. a. Maßnahmen bezüglich der Abläufe, der Koordination, der Informationsweitergabe und der Verantwortungsklärung im Team sowie eine Verbesserung der therapeutischen Angebote und Tagesstruktur für die Patientinnen und Patienten. Im Verlauf der Prä-Poststudie wurde eine deutliche Reduktion von Aggression und Zwang gemessen, die im Zusammenhang mit der verbesserten Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten und Kommunikation mit ihnen stehen dürfte (Aurelio et al., 2025).

Empfehlungen des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zur Durchführung intensiver Betreuungsmaßnahmen beschreiben, dass es in der Institution eine Richtlinie für intensive Betreuungsmaßnahmen geben sollte (NICE, 2015). Neben einer Definition intensiver Betreuungsmaßnahmen sollten darin sowohl die Rahmenbedingungen für die Durchführung beschrieben werden (u. a.: Wer kann die Maßnahmen auslösen, reduzieren, intensivieren oder beenden? Wie oft wird die Notwendigkeit der Maßnahme überprüft? Wie werden die Erfahrungen der Menschen mit psychischer Erkrankung einbezogen?) als auch die

verschiedenen Abstufungen oder Intensitäten der Maßnahmen (z. B. 1:1 Betreuung = kontinuierlicher unmittelbarer persönlicher Kontakt im selben räumlichen Umfeld). Darüber hinaus werden wichtige Hinweise zu Rahmenbedingungen und zur Durchführung der Intervention gegeben. Unter anderem wird empfohlen, dass Informationsmaterial für die betroffenen Patientinnen und Patienten vorhanden sein sollte, dass die Einnahme einer aktiven Haltung und positive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten wesentliche Grundlagen der Intervention sind, dass die durchführende Person über die notwendigen Informationen und Kenntnisse über die Patientin bzw. den Patienten verfügt, und dass die Dauer der Durchführung nach Möglichkeit begrenzt sein sollte und für regelmäßige Pausen der Durchführenden Sorge getragen wird.

Starke Empfehlung

Die Interaktion mit Menschen mit psychischen Erkrankungen soll empathisch sein, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen und die individuelle Sichtweise des Menschen mit psychischer Erkrankung wertfrei zu verstehen. Hierdurch können aggressive Vorfälle und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden.
(Yang, Hargreaves, & Bostrom 2014, Gudde et al. 2015)
Begründung für die Heraufstufung des Empfehlungsgrades: Hoher Expertenkonsens
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Schwache Empfehlung

Die Beziehung zu Patientinnen und Patienten soll möglichst partizipativ gestaltet werden und auf Vertrauen beruhen (Valenti et al. 2014). Das der therapeutischen Beziehung inhärente Machtgefälle zwischen Fachperson und Patientinnen und Patienten sollte durch die Fachperson bewusst reflektiert werden, um einen (unbeabsichtigten) darauf beruhenden Einsatz von psychologischem Druck oder informellem Zwang zu vermeiden.
85 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Expertenkonsens

Intensive Betreuungsmaßnahmen sollten so gestaltet werden, dass sie einen Beziehungsaufbau ermöglichen, um Sicherheit für Menschen mit psychischer Erkrankung zu

gewährleisten und sie bei der Bewältigung ihrer Krisen zu unterstützen. Intensive Betreuungsmaßnahmen sollten von qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt werden.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

IX.4 Ethikberatung

Zwangsmaßnahmen finden in Situationen ethischer Dilemmata statt. Ethikberatung im Gesundheitswesen adressiert ethische Fragestellungen in medizinischen Einrichtungen und umfasst verschiedene Strukturen und Angebote zur Unterstützung von Professionellen im Gesundheitswesen bei der ethischen Entscheidungsfindung (SAMW 2012, Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2023). Als klassische Angebote der Ethikberatung im Gesundheitswesen gelten ethische Fallbesprechungen, die Entwicklung ethischer Leitlinien und die Durchführung ethischer Fortbildungen (Simon 2020; ZEKO 2006). Für diese Angebote stehen seitens der medizinethischen Fachgesellschaft in Deutschland Standards zur Verfügung (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2023 und 2024). Darüber hinaus hat die Fachgesellschaft ein Curriculum für die Qualifizierung von Ethikberaterinnen und Ethikberaterin im Gesundheitswesen entwickelt (Akademie für Ethik in der Medizin 2022).
Angebote der Ethikberatung werden auch in der Psychiatrie als hilfreich angesehen, um Behandlungsteams in ethisch herausfordernden Situationen zu unterstützen und ein ethisch angemessenes und transparentes Vorgehen bei der Behandlung zu ermöglichen (Molewijk und Reiter-Theil 2016; Pollmächer und Gather 2024; Reiter-Theil und Dittmann 2016). In vielen psychiatrischen Krankenhäusern existieren mittlerweile Strukturen der Ethikberatung, am häufigsten in Form von sog. klinischen Ethikkomitees (Ackermann et al. 2016; Franke et al. 2020; Wollenburg et al. 2020). Die Frage nach der ethischen Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist dabei häufig Gegenstand ethischer Fallbesprechungen (Ackermann et al. 2016; Löbbing et al. 2019; Montaguti et al. 2019; Reiter-Theil und Schürmann 2016). Angesichts der Tatsache, dass Entscheidungen über die Anwendung von Zwang häufig komplexe ethische Güterabwägungen zugrunde liegen, wird darüber diskutiert, vor jeder Zwangsmaßnahme eine ethische Fallbesprechung durchzuführen (Montaguti et al. 2019). Ein solches Vorgehen wird an einzelnen Kliniken bereits umgesetzt. In einer retrospektiven Analyse wurde gezeigt, dass in 5 von 35 Fällen von verpflichtenden ethischen Fallbesprechungen vor Zwangsmedikationen in der Psychiatrie aus ethischer Sicht keine Empfehlung für eine Zwangsbehandlung

ausgesprochen wurde, was als Hinweis auf einen möglichen Beitrag ethischer Fallbesprechungen zur Reduktion von Zwang angesehen wurde (Sarropoulos et al. 2024). Auch in einer Studie aus der Schweiz, in der Ethikberatung in Form von *Moral Case Deliberation* auf psychiatrischen Stationen implementiert wurde, konnte in einem prä-post-Vergleich gezeigt werden, dass Ethikberatung zur Reduktion der Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen beitragen kann (Stoll et al. 2022).

Unter theoretischen und praktischen Gesichtspunkten kann man unterschiedliche Ansätze der Ethikberatung unterscheiden (Gather et al. 2025). Ein mögliches Vorgehen bei ethischen Fallbesprechungen basiert auf einem vierstufigen Konsultationsverfahren (Löbbing et al. 2019): (a) Ausarbeitung der ethischen Frage, (b) Sammlung von Informationen, (c) Identifizierung und Diskussion der ethischen Argumente, (d) Empfehlung für die Vorgehensweise. Bezüglich der ethischen Beurteilung der Frage nach der Anwendung von Zwang sind ein Entscheidungsalgorithmus (Steinert 2024) und spezifische Kriterien (Gather und Scholten 2024) vorgeschlagen worden, die zu einer strukturierten und transparenten ethischen Entscheidung für oder gegen eine Zwangsmaßnahme herangezogen werden können. Ebenfalls geeignet erscheint die prinzipienorientierte Fallbesprechung nach Marckmann (2015), die bereits umfänglich im Zusammenhang mit Zwangsbehandlungen angewandt wurde (Sarropoulos et al., 2024).

Im Hinblick auf empirische Wirksamkeitsbelege von Ethikberatung muss jedoch konstatiert werden, dass qualitativ hochwertige Studien nur in einem begrenzten Umfang vorhanden sind. Die in einem Scoping Review von Bell et al. (2022) evaluierten 48 Primärstudien zeigten hinsichtlich Format, Prozess der ethischen Intervention, Qualifikation der Interventionsführenden, untersuchter Population, berichteter Ergebnisse und angewandter Messmethoden eine ausgeprägte Heterogenität. Die Autorinnen und Autoren des Reviews kamen zu dem Schluss, dass der identifizierte Mangel an Standardisierung gegenwärtig ein Hindernis für die Förderung qualitativ hochwertiger Interventionen und den wissenschaftlichen Fortschritt im Bereich Ethikberatung darstellt.

Statement

Angebote der Ethikberatung können Professionelle in der Psychiatrie dabei unterstützen, eine ethisch gut begründete Entscheidung für oder gegen die Anwendung von Zwang zu treffen. Aus einzelnen wissenschaftlichen Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass Ethikberatung

dazu beitragen kann, Zwang in der Psychiatrie zu reduzieren. Es bedarf weiterer, qualitativ hochwertiger Studien, um die Effekte von Ethikberatung auf die Anwendung von Zwang in psychiatrischen Settings zu untersuchen.
100% Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Schwache Empfehlung

In psychiatrischen Kliniken sollten im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen Angebote der Ethikberatung etabliert und genutzt werden.
100% Zustimmung in der Konsensuskonferenz

IX.5 Trialog, Selbsthilfe und Empowerment

Einbeziehung der Angehörigen

Eine psychische Erkrankung trifft in aller Regel nicht nur den betroffenen Menschen allein, sondern belastet auch sein soziales Umfeld, insbesondere Angehörige, in erheblichem Maße mit. Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung bzw. zumindest ein entsprechendes Angebot ist daher sinnvoll und notwendig, um aufgrund der Angaben des sozialen Umfeldes über die tatsächliche Situation eine korrekte Anamnese zu ermöglichen, um die Angehörigen im Umgang mit der erkrankten Person zu unterstützen, Haltungen zu reflektieren und damit sowohl den Angehörigen das Zusammenleben mit der erkrankten Person zu erleichtern, als auch um den angestrebten Behandlungserfolg zu erreichen sowie mögliche Aggressionen in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu vermindern. Auch für die Entlass- und Versorgungsplanung ist die Einbeziehung der Angehörigen häufig unverzichtbar. Dazu gehören auch geeignete Angebote der Psychoedukation sowohl für die betroffenen Personen als auch für Angehörige. Auch bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen sind allerdings die Aspekte der Patientenautonomie und der Schweigepflicht zu achten. Wenn Patientinnen oder Patienten eine Informationsübermittlung an nicht gesetzlich dazu ermächtigte Angehörige (Betreuer) ablehnen, ist dies zu respektieren. Freilich sollte das nicht dahingehend missverstanden werden, dass Behandelnde und Pflegefachpersonen die berichteten Erfahrungen der Angehörigen nicht zur Kenntnis nehmen dürfen.

Trialog

Unter Trialog versteht man die Begegnung, den offenen Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischer Erkrankung, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden psychiatrischer Institutionen auf Augenhöhe. Im ambulanten Bereich entwickelte sich im Rahmen von sogenannten Psychoseseminaren der „Trialog“ Ende der 1980er Jahre in Hamburg auf Initiative der Betroffenen Dorothea Buck und des Psychologen Thomas Bock (Bock et al. 2012). Seitdem ist eine Vielzahl von trialogischen Veranstaltungen entstanden: Neben den zur Information und zum Austausch gedachten Psychoseeminaren und psychotherapeutischen Gruppen findet sich trialogisches Arbeiten in gemeinsam ausgerichteten Antistigmakampagnen und in der Ausbildung der Professionellen.

Die besondere Bedeutung der Beteiligung von Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen im Kontext psychiatrischer Versorgung erwächst aus der Tatsache, dass die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik „häufig mit deutlichen Eingriffen und Einschränkungen für die Patientinnen und Patienten verbunden ist, allein schon durch die manchmal sehr langen und die zum Teil unfreiwilligen Aufenthalte“ (Laupichler und Voigtländer 2005). Die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung und ganz besonders der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik sind häufig Ausdruck einer krisenhaften Lebenssituation, die mit Verunsicherung und einem entsprechenden Bedürfnis nach Schutz und Unterstützung einhergeht. Die Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten ist stets asymmetrisch. Bei untergebrachten Menschen mit psychischer Erkrankung besteht aber ein besonders großes Machtgefälle zwischen der Institution psychiatrisches Krankenhaus und den untergebrachten Menschen. In einigen psychisch-Kranken-Gesetzen sind heute bereits Angehörigen- und Betroffenenvertreter als Mitglieder der Besuchskommissionen vorgeschrieben (s. Kap. 16.1 Besuchskommissionen). Allerdings sollte die Nutzerbeteiligung nicht auf die Grenzen eines Krankenhauses beschränkt bleiben, sondern darüber hinaus auch die Umsetzung in der Region zum Ziel haben (Laupichler und Voigtländer 2005, Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiarischer Verbünde e. V., Ziffer 6, https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Qualitaetsstandards_BAG_GPV_2023-11-24.pdf).

Selbsthilfe

Selbsthilfe nutzt die Kompetenz der Menschen, die durch "persönliche Betroffenheit und Auseinandersetzung mit der Erkrankung oder Behinderung Erfahrungen und Wissen erworben

haben. Im Vordergrund steht die gegenseitige Hilfe und Unterstützung in Gruppen" (GKV Spitzenverband 2009). Selbsthilfeverbände und Selbsthilfegruppen gibt es sowohl für betroffene Menschen als auch für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung. Diese ermöglichen den vertrauensvollen gegenseitigen Austausch von Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung und bei der Bewältigung des eigenen Lebens mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebensqualität sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen und sind insofern ein wichtiger Baustein im „Recovery“ Konzept. Moderne Selbsthilfekonzepte gehen zudem darüber hinaus: Sie schaffen Raum für vorurteilsfreie Begegnung, Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Anti-Stigma-Arbeit. Selbsthilfeorganisationen vertreten Betroffene in gesundheits- und forschungspolitischen Gremien und in trialogisch-partizipativen oder von Betroffenen selbst initiierten Forschungsprojekten.

Eine Metaanalyse zur Wirksamkeit von Selbsthilfeangeboten für Menschen mit Psychosen fand positive Effekte auf Positivsymptomatik, Negativsymptomatik und andere Ergebnismaße wie Lebensqualität oder Stress (Scott et al. 2015). Eine Studie ergab, dass ehemals gewalttätige Menschen mit Suchterkrankungen stärker von Selbsthilfeangeboten profitieren als nicht gewalttätige (Schneider & Timko 2009). Ansonsten liegen zu den Ergebnismaßen Gewalt und Zwang keine Daten vor.

Genesungsbegleitung

Eine besondere Form der Unterstützung durch andere Betroffene (im englischen Sprachraum „peer support“) stellt die Genesungsbegleitung dar, die es sich zum Ziel gesetzt hat, durch den Beziehungsaufbau zwischen Genesungsbegleitenden und Patientinnen und Patientenauf Augenhöhe deren individuelle Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung jenseits der Minderung klinischer Symptome zu fördern (Mahlke et al., 2019). Seit 2006 gibt es in Europa ein Curriculum zur Ausbildung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern bzw. Peer-Beraterinnen und Beratern (EX-IN-Ausbildung, dabei steht EX-IN für Experienced Involvement, also die Einbeziehung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung), die 10 Jahre nach ihrer Einführung an über 30 Standorten in Deutschland angeboten wird (Utschakowski, 2016) Diese Ausbildung wird aktuell wissenschaftlich evaluiert. Positive Ergebnisse gibt es aus der Begleitforschung im deutschsprachigen Raum bereits. Nach einem Jahr waren 75 % der ausgebildeten Peer-Beraterinnen und -berater erwerbstätig (Hegedüs et al. 2016). In einigen komplexen Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen werden als eine Teilintervention Genesungsbegleiterinnen und –begleiter eingesetzt (Ash et al. 2015,

Huckshorn 2006, Wale et al. 2011, Ashcraft et al. 2008). Allerdings gibt es bis heute nur wenige wissenschaftliche Belege aus kontrollierten Studien dafür, dass das Einbeziehen von Menschen mit eigenen Erfahrungen einer psychischen Erkrankung oder Krise in Behandlungsteams Gewalt und Zwangsmaßnahmen reduzieren kann (Swanson, 2008).

Aus anderen Ländern gibt es aber andere positive Ergebnisse auf Seiten der von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern behandelten Menschen: Eine randomisierte kontrollierte Studie aus Großbritannien fand für psychisch erkrankte und gerichtlich untergebrachte Menschen, die in einem von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern geführten Krisenzentrum behandelt wurden, bessere Ergebnisse im Hinblick auf Patientenzufriedenheit und Verbesserung der Psychopathologie als für Menschen, die auf einer üblichen geschlossenen Station behandelt wurden (Greenfield et al. 2008). Eine Meta-Analyse, die sich allgemein der Frage nach der Wirksamkeit von Unterstützungsangeboten von Betroffenen für Betroffene widmet, konnte lediglich schwache Hinweise finden, dass „Peer Support“ positive Effekte auf Hoffnung, Recovery und Empowerment (Definition siehe unten) hat, wobei diese Effekte über verschiedene Angebote hinweg nicht konsistent waren (Lloyd-Evans, 2014). Ein systematischer Review von Cabassa et al. (2017) weist Peer-Support-Interventionen als vielversprechend aus, die Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten stärkten und Genesungsbegleiterinnen und -begleiter als Ansprechpersonen fungierten, um sich im Versorgungssystem zurechtzufinden. Eine schwache Reduktion von Krankenhausaufnahmen in Krisensituationen konnten Pitt et al. (2013) für Patientinnen und Patienten feststellen, die Genesungsbegleitung in Anspruch genommen hatten, was darauf zurückgeführt wurde, dass sich die Genesungsbegleiterinnen und -begleiter im Gegensatz zu therapeutischen Fachpersonen mehr Zeit für den Kontakt mit ihren Klientinnen und Klienten nehmen konnten.

Als Fürsprecherinnen und Fürsprecher für Menschen mit psychischer Erkrankung im psychiatrischen Behandlungskontext haben Genesungsbegleitende die Funktion als Vermittelnde zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten inne, die gerade bei der Planung zum Umgang mit Krisen (z.B. durch Behandlungsvereinbarungen) ihre Vorteile ausspielen können (Henderson et al., 2018).

Zwar ist die langfristige Implementierung von Genesungsbegleitung von vielen Seiten gewünscht, doch ihre erfolgreiche Umsetzung auch an einige Voraussetzungen geknüpft (wie

die Vereinheitlichung von Ausbildungsangeboten, klaren Rollenzuteilungen usw.), welche die Verbreitung der Genesungsbegleitung vor große Hürden stellt (Mahlke et al., 2019).

Empowerment und Recovery

Empowerment bedeutet so viel wie „Selbstbefähigung“ und hat seine Ursprünge in der Menschenrechtsbewegung. Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen in die Lage versetzt werden, ihr Leben und die Behandlung ihrer psychischen Erkrankung aktiv mitzugestalten (Knuf et al. 2007). In englischsprachigen Ländern ist Empowerment ein eng mit der Recoverybewegung verknüpfter Begriff. Recovery bedeutet „Genesung“. Die Recoverybewegung steht dafür, dass auch schwer und chronisch psychisch erkrankte Menschen wieder dahingehende Verbesserungen erreichen können, dass sie trotz vielleicht bestehender Symptome wieder ein zufriedenes und selbstbestimmtes Leben führen können (Knuf 2007). Empowerment und Recovery stehen dafür, die Gefühle des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht, die viele Menschen mit psychischer Erkrankung gegenüber den psychiatrischen Institutionen und den Behandelnden empfinden, zu durchbrechen.

Trotz entsprechender gesetzlicher Änderungen, die darauf abzielen, Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen zu minimieren, sind diese nicht immer zu vermeiden. Doch gerade in solchen Situationen wird es von den Betroffenen als besonders wichtig erlebt, weiterhin über die gerichtlichen Entscheidungen und geplanten Behandlungen informiert und so weit wie möglich in anstehende Entscheidungen einbezogen zu werden. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Beherrschbarkeit der eigenen Situation wurde dabei von Betroffenen als besonders wichtig beschrieben (Wyder et al. 2016).

Eine Literaturrecherche mit den Schlüsselworten „Vertrauen“ („trust“), „Wahlmöglichkeiten von Patienten“ („patient choice“) und „Macht“ („power“) im Gesundheitswesen ergab, dass im somatischen Bereich eine große Anzahl an guten quantitativen Untersuchungen existiert, im psychosozialen Sektor zu diesem Thema aber hauptsächlich qualitative Arbeiten vorliegen, die zwar Phänomene beschreiben, aber keine statistischen Zusammenhänge erklären können. Wahlmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten waren wichtig, allerdings zeigten sich die Ergebnisse der einzelnen Studien nicht einheitlich. (Laugharne und Priebe 2006).

Eine daraufhin von Laugham, Priebe und Kolleginnen und Kollegen durchgeführte Studie, bei welcher 20 Menschen, die an einer Psychose erkrankt waren, befragt wurden, ergab, dass Menschen mit psychischer Erkrankung durchaus mit einer Verschiebung von Macht und Verantwortung, die ihrer Erkrankungsschwere entspricht, einverstanden sind. Allerdings fühlen sie sich, wenn ihnen Zwang angedroht oder sie von den Mitarbeitenden einfach ignoriert werden, unterdrückt. Als noch wichtiger als die fachliche Expertise wird von den Patientinnen und Patienten die persönliche wechselseitige Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten erlebt. Da diese Interaktionen ihre Erfahrungen während des Klinikaufenthalts maßgeblich bestimmen, erleben stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten negative Haltungen des Klinikpersonals ihnen gegenüber als Quelle negativer Erfahrungen (Plunkett und Kelly, 2021). Die Menschen mit psychischer Erkrankung wünschen sich, dass auch die Mitarbeitenden etwas von sich preisgeben und sich auf eine Beziehung mit ihnen einlassen (Laugharne et al. 2012). Dies wurde auch in Befragungsstudien unter Teilnehmenden einer Trialogveranstaltung wiederholt so formuliert (von Peter et al. 2015). Dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende persönliche Dinge von sich preisgeben, ist auch eine Teilintervention des komplexen Programms Safewards (Section of Mental Health Nursing), das nachweislich Konflikte auf psychiatrischen Stationen reduzieren konnte (Bowers et al. 2015). Gerade die unfreiwillige Einweisung, die für Patientinnen und Patienten als Fremdbestimmung erlebt wird und mit einem Ungleichgewicht an Macht gegenüber dem Psychiatriepersonal einhergeht, ist eine Kommunikation zwischen Behandelnden und Behandeln unerlässlich. Den Patientinnen und Patienten soll vermittelt werden, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse und letztlich sie selbst gehört werden (Sugiura, Pertega und Holmberg, 2020).

Ein in der somatischen Medizin schon länger verbreitetes Konzept, das „Shared Decision Making“, bei welchem die Patientin bzw. der Patient und die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt gemeinsam eine Behandlungsentscheidung treffen, gewinnt zunehmend auch im psychiatrischen Bereich an Bedeutung. Die Evidenz liefert Hinweise darauf, dass eine Beteiligung an der Entscheidung über die Medikation mit einer positiven Einstellung von Patientinnen und Patienten gegenüber der Medikation in Zusammenhang steht, was gerade bei unfreiwilliger Behandlung von großer Bedeutung sein kann (Nott et al., 2018). Auch das Konzept des „Supported Decision Making“, bei welchem Menschen mit eingeschränkter Entscheidungskompetenz unterstützt werden, eine möglichst selbstbestimmte Entscheidung

zu treffen, hat seinen Weg aus der Behindertenhilfe und der Palliativversorgung ins psychiatrische System gefunden, wobei insbesondere Instrumente der Vorausverfügungen empfohlen werden (Systematisches Review: Davidson et al. 2015, s. auch Kapitel 10.5 Behandlungsvereinbarungen). In einer Übersichtsarbeit wurden vier deutsche Projekte mit randomisiert kontrolliertem Design zu „Shared Decision Making“ bei psychiatrischen und neurologischen Krankheitsbildern gefunden (Hamann et al. 2006). Davon wurden zwei RCTs (Wahl eines des Antipsychotikums bei Schizophrenie und hausärztliche Behandlung bei Depression) mit insgesamt 518 Teilnehmern in ein Cochrane Review eingeschlossen. Positive Effekte ergaben sich bezüglich der Zufriedenheit der psychisch erkrankten Menschen mit Depression (Duncan et al. 2010). Ein systematisches Review, das 11 RCTs zu Shared-decision-making und Empowerment bei Psychosen einschloss, ergab kleine positive Effekte auf das subjektive Gefühl des Empowerments der Menschen mit psychischen Erkrankungen und einen nicht-signifikanten Trend hin zu weniger Zwangsbehandlungen. Die eingeschlossenen Studien untersuchten neben Behandlungsvereinbarungen (s. Kapitel 10.2) auch Checklisten, Informationsmaterial und Beratungsgespräche, verhaltenstherapeutische Programme, internet- und videogestützte Psychoedukation, Case-Management und Medikamententrainings (Stovell et al. 2016).

Expertenkonsens

Der Einbezug von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischer Erkrankung und deren Behandlung sollte von Institutionen im Hinblick auf Prävention von Zwang und Gewalt auf verschiedenen Stufen gefördert werden. Beispielsweise bei der Entwicklung und Evaluation von Standards zu Zwangsmaßnahmen, bei der Planung von Baumaßnahmen, Behandlungskonzepten, bei der Durchführung von Antistigmakampagnen, der Ausbildung von Professionellen, der Mitbehandlung anderer Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie im Rahmen von Trialog-Foren. Auch in der Forschung wird der Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in der Wahl der Forschungsgegenstände und der Studiendesigns zunehmend größere Bedeutung beigemessen.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

IX.6 Instrumente der Vorausplanung

Instrumente zur Vorausplanung ermöglichen Menschen mit psychischen Erkrankungen (und ihren Behandelnden), in guten Zeiten die Situationen zu antizipieren und das Vorgehen für (neuerliche) Krisen festzulegen. Sie sollen dazu beitragen, dass frühzeitig und dem Willen und den Präferenzen des Betroffenen entsprechend interveniert werden kann und so aggressive Eskalationen, Gewalt und Zwang vermieden werden können.

Es gibt eine Reihe an Instrumenten zur Vorausplanung, unter denen die wichtigsten Patientenverfügungen, Krisenpässe und Behandlungsvereinbarungen sind, die unterschiedliche Akzente und entsprechend auch unterschiedliche Vor- und Nachteile haben und deren rechtliche Verbindlichkeit und Ausgestaltungsmöglichkeit in den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz variiert.

Ein Großteil der verfügbaren Evidenz bezieht sich auf die strukturierte Einführung von zweiseitigen Behandlungsvereinbarungen im psychiatrischen Versorgungssystem. Zur Präventionswirkung von einseitigen Patientenverfügungen lagen nur aus einer Studie (Ruchlewska et al. 2014) Daten vor.

Häufig handelt es sich bei den dargestellten internationalen Studien um Arbeiten aus dem englischsprachigen Raum, bei welchen verschiedene ähnliche aber nicht genau deckungsgleiche Instrumente untersucht wurden. Diese sind nur zum Teil mit den im deutschsprachigen Raum verfügbaren Instrumenten vergleichbar, was Inhalt und Rechtsverbindlichkeit anbelangt. Eine zusammenfassende Betrachtung findet sich in bei Gloeckler et al. 2024. Hier wird deutlich, dass die Patientenverfügung in Deutschland besonders stark rechtlich verankert ist, hier z. B. kein Unterschied zwischen körpermedizinischen und psychiatrischen Fragestellungen gemacht wird und Behandlungen sowohl rechtsverbindlich abgelehnt werden können als auch in sie eingewilligt werden kann (s. u.).

Für die Rechtslage in Deutschland ist herauszustellen, dass die in § 1827 BGB gesetzlich geregelte Patientenverfügung keine Reichweitenbeschränkung kennt und damit auch im Bereich psychischer Erkrankung gilt sowie die Möglichkeit der antizipierten Ablehnung wie auch die antizipierte Einwilligung in medizinische Maßnahmen kennt. Eine

Patientenverfügung ist eine einseitige, höchstpersönliche Willenserklärung und rechtlich verbindlich. Diese Verbindlichkeit erfährt sie in den Ländern Schweiz und Österreich nicht gleichermaßen. Angesichts einer Behandlung, die ohne Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt wird, ist die Patienten- und Pateintinnenverfügung in der Schweiz (nach Artikel 370 ff. ZGB) nicht bindend, aber sie muss berücksichtigt werden, um den Grundsatz der Autonomie, der dem Erwachsenenschutzrecht zugrunde liegt, so weit wie möglich zu respektieren.

Eine Behandlungsvereinbarung hingegen ist eine gemeinsam – zwischen betroffener Person und Behandelnden – ausgehandelte zweiseitige Erklärung, bei der beide Seiten den betroffenen Vereinbarungen und darin enthaltenen Zusagen einen verbindlichen Charakter geben. Wenn sie entsprechende formale Voraussetzungen erfüllen, insbesondere schriftlich niedergelegt, im einwilligungsfähigen Zustand verfasst wurden und sich auf konkrete Therapieentscheidungen in definierten Situationen beziehen, können sie bzw. Teile davon den Rang einer Patientenverfügung haben, welche rechtlich verbindlich ist (in Deutschland). Ein verpflichtendes Angebot zum Abschluss einer Behandlungsvereinbarung ist in Deutschland nicht gesetzlich verankert (Borbé 2016). In Österreich sieht das Unterbringungsgesetz aus dem Jahr 2023 vor, dass mit dem Patienten ein Gespräch darüber zu führen ist, welche Behandlungen und Maßnahmen die Situation während der Unterbringung verbessert haben und wie in neuerlichen Gefährdungssituationen vorgegangen werden soll. Dieses Gespräch hat der Abteilungsleiter zu führen, § 32b UbG. Auf Verlangen des Patienten besteht die gesetzliche Verpflichtung, einen Behandlungsplan festzulegen (§32 b Abs. 2 UbB).
Als Behandlungsvereinbarungen (A, CH: Behandlungspläne, Behandlungsgrundsätze) werden schriftliche Vereinbarungen zwischen einer psychiatrischen Klinik und ihren Patientinnen und Patienten bezeichnet, die sich auf die Modalitäten eventuell erfolgender künftiger Behandlungen beziehen (Dietz et al. 1998). Im Gegensatz zu Patientenverfügungen, bei denen Beratung stattfinden kann, aber für die Wirksamkeit der Verfügung nicht vorausgesetzt ist, werden sie von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden gemeinsam ausgehandelt (Kühlmeyer & Borbé 2015). Die Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen in einem „Krisenpass“ für Notfälle, den der Patient immer bei sich trägt, ist möglich (Borbé 2016). Ein wesentliches Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist, die Umstände eventueller künftiger psychiatrischer

Behandlungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten transparent und berechenbar zu machen. Behandlungsvereinbarungen haben daher den Stellenwert einer vertrauensbildenden Maßnahme (Dietz et al. 1998). Aus der Sicht der Betroffenen kommt der Aussicht, bei künftigen Kontakten mit dem psychiatrischen Versorgungssystem als verantwortlicher Partner ernst genommen zu werden, die höchste Bedeutung zu. Behandlungsvereinbarungen sollten deshalb nicht als einfache Maßnahme zur Verbesserung der Compliance/Adhärenz missverstanden werden (Amering et al. 2005). Eine systematische Übersichtsarbeit ergab sechs Gruppen typischer Inhalte von Vorausplanungsinstrumenten: Anzeichen einer Krise, allgemeiner Behandlungsansatz, Präferenzen hinsichtlich des Behandlungssettings (z. B. die Wiederaufnahme auf einer bestimmten Station), Behandlungspräferenzen (z. B. die Festlegung von Medikamenten, welche gegeben bzw. nicht gegeben werden sollen), Zwang (z. B. Beschreibungen von Deeskalationsmaßnahmen, die vor dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen versucht werden sollten sowie den adäquaten Einsatz von Zwangsmaßnahmen, falls solche erforderlich werden sollten) und soziale Anweisungen (z. B. die Information nahestehender Personen über den Klinikaufenthalt, eine Schweigepflichtentbindung der professionellen Helfer gegenüber nahestehenden Personen) (Gaillard et al. 2023). In einer Inhaltsanalyse von Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung von Zwang auf psychiatrischen Stationen nannten Betroffene Rückzug in eine reizarme Umgebung, Gespräche und Spaziergänge als hilfreiche Interventionen (Rixe et al. 2024). Neben gewünschten Interventionen können bestimmte Behandlungen auch abgelehnt werden. Tatsächlich zeigte eine Studie, dass dies in Behandlungsvereinbarungen, die zwischen Klinik, Patientinnen und Patienten und externen Beraterinnen und Beratern abgeschlossen wurden, häufiger der Fall war als wenn die Planung der Behandlung ohne externe Beratung und ohne einen strukturierten Aushandlungsprozess erstellt wurde. Die Ablehnung bestimmter Behandlungen wurde von den Klinikerinnen und Klinikern mitgetragen (Henderson et al. 2017). Nicht ausgeschlossen werden können hingegen Maßnahmen zum Schutze Dritter bei akuter Fremdgefährdung, wobei auch hier – soweit möglich – Präferenzen geäußert werden können (z. B. welches Medikament gegeben werden soll, welche Zwangsmaßnahme notfalls angewendet werden soll). Es wird empfohlen, derartige Vereinbarungen schriftlich zu fixieren sowie eine Vertrauensperson zu benennen, welche den Menschen mit psychischer Erkrankung vertritt, wenn dieser seinen Willen selbst nicht mehr äußern kann (Borbé 2016).

Als geeigneter Zeitpunkt für eine Vorausplanung wird von vielen Expertinnen und Experten der zweite stationäre Aufenthalt angesehen, weil viele Menschen bei einem ersten Aufenthalt noch nicht bereit sind, sich mit der Möglichkeit einer wiederkehrenden oder chronischen Erkrankung auseinanderzusetzen. Es werden unterschiedliche Ansichten vertreten, ob die Vereinbarungen besser während eines Klinikaufenthaltes oder erst mit zeitlichem Abstand danach abgeschlossen werden sollten.

Die Idee der Behandlungsvereinbarung stammt aus den angelsächsischen Ländern, wo sie als „Joint-Crisis-Plans“, „Advance Directives“ oder „Treatment Contracts“ bezeichnet werden und schon seit Ende der 1970er Jahre in Gebrauch sind (Rosen 1978). Dort sind sie in aktuell 21 Bundesstaaten der USA und in Großbritannien über den Mental Health Act gesetzlich verankert. In Großbritannien werden Behandlungsvereinbarungen durch die NICE-Guidelines zur Behandlung schizophrener Psychosen empfohlen. Auch in diesen Ländern zeigt sich jedoch, dass zwar ein großes Interesse von Menschen mit psychischer Erkrankung an Behandlungsvereinbarungen besteht (Srebnik et al. 2003), jedoch nur ein kleiner Anteil zum Abschluss gelangt (Swanson et al. 2006a und b). Bis heute zeigen Befragungsstudien, dass Behandelnde im Umgang mit Behandlungsvereinbarungen unsicher sind und deren Abschluss nicht ausreichend implementiert wird (Avila & Leeper 2022, Domingues et al. 2022). Die Haltung zu Vorausplanungen und deren Befolgung ist im deutschsprachigen Raum sowohl bei Betroffenen als auch bei Fachpersonal grundsätzlich positiv (für die CH: Hotzy et al. 2020). Die Umsetzung gestaltet sich international wie auch im deutschsprachigen Raum häufig schwierig: Nur wenige Professionelle sind über Behandlungsvereinbarungen ausreichend informiert (Goulet et al. 2024, Radenbach et al. 2014). Eine retrospektive Studie in einem deutschen Klinikverbund ergab, dass nur 0,4 % der Patientinnen und Patienten eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hatten, wobei 50 % der Patientinnen und Patienten mit Behandlungsvereinbarung solche waren, die noch nie unfreiwillige Aufnahmen oder Zwangsmaßnahmen erlebt hatten (Weide et al 2023). Letzteres wirft die Frage auf, ob die Patientinnen und Patienten, bei denen eine Vorausplanung zur Vermeidung von Zwang am ehesten hilfreich wäre, dieses Angebot bekommen. Zwar gaben zwei Drittel aller psychiatrischen Kliniken an, grundsätzlich Behandlungsvereinbarungen anzubieten, tatsächlich werden jedoch nur sehr wenige abgeschlossen (Grätz & Brieger 2012, Borbé et al.

2012). Als Gründe werden meistens mangelndes Interesse der Patientinnen und Patienten und der hohe Zeitaufwand angeführt. Einige Menschen mit psychischer Erkrankung wünschen sich verbindliche Behandlungsvereinbarungen und sehen diese als Möglichkeit, mehr in die Behandlung einbezogen zu werden, geben aber zu bedenken, dass es mehr Unterstützung bei der Erstellung und Anwendung benötigt (Braun et al. 2023). Zur Verbindlichkeit ist für Deutschland anzumerken, dass die Teile einer Behandlungsvereinbarung, die als Patientenverfügung qualifiziert werden können, gem. § 1827 BGB verbindlich sind. Einschränkungen sind mit Blick auf die Gefährdung Dritter zu berücksichtigen. Es gibt international Versuche, den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung durch Peer Support zu unterstützen (Easter et al. 2017, Tinland et al. 2022). In einer Studie konnten unfreiwillige Aufnahmen durch gemeinsam mit Genesungsbegleitern erstellte Behandlungsvereinbarungen reduziert werden (Tinland et al. 2022).

In Patientenverfügungen in Österreich und der Schweiz können Behandlungen rechtswirksam abgelehnt werden. In Behandlungsvereinbarungen, aber auch in einseitigen Patientenverfügungen in Deutschland besteht zudem die Möglichkeit, in eine bestimmte Form von Behandlungen oder Zwangsmaßnahmen einzuwilligen, die man im einwilligungsunfähigen Zustand vielleicht ablehnt. Diese Sonderform wird auch „Odysseus-Verfügung“ genannt („self-binding directives“, Stephenson et al. 2023). Ein systematisches Review, das über 50 vor allem theoretische Studien einschloss, führte als mögliche Gründe, solche Verfügungen abzuschließen, die Förderung der Patientenautonomie (man kann im einwilligungsfähigen Zustand für sich bestimmen), die Erhöhung von Nutzen und Abwendung von Schaden (z. B. durch Nichtbehandlung oder durch Nebenwirkungen) und die Verbesserung der Beziehungen und die Verringerung von Zwang an. Es wurden aber auch Gründe gegen solche Verfügungen aufgeführt und auf die Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Abschlusses hingewiesen (Stephenson et al. 2023).

Ein Großteil der verfügbaren Evidenz bezieht sich auf die strukturierte Einführung von zweiseitigen Behandlungsvereinbarungen im psychiatrischen Versorgungssystem. Zur Präventionswirkung von einseitigen Patientenverfügungen lagen nur aus einer Studie (Ruchlewska et al. 2014) Daten vor. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass sowohl die Zahl der Zwangseinweisungen als auch die der

Zwangsbehandlungen sich bei der Experimentalgruppe, die eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen hatte, gegenüber der Kontrollgruppe halbierte (Henderson et al. 2004). In einer weiteren prospektiven Studie zeigte sich eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen in der Gruppe mit Behandlungsvereinbarungen (Swanson et al. 2008). Eine frühere Studie (Papageorgiou et al. 2002) hatte diesen Effekt allerdings nicht belegen können, da hier in der Kontrollgruppe ein annähernd gleicher Rückgang von Zwangseinweisungen zu beobachten war. Die Häufigkeit der Wiederaufnahmen war praktisch unverändert geblieben (Henderson et al. 2004). In einer neueren Studie, bei der Betroffene und Leistungserbringer nach der Einführung von Behandlungsvereinbarungen befragt wurden, wurde rückgemeldet, dass sich die Atmosphäre, gemessen mit dem Violence Prevention Climate (VPC) gebessert hatte. Die Anzahl der Isolierungen konnte nicht reduziert werden, es kam aber zu einem leichten signifikanten Rückgang der Dauer auf einer der beiden untersuchten Stationen (Goulet et al. 2024).

In einer retrospektiven Studie (zu Advance Directives) konnten die Aufnahmen, die Zwangseinweisungen und die Dauer der Krankenhausaufenthalte durch Behandlungsvereinbarungen reduziert werden (Khazaal et al. 2009). Dies wurde aber von einem großen multizentrischen RCT (zu Joint Crisis Plans) nicht bestätigt, bei welchem sich die Gruppe mit Behandlungsvereinbarung von der Kontrollgruppe lediglich dadurch unterschied, dass die therapeutische Beziehung als besser eingeschätzt wurde. Die Anzahl der Notaufnahmen und der Aufnahmen insgesamt blieb unverändert, ebenso wie die Dauer der Krankenhausbehandlungen und das Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs (Thornicroft et al. 2013). Allerdings räumen die Autorinnen und Autoren ein, dass die Intervention in etlichen Zentren mangelhaft umgesetzt worden war. In einer multizentrischen Studie, welche verschiedene Vorausverfügungen (Vorausplanungen mit einer Ärztin bzw. einem Arzt, mit Hilfe einer Anwältin bzw. eines Anwalts erstellte Patientenverfügung, keine Vereinbarung) miteinander verglich (peer-facilitated, clinician-facilitated crisis plans), konnte lediglich eine Reduktion der geplanten gerichtlichen Einweisungen erreicht werden, freiwillige und unfreiwillige Notaufnahmen unterschieden sich hingegen nicht signifikant zwischen den Gruppen (Ruchlewska et al. 2014).

Im deutschen Sprachraum wurde in Österreich eine Studie mit Prä-Post-Vergleich mit kleiner Fallzahl publiziert (Rittmannsberger et al. 2006), die eine statistische signifikante Reduktion sowohl der freiwilligen als auch der unfreiwilligen Aufnahmen nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung zeigte. Im Kanton Zürich ist die Verwendung von Krisenkarten Teil eines Präventionsprogramms zur Verhinderung von Zwangseinweisungen. Die Krisenkarten werden in mehrstündigen Sitzungen mit ausführlicher Beratung von den Menschen mit psychischer Erkrankung selbst verfasst. Es zeigte sich, dass Menschen mit einer Vorgeschichte von Zwangseinweisungen eine hohe Bereitschaft hatten, derartige Krisenkarten zu verfassen (Drack-Schönenberger et al. 2016). In einem RCT aus Deutschland wurde in den Gruppen mit Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässen kein Unterschied im Hinblick auf Verweildauer oder Zwangsmaßnahmen gefunden (Rixe et al. 2023). Angesichts der vielfach diskutierten Schwierigkeiten der Erstellung von Behandlungsvereinbarungen könnte daher ein Ansatzpunkt sein, in der Praxis häufiger auf einfachere, kürzere Versionen zurückzugreifen. Da diese Studie zwei potentiell wirksame Interventionen verglich, konnte sie nicht die Frage beantworten, ob Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe wirksamer sind als gar keine Intervention. Weitere Forschung hierzu wäre wünschenswert insbesondere im Hinblick auf Vermeidung von Zwang (Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen) und auf den Verlauf der Erkrankung (Rezidive, Einweisungen, Komplikationen wie aggressives Verhalten).

Zwischen Menschen mit psychischer Erkrankung und Behandelnden ausgehandelte Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne haben sich in einer Metaanalyse, die 13 RCTs einschloss, als wirksam zur Vermeidung von Zwangseinweisungen erwiesen (de Jong et al. 2016). In Erfahrungsberichten wird die Überzeugung geäußert, dass Menschen mit psychischer Erkrankung nach Abschluss einer Behandlungsvereinbarung früher in die Klinik kommen, dass auf Zwangsmaßnahmen häufiger verzichtet werden kann und dass eine Entlassung früher möglich ist (Khazaal et al. 2014). In der Praxis sind verschiedene relativ ähnliche Standardversionen in Verwendung, u. a. auch von der Aktion Psychisch Kranke (APK).

Starke Empfehlung

Instrumente zur Vorausplanung (Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, Krisenpässe u. ä.) können dazu beitragen die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen

Behandelnden und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stärken . Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte soll aktiv die Vorausplanung empfohlen bzw. angeboten werden.

(Henderson et al. 2004, Swanson et al. 2008, Papageorgiou et al. 2002, Khazaal et al. 2009, Thornicroft et al. 2013, Ruchlewska et al. 2014, Rixe et al. 2023)

Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und fehlender Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens, starke Präferenz der Patientinnen und Patienten.

100% Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Starke Empfehlung

Zur Reduktion von Zwangseinweisungen sollen Instrumente der Vorausplanung zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behandelnden ausgehandelt und schriftlich festgehalten werden.

(de Jong et al. 2016)

100% Zustimmung in der Konsensuskonferenz

IX.7 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Zu unterscheiden sind einerseits strukturierte Therapieprogramme in Einzel- oder Gruppentherapie oder gemischtem Behandlungssetting und andererseits situativ erfolgende Interventionen in konkreten Situationen, in denen gewalttätige Eskalationen drohen. Die letztgenannten haben unter dem Begriff „Deeskalation“ eine weite Verbreitung gefunden und werden in Kapitel X.1 dargestellt. In der therapeutische Beziehung und der Beziehung zu den Pflegefachkräften lassen sich ebenfalls Aspekte psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen finden; sie werden in Kapitel IX.3 ausführlich dargestellt.

Bezüglich der Wirksamkeit strukturierter Therapieprogramme liegen ein Cochrane Review (Ali et al. 2015) für Menschen mit Intelligenzminderung und eine systematische Übersichtsarbeit für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Rampling et al. 2016) vor. Alle vorliegenden Studien weisen mehr oder weniger große methodische Probleme auf, z. B. fehlende Randomisierung, ungeeignete Kontrollgruppen, hohe Verlustraten von

Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern, kleine Fallzahlen u. a.. Ein großer Teil der Studien wurde außerdem in forensisch-psychiatrischen Kliniken oder Haftanstalten (mit entsprechend langen Aufenthaltszeiten) oder Einrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderung durchgeführt. Sämtliche in beiden Übersichtsarbeiten eingeschlossene Studien stammen außerdem nicht aus dem deutschsprachigen Versorgungssystem. Eine Aussage zur Wirkung der genannten Verfahren unter Bedingungen der stationären oder ambulanten klinischen Regelversorgung in DACH ist daher nahezu nicht ableitbar. Die vorliegenden Übersichtsarbeiten zeigen jedoch recht gut die Vielfalt der möglichen und bereits erprobten therapeutischen Ansätze.

In dem Cochrane Review über verhaltenstherapeutische und kognitiv-verhaltens-therapeutische Ansätze zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Intelligenzminderung (Ali et al. 2015) wurden sechs Studien mit 309 Teilnehmern bei Populationen von Erwachsenen eingeschlossen. Drei Studien bezogen sich auf Ärger-Management (eine mit Einzel-, zwei mit Gruppentherapien), eine auf Entspannungsverfahren, eine auf Problemlösungstraining und eine auf Achtsamkeit auf der Basis von Meditation. Es ergaben sich teilweise Hinweise auf verbesserte Ärgerkontrolle und eine Verringerung der Häufigkeit aggressiver Vorfälle während der Dauer der Behandlung. Meditation und Entspannungsverfahren zeigten recht gute kurzzeitige Ergebnisse bezüglich der Häufigkeit aggressiver Vorfälle. Eine vergleichende Bewertung unterschiedlicher Verfahren im Hinblick auf die Wirksamkeit ist wegen unterschiedlicher Studiendesigns, Populationen und Ergebnismaße jedoch nicht möglich.

Rampling et al. (2016) schlossen in ihr systematisches Review über nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von Aggression und Gewalt bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen 23 Studien über diverse psychotherapeutische und praktische Interventionen ein, darunter 7 RCTs. Auch diese Studien stammen ausnahmslos nicht aus dem deutschsprachigen Versorgungssystem, überwiegend handelt es sich um Studien an forensisch-psychiatrischen Populationen in Großbritannien, teilweise mit Diagnosen psychotischer Erkrankungen, teilweise auch mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Bedingungen der psychiatrischen Versorgung in Deutschland ist deshalb nur mit großer Vorsicht möglich. Auch hier wiesen die Studien mehr

oder weniger große methodische Schwächen der zuvor genannten Art und teils kleine Fallzahlen auf. Obwohl die Autorinnen und Autoren insgesamt zu der Schlussfolgerung kamen, dass die Evidenz für nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von Gewalt in dieser Population nicht schlüssig sei, dass Langzeitergebnisse fehlten und gute randomisierte klinische Studien erforderlich seien, ergaben sich dennoch einige Hinweise auf die Wirksamkeit und wiederum ist die Vielfalt bereits verfügbarer Methoden und Ansätze von Interesse. Kognitive Verhaltenstherapie kam überwiegend bei Menschen mit den Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen und Psychosen zum Einsatz, allerdings mit unsicherem Erfolg. Einige Studien zeigten signifikante günstige Effekte, wie bspw. ein RCT, das 77 Menschen mit Psychose und aggressivem Verhalten einschloss. Allerdings ergaben sich in anderen Studien auch Hinweisen auf negative Auswirkungen bei einigen Therapieabbrechern mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie (McMurran et al. 2010). Relativ intensiv beforscht wurde das sogenannte Reasoning & Rehabilitation-Programm, das ebenfalls auf kognitiver Verhaltenstherapie basiert und zur Reduzierung der Rückfallgefahr psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter entwickelt wurde. Es erfuhr Modifikationen sowohl für Menschen mit psychotischen Erkrankungen als auch mit ADHS in Großbritannien. Dieses Programm wurde in mehreren Studien evaluiert und zeigte Besserungen sowohl hinsichtlich gewalttätigen Verhaltens als auch entsprechender Einstellungen. Eine methodisch hochwertige Untersuchung des Reasoning & Rehabilitation-Ansatzes durch Cullen et al. (2012) an 48 männlichen Patienten einer forensischen Klinik mit psychotischen Erkrankungen ergab niedrigere Raten von verbaler Aggression und Verstößen während des Freigangs, wobei gerade die Effekte auf die verbale Aggression während der 12 Monate nach Behandlungsende aufrecht erhalten werden konnten. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden, die dem Reasoning & Rehabilitation Programm zugeteilt wurden, hatten die Behandlung aber vorzeitig abgebrochen, obwohl Post-Hoc-Analysen den günstigen Effekt des Verfahrens in den 12 Monaten nach Therapieende bestätigten.

Als Teil der Sozialtherapie von jugendlichen Straftätern in wöchentlichen individuellen Psychotherapiesitzungen und drei Gruppentherapien wurde Reasoning & Rehabilitation mit 35 Doppelstunden, das Violent Offender Therapeutic Program mit 53 Sitzungen und das Sex Offender Treatment Program mit 77 Sitzungen in einer quasi-experimentellen Studie in Berlin evaluiert (Hausam et al. 2022). Für das Rückfallrisiko von Gewalt- und Sexualstraftaten konnte

kein signifikanter Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe gefunden werden, im Gegensatz zu schwachen Effekten von Ausbildungs- und Beschulungsmaßnahmen.

Eine kleine Studie wurde an acht männlichen forensischen Patienten mit dialektisch-behavioraler Therapie durchgeführt, wesentliche Effekte auf gewalttätiges Verhalten konnten nicht nachgewiesen werden (Evershed et al., 20023). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramme zur Ärgerkontrolle wurden ebenfalls in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt ohne statistische Hinweise auf ihre Wirksamkeit (Rampling et al, 2016). Eine quasi-experimentelle Studie aus Japan (Kinoshita & Shimosato, 2021) verfolgte den Ansatz des Comprehensive Violence Prevention and Protection Program (CVPPP) zur Ärgerkontrolle von Mitarbeitenden, den sie in der Interaktion mit aggressiven Patientinnen und Patienten erlebt hatten. Nach einem Monat zeigte sich beim Pflegepersonal, das am CVPPP teilgenommen hatte, eine signifikante Verbesserung des Ärgers und der Einstellung gegenüber Patienten, die sich aggressiv verhielten, was auch mit den individuellen Eigenschaften der Pflegefachkräfte (z. B. selbstbestätigende Tendenzen) in Zusammenhang stand.

Um das Risiko aggressiven und gewalttätigen Verhaltens von jungen Erwachsenen in frühen Episoden der Schizophrenie zu vermindern, wurde die Psychological Intervention for Complex PTSD and Schizophrenia-Spectrum Disorder (PICASSO) entwickelt und von Rolin et al. (2024) untersucht. Die Befragung zur Einstellung gegenüber dem Programm vonseiten der Behandelnden und Behandelten in einem spezialisierten Frühinterventionszentrum für Menschen mit schizophrenen Psychosen ergab zwar, dass sich PICASSO durchaus umsetzen ließe, der Umfang von 25 Stunden allerdings ein großes Hindernis für die angesprochene Klientel darstelle. Der Ansatz, aggressive Impulse durch eine verhaltenstherapeutische Intervention unter Kontrolle zu bekommen, wurde von den möglichen Teilnehmenden als vielversprechend angesehen. Insbesondere die proaktive Intervention aggressiven Verhaltens, bevor es zu einem unerwünschten Vorfall kommt, stieß auf großen Anklang bei den befragten Patienten, Behandelnden und Peerbegleitern. Eine Umsetzung von PICASSO wird derzeit vorbereitet (Rolin et al., 2024).

Zwei kleine Studien im Review von Rampling et al. (2016) untersuchten die Wirksamkeit von Schematherapie bei forensisch-psychiatrischen Populationen ohne konsistente Ergebnisse. Günstige Ergebnisse, auch im Follow-up nach drei Monaten, berichtete eine vierarmige Studie mit 90 chronisch psychisch kranken Teilnehmerinnen und Teilnehmern und 10 wöchentlichen Gruppensitzungen bei der Gruppe von 24 Patientinnen und Patienten, welche eine Pferde-gestützte Therapie mit dafür ausgebildeten Pferden erhalten hatten (Nurenberg et al. 2015). Nur zwei Studien untersuchten speziell weibliche Populationen; keine konnte eine Wirksamkeit nachweisen. Auch für psychosoziale Maßnahmen wie Wohnunterstützung (supported housing) konnte eine Wirksamkeit auf aggressives Verhalten, möglicherweise aufgrund methodischer Schwächen, nicht nachgewiesen werden.

Eine neu aufgelegte systematische Literatursuche zu nichtpharmakologischen Interventionen zur Risikosenkung von Gewalt bei forensischen Patienten mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (Slamanig et al. 2021) ergab 10 Studien, die aufgrund ihrer Heterogenität nicht zusammen in einer Meta-Analyse ausgewertet werden konnten. Darüber hinaus erlaubten methodische Schwächen der eingeschlossenen Studien (z. B. die fehlende Verblindung in RCTs, die psychotherapeutische oder komplexe Interventionen untersuchen) nur eingeschränkte Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der untersuchten Verfahren. 2 von 3 der eingeschlossenen RCTs zu kognitiv-behavioralen Verfahren wiesen eine sehr niedrige Qualität auf, während die meisten anderen Studien Prä-Post-Studien ohne Kontrollgruppe oder Beobachtungsstudien waren, die Hinweise auf die Wirksamkeit der untersuchten Interventionen liefern können, aber keine kausalen Schlussfolgerungen diesbezüglich zulassen. Lediglich die Studie von Ahmed et al. (2015), die ein kognitives Remediationsprogramm an 42 Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie aus forensischen und allgemeinpsychiatrischen Behandlungssettings in einem unverblindeten RCT untersuchte, sei hier aufgrund ihrer moderaten Qualität erwähnt. Die Teilnehmenden, die an dem computerbasierten Remediationsprogramm zur Schulung ihrer neurokognitiven Fähigkeiten und Funktionen in 50 Stunden über 3 Wochen teilgenommen hatten, zeigten noch 20 Wochen nach Beendigung des Programms deutlich geringere Aggressionslevel als die Teilnehmenden der Kontrollgruppe, was angesichts der geringen Stichprobengröße des RCTs allerdings mit Vorsicht zu betrachten ist.

Aus einer forensisch-psychiatrischen Einrichtung in den USA wurde ein sehr komplexer, im weiteren Sinne verhaltenstherapeutischer Ansatz („Positive Behavioral Support“) beschrieben, welcher ähnlich wie die komplexen Interventionen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen viele Aspekte von der Gestaltung der Umwelt über Trainingsmaßnahmen, Verwendung von Daten und eigentliche verhaltenstherapeutische Techniken bis hin zur Implementierung eines zusätzlichen Spezialistenteams bündelt (Tolisano et al. 2017). Eine Pilotstudie von Carr und Hillbrand (2022) untersuchte die Implementierbarkeit von Positive Behavioral Support bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die wegen einer Straftat verurteilt oder angeklagt waren. Positive Behavioral Support hatte den Ergebnissen zufolge einen positiven Einfluss auf die Verringerung der Häufigkeit und Schwere von aggressivem Verhaltensweisen und damit auf die Verringerung des Kontakts mit Strafverfolgungsbehörden.

Eine neuere Prä-Post-Studie (Carr, Hamlett & Hillbrand 2025) mit 26 Psychiatriepatienten über einen Zeitraum von 3,5 Jahren fand einen Rückgang von 85 % bei der verbalen Aggression (gemessen mit der Overt Aggression Scale) und eine Verringerung der Fremdaggression um 60 %. Inwiefern sich die gemessenen Veränderungen auch auf Verhaltensebene und bei einer größeren Stichprobe zeigen, muss Teil zukünftiger Forschung sein, bevor belastbarere Aussagen über die Wirksamkeit von Positive Behavioral Support getroffen werden können.

Ein unverblindetes RCT evaluierte das Impulsive Lifestyle Counselling (ILC) an einer Stichprobe von Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die sich zum Zeitpunkt der Teilnehmendenrekrutierung wegen einer Substanzabhängigkeit in Behandlung befanden (Hesse, Palaco-Gonzalez & Thylstrup, 2022). Bei ILC handelt es sich um ein sechs Sitzungen umfassendes Psychoedukationsprogramm, das sich auf die Sensibilisierung für maladaptive antisoziale Verhaltensweisen konzentriert, indem den Patienten psychologische Konzepte von Verhaltens- und Entscheidungsstilen und Konsequenzen von impulsivem Verhalten nähergebracht werden. Die sechs Sitzungen des ILC-Programms behandeln Themen im Zusammenhang mit antisozialem Verhalten, darunter ein vereinfachtes Trigger-Aktion-Konsequenz-Modell, Werte, die impulsive Handlungen verstärken oder verringern, wie soziale Kontakte Lebensstiländerungen unterstützen oder behindern können, sowie eine Auffrischungssitzung, in der Patient und Therapeut die Sitzungen zusammenfassen und die zukünftige Arbeit an Lebensstiländerungen besprechen. Die Datenauswertung ergab ein geringeres Risiko von Gewalt- oder Eigentumsdelikten der Interventionsgruppe im Vergleich

zur Kontrollgruppe. Allerdings hatte die Behandlung keinen Einfluss auf die Häufigkeit von Drogenkriminalität und Fahren unter Drogeneinfluss. Trotz methodischer und konzeptioneller Schwächen zeigt die Studie das Potential des ILC auf, gerade auch angesichts des geringen Behandlungsumfangs der Intervention.

Die Integration einer achtsamkeitsbasierten Therapie in die Gruppentherapie im stationär psychiatrischen Setting, um Gewalt mit Verletzungsfolge zu verringern, evaluierten Brooke und Wisotzkey (2025) in einem gemischten experimentellen Design. Klinikmitarbeitende wurden in der Achtsamkeitsmethode „Brief Intentional Grounding" geschult und setzten diese zweimal täglich in der Gruppentherapie in zwei verschiedenen akuten psychiatrischen Abteilungen um. Die Studie ergab, dass die Anwendung des Verfahrens über einen Zeitraum von sechs Monaten zu einer signifikanten Verringerung der Gewalt mit Verletzungsfolge am Arbeitsplatz im Vergleich zum Stand bei Studienbeginn führte. Die qualitativen Befragungen zeigten eine signifikante Verbesserung der Emotionsregulation und der Fähigkeit zum Stressmanagement bei den Patienten und des Wohlbefindens der befragten Mitarbeitenden.

Marino et al. (2025) untersuchten einen kunsttherapeutischen Ansatz, um das Risiko von Aggressionen und Gewalt auf 13 allgemeinpsychiatrischen Stationen zu senken. Personen aus der Kreativwirtschaft (z.B. bildende Künstler, Zeichner und Schriftsteller) wurden dazu eingeladen, zusammen mit dem Stationspersonal und den Patienten innerhalb eines 12-Monatszeitraums gemeinsame Kunstprojekte auf den Stationen zu planen, umzusetzen, zu bewerten und weiterzuentwickeln. Während der Projektlaufzeit erfuhren teilnehmende Stationen einen deutlichen Rückgang der Aggressionslevel von Patienten und von freiheitseinschränkenden Maßnahmen im Vergleich zu den Stationen der Kontrollgruppe.

Eine norwegische Studie (Askeland et al., 2021) untersuchte ein Gewalt-fokussiertes integratives Psychotherapieverfahren in Kliniken, die sich auf die Behandlung von Gewalt in Partnerschaften spezialisiert hatten. Nach der Therapie berichteten die Teilnehmenden, weniger Gewalt in der Partnerschaft anzuwenden, was die Partnerinnen teilweise bestätigten. Darüber hinaus berichteten Therapieteilnehmende geringere Level psychischer Belastungen. Je mehr Therapiestunden Teilnehmende abgeschlossen hatten, desto seltener kam es zu körperlicher Gewalt nach Therapieende. Während die körperlichen Übergriffe durch die

Gewalt-fokussierte Psychotherapie zurück ging, blieb psychische Gewalt, die von Teilnehmenden als häufigste Gewaltform berichtet wurde, nach der Therapie weiterhin bestehen. Da sich das therapeutische Angebot in erster Linie nicht an Patienten mit psychischen Erkrankungen richtete, sind die Ergebnisse nicht auf Menschen mit psychischen Erkrankungen übertragbar. Von einer Untersuchung der Wirksamkeit der Gewalt-fokussierten integrativen Psychotherapie in psychiatrischen Settings würde die Evidenz profitieren.

Ein neuerer Ansatz verfolgt das Ziel, Kompetenzen, die in der Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) erlernt wurden (siehe auch positive Befunde zur Re-ART (Hoogsteder et al., 2018; Schippers et al., 2020), in alltägliches Verhalten zu übersetzen, indem das Erlernte mittels Virtual Reality Technologie (VR) in Rollenspiel-ähnlichen Simulationen erprobt wird (van Wolffelaar et al., 2024). Einerseits bietet dieser Ansatz einen sicheren Rahmen zur Übung des Patienten und andererseits eine realitätsnahe Umgebung, die den Unterschied zwischen Therapieraum und Alltagssituationen minimieren soll. Bisherige Studien zum Abbau aggressiver Tendenzen mittels VR-Therapie wie das RCT von Klein Tuente et al. (2020), das auf die Prävention aggressiver Vorfälle bei Patientinnen und Patienten aus der forensischen Psychiatrie abzielte, konnten zwar Verbesserungen nach Ende der Therapie zeigen (z. B. in selbstberichteter Aggression, Gefühlen der Feindseligkeit oder der Fähigkeit zur Ärgerkontrolle), diese Effekte konnten aber in den Monaten nach Ende der Therapie nicht aufrechterhalten werden.

Neben Fragen nach der Wirksamkeit der psychotherapeutischen und psychosozialen Verfahren zur Verminderung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens, stellen Straythorn, Faraone und Zhang-James (2025) die Frage, wie zugänglich diese Verfahren für die Patientiennen und Patienten sind, die einen Behandlungsbedarf haben. Sie zeigten in einer Untersuchung, dass lediglich 25 % der Patientinnen und Patienten mit wiederkehrender aggressiver Symptomatik im Rahmen einer Impulskontrollstörung („Intermittent Explosive Disorder“) überhaupt in Behandlung sind. Außerdem geht der Großteil der psychotherapeutischen Ressourcen an den kleinen Teil, in dem laut den Autorinnen Behandelnde den höchsten Behandlungsbedarf sehen und in der Lage sind, eine psychotherapeutische Behandlung über eine mittlere zweistellige Anzahl an Sitzungen abschließen zu können. Obwohl die Befunde berechtigterweise die Suche nach

psychotherapeutischen und psychosozialen Lösungen jenseits der etablierten Maßnahmen zur Verminderung aggressiven Verhaltens fordern, sind sie nicht über die untersuchte Zielgruppe hinaus generalisierbar. Denn Menschen mit anderen Störungen, die mit aggressivem Verhalten in Verbindung stehen, z. B. psychotische Störungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die in dieser Studie nicht betrachtet werden, kommen in Mitteleuropa in der Regel in stationären Behandlungssettings in Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem (wenn teilweise auch unter Einsatz von unfreiwilligen Einweisungen).

Schwache Empfehlung

Strukturierte Trainingsprogramme in Einzel- oder Gruppensettings können zur Behandlung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens bei unterschiedlichen psychischen Störungen eingesetzt werden.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: inkonsistente Ergebnisse, keine Studien aus dem deutschen Versorgungssystem

(Rampling et al. 2016; Slamanig et al. 2021)

IX.8 „Community Treatment Orders“ (Ambulante Behandlungsanordnungen/-weisungen)

Maßnahmen zur Überwachung und Kontrolle der Fortführung einer Behandlung sind vor allem aus dem Bereich der forensischen Psychiatrie, also des Maßregelvollzugs (Maßnahmenvollzugs) bekannt. Hier in Form einer Therapieweisung, was sowohl die medikamentöse als auch eine psycho- oder sozialtherapeutische Behandlung umfassen kann. Die Weisung kann durch ein Gericht erfolgen. Die Nichteinhaltung ist allerdings nicht strafbewehrt; es geht um medizinische Überwachung. Sie dient der Förderung der Behandlungsmotivation und dem frühzeitigen Erkennen einer erneuten Krise oder Verschlechterung des Gesundheitszustands und somit der Risikominderung. In der Schweiz hingegen besteht die eigenständige Möglichkeit über § 63 StGB-CH eine ambulante Therapie durchzuführen, wobei unter ambulanter Therapie auch die Therapie innerhalb der JVA verstanden wird.

Außerhalb der forensischen Psychiatrie finden sich in den sog. ambulanten Behandlungsanordnungen, im englischen „Community Treatment Orders“, ähnliche Ansätze. Ambulante Behandlungsanordnungen (oder ambulante Behandlungsweisungen) sollen die Kontinuität einer psychiatrischen Behandlung (zumeist mit regelmäßigen Kontakten zu gemeindepsychiatrischen Diensten und der Verabreichung von Antipsychotika) jenseits einer stationären Akutbehandlung sicherstellen. In rund 75 Ländern werden derartige Anordnungen praktiziert, wobei Art und Ausmaß der Anordnungen variieren (Mikellides, Stefani und Tantele, 2019; Wissenschaftlicher Dienst des Deutscher Bundestag, 2024). Es existieren Modelle mit Klinikentlassung unter Auflagen der Nachbehandlung und Überwachung einschließlich der Möglichkeit zur erneuten stationären Aufnahme; andere Modelle sehen ambulante Zwangsbehandlungen vor. In den meisten Ländern ist eine ambulante Medikation unter Zwang allerdings nicht zulässig (Wissenschaftlicher Dienst des Deutscher Bundestags, 2024). Auch in Deutschland und Österreich gibt es dafür, abgesehen von forensisch-psychiatrischen Ambulanzen zur Nachsorge, bisher keine gesetzliche Grundlage. In der Schweiz besteht über Art. 437 ZGB eine Ermächtigungsgrundlage für die Kantone, ambulante Behandlungsweisungen vorzusehen; die Ausgestaltung selbst ist sodann kantonales Recht. Nach § 37 Abs. 3 EG KESR Ergänzungsgesetz zum Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz sind ambulante Maßnahmen, die von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) angeordnet werden, nicht vollstreckbar; sie können also nicht gegen den Willen der Person durchgesetzt werden.

Befürworter sehen in derartigen Maßnahmen die Möglichkeit, insgesamt weniger Zwang zur Anwendung zu bringen und stationäre Zwangsbehandlungen zu verkürzen und nicht zuletzt bei einer Gruppe mit rezidivierend gewalttätigem Verhalten und fehlender Medikamentenadhärenz Straftaten und eine Zuweisung in die forensische Psychiatrie zu verhindern (Kisely, McMahon und Siskind, 2023, Steinert 2024). Gegner befürchten hingegen, dass eine Ausweitung der Möglichkeit des Einsatzes von Zwang in den ambulanten Bereich hinein zu einer verfassungsrechtlich bedenklichen Senkung der Eingriffsschwelle und insgesamt zu einer weiteren Zunahme von Zwang führen könnte (Brophy et al., 2021, Zinkler et al. 2024).

Die Evidenz ist gemischt (Kisely, Mc, Mahon und Siskind, 2023, Weich et al., 2020, Kisely et al., 2025). Die Vielzahl verschiedener Ansätze und Modelle erschwert die Synopsis der

wissenschaftlichen Literatur (Barnett et al., 2018). Grundsätzlich kann kritisch diskutiert werden, dass hochwertige randomisierte Studien wie die wegweisende Arbeit von Burns et al. (Burns et al., 2013) eine informierte Zustimmung der teilnehmenden Patienten erfordern, eine Voraussetzung, die gerade bei der Kerngruppe der intendierten Population vermutlich nur selten zu erreichen sein dürfte. Weil eine Wiedereinweisung in die Klinik die maßgebliche Option bei derartigen Behandlungsauflagen ist, kann auch in Zweifel gezogen werden, ob dies zugleich auch das maßgebliche Outcome sein sollte. Eine Meta-Analyse auf der Basis von 16 Studien aus Australien und Neuseeland (Kisely, McMahon und Siskind, 2023), zwei Ländern mit den höchsten Anwendungsraten von ambulanten Behandlungsanordnungen, konnte keinen signifikanten Effekt der Anordnungen auf die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen oder die Aufenthaltsdauern in psychiatrischen Kliniken im Jahr nach der Anordnung finden. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass die Evidenz auf erst in längeren Zeiträumen wirkende Effekte der Anordnungen (etwa frühestens ab 2 Jahren) hindeutet. Damit steht sie im Widerspruch zu Befunden aus einer englischen Studie (Weich et al., 2020), die eine leicht höhere Wiedereinweisungsrate bei Patientinnen und Patienten mit Behandlungsanordnung zeigte. Die genannte Übersichtsarbeit von Kisely et al. (2023) konnte demographische Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit einer Anordnung zur ambulanten Behandlung identifizieren: So waren männliches Geschlecht, lediger Zivilstand und die Abwesenheit beruflicher oder privater Verpflichtungen Faktoren, die gehäuft mit ambulanten Behandlungsanordnungen assoziiert waren. Eine Übersichtsarbeit über die Wirkung von CTOs in Kanada ergab, dass sich Wiederaufnahmeraten reduzierten und sich die Adhärenz an die ambulante Behandlung und die Teilhabe verbesserten, ohne dass der wahrgenommene Zwang zugenommen hätte. Allerdings wurde die Sicherheit der Evidenz als sehr gering eingeschätzt, da die Studien sehr klein waren und nur zwei der neun eingeschlossenen Studien eine Kontrollgruppe hatten (Kisely et al. 2025b).

Im Hinblick auf langfristige Sozialkontakte, die ambulante Behandlungsanordnungen ermöglichen sollten, zeigten sich ebenfalls widersprüchliche Ergebnisse. Während Vergunst et al. (2017) keine langfristigen Verbesserungen der Sozialkontakte bei Patientinnen und Patienten unter Behandlungsanordnungen fanden, konnten Kisely et al. (2023) eine Erhöhung der Kontakte dieser Gruppe auch noch im 2-Jahres-Zeitraum nach der Behandlungsanordnung identifizieren. Außerdem liefern Studien vereinzelt Hinweise für ein geringeres Risiko für

Patientinnen und Patienten, Opfer von Gewalt oder gewaltlosen Straftaten zu werden, wenn eine ambulante Behandlung angeordnet wurde (Kisely, Campell und O'Reilly, 2017; Rugkåsa und Burns, 2017).

Eine neuere Meta-Analyse (Kisely et al., 2025) verglich Berichte über gewalttätiges Verhalten und die Häufigkeit des Kontakts mit Strafverfolgungsbehörden bei Patienten mit einer angeordneten Behandlung und freiwillig Behandelten. Sie schlossen dabei 13 Studien ausschließlich aus Australien und den USA ein. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen nach Ende der Behandlungen festgestellt werden, insbesondere bei den randomisierten kontrollierten Studien von hoher Qualität. Die Autoren folgerten, dass gewalttätiges Verhalten vermutlich stärker durch Umgebungsvariablen wie das soziale Umfeld und Substanzmissbrauch verursacht wird, auf die die Auflagen keinen Einfluss haben. Demgegenüber wurden forensisch-psychiatrische Institutsambulanzen, die eine spezifische Gruppe von Menschen mit psychischer Erkrankung mit früheren Straftaten gemäß Behandlungsauflagen betreuen, positiv evaluiert. Die Behandlung dort führte zu einer signifikant verminderten Rückfallhäufigkeit (Osterheider 2016).

Die Evidenz zu Vorteilen gemeindenaher Behandlungsanordnungen gegenüber Zwangseinweisungen ist demnach bestenfalls heterogen und Studienautoren empfehlen einen zurückhaltenden Umgang damit (Kisley et al. 2023, Mikellides 2019). Dabei sollte die interindividuell sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Anordnung vonseiten der Patientin oder des Patienten berücksichtigt werden, die im breiten Spektrum zwischen „Mittel zu Zwang und Kontrolle" bis hin zu einem „sicheren Netz" liegen kann (Corring, O'Reilly und Sommerdyk, 2017; Goulet et al., 2020). In Deutschland, Österreich und in der Schweiz kommen sie bisher außerhalb der forensischen Psychiatrie nicht zur Anwendung (dort in Form von Therapieweisungen).

X. Handlungsempfehlungen für die psychiatrische Klinik

X.1 Kommunikations- und Sicherheitstrainings

Aggressives Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen spielte lange Zeit in der Fachweiterbildung für Ärztinnen und Ärzte sowie in der Ausbildung für Pflegende eine lediglich marginale Rolle. Es existierten keine standardisierten Ausbildungsmodule, die

Mitarbeitende psychiatrischer Einrichtungen adäquat auf diese Problematik vorbereiteten. Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich Schulungsprogramme zur Prävention und Bewältigung aggressiven Verhaltens etabliert. In den 2000er Jahren wurden diese zudem den spezifischen Bedürfnissen von Auszubildenden und Studierenden angepasst (Nau et al. 2009 und 2010). Eine Umfrage unter deutsch- und englischsprachigen pflegerischen Stationsleitungen ergab, dass auf 91 % der englischen, 68 % der deutschen und 60 % der schweizerischen Stationen eine Schulung zum Umgang mit Gewalt durchgeführt wird (Lepping et al. 2009). In Deutschland ist diese Rate seitdem weiter angestiegen: Bei einer Onlinebefragung psychiatrischer Kliniken gaben 86 von 88 Kliniken an, ihre Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken zu schulen (Steinert et al. 2014).

X.1.1 Inhalte von Trainingsmaßnahmen

Die Integration von Deeskalation und körperlichen Abwehr-/Sicherungstechniken kann gegenwärtig als das empfohlene Vorgehen bezeichnet werden. Die Kombination von deeskalierenden Maßnahmen und körperlichen abwehrenden/sichernden Interventionen folgt den zeitlichen Abläufen einer Gewaltsituation im Gesundheitswesen (Breakwell 1998). In der überwiegenden Zahl der Gewaltsituationen kann von einer Eskalationsphase ausgegangen werden, die anhand von Hinweisen wie Agitiertheit, Feindseligkeit, verbaler Aggression, Verringerung der Körperdistanz und Ähnlichem potentiell identifiziert werden kann.

Deeskalationstechniken

Eine erste Übersichtsarbeit über Deeskalationstechniken aus verschiedenen professionellen Bereichen beschrieb die folgenden Aspekte (Richter 2006): Stress- und Ärger-Management, Grundregeln der Deeskalation (frühzeitige Intervention, Zeitgewinn, Fairness etc.), nonverbale Kommunikationstechniken (Körpersprache, Mimik, Gestik), verbale Deeskalationstechniken (Aktives Zuhören, Verzicht auf Provokationen, Stärkung des Selbstwertgefühls etc.).

<u>Grundregeln der Deeskalation</u>

Das Ziel der Deeskalation in psychiatrischen Einrichtungen ist die Vermeidung aggressiver Auseinandersetzungen zwischen Patientinnen und Patienten und zwischen Mitarbeitenden

und Menschen mit psychischen Erkrankungen. Nach Hücker (1997) sind dabei folgende Aspekte relevant:

1. Umgang mit eigenen Emotionen (die Entwicklung emotionaler Stabilität),

2. Rollendistanz (die Reflexion und ggf. Modifikation von Normen und Anforderungen, die mit dem Beruf behaftet sind, z. B. Rigidität bei der Anwendung von Regeln),

3. Empathie/Perspektivenwechsel (das Einfühlen in die andere Seite, die andere Sichtweise nachvollziehen können),

4. Ambiguitäts-Toleranz (die Fähigkeit, in Konfliktsituationen abweichende Positionen auszuhalten).

Stress- und Ärger-Management

Eine der relevanten Interventionen besteht im Stressmanagement der Mitarbeitenden. Beschäftigte in psychiatrischen Einrichtungen sollten lernen, den eigenen Stress und den eigenen Ärger, der im Rahmen emotional aufgeladener Situationen entstehen kann, rechtzeitig zu erkennen und zu kontrollieren. Selbst-Instruktionen können ein Weg sein, diesen Ärger zu regulieren, beispielsweise: „Dieser Patient ärgert mich, aber ich bleibe ruhig und bin in der Lage, die Situation zu bewältigen“ (Nay 2004). In einigen Programmen wurden neben Mitarbeitenden auch die Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst im Umgang mit Ärger geschult, um eine aggressive Eskalation kritischer Situationen zu vermeiden (Dixon et al. 2022, Visalli und McNasser 2000, Putkonen et al. 2013).

Verbale und nonverbale Interventionen

Angesichts der vielfältigen psychiatrischen Behandlungs-Settings können an dieser Stelle nur orientierende Hinweise zu konkreten Interventionstechniken gegeben werden.

Die eskalierende bzw. deeskalierende Wirkung der Mitarbeitenden in angespannten Situationen wird durch eine Reihe von Faktoren geprägt. Die nonverbale Kommunikation ist dabei genauso wichtig wie die expliziten verbalen Interventionen (Ekman 1993). Nonverbale Kommunikation wird im Wesentlichen über die Mimik und Gestik ausgedrückt. Die Körperhaltung, einschließlich des Kopfes, spielt dabei eine große Rolle. Beispielsweise haben

gesenkte Arme und offene Handflächen generell eine eher positive Ausstrahlung als der erhobene Arm.

Verbale Deeskalationstechniken haben zum Ziel, die emotionale Anspannung aus der Situation zu nehmen. In diesem Zusammenhang spielen die Lautstärke sowie die Tonhöhe eine nicht zu unterschätzende Rolle; beides wird – wie Mimik und Gestik – eher unbewusst gesteuert. Der bewussten Kontrolle eher zugänglich sind konkrete Äußerungen. Dabei geht es um eine Kommunikation, die das Selbstwertgefühl und das Vertrauen der anderen Person eher befördert, indem signalisiert wird, dass die emotionale Botschaft und die dadurch mitgeteilte Sorge oder Befürchtung ernst genommen und möglicherweise geteilt wird und dass die Anwendung jeder Form von Zwang bedauert wird. Sicherheitgeben, Validieren, Klarifizieren und Containen können hierbei hilfreiche Kommunikationsstrategien darstellen.

Ein Instrument (English Modified De-Escalating Aggressive Behaviour Scale, EMDABS), das entwickelt wurde, um die Fähigkeiten zur Deeskalation von Mitarbeitenden zu beurteilen, nennt sieben Komponenten, die für eine erfolgreiche Deeskalation wichtig sind. Die aufgeführten Verhaltensweisen wurden mittels eines Literaturreviews aus 19 evaluierten Programmen zur Deeskalation zusammengestellt (Mavandadi et al. 2016). Dabei handelt es sich konkret um

- Wertschätzen des Gegenübers: aktives Zuhören, Interesse zeigen, Nicken, zum Weitersprechen ermutigen, verständnisvoll und empathisch kommunizieren, Gefühle des Gegenübers validieren, eigene Sorgen ausdrücken, abwertende, überhebliche, verniedlichende oder bagatellisierende Äußerungen vermeiden
- Ruhe bewahren: mit leiser und ruhiger Stimme sprechen, nicht zu schnell sprechen, wichtige Dinge wiederholen und zusammenfassen, eigene Gefühle kontrollieren und selbstsicher auftreten
- Angst beim Gegenüber reduzieren: hohe Anforderungen vermeiden, Versprechungen und Drohungen vermeiden, Hilfe anbieten, Ich-Botschaften verwenden, gemeinsam positive Ziele definieren wie die Besserung des Zustandes, Hoffnung vermitteln
- Wünsche und Ängste erfragen: Gründe für Wut oder aggressives Verhalten, Emotionen und Kognitionen erfragen, Verständnis zeigen

▪ Lösungen ausarbeiten: Auswahlmöglichkeiten anbieten, zu Kooperation ermutigen, Kompromisse und beste Lösung für alle Beteiligten finden, flexibel sein, unterschiedliche Sichtweisen akzeptieren, Machtkämpfe vermeiden

▪ Sicherheit schaffen (bzw. Risiken vermeiden): Abstand halten, Gegenüber nicht umzingeln, Möglichkeiten zum Verlassen der Situation schaffen (Position zur Tür)

▪ dem Gegenüber eine gemeinsame Haltung anbieten: Alternativen zu aggressivem Verhalten aufzeigen, Interventionen zur Entspannung und Ablenkung anbieten

Expertenkonsens

Folgende Regeln haben sich als sinnvoll herausgestellt:

▪ Deeskalation soll durch eine Haltung vermittelt werden, die Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness signalisiert.

▪ Deeskalation soll durch eine strukturierte Risikoabschätzung begleitet werden (unter Berücksichtigung von Symptomatik, Vorgeschichte, Substanzkonsum und situativen Faktoren).

▪ Risikoeinschätzungen und Interventionen sollen möglichst im Team abgesprochen werden.

▪ Deeskalation hat das Ziel, die Situation zu kontrollieren, aber nicht die Patientin oder den Patienten zu kontrollieren.

▪ Deeskalation ist am erfolgversprechendsten, wenn sie als frühe Intervention erfolgt.

▪ Ein zentrales Mittel der Deeskalation ist der bewusste Zeitgewinn durch verlangsamte Kommunikation, bedachte Entscheidungsfindung und Einbeziehung des Teams.

▪ Deeskalierende Maßnahmen sollen mit dem notwendigen Selbstvertrauen und der entsprechenden Sicherheit vorgenommen werden, ohne jedoch provozierend zu wirken.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Die Selbstregulation von Mitarbeitenden soll geschult werden, indem ihre Kompetenz zum Stressmanagement und der Emotionsregulation gestärkt wird. Dabei sollen die Mitarbeitenden reflektieren, wie sich ihre Haltungen, Wahrnehmungen, Reaktionen auf und die emotionale Bewertung von Stress, Wut und Aggressionen auf Menschen in ihrer Arbeitsumgebung auswirken.

Adaptation NAGS-Leitlinie (NAGS 2024)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Körperliche Abwehrtechniken

Die Techniken zur Selbstverteidigung wurden an die spezifischen Bedürfnisse im Gesundheitswesen und Einrichtungen der Behindertenhilfe angepasst. Die spezifischen Bedürfnisse bestehen im Wesentlichen darin, die körperliche Abwehr ohne Schmerzzufügung oder gesundheitlichen Schaden für die betroffene Personen durchzuführen.

Folgende Körpertechniken werden beschrieben (Fuchs 1998; Mason und Chandley 1999; Richter et al. 2001; Wesuls et al. 2003; Wright 2003, NICE 2015):

- Befreiungstechniken (z. B. aus Umklammerung)
- Abwehrtechniken (gegen Tritte und Schläge)
- Immobilisationstechniken (hierbei sollten Techniken zum Einsatz kommen, die keinen Schmerz / gesundheitlichen Schaden erzeugen)
- Fixierungstechniken
- Isolierungstechniken
- Haltetechniken

X.1.2 Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende

Es liegen mehrere systematische Reviews zur wissenschaftlichen Evaluation von Trainingsprogrammen vor (Richter und Needham 2007, Livingston et al. 2010, Price et al. 2015). Ein aus der Schweiz stammendes Review, das Trainingsprogramme in Psychiatrie und Behindertenhilfe untersuchte, schloss insgesamt 39 Studien bis 2004 ein, davon drei RCTs (Needham et al. 2005a, Phillips und Rudestam 1995, Smoot und Gonzales 1995), zwölf weitere kontrollierte Studien und 23 Prä-Post-Vergleiche (Richter und Needham 2007). Livingston und Kollegen schlossen hingegen nur Arbeiten aus psychiatrischen Kliniken und nur solche in englischer Sprache ein. Insgesamt wurden 29 Studien eingeschlossen, davon 14, die nicht bei Richter- und Needham 2007 enthalten waren (eine prospektive Kohortenstudie, 7 Prä Post-Vergleiche, 2 Zeitreihenanalysen und 4 Beobachtungsstudien ohne Vergleich und statistische Testung). Teilweise handelt es sich dabei auch um Patiententrainings oder um komplexe

Interventionen, die neben Trainings für Mitarbeitende auch andere Interventionen enthalten, um Zwang, Gewalt, Verletzungen beim Personal und andere Endpunkte positiv zu beeinflussen.

Price und Kollegen evaluierten Trainingsprogramme nicht in Hinblick auf klinische Endpunkte, sondern in Hinblick auf den Lernerfolg der Teilnehmenden. Das Review schloss 12 kontrollierte Studien, 23 prospektive Studien ohne Kontrollgruppe und drei retrospektive Fall-Kontroll-Studien ein. 12 Studien waren noch nicht in die beiden älteren Reviews eingeflossen. Positive Effekte ergaben sich auf das Wissen der Mitarbeitenden und ihre Zuversicht, mit Aggressivität adäquat umgehen zu können, sowie auf die Leistungen der Mitarbeitenden in Deeskalationsübungen während der Trainings. Ebenso wie in den beiden erstgenannten Reviews blieben die Ergebnisse in Bezug auf Übergriffe, Verletzungen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im klinischen Alltag uneindeutig (Price et al. 2015).
In den Kapiteln Prävention (Kapitel 10) und evidenzbasierte Interventionen zur Reduktion freiheitsbeschränkender Maßnahmen (Kapitel 15) findet sich weitere Evidenz zur Prävention von Gewalt und Zwang durch die gezielte Schulung von Mitarbeitenden, die teilweise auch Komponenten komplexer Behandlungsprogramme zur Reduktion von Gewalt und Zwang sind. Für das vorliegende Kapitel sowie das Kapitel 15 wurden eigene systematische Reviews zur Aktualisierung der Evidenz durchgeführt. Im Zuge dieser Reviews wurden weitere Studien gefunden, die gezielt Mitarbeitendentrainings untersuchten, davon mehrere systematische Übersichtsarbeiten (Barbui et al., 2021, Hirsch & Steinert 2019, McDonnell et al. 2023, Ye et al., 2018), RCTs (Celofiga et al. 2022, Välimäki et al., 2022, Ye et al. 2021) und Prä-Post-Studien (Dike et al. 2021, Dixon et al. 2022, Guzman-Parra et al. 2020, Haefner, Dunn & McFarland et al. 2021, Newman et al., 2018).

Effekte von Trainings- und Schulungsprogrammen zur Deeskalation

In einer cluster-randomisierten Studie ergaben sich positive Effekte einer Deeskalationsschulung auf die Krankheitstage der Mitarbeitenden und die Anzahl der von Patientinnen und Patienten eingereichten Beschwerden, außerdem konnten freiheitsbeschränkende Maßnahmen und aggressive Übergriffe auf Mitarbeitende reduziert werden (Smoot und Gonzales 1995). Im Kontrollgruppenvergleich ergab sich nur bei einer (Whittington und Wykes 1996) von zwei berücksichtigten Studien (Nijman et al. 1997,

Whittington und Wykes 1996) ein Unterschied in Richtung einer Reduzierung aggressiver Vorfälle.

Bei den Prä-Post-Studien (Colenda und Hamer 1991, Hoeffer et al. 1997, Maxfield et al. 1996, Shah und De 1998, Jones 1997, Laker et al. 2010 und Richmond 1996) wurde überwiegend ein Rückgang der registrierten Vorfälle gefunden. In einer Studie kam es zwar zu mehr Vorfällen, aber zu weniger Verletzungen, was auf tendenziell minder schwere Vorfälle und ein besseres Reporting hindeuten kann (Wilkinson 1999). Eine jüngere quasi-experimentelle Studie konnte zwar den Rückgang aggressiver Vorfälle verzeichnen, jedoch führte das untersuchte Deeskalationsprogamm TeamSTEPPS zu keinem signifikanten Rückgang von Isolationsmaßnahmen (Haefner et al., 2021). Auszubildende in der Pflege schnitten nach einer Deeskalationsschulung im Umgang mit simulierten Situationen mit aggressivem Verhalten des Gegenübers besser ab als vor dem Training (Nau et al. 2010). Nachdem eine Studie gezeigt hatte, dass Pflegende, die empathischer gegenüber den Menschen mit psychischen Erkrankungen waren, seltener freiheitsbeschränkende Maßnahmen einleiteten, wurde versucht, freiheitsbeschränkende Maßnahmen mittels Empathie-Trainings weiter zu reduzieren, was aber nicht gelang (Yang et al. 2014).
Einige Studien kombinierten Schulungen zu Deeskalation mit anderen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt, wobei freiheitsbeschränkende Maßnahmen in allen Prä-Post-Vergleichen reduziert werden konnten (Fisher 2003, Jonikas et al. 2004, McCue et al. 2004, Sullivan et al. 2005, Ashcraft und Anthony 2008, Sclafani et al. 2008). Unklar blieb hier, inwieweit die Reduktion auf die Schulung der Fachpersonen zurückgeführt werden kann und inwieweit die anderen Maßnahmen eine Rolle spielten.

Ein jüngeres RCT (Celofiga et al., 2022) untersuchte den Einfluss von Deeskalationstechniken, die in Schulungen erlernt wurden, auf das Auftreten aggressiven Verhaltens und den Einsatz von Fixierungsmaßnahmen auf akuten psychiatrischen Stationen. Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Wirksamkeit von Deeskalationstechniken bei der Verringerung der Anzahl von Patienten, die aggressives Verhalten zeigten, der Anzahl von Patienten bei denen Fixierungen angewendet wurden, der Anzahl und Schwere aggressiver Vorfälle sowie der Anzahl und Gesamtdauer von Fixierungen. Die durchschnittliche Dauer von einzelnen Fixierungen konnte dadurch jedoch nicht reduziert werden.

Bei den Befragungen zu Wissen und Zuversicht konnten in einer Prä-Post-Studie positive Effekte identifiziert werden (Maxfield et al. 1996, für Auszubildende: Nau et al. 2009), in einer weiteren keine Veränderungen (Cowin et al. 2003).

Eine systematische Übersichtsarbeit von Barbui et al. (2021) trug die Ergebnisse von 11 Meta-Analysen mit fast 6000 Studienteilnehmenden zusammen, die den Einfluss von Schulungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen in psychogeriatrischen Pflegeheimen untersucht hatten. Die darin untersuchten Schulungsmaßnahmen umfassten Fortbildungsprogramme mit mehreren Komponenten, die meistens über den Einsatz von Zwang aufklärten („Restraint education"), Führungs- und Beratungsangebote bereitstellten oder Fachkräfte im Management von psychotroper Medikation schulten. Obwohl die Ergebnisse sehr heterogen sind, zeigten 8 der 11 eingeschlossenen Meta-Analysen, dass die Wahrscheinlichkeit, Fixierungen einzusetzen, deutlich sinkt, wenn Pflegekräfte die angebotenen Schulungsmaßnahmen durchlaufen haben. Da sich die Meta-Analysen in der Studie von Barbui et al. (2021) hauptsächlich auf Untersuchungen in psychogeriatrischen Pflegeheimen mit Bewohnern mit Demenzerkrankungen stützen, sind diese Ergebnisse auf allgemeinpsychiatrische Behandlungssettings, in denen andere Möglichkeiten zum Umgang mit Fremdaggression sowie andere Patientengruppen vorliegen, nur eingeschränkt übertragbar.

Zu ähnlichen Befunden kam die quasi-experimentelle Studie von Dixon et al. (2022), die neben der Häufigkeit von Fixierungen und Zwangsmedikation auch die Häufigkeit von Isolierungen als Endpunkt in einer psychiatrischen Akutklinik untersucht hat. Das Trainingsprogramm, das in dieser Studie untersucht wurde, basierte auf „De-Escalate Anyone, Anywhere, Anytime" (DAAA), das im Kern drei Grundprinzipien folgte: dem Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten in der jeweiligen Situation, das Rückspiegeln von Respekt und Würde an den Patienten und die Gewährleistung von Sicherheit. Neben Bewältigungs- und Kommunikationsstrategien wurden weitere De-Eskalationsmaßnahmen in Rollenspielen geübt und diskutiert. Zusätzlich zu diesem Programm wurde Pflegefachkräften ein Programm zur Förderung von Führungskompetenzen angeboten. Trotz Schwächen im Studiendesign, der Umsetzung der Studie und der Größe der Studienpopulation konnte die Studie zeigen, dass

breit aufgestellte Schulungen in Deeskalationsmaßnahmen den Einsatz von Zwangsmaßnahmen einschließlich Isolierungen im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne derartige Deeskalationsschulungen deutlich reduzieren können.

Eine chinesische Meta-Analyse über Beobachtungsstudien (Ye et al., 2018) liefert dagegen Hinweise, dass zwar die Häufigkeit, mit der Fixierungen eingesetzt werden, nicht signifikant abnimmt, wenn Pflegefachkräfte Deeskalationsschulungen abgeschlossen haben, allerdings die Dauer der Maßnahmen verkürzt wird und in geringerem Ausmaß auch das Risiko von Verletzungen des Patienten sinkt. Da sich die Ergebnisse hauptsächlich auf chinesische Studien beziehen, ist ihre Übertragbarkeit auf Mitteleuropa zweifelhaft. Außerdem ist die Qualität der Evidenz aus den eingeschlossenen Beobachtungsstudien aufgrund methodischer Mängel stark eingeschränkt. Lediglich die Zusammenhänge zwischen Schulungen und verminderter Dauer von Fixierungen sind hier von moderater Belastbarkeit.

Ein finnisches RCT untersuchte den Effekt einer Schulung auf die Häufigkeit von Isolierungen auf 27 psychiatrischen Stationen über einen Zeitraum von 18 Monaten. Das untersuchte Schulungsprogramm VIOLIN, das eine systematische Identifizierung und Lösung klinischer Probleme unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Literatur vorsah, konnte die Anwendung von Isolationsmaßnahmen um 5,3 % im Vergleich zur Ausgangshäufigkeit senken. Der Einsatz von Zwangsmedikation durch Injektionen stieg im Verlauf der Studie dagegen um über 50 % auf den Stationen an, welche ihr Personal schulten, was die Autorinnen und Autoren der Studie unter anderem mit der Umstellung von Isolations- auf weniger einschränkende Zwangsmaßnahmen erklärten, was die Bedeutung der Reduktion der Isolierungen weiter einschränkt.

Die Isolierrate konnte in einer Vorher-Nachher-Studie nach einer nur 90-minütigen Schulung des Pflegepersonals auf einer psychiatrischen Station um über 90 % gesenkt werden, wobei die Ergebnisse aufgrund der hohen Ausgangsrate an Isolierungen (Mehrfaches des nationalen Mittels) nur wenig aussagekräftig für andere Settings sind (Newman et al., 2018).

Effekte von Trainingsprogrammen zu Abwehrtechniken

Im Prä-Post-Design wurde ein Rückgang aggressiver Vorfälle registriert (Mortimer 1995; St. Thomas Psychiatric Hospital 1976, Walters und Kay 2004), dies gilt auch für Verletzungen von Mitarbeitenden (Ausnahme: Parkes 1996) sowie Ausfalltage und freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Forster et al. 1999; St. Thomas Psychiatric Hospital 1976, Walters und Kay 2004).

Interessanterweise waren in einer Studie mit simulierten Angriffen zwar 80 % der Mitarbeitenden in der Lage, sich rasch aus Umklammerungen zu befreien, nur 14 % verwendeten dazu aber die geschulten Techniken. Mitarbeitende, die erst kürzlich geschult wurden, schlossen nicht besser ab als solche, deren Training schon einige Monate zurücklag (Dickens et al. 2009). Dies wirft die Frage auf, inwieweit aufwändige Schulungen körperlicher Techniken, die dann im Alltag nur sehr selten zum Einsatz kommen, hilfreich sind.
Positive Effekte wurden in zwei Befragungsstudien hinsichtlich der Zuversicht, schwierige Situationen zu beherrschen, gemessen (McGowan et al. 1999, Bloor et al. 2004).
Eine systematische Übersichtarbeit von McDonnell et al. (2023) fasste die Ergebnisse von 17 Studien zusammen, die körperliche Deeskalationsmaßnahmen untersucht hatten. Dazu zählten Schulungen in verschiedensten Abwehrtechniken, Selbstverteidigungsfertigkeiten, aber auch Handgriffen zur Fixierung von Patientinnen und Patienten, was eine Vergleichbarkeit der Interventionen nur schwer möglich macht.

Drei Studien konnten den Rückgang der Anwendung von Fixierungen/Festhalten nach der Schulung feststellen (Allen & Tynan 2000, Craig & Sanders, 2018, Testad, Aasland & Aarsland, 2005). Nur eine Studie berichtete einen Rückgang von mechanischen Fixierungen, dennoch kam es nicht signifikant seltener zum Festhalten von Patientinnen und Patienten, dafür aber häufiger zum Einsatz von Zwangsmedikation (Godfrey et al., 2014). Zwei Studien fanden eine Reduktion der Isolierrate (Craig & Sanders, 2018, Godfrey et al., 2014). Nach der Schulung wurde Verletzungen des Personals (Carmel & Hunter, 1990, Godfrey et al. 2014) und der Patientinnen und Patienten (Godfrey et al., 2014) als seltener berichtet. Zwei Studien fanden einen Rückgang der Übergriffe auf geschultes Personal im Vergleich zu ungeschultem Personal (Infantino & Musingo 1995, Phillips & Rudestam, 1995), und eine Studie berichtete einen Anstieg der Übergriffe nach der Schulung (Rice et al. 1985). Eine Studie ergab, dass die Trainingsmaßnahme nicht zu einer Verringerung aggressiven Verhaltens vonseiten der Patientinnen und Patienten führte (Mc Donnell et al. 2008).

Die Qualität der Evidenz zu körperlichen Deeskalationstechniken leidet allerdings unter Schwächen des Studiendesigns und der Heterogenität der Intervention als auch ihrer Effekte. Neben dem Einsatz von Fixierungen werden in der Literatur die Positionen, in denen Patienten fixiert werden, kontrovers diskutiert; insbesondere hinsichtlich körperlicher Schmerzen während ihres Einsatzes sowie körperlicher und psychischer Folgen wie Gewebeschäden, psychischen Traumatisierungen oder sogar dem Tod (Barnett, Stirling & Pandyan, 2012a), s. Komplikationen von Zwangsmaßnahmen (Kapitel X.5).

Effekte von Kombinationsprogrammen (Deeskalation und Abwehrtechniken)

In einer Cluster-randomisierten Studie ergaben sich weniger schwere Gewalt-Ereignisse (nicht jedoch eine geringere Gesamtzahl von Gewalt-Ereignissen) sowie weniger freiheitsbeschränkende Maßnahmen im experimentellen Arm (Needham et al. 2005a). In einer randomisierten Studie mit insgesamt 24 männlichen Mitarbeitern, bei der eine Gruppe, die nur Informationen über Aggression und Deeskalation erhielt, mit einer Kontrollgruppe und einer Gruppe, die Informationen und zusätzlich ein Training in Selbstverteidigung und Ärgermanagement erhielt, verglichen wurde, kam es in der Kombinationsgruppe zu weniger aggressiven Vorfällen. Die Aggressivität der Mitarbeiter in der Kombinationsgruppe nahm ab und ihr Wissen bzgl. der geschulten Themen nahm zu. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich zwischen der Kontrollgruppe ohne Training und der Gruppe, die nur Informationen erhalten hatte (Phillips und Rudestan 1995).

In Studien mit Kontrollgruppenvergleichen ergab sich ein gemischtes Bild: In einer Studie verzeichnete die Interventionsgruppe weniger Vorfälle (Infantino und Musingo 1985), in einer Studie waren mehr Vorfälle in der Interventionsgruppe zu verzeichnen (Rice et al. 1985) und zwei fanden keine Unterschiede (Carmel und Hunter 1990; van Rixtel et al. 1997). Ein RCT mit 12 randomisierten Stationen konnte einen Trend einer abnehmenden Häufigkeit von Fixierungsmaßnahmen nach einer Multikomponentenintervention finden und einen deutlichen Unterschied zur Kontrollgruppe (Ye et al., 2021). Bei Verletzungen (Carmel und Hunter 1990; Infantino und Musingo 1985) und Ausfalltagen (Rice et al. 1985) erschweren die geringe Anzahl der Studien und die nicht gleichförmigen Resultate eine Trendaussage. Außerdem sind die Stichproben bei cluster-randomisierten Studien in der Regel eher klein, da

die Zuteilung in Experimental- und Kontrollbedingung nur auf Stationsebene erfolgt, woraus sich nur eine geringe Anzahl an Untersuchungseinheiten ergibt.

Eine quasiexperimentelle Studie versuchte über einen Zeitraum von vier Jahren ein Schulungsprogramm auf Grundlage der „ARS-SIG Core Strategies“ in einer psychiatrischen Klinik mit über 600 Betten zu implementieren, die neben der Weiterentwicklung organisationaler und Personalstrukturen auch die konkrete Vorbeugung von Zwangsmaßnahmen durch Krisendienste und Techniken zu ihrer Nachbesprechung beinhalteten (Dike et al., 2021). Obwohl die Implementierung am Anfang als große Belastung und zusätzliche Verantwortung durch das Pflegepersonal wahrgenommen wurde, konnte das Programm den Einsatz von Fixierungen deutlich reduzieren, und zwar ohne dass die Häufigkeit von Isolierungsmaßnahmen angestiegen war. Insbesondere die Beteiligung der Leitungsebene spielte laut den Autoren neben der Schulung der Pflegefachkräfte und dem Aufbau eines Krisenteams eine große Rolle bei der erfolgreichen Implementierung des Programms sowie der Austausch zwischen diesen Gruppen. Die Autoren räumen jedoch methodische Schwächen der Studie (z. B. Studiendesign und Fokus auf ein Krankenhaus) und die Möglichkeit ein, dass die Veränderungen auf den untersuchten Stationen ebenso auf gleichzeitig zur Studie in Kraft getretene Gesetzesänderungen und einem gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit psychischen Erkrankungen in den USA zurückgehen können, welche den Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen unwahrscheinlicher machen. Eine andere Multikomponentenintervention basierend auf den „Six Core Strategies“ untersuchten Guzman-Parra et al. (2020) in andalusischen Krankenhäusern. Im Verlauf der Beobachtungsstudie konnte zwar ein statistischer Trend zur Verringerung von bewegungsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen gefunden werden, dieser erreichte jedoch keine statistische Signifikanz.

Die Komplexintervention REsTRAIN YOURSELF, die ähnliche Ansätze verfolgt, konnte in einem RCT eine Reduzierung von Fixierungen um 22 % erzielen, wobei die Effekte auf den geschulten Stationen zwischen 60 % und 8 % variierten (Duxbury et al., 2019).

Eine groß angelegte systematische Übersichtsarbeit konnte zeigen, dass Schulungsmaßnahmen insgesamt mit einer Verringerung von Zwangsmaßnahmen

einhergingen, wobei komplexe Interventionen, die aus verschiedenen Modulen aufgebaut waren, häufiger positive Effekte erzielten als einfache Interventionen (Hirsch & Steinert, 2019). Diese Befunde unterliegen allerdings aufgrund von Designschwächen der eingeschlossenen (Beobachtungs-)Studien und inkonsistenten Ergebnissen Limitationen.
Eine neuere Studie (Rentala et al., 2021) legt nahe, dass eine Veränderung im Wissen mit einer Einstellungsveränderung gegenüber Zwangsmaßnahmen einhergeht. Sie liefert jedoch keine Antwort darauf, ob und wie sich diese Veränderung in der konkreten Gefährdungssituation ausdrückt. Wie bei den Studien zu Deeskalationstrainings kann davon ausgegangen werden, dass Programme besonders hilfreich sind, die Mitarbeitertrainings mit anderen Interventionen wie Datennutzung, Nachbesprechungen und Risikobeurteilung kombinieren. Mit einem solchen Programm konnten bei einem Prä-Post-Vergleich in einer psychiatrischen Klinik die Verletzungen von Mitarbeitenden signifikant reduziert werden, die Reduktion bei aggressiven Übergriffen war nicht signifikant (Meehan et al. 2006).

Nach Abschluss der systematischen Recherche wurde aus der Expertengruppe auf ein Projekt der APK e. V. „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)" (2016-2019) hingewiesen. Das Teilprojekt „Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen" (PeerIntervent) fokussierte auf den Einbezug von Menschen mit psychischer Erkrankung in wissenschaftliche und klinische Projekte zur Vermeidung von Zwang. Es wurde ein Schulungsprogramme von Mitarbeitenden und geschulten Genesungsbegleitenden vom SpDi gemeinsam entwickelt. Die Schulung richtete sich an Polizeibeamte. Der Schwerpunkt lag hierbei auf der jeweiligen Perspektivübernahme, der Stärkung des gegenseitigen Verständnisses. Ziel war die Vermeidung von Zwang in aggressiv eskalierenden Situationen. Die Polizeibeamten berichteten von mehr Wissen, weniger Angst und weniger Distanz zu Menschen mit psychisch Erkrankungung. (Knigge et al. 2025).

Starke Empfehlung

Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden. In die Planung und Durchführung der Schulungsmaßnahmen sollten auch Peer-Begleitende und ggf. auch Polizei einbezogen werden. Gründe für die Heraufstufung: Hoher Expertenkonsens

(Price et al. 2015, Barbui et al. 2021, Knigge et al. 2025)

Anmerkung: Knigge et al. 2025 wurde außerhalb der systematischen Übersichtsarbeit auf Hinweis der Expertengruppe hinzugefügt.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Es besteht ein Bedarf an präventiv wirksamen Rahmenbedingungen, Angeboten und Interventionen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

- Dabei sind folgende Grundsätze zu beachten: Jede Form der Immobilisierung (einschließlich Festhalten) sollen nur als ultima ratio und unter strenger Verhältnismäßigkeitsprüfung durchgeführt werden
- Festhalten durch Personal umfasst eine kurze zeitliche Dauer von wenigen Minuten
- Schmerz-verursachende Techniken sollen vermieden werden
- Neue Alternativen sollen vor Einführung unter Berücksichtigung von Patientenperspektive wissenschaftlich untersucht werden
- Intensivbetreuung (1:1-Begleitung) soll bevorzugt geprüft werden

92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Starke Empfehlung

Es sollen Techniken vermittelt werden, die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden.

(Phillips und Rudestan 1995, Needham et al. 2005a, Hirsch & Steinert 2019)

Nach Expertenmeinung Deeskalationsmaßnahmen sollten prioritär geschult werden, damit die Abwehrtechniken nicht dominieren.

(NAGS-Leitlinien 2024)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Schwache Empfehlung

Die wirksame Implementierung von Schulungsmaßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen erfordert die Weiterentwicklung klinischer Einrichtungen auf personeller

wie organisationaler Ebene. Schulungsmaßnahmen und Deeskalationstrainings sollten sich im Rahmen von komplexen Interventionen an Mitarbeitende aller Professionen (nach Expertenmeinung inklusive Genesungsbegleitende) und an Führungspersonal richten.
(Dike et al., 2021)
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

X.1.3 Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen

Psychische Belastung von Mitarbeitenden nach Patientenübergriffen

Insbesondere im angelsächsischen Raum gibt es eine wachsende Zahl von Forschungsprojekten und –publikationen zum Thema Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen. Besondere Beachtung finden dabei psychiatrische Krankenhäuser und Notaufnahmen. In einer Studie in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus in den USA gaben 99 % der befragten Mitarbeitenden an, Konflikte mit Patientinnen und Patienten gehabt zu haben, 70 % berichteten, im vergangenen Jahr von Menschen mit psychischer Erkrankung angegriffen worden zu sein (Kelly et al. 2015).

Hinsichtlich der Auswirkungen von Patientenübergriffen auf Mitarbeitende wurden bis vor wenigen Jahren lediglich körperliche Beschwerden registriert. Seit einigen Jahren werden auch die psychischen Folgen von Patientenübergriffen genauer untersucht.

Studien konnten zeigen, dass Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung – je nach Erhebungsinstrument und Zeitraum nach dem Übergriff – bei von Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeitenden in unterschiedlicher Ausprägung vorhanden sind, bis hin zu einem kleinen Teil betroffener Mitarbeitender mit chronischen Krankheitsbildern, die noch ca. eineinhalb Jahre nach dem Vorfall vorhanden waren. In psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen litten bspw. auch sechs Monate nach einem gewalttätigen Übergriff noch 11,4 % der Beschäftigten an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (Richter und Berger 2001). Besonders gefährdet sind nach heutigem Stand Mitarbeitende, die wiederholt Opfer von Gewalt am Arbeitsplatz werden oder auch in anderen Lebensbereichen (Kindheit, Partnerschaft) Gewalt erfahren (Cavanaugh et al. 2014).
Nachsorge für Mitarbeitende

Bei der Prävention psychischer Folgestörungen nach einem Übergriff sollten nach dem bisherigen Stand der Konzeptentwicklung drei Strategien und Phasen unterschieden werden, die zeitlich auf einander folgen können und miteinander verknüpft sein müssen:

▪ eine unmittelbar nach dem Übergriff einsetzende kollegiale Unterstützung der Betroffenen,
▪ speziell geschulte Debriefing-Teams und bei Bedarf eine längerfristig wirksame Nachsorge (z. B. durch Traumaberaterinnen und Traumaberater oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) durch die Einrichtung,
▪ eine leitlinienorientierte Behandlung bei Manifestation einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen Anpassungsstörung.

Die unmittelbare Unterstützung nach dem Übergriff sollte idealerweise durch die direkten Kolleginnen und Kollegen in der Einrichtung erfolgen.

Die meisten Mitarbeitenden durchlaufen einen kognitiven Anpassungs/Bewältigungsprozess, indem sie sich mit dem Ereignis auseinandersetzen (Chapman et al. 2010). Nach der Theorie von Taylor sind dafür drei Komponenten bedeutsam (Chapman et al. 2010):

▪ Finding meaning. Die Betroffenen versuchen den Angriff zu erklären und mit äußeren und inneren Umständen in Verbindung zu bringen (bspw. „der Mensch, der mich angegriffen hat, war schwer dement und konnte nichts dafür“, „ich war zu unerfahren“).
▪ Gaining Mastery. Die Betroffenen erleben, dass sie die Kontrolle über die Situation wiedererlangen konnten, indem sie sich Hilfe geholt haben (Nachsorgeteam s. u.) oder entsprechende Behandlungs- oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen eingeleitet haben.
▪ Self-enhancement. Häufig ist die Selbstwirksamkeit der Betroffenen nach einem gewalttätigen Übergriff beeinträchtigt. Um dieses wieder aufzubauen, entwickeln sie häufig Strategien, sich selbst bspw. im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen positiv darzustellen („gut, dass das mir passiert ist und nicht der schwächeren, unerfahreneren Kollegin“) oder positive Folgen des Ereignisses zu betonen („aus Fehlern lernt man“).

Nur ein Teil der von einem Übergriff betroffenen Mitarbeitenden benötigen eine weitergehende Nachsorge. Als adäquate Unterstützungsform haben sich auch hierfür Nachsorgeteams herausgestellt, die aus Kolleginnen und Kollegen der gleichen Hierarchiestufe bestehen (Paterson et al. 1999). Die zentrale Funktion der Nachsorgeteams

besteht in der aktiven Aufrechterhaltung des Kontakts zu den Übergriffsopfern und im Angebot von Gesprächsmöglichkeiten. Eine therapeutische Funktion ist damit in der Regel nicht verbunden. Die älteste standardisierte Form solcher Nachsorgestrategien ist das sog. Critical Incident Stress Debriefing (CISD), ein in sieben Abschnitte gegliedertes Debriefing-Gespräch, durchgeführt von einem CISD-Team, das sowohl aus Fachpersonen als auch aus Laien, besteht (Metaanalyse zur Wirksamkeit in verschiedenen Populationen: Everly und Boyle 1999, Artikel zur Anwendung in Krankenhäusern: Antai-Otong 2001). Der entscheidende Vorteil von kollegialen Teams gegenüber hierarchisch höher gestellter Unterstützung besteht nach den einschlägigen Erfahrungen in der größeren Bereitschaft der Betroffenen, sich zu öffnen und sich anzuvertrauen. Auf der anderen Seite kann eine Nachbesprechung gemeinsam mit den Vorgesetzten auch als Fürsorge des Arbeitgebers aufgefasst werden und Vorgesetzte erhalten so die Möglichkeit von Verbesserungen in der Zukunft. In der Metaanalyse ergab sich eine große Effektstärke für Nachbesprechungen im kollegialen Team (Everly & Boyle 1999), wobei eine aktuelle randomisierte Studie zeigte, dass zumindest bei Betroffenen mit PTBS-Symptomatik eine EMDR-Behandlung wirksamer war als ein reines Debriefing (Tarquino et al.2016).

Sollte von den Nachsorgenden festgestellt werden, dass die bestehenden Unterstützungsleistungen für die Regeneration nicht ausreichen, können sie hilfreich bei der Vermittlung therapeutischer Angebote sein. Es hat sich als günstig herausgestellt, wenn die Einrichtungen Absprachen mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten getroffen haben, wonach betroffene Mitarbeitende bei entsprechend vorliegendem Bedarf eine ambulante Behandlung bekommen können. Seit 2012 gibt es das sog. Psychotherapeutenverfahren der berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherungen, das den Zugang zu probatorischen psychotherapeutischen Sitzungen zur Sicherstellung adäquater Diagnostik und Therapie psychischer Folgen von Arbeitsunfällen, wozu auch Gewalt am Arbeitsplatz gehört, sicherstellt (Nienhaus et al. 2016).

Auch Menschen mit psychischer Erkrankung können von aggressiven Angriffen ihrer psychisch erkrankten Mitpatientinnen und –patienten betroffen sein (Thibaut et al., 2019). Zur Nachbetreuung dieser Gruppe nach aggressiven Übergriffen durch Mitpatienten liegt keine Evidenz vor.

Expertenkonsens

Psychiatrische Einrichtungen sollten eine systematische Nachsorge für von Patientenübergriffen betroffene Mitarbeitende sicherstellen, die auch auf die Prävention von Folgeerkrankungen abzielt.

95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

Expertenkonsens

Angehörige eines Menschen mit psychischer Erkrankung, die durch eine krankheitsbedingte Handlung körperlich oder psychisch geschädigt worden sind oder die Zeuge von fremdaggressivem Verhalten ihres Angehörigen geworden sind, sollten eine Nachbesprechung der Situation, Information und Beratung (im Sinne der sekundären und tertiären Prävention) über die Vermeidung künftiger krankheitsbedingter Risiken aggressiven Verhaltens angeboten werden. Strukturierte Schulungen sollen auch Angehörigen angeboten werden.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

X.1.4 Angebote Trainings- und Schulungsmaßnahmen

In Deutschland, Österreich und der Schweiz gibt es Trainerverbände, bei denen Kontaktdaten für Schulungsmaßnahmen erfragt werden können. In den Vereinen sind nur Trainer Mitglied, die sich den Statuten der Verbände verpflichten, also auch der Haltung und Sichtweise, die in der S3-Leitlinie wiedergegeben werden.

- Verein Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen Austria

https://nags.at/

- Verein Netzwerk Aggressions- und Gewaltprävention, Sicherheitsmanagement Deutschland e.V.

https://nags-deutschland.de/

- Verein Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen Schweiz

https://nags.ch/

Für Angehörige bieten Angehörigenverbände ebenfalls Trainings an, z. B.

- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

https://www.bapk.de/deeskalation-1.html

X.2 Allgemeines zu freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

X.2.1 Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen

Ein Review zur Zählung und Messung der Zwangsmaßnahmen ergab, dass diese in unterschiedlichen Studien unterschiedlich oder nicht ausreichend definiert waren und meist Aussagen zur Reliabilität und Validität der Messungen fehlten (Belayneh et al. 2025). In der Leitlinie gehen wir von folgenden Definitionen aus.

Definitionen

Fixierung: Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit eines Menschen beschränken, bzw. die es einem Menschen nicht erlauben, eine gewünschte Körperhaltung einzunehmen, insbesondere Festbinden eines Menschen mit breiten Leder- oder Stoffgurten, aber der Einsatz von Stuhltischen, z. B. in der Gerontopsychiatrie. Fixierung erfolgt am häufigsten im Bett liegend (Bettfixierung), ist grundsätzlich jedoch auch sitzend im Stuhl möglich. Eine Fixierung kann an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen, von der Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauchgurt) bis zur 11-Punkt-Fixierung (teilweise sogar einschließlich Kopf). Auch das Festhalten eines Menschen ist eine Form der Fixierung (im Englischen „physical restraint“ im Gegensatz zum „mechanical restraint“ mit Gurten). Das deutsche Bundesverfassungsgericht hat die 5-Punkt- und die 7-Punkt-Fixierung in seinem Urteil vom 24.7.2018 zur Fixierung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung als freiheitsentziehende Maßnahme definiert und die besondere „Eingriffstiefe“ hervorgehoben. Wir verwenden nachfolgend „freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ als Oberbegriff und beziehen dabei immer auch die Fixierung als „freiheitsentziehende“ Maßnahme ein.

Isolierung: Verbringen eines Menschen in einen abgeschlossenen Raum. Üblicherweise verbunden mit weiteren Sicherheitsmaßnahmen (Entfernung gefährlicher Gegenstände, gesicherte Fenster) und Betreuung z. B. durch Sichtfenster, direkte Kontaktaufnahme oder Videokamera. Die im Einverständnis getroffene Absprache, dass dieser sich in einen nicht abgeschlossenen Raum, in der Regel sein Zimmer, zurückzieht und dort für einen

abgesprochenen Zeitraum bzw., bis er sich beruhigt hat, verbleibt, ist keine Isolierung, sondern wird i. d. R. als Time-out bezeichnet (Bowers et al. 2012).

Ein **Netzbett** ist ein Krankenhausbett, über dem ein abschließbares Metallgestänge aufgebracht ist, über das wiederum ein Netz gespannt ist. Die betroffenen Menschen werden in dieses Bett verbracht und können es nicht verlassen (Whittington et al. 2006). In Österreich sind Netzbetten verboten.

Ausgangsbeschränkungen jeder Art sind freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen, wenn sie ohne Einverständnis erzwungen werden, z. B. durch geschlossene Türen oder ständige Begleitung (1:1-Betreuung).

Eine Medikation, auch Zwangsmedikation (Kapitel VII.2, XI.1), sollte primär nie der Bewegungseinschränkung dienen. Solange eine primär therapeutische Indikation gegeben ist, handelt es sich nicht um freiheitsbeschränkende Maßnahmen, auch deshalb, weil in therapeutischen Dosen die Bewegungsfreiheit nicht gravierend eingeschränkt wird. In der Gerontopsychiatrie gibt es jedoch Grenzbereiche, in denen ein therapeutischer Nutzen von Medikamenten fraglich ist und dieselben primär zur Beruhigung und Schlafinduktion verordnet werden.

Der medizinische Begriff „Indikation“ wird in diesem Zusammenhang weitestgehend vermieden, weil er dazu führen könnte, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen als therapeutische Intervention verstanden werden. Freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen dienen als reine Sicherungsmaßnahme zum Schutz der Patientin, des Patienten oder der Umgebung.

X.2.2 Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit

Die Häufigkeit der Anwendung von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern im internationalen Vergleich variiert stark.

Der Anteil der von Fixierungen betroffenen Patientinnen und Patienten reicht von 1,8 % 2019 in Finnland (Finnisches Nationales Institut für Gesundheit und Soziales 2020), bis 13,12 % in den Jahren 2016-2018 in Spanien (Guzman-Parra et al. 2021) und der Anteil der von Isolierung betroffenen Patienten von 2,79 % 2019 in Finnland bis 12 % 2008 in den Niederlanden (Janssen et al. 2013, Lepping et al. 2016). Von Irgendeiner Zwangsmaßnahme betroffen, waren in Deutschland 2004 etwa 3 % der aufgenommenen Fälle (Ketelsen et al. 2011), in Norwegen 2018 15,51 % (Norwegisches Statistisches Gesundheitsdirektorat2022). Auch die Dauer der Maßnahmen und die durchschnittliche Anzahl der Maßnahmen pro Patientin oder Patient, also die Intensität des Zwangs, der jemand ausgesetzt ist, variieren erheblich. In Wales dauerten Zwangsmaßnahmen im Jahre 2013 im Durchschnitt 0,14 Stunden (Lepping et al. 2016), in Deutschland im Jahr 2020 19,2 Stunden (Steinert et al. 2020). Dabei zeigen sich auch große Unterschiede innerhalb der Zwangsmaßnahmenart. Fixierungen dauerten in den USA 2017 im Schnitt 5,37 Stunden (Newton-Howes et al. 2020), in den Niederlanden 2011 332 (Noorthoorn et al. 2015); Isolierungen dauerten in Australien 2019 im Durchschnitt 5 Stunden, in den Niederlanden 2002 (vor dem dortigen Programm zur Reduktion von Isolierungen) 384 Stunden (Janssen et al. 2008). Festhalten dauert insgesamt kürzer: Es wurden durchschnittliche Dauern von 0,1 Stunden 2020 in Irland (Irische Mental Health Commission 2020) bis 0,88 Stunden 2017 in Finnland gefunden (Laukkanen et al. 2020). Im Durchschnitt erhielten Patienten zwischen 1 und 6 Maßnahmen (Lepping et al. 2016, Irische Mental Health Commission 2020). Ein Problem dabei durchschnittliche Dauer von Zwangsmaßnahmen und die Anzahl der Zwangsmaßnahmen zu berichten, ist die unterschiedliche Definition, wie einzelne Maßnahmen voneinander abgegrenzt werden (wann gilt eine Zwangsmaßnahme als beendet und eine neue beginnt, wann wurde sie nur unterbrochen), weshalb in einigen Studien die kumulative Dauer pro Fall berichtet wird. Diese lag für Deutschland in der Studie zur Implementierung der Vorgängerleitlinie zur Baseline im Median bei 6,61 bzw. 7,22 Stunden pro Monat und belegtes Bett (Mittelwert 15,81 bzw. 12,82 h/Monat und Bett, Hirsch et al. 2023).

Selbst wenn nur Arbeiten eingeschlossen werden, die alle Patientinnen und Patienten eines Einzugsgebiets berücksichtigen und damit die tatsächliche Inzidenz von Zwangsmaßnahmen in der Bevölkerung widerspiegeln und nicht durch Unterschiede im Versorgungsauftrag einzelner Kliniken verzerrt sind, ergeben sich große Unterschiede zwischen den Ländern.

Um verzerrende Effekte aus verschiedenen Gesundheitssystemen (z. B. unterschiedliche ambulante Hilfsmöglichkeiten, unterschiedlich hohe Bettenmessziffern und dadurch unterschiedlich schwer kranke auf den Stationen behandelte Patientinnen und Patienten) abzumildern, ist die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro 100.000 Einwohner eine wichtige Messziffer zusätzlich zu den oben genannten Zahlen pro stationär aufgenommenem Fall. In Finnland gab es 2019 20,83 Fixierungen und 26,13 Isolierungen pro 100.000 Einwohner (Finnisches Nationales Institut für Gesundheit und Soziales 2020). In Deutschland lagen die Werte mit 135,38 Zwangsmaßnahmen pro 100.000 Einwohner in einer Studie am mehreren Krankenhäusern deutschlandweit (Ketelsen et al. 2011) und zwischen 227,58 und 314 im baden-württembergischen Register für Zwangsmaßnahmen (Steinert et al. 2020, Vollerhebung eines Bundeslandes) deutlich höher und die Inzidenz im internationalen Vergleich hoch. In der Schweiz war die Inzidenz für Zwangsmaßnahmen mit 100,8 bzw. 77,04 pro 100.000 Einwohner niedriger als in Deutschland (di Francesco et al. 2021), in Österreich höher als in Deutschland (Steinert et al. 2010). Die Schweiz war auch das Land mit den meisten verfügbaren psychiatrischen Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohnenden.

Es gibt Hinweise, dass dabei lokale Einflüsse eine große Rolle spielen (Anteil junger Männer an der Bevölkerung, Dichte der unterschiedlichen kulturellen und ethnischen Hintergründe, s. auch Kapitel Keown et al. 2016, V.3 und V.4). Dass eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung außerhalb der Klinik Zwangseinweisungen und -maßnahmen verhindern kann (Juckel u. Haußleitner 2014, Kapitel VIII und IX), wird stets betont, überzeugende empirische Evidenz liegt dafür aber kaum vor. In einer Stichprobe von 200.000 Behandlungsfällen in Nordrhein-Westfalen war ein gutes soziales Netz mit Wohnung, Arbeit, engem Kontakt zum SpDi und Fachärztin bzw. Facharzt ein Schutz vor unfreiwilligen Einweisungen nach PsychKG (Juckel und Haußleiter 2015).

Die WHO, das „White Paper“ der Arbeitsgruppe des Europarats für Bioethik (CEBP), das European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment (CPT) machen deutlich, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden als die Möglichkeit der letzten Wahl („last resort“) gesehen werden müssen, die nur dann angewendet werden dürfen, wenn alle Deeskalationsversuche fehlgeschlagen sind (WHO

2005, CEBP 2000, CPT 2004, Niveau 2004, Curie 2005, Huckshorn 2006, Marder 2006, Nelstrop et al. 2006). Über einige Grundsätze in der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen herrscht hohe Übereinstimmung, dementsprechend wurden sie auch wiederholt von Fachgesellschaften und internationalen Organisationen betont. Die Verhältnismäßigkeit der freiheitsbeschränkenden Intervention zum Anlass ist stets besonders sorgfältig abzuwägen (Dyer 2003, Allen et al. 2003, Niveau 2004). Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sollten nur dann angewendet werden, wenn weniger restriktive Interventionen nicht zielführend sind oder wenn die Risiken von alternativen Interventionen die Risiken von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen übersteigen (APA 2004a). Auf gewalttätiges Verhalten von Menschen mit psychischer Erkrankung sollte mit einem abgestuften Vorgehen reagiert werden (CEBP 2000). Die Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden oder im Falle eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar von einer Ärztin oder einem Arzt überprüft werden (CEBP 2000, CPT 2003). Die Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen muss so kurz als möglich gehalten und in von den Einrichtungen zu definierenden Abständen ärztlich überprüft werden (CPT 2003, APA 2004a). Teilweise sind die Überprüfungsabstände auch verbindlich in den PsychK(H)Gs der deutschen Bundesländer festgelegt. Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollten die Betroffenen nach Möglichkeit gefragt werden, welche freiheitsbeschränkende Maßnahme für sie am ehesten erträglich wäre (s. auch Kapitel 10.5 Behandlungsvereinbarungen). Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nur von speziell geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden (Curie 2005, CPT 2003, APA 2004b). Die Möglichkeit zur Beendigung der Maßnahme muss in regelmäßigen Abständen überprüft werden (CPT 2003). Bei Isolierung ist ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sicherzustellen (CPT 2003). Hier sind die rechtlichen Bedingungen innerhalb Deutschlands unterschiedlich. In Nordrhein-Westfalen ist beispielsweise die Videoüberwachung bei bestehender Isolierung nicht zulässig, sondern es wird eine ständige Beobachtung durch Personal gefordert (PsychKG NRW § 20 (3)). Die Expertinnen und Experten der Vorgängerleitlinie hielten aber bereits unabhängig von der Gesetzeslage eine kontinuierliche Betreuung auch bei Isolierungen für geboten. Die „Betreuung“ bei Fixierungen und Isolierungen sollte aber aus psychiatrischer Sicht nicht so verstanden werden, dass lediglich eine Person neben dem Menschen mit psychischer Erkrankung sitzt, die eine Kontroll- oder Sicherungsfunktion einnimmt. Vielmehr ist eine persönliche, therapeutische Begleitung durch qualifiziertes Personal, das bei der Bewältigung der Krise hilft und zur Linderung der

negativen Folgen der freiheitsbeschränkenden Maßnahme beiträgt, erforderlich. Nachdem das Bundesverfassungsgericht (2018) bei Fixierungen eine 1:1-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal forderte, sind diese inzwischen in den Landesgesetzen vorgeschrieben. An der Begleitung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen können grundsätzlich auch andere Berufsgruppen beteiligt werden. Beispielsweise können Physiotherapeuten Menschen, die länger fixiert sind, sinnvolle Angebote machen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nicht als Strafe oder Disziplinarmaßnahme angewendet werden (CEBP 2000, CPT 2003, APA 2004a, Curie).

Expertenkonsens

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende (Zwangs-)Maßnahmen sollen ausschließlich als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche sowie das Angebot milderer Mittel erfolglos blieben und akute Gefahr zum unmittelbaren Eingreifen nötigt. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen Zweck und Risiken der freiheitsbeschränkenden bzw. -entziehenden Maßnahmen soll sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer soll so kurz wie möglich gehalten, die Möglichkeit einer Beendigung soll regelmäßig geprüft werden. Die Entscheidung über die Beendigung einer Maßnahme sollte interprofessionell getroffen werden und kann auf entsprechend qualifizierte Mitarbeitende aus der Pflege delegiert werden.

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

X.2.3 „Wirksamkeit“ von Zwangsmaßnahmen

Das Cochrane Review „Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses“, das bisher einzige zu diesem Thema, kam auch bei seiner letzten Aktualisierung 2012 zu dem Schluss, dass es keine wissenschaftlich hochwertigen Studien gibt, die freiheitsbeschränkenden/-entziehende Maßnahmen untereinander oder gegen Alternativen überprüfen (inzwischen wurden allerdings mehrere RCTs publiziert). Die fortgesetzte Anwendung sei deshalb in Frage zu stellen (Sailas u. Fenton 2012). Die Frage nach der „Wirksamkeit“ und die Erstellung eines Cochrane Reviews impliziert dabei allerdings, dass es sich um eine Therapiemaßnahme handelt. Freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen können als Sicherungsmaßnahmen in einem therapeutischen Kontext

vorkommen, z. B. als letztes Mittel zur Verhinderung von Selbstbeschädigung. Gleichwohl werden auch freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen durchgeführt, die ausschließlich Sicherungsmaßnahmen zum Schutz Dritter sind. Die „Wirkung“ von solchen Maßnahmen besteht dann nur im Nicht-Eintreten der abzuwendenden Gefahr, ohne dass die Patientin oder der Patient direkt gesundheitlich profitiert. Maßnahmen, deren Unterlassung mutmaßlich zu erheblichen Gefährdungen von Gesundheit oder Leben führen kann, können aus naheliegenden Gründen in randomisierten kontrollierten Studien höchstens gegenüber anderen, mutmaßlich gleichermaßen sicheren (Zwangs-) Maßnahmen evaluiert werden, wie z. B. in den RCTs von Bergk et al. (2011) und Huf et al. (2012). Geeignete Outcomes für die „Wirksamkeit“ sind in diesem Kontext nicht Maße eines therapeutischen Nutzens, sondern subjektive oder objektive Messgrößen, die eine Beurteilung ermöglichen, welche Maßnahme mit geringerer psychischer und/oder körperlicher Beeinträchtigung einhergeht.

Ob Maßnahmen unterschiedlich sicher sind (siehe nächster Abschnitt), lässt sich dagegen nur in Beobachtungsstudien mit großen Fallzahlen klären.

X.2.4 Freiheitsbeschränkende und –entziehende Maßnahmen im Vergleich

Außer der Frage, unter welchen Umständen freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen überhaupt ethisch zu rechtfertigen sind, stellt sich praktisch häufig das Problem, welchen Maßnahmen ggf. der Vorzug vor anderen zu geben ist, wenn freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen tatsächlich unverzichtbar erscheinen. Diese Frage kann aus zwei unterschiedlichen Perspektiven beantwortet werden: auf Grund abstrakter medizinethischer Überlegungen und auf Grund der Ergebnisse von Studien (Evidenz). Letztere beinhalten Beobachtungsstudien einerseits und Befragungen von Menschen mit psychischer Erkrankung andererseits.

Medizinethische Überlegungen

Spätestens seit den Entscheidungen des deutschen Bundesverfassungsgerichts von 2011 wird die Diskussion geführt, ob eine Zwangsbehandlung oder freiheitsbeschränkende Sicherungsmaßnahmen als eher zumutbar anzusehen seien. Teilweise wurde argumentiert, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen seien der geringere Eingriff in die

Selbstbestimmungsrechte der Person, während eine Zwangsmedikation einen tieferen Eingriff und eine direkte Verletzung der Körpergrenzen darstelle und insofern immer noch einen zusätzlichen Zwang zur freiheitsentziehenden Maßnahme bedeute (Wiesing, 2013). Dies ist allerdings umstritten. Im Gegensatz zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist eine Zwangs- bzw. Notfallmedikation, die der Behandlung einer zugrundeliegenden Erkrankung oder eines Erregungszustandes mit massiver Agitation dient, grundsätzlich geeignet, den Zustand zu beenden, der die Anwendung von Zwang notwendig machte. Dies gilt für freiheitsbeschränkende Maßnahmen, von den unmittelbaren freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bis zur freiheitsentziehenden Unterbringung auf einer geschlossenen Station oder in einem psychiatrischen Krankenhaus, nicht oder nur in sehr viel geringerem Maße. Grundsätzlich ist daher zu prüfen, ob eine Zwangsmedikation zusätzlichen Zwang bedeutet oder geeignet ist, andere Formen der Ausübung von Zwang kurz- oder zumindest mittelfristig entbehrlich zu machen, indem der Gesundheitszustand verbessert wird. Dies ist zumindest bei psychotischen Erkrankungen häufig der Fall. Dann ist dem invasiven Charakter einer Zwangsmedikation der Verlust von Freiheitsrechten und sozialer Partizipation gegenüberzustellen, den der Mensch mit psychischer Erkrankung bei fortgesetzten freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen zu erleiden hätte (Steinert et al. 2016). Je wirksamer eine Therapie voraussichtlich ist, desto eher können medizinethische Überlegungen sogar für die Präferenz einer Zwangsbehandlung sprechen, die freilich eine entsprechende gerichtliche Entscheidung voraussetzt (DGPPN, 2014). Dies gilt allerdings grundsätzlich nicht, wenn Medikamente nicht primär zum Zweck der Behandlung, sondern lediglich zu einer „Ruhigstellung“ eingesetzt werden, wie es manche Gesetze zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung und das Betreuungsgesetz in Deutschland ermöglichen. Eine Ruhigstellung, die nicht mit einem Heilzweck verbunden ist (etwa bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen), ist medizinethisch sehr problematisch, primär keine ärztliche Aufgabe und es existieren auch keine für diesen Zweck zugelassenen Medikamente (Steinert, 2014). In Einzelfällen könnte eine solche Maßnahme bei sehr kritischer Prüfung dennoch gerechtfertigt sein, wenn nur so gewisse Freiheiten und soziale Partizipation ermöglicht würden; dann würde es sich möglicherweise aber auch doch wieder um eine Behandlung handeln. Für die Anwendung unterschiedlicher freiheitsbeschränkender und –entziehender Maßnahmen werden unterschiedliche Präferenzen formuliert. Die Befürworter einer bestimmten Maßnahme berufen sich in der Regel auf ethische Positionen, die aber jeweils

stark von regionalen und kulturgebundenen Traditionen beeinflusst sind (Bowers 2004). In weiten Teilen Deutschlands wird der Fixierung gegenüber der Isolierung der Vorzug gegeben, letztere wird als unsicher und gefährlich angesehen. In der Schweiz dagegen wird der Isolierung der Vorzug gegeben, in einigen Kantonen ist Fixierung sogar gesetzlich verboten. In Dänemark wiederum ist die Isolierung verboten, weil sie als unmenschlich gilt (Steinert 2016). In Großbritannien ist die Fixierung gesetzlich verboten, Isolierungen sind relativ selten; anstelle dessen wird mit mehreren Personen festgehalten („physical restraint"). Eine Arbeit zu Netzbetten und Fixierungen aus Slowenien mit einem Prä-Post-Vergleich nach dem Verbot von Netzbetten zeigte, dass bei Fixierungen betroffenen Menschen psychopathologisch schwerer beeinträchtigt waren als bei Verwendung eines Netzbettes, dass der häufigste Anlass für Fixierung Gewalttätigkeit war und dass in dieser Gruppe die Diagnose Schizophrenie häufiger gestellt wurde als bei der Gruppe, die im Netzbett behandelt wurde. Im Gegensatz dazu wurden Netzbetten häufiger bei Delir angewendet und die Menschen waren psychopathologisch weniger schwer beeinträchtigt. Insgesamt führte das Verbot von Netzbetten und die damit einhergehende vermehrte Aufmerksamkeit zu einer Reduzierung von freiheitsbeschränkenden/-enziehenden Maßnahmen allgemein (Tavcar et al. 2005).

Bezüglich der Anwendung unterschiedlicher freiheitsbeschränkender/-entziehenden Maßnahmen hat das deutsche Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 24.7.2018 Maßstäbe gesetzt. Demnach stellt jedenfalls eine 5-Punkt-Fixierung oder 7-Punkt-Fixierung aufgrund ihrer Intensität eine Freiheitsentziehung im Sinne des Art. 104 Abs. 2 GG und stellt somit einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der Person dar. Allerdings führte das Bundesverfassungsgericht, bezugnehmend auf die nachfolgend dargestellte Evidenz, auch aus, dass „die Isolierung des Betroffenen nicht in jedem Fall als milderes Mittel anzusehen sei, weil sie im Einzelfall in ihrer Intensität einer 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung gleichkommen könne. Aus medizinethischer Sicht ist deshalb keine generelle Festlegung möglich, welche Maßnahme als „milderes Mittel" anzusehen ist. Vielmehr sind stets die Umstände des Einzelfalls in Rechnung zu stellen. Fixierung muss in einem separaten Raum, uneinsehbar durch Mitpatientinnen und -patienten, erfolgen und es muss eine ständige und unmittelbare persönliche Betreuung erfolgen, um auf Bedürfnisse des fixierten Menschen so schnell und gut wie möglich einzugehen. Bei der Isolierung wiederum kommt es darauf an, ob und wie eine kontinuierliche Betreuung realisiert wird, die in dieser Leitlinie mit hohem Konsens zwar empfohlen wird, rechtlich bisher aber nicht explizit gefordert ist. Auch die Ausstattung der

Räumlichkeiten spielt eine Rolle. Diese reicht von kleinen Isolierzellen mit schlechter Belüftung bis zu großen Einheiten mit mehreren Räumen und eigenem Außengelände sowie kompletten sanitären Anlagen auf modernen Intensivstationen in den Niederlanden (Mierlo et al. 2013). Interessanterweise konnte eine quasiexperimentelle Studie aus den Niederlanden aber keinen signifikanten Unterschied im Erleben der Isolierung finden, je nachdem, ob die Isolierung in einem normalen Isolierzimmer oder in einem Isolierzimmer mit Toilette, Sofa, Licht- und Temperaturregulation und audiovisuellem Medienangebot stattfand. Obwohl die Ablenkungsmöglichkeiten in der Interventionsgruppe positiv erlebt wurden, beschrieben beide Gruppen die Isolierung als schreckliche Erfahrung (van der Venne et al. 2021). Je länger die Maßnahme andauert, desto unzumutbarer erscheint die dauerhafte zwischenmenschliche Isolation, die bei einer Fixierung mit 1:1-Betreuung so nicht besteht. Maßgeblich für die Entscheidung für die eine oder andere Maßnahme werden auch die konkreten Umstände der Selbst- und/oder Fremdgefährdung sein. In diesem ethischen Dilemma der Entscheidung zwischen solchen Maßnahmen ist bei der unvermeidlichen Notwendigkeit einer freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahme und sonst fehlenden Präferenzen in erster Linie die Präferenz des Menschen mit psychischer Erkrankung zu erfragen.

Ergebnisse von Studien mit der Befragung von Patienten

Menschen, die freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen erfahren mussten, können bezüglich
ihrer Erfahrungen befragt werden, nachdem sich ihr psychischer Zustand wieder gebessert hat. Dieser Ansatz wurde in einer Reihe von Studien auch systematisch verfolgt. Dies sollte wichtige Hinweise bezüglich der ethisch und rechtlich gebotenen Wahl des mildesten Mittels („least restrictive alternative“) geben. Bei Menschen mit psychischer Erkrankung zeigten sich in Interviews nach Fixierung Ärger, das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein, und die Überzeugung, die Fixierung sei ungerechtfertigt gewesen (Sequeria und Halstead 2002, Armgart et al. 2013). Menschen mit psychischer Erkrankung und ihre Angehörige nahmen Isolierung und Fixierung größtenteils als untherapeutisch wahr. In einer qualitativen Studie wurde in neun von zehn Fokusgruppen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen zum Thema Isolierung und Fixierung das Thema Menschenrechtsverletzung besprochen. Häufig wurden freiheitsbeschränkende/-

entziehende Maßnahmen auch dann als Menschenrechtsverletzungen gewertet, wenn sie als notwendig zur Abwendung von Risiken anerkannt wurden. Weitere Themen waren die Traumatisierung, Isolierung, unmenschliche und entwürdigende Behandlung der Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Versuch des Personals, Kontrolle zu erlangen, übertriebene Anwendung von Gewalt, mangelnde Kommunikation und Empathie sowie eine zu paternalistische Einstellung (Brophy et al. 2016). Auch in anderen Studien bewerteten Menschen mit psychischer Erkrankung, selbst wenn sie sonst mit der Krankenhausbehandlung zufrieden waren, Isolierung und Fixierung als unnötig (Soininen et al. 2013). Andere beschrieben sie als bestrafend oder eine Art Schocktherapie (Kontio et al. 2012). Eine Befragung von Menschen mit psychischer Erkrankung aus Deutschland, die freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen erfahren hatten, zeigte, dass diesen durchaus andere Maßnahmen angeboten wurden, wobei Mitarbeitende aber häufig versuchten, die Menschen mit psychischer Erkrankung von der Einnahme von Medikamenten zu überzeugen oder Sedierung anzubieten, was diese als weniger hilfreich erlebten als andere Maßnahmen wie das Anbieten von Gesprächen oder Bewegung (Heumann et al. 2017). Auffällig ist die große Diskrepanz in der Bewertung von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen zwischen Personal und Menschen mit psychischer Erkrankung. Ein Review über Studien, welche die Einstellungen von Personal und Menschen mit psychischer Erkrankung zu Isolierung untersuchte, konnte zeigen, dass Menschen mit psychischer Erkrankung Isolierung grundsätzlich negativ bewerteten, während das Personal davon ausging, Isolierung habe einen therapeutischen Effekt (bspw. Schutz, Reizabschirmung). Das Personal war überwiegend der Auffassung, dass Isolierungen bedauerlich aber notwendig seien (van der Merwe et al 2013). In dieser Studie aus den Niederlanden schienen Mitarbeitende Isolierungen als freiheitsbeschränkende Maßnahme gegenüber Fixierung zu bevorzugen. Weniger Betreuungs- und Pflegeaufwand oder auch weniger Körperkontakt bei der Überwältigung und dem Halten/Festbinden eines Menschen mit psychischer Erkrankung könnten mögliche Gründe für die Bevorzugung gewesen sein. Eine norwegische Untersuchung ergab dagegen, dass die meisten Mitarbeitenden Festhalten favorisierten, auch wenn sie vermuteten, dass diese Intervention von den Menschen mit psychischer Erkrankung am ehesten abgelehnt wird. Die Mehrheit der Mitarbeitenden glaubte, dass Festhalten und Isolieren zur Beruhigung der Menschen mit psychischer Erkrankung beitrugen und keine Aggressionen, Ängste oder Verletzungen verursachten, obwohl ca. 70 % von ihnen im

Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen von Menschen mit psychischer Erkrankung angegriffen worden waren (Wynn 2003).

In verschiedenen Studien wurde der Versuch unternommen, die Einstellungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die bereits freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen erfahren hatten, durch Vorlegen von Bildern oder Schilderungen verschiedener Szenarien zu eruieren. In einer älteren amerikanischen Studie ergab sich, basierend auf Szenarien, aus der Sicht der Menschen mit psychischen Erkrankungen und Mitarbeitenden die folgende Rangreihe von zunehmender Freiheitsbeschränkung: Festhalten und orale Medikation mit (relativ) geringer Beschränkung, Entkleiden müssen, i. m.-Injektion und Isolierung und zuletzt Fixierung mit kontinuierlicher Betreuung als am stärksten beschränkenden Maßnahme (Harris 1989). In zwei Studien aus Deutschland und Großbritannien wurden betroffenen Menschen mit psychischer Erkrankung Bilder von Fixierung, Isolierung, Festhalten durch Personen („physical restraint“) und Netzbetten gezeigt. Sowohl in der deutschen als auch in der britischen Studie wurden Fixierung und Netzbetten am negativsten bewertet (Bergk et al., 2009; Whittington et al., 2009). Die teilweise relativ positiven Einschätzungen zu Isolierung müssen aber in Frage gestellt werden, weil früher isolierte Menschen mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitende eine weit weniger positive Einstellung zu Isolierung hatten als die Mitarbeitenden und Menschen mit psychischer Erkrankung, die noch nie isoliert wurden. Ein in Finnland durchgeführter Versuch, bei welchem sich zwei Mitarbeitende freiwillig isolieren ließen, kam zu dem Ergebnis, dass selbst freiwillige Isolierungen unter geordneten und planbaren Bedingungen bei gesunden Menschen als extrem unangenehm, angsteinflößend und frustrierend erlebt werden (Kuosmanen et al. 2015). Interessante Ergebnisse vermittelte schließlich eine Beobachtungsstudie aus den Niederlanden, die die Coercion Experience Scale, einem validierten Fragebogeninstrument, das viele Aspekte vom Erleben des Ausmaßes von Zwang über die Beeinträchtigung der Menschenwürde bis hin zu aversiven Begleiterscheinungen wie Unannehmlichkeiten im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, verwendete. Hier wurden Menschen mit psychischer Erkrankung befragt, die eine Zwangsmedikation erhalten hatten, solche, die eine Isolierung erhalten hatten, und solche, die mehrere Maßnahmen kombiniert erhalten hatten. Es zeigte sich, dass die subjektive Beeinträchtigung bei den Menschen mit psychischer Erkrankung, die eine Zwangsmedikation erhalten hatten, etwa halb so hoch war wie bei denen, die eine Isolierung

erfuhren. Am höchsten fiel die Beeinträchtigung bei denjenigen aus, die kombinierte Maßnahmen, ggf. auch noch mit Fixierung, erhalten hatten (Georgieva et al., 2012). Bereits vor über 20 Jahren wurde an der Universitätsklinik Basel eine Reihe von Studien zur Zwangsbehandlung durchgeführt, bei denen auch dieser Aspekt Berücksichtigung fand. Eine retrospektive Studie mit der Befragung von 54 Menschen, die eine Zwangsmedikation erfahren hatten (Finzen et al., 1993) ergab Folgendes: 40 % beschrieben die Zwangsmedikation auch im Nachhinein als schwere Demütigung und Kränkung, 31 % als Strafe, 13 % allerdings auch als Erlösung. Rückblickend hielten 20 % die Zwangsmedikation für schlimmer als Isolierung, 13 % aber für weniger schlimm. Nötig fanden die Medikation im Nachhinein 18 %, 33 % meinten, es sei im Moment schrecklich gewesen, habe aber Erleichterung gebracht. Immerhin 44 % fanden die Medikation auch im Nachhinein sinnlos. Bei einer Befragung von 90 Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen zogen die meisten eine Zwangsmedikation einer freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahme vor (Mielau et al. 2017). Dies bestätigt teilweise entsprechende Befunde aus älteren Studien. An einer Stichprobe in Kalifornien wurde untersucht, welche Intervention Menschen mit psychischer Erkrankung als die am wenigste restriktive Alternative ansehen würden. Es zeigte sich, dass psychotrope Medikation bevorzugt wurde, dann Isolierung und zuletzt Fixierung genannt wurden (Sheline und Nelson 1993). Auch in einer weiteren US-amerikanischen Studie wurde medikamentöse Intervention als die bevorzugte und am wenigsten restriktive Methode angesehen (Terpstra 2001). In einer Studie aus den Niederlanden wurden 104 Menschen mit psychischer Erkrankung, die entweder eine Isolierung oder eine Zwangsmedikation erhalten hatten, anschließend nachbefragt, welche Maßnahme sie als unangenehmer erlebten und welche sie ggf. vorziehen würden. Es zeigten sich aus der Sicht der Menschen mit psychischer Erkrankung insgesamt keine Unterschiede in der subjektiven Belastung und in der Wirksamkeit; insbesondere wurde aber deutlich, dass die Menschen mit psychischer Erkrankung klare, wenngleich unterschiedliche Präferenzen hatten: Jeweils die Hälfte bevorzugte die eine oder die andere Maßnahme; Männer bevorzugten eher Isolierung, Frauen eher Medikation (Veltkam et al., 2008). Auch eine neuere qualitative Studie zur Bewertung von Festhalten vs. Mechanischer Fixierung ergab kein eindeutiges Bild die Präferenzen der betroffenen Patientinnen und Patienten betreffend (Lynge et al. 2023). In einer randomisierten kontrollierten Studie wurden Menschen mit psychischer Erkrankung, bei denen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme unumgänglich war, nach einem

Zufallsverfahren entweder fixiert oder isoliert, wenn weder Ärztin oder Arzt noch Patientin oder Patient eine Präferenz äußerten (Bergk et al., 2011). Die subjektive Belastung wurde in einem Interview mit der Coercion Experience Scale erfasst (Bergk et al., 2010). Insgesamt zeigte sich ein hohes Maß subjektiver Beeinträchtigung mit teils auch sehr drastischen Schilderungen der Menschen mit psychischer Erkrankung über Gefühle der Erniedrigung, Hilflosigkeit und auch Todesangst, insbesondere im Zusammenhang mit gleichzeitigem psychotischem Erleben. Jedoch zeigten sich zwischen Fixierung und Isolierung bei der anschließenden Befragung während des stationären Aufenthaltes keine signifikanten Unterschiede. Anders stellte sich die Situation jedoch bei einer Nachbefragung von 60 der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer nach einem Jahr dar. In diesem zeitlichen Abstand beschrieben Menschen mit psychischer Erkrankung, die eine Fixierung erlebt hatten, wesentlich mehr Belastungen als diejenigen, die eine Isolierung erlebt hatten. Gefühle wie Hilflosigkeit, Anspannung, Wut, Ängste, Entsetzen und Scham fanden sich jeweils bei einem bis zwei Dritteln der von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Menschen (Steinert et al. 2013). Ein weiteres RCT verglich Isolierung und Fixierung in Hinblick auf die Notwendigkeit anderer Sicherheitsmaßnahmen, Dauer der Maßnahme und Zufriedenheit der Menschen mit psychischer Erkrankung (Huf et al. 2012). In der Isolierungsgruppe waren 17 % mit der Behandlung zufrieden, in der Fixierungsgruppe nur 11,1 %. Der Unterschied war aber nicht signifikant.

Ergebnisse von Beobachtungsstudien

Die Beobachtung der unterschiedlichen Praxis in vielen Ländern zeigt bereits, dass jede einzelne Form von in der Psychiatrie angewandten freiheitsbeschränkenden/-enziehende Maßnahmen im Grunde verzichtbar ist, aber eben nicht freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen an sich. In den USA werden Zwangseinweisungen und forensisch-psychiatrische Unterbringungen deutlich restriktiver gehandhabt als in Europa. Allerdings leben viele Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne Behandlung und Versorgung in der Obdachlosigkeit oder sind in Gefängnissen inhaftiert. In Österreich gibt es fast keine geschlossenen psychiatrischen Stationen. Dafür werden allerdings untergebrachte Menschen mit psychischer Erkrankung, die die Station verlassen wollen, notfalls auch mit Fixierung daran gehindert. In den Niederlanden war eine Zwangsbehandlung viele Jahre aufgrund der Gesetzeslage kaum durchführbar und war auch in Teilen Deutschlands 2012/2013 nicht

genehmigungsfähig. In Teilen der Schweiz und der Niederlande sowie in Großbritannien wird vollständig auf Fixierungen verzichtet, Isolierungen wiederum sind in Dänemark verboten und in vielen deutschen Kliniken ungebräuchlich (Steinert 2016). In Großbritannien besteht zudem die Möglichkeit der ambulanten Zwangsbehandlung bzw. die Möglichkeit, wirtschaftliche Hilfen an Behandlungsbereitschaft zu koppeln. Jeweils stellt sich ethisch die Frage, ob dies tatsächlich ein Gewinn oder nur eine Einschränkung des Spektrums der Möglichkeiten ist, mit der Folge, dass die nicht praktizierte Maßnahme dann eben durch andere ersetzt wird. Die sehr begrenzte Datenlage spricht eher für Letzteres. In Deutschland führten die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts von 2011 und 2013 und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung von 2012 dazu, dass eine solche sieben Monate lang in manchen Bundesländern nicht mehr genehmigungsfähig war (bis zur Novellierung des Betreuungsrechts im Februar 2013). Eine Auswertung der Daten in mehreren Kliniken in Baden-Württemberg zeigte, dass dies zwar nicht zu einem Anstieg der Zahl der Menschen mit psychischer Erkrankung führte, die überhaupt von einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme irgendeiner Art betroffen waren, bei eben diesen aber zu einer starken Zunahme der freiheitsbeschränkenden bzw. –entziehenden Maßnahmen (Fixierung und Isolierung) und einer Verdoppelung aggressiver Übergriffe (Flammer & Steinert 2015). Dies galt auch dann, wenn man nur die Menschen einbezog, die sowohl vor als auch nach der wegweisenden Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2012 stationäre Aufnahmen aufzuweisen hatten. In dieselbe Richtung weisen Ergebnisse aus den Niederlanden. Dort gab es seit Ende der 1990er Jahre sowohl in der verbreiteten ethischen Auffassung als auch in der Gesetzgebung eine Haltung, Zwangsbehandlung extrem einzugrenzen und als tendenziell unethisch anzusehen. Anstelle dessen wurde überwiegend isoliert, was als weniger invasiv angesehen wurde. Die Folge war jedoch ein Anstieg der Isolierungen auf im internationalen Vergleich extrem lange Dauern und zugleich sehr hohe Raten von Patientenübergriffen auf Personal und Mitpatientinnen und -patienten. Infolgedessen wurde in den letzten Jahren eine Kehrtwendung eingeleitet, Zwangsbehandlungen wurden wieder ermöglicht. Auch in Folge gezielter Programme konnte die Dauer von Isolierungen wieder reduziert werden (Vruwink et al., 2012; Noorthoorn et al., 2015). Allerdings stiegen die Isolierungszahlen nach Ende des staatlichen Programms zur Reduktion von Isolierungen wieder an, obwohl auch Zwangsbehandlungen weiter anstiegen (Vruwink et al. 2021). In einer randomisierten kontrollierten Studie zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Isolierung sich um 50 %

reduzierte, wenn man als Mittel der ersten Wahl nicht die Isolierung sondern eine Medikation einsetzte (Georgieva et al, 2013). Eine Untersuchung aus England verglich Isolierung und freiwilliges Time-out in einer Analyse von zufällig ausgewählten Fällen auf 84 Stationen in 31 englischen Krankenhäusern und fand dabei keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Fällen und in der Wirksamkeit bezüglich der Kontrolle gefährlichen Verhaltens. Daraus wurde abgeleitet, dass sich ein großer Teil der Isolierungen durch weniger einschränkende Maßnahmen ersetzen ließe (Bowers et al. 2012). Das allgemeine Ziel muss weiterhin sein, die Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren (Szmukler 2015).

Insgesamt sind die Ergebnisse widersprüchlich. Es ergeben sich aber aus den verschiedenen Studien Hinweise auf eine teilweise gültige Randreihe, wobei 1:1-Begleitungen häufig eher am weniger einschneidenden Ende und mechanische Fixierungen am einschneidendsten Ende eingeordnet werden (s. auch Reviews Gleerup et al. 2019, Lindekilde et al. 2024).

Starke Empfehlung

Wenn freiheitsbeschränkende bzw. entziehende Maßnahmen wegen aggressiven Verhaltens unvermeidlich sind, soll unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und individueller Patientenpräferenzen, ggf. auch festgelegt in Vorausverfügungen, entschieden werden, welche Maßnahme am wenigsten einschränkend und am ehesten angemessen ist. Das Spektrum reicht vom Time-out über 1:1-Betreuung, Isolierung, Festhalten bis zur Fixierung. Psychiatrische Einrichtungen sollen die Möglichkeit vorhalten, verschiedene Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen durchzuführen.
(Vergleich Fixierung/Isolierung in RCTs: Bergk et al. 2011, Huf et al. 2012)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Exkurs Netzbett

Netzbetten waren in Deutschland bis in die 1980er Jahre in der Akutpsychiatrie in Gebrauch. Ohne formelles Verbot verschwanden sie aus der klinischen Praxis, erleben aber inzwischen wieder eine gewisse Renaissance in der Gerontopsychiatrie. Ein Artikel im British Medical Journal berichtete 2003 vom Gebrauch von Netzbetten in 4 europäischen Ländern (Slowenien, Ungarn, Slowakei und Tschechische Republik). Außerdem waren sie in Österreich (seit 2015

nicht mehr empfohlen) und auf Malta in Gebrauch. Die Praxis selbst wurde als entwürdigend, demütigend, gefährlich und als Verletzung der Menschenrechte verurteilt (Krosnar 2003). Auch wenn Netzbetten von Menschenrechtsgruppen missbilligt werden, werden sie von den Mitarbeitenden, die sie gebrauchen, als humaner angesehen als andere freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen (Holt 2004). Eine britische und eine deutsche Umfrage zeigten, dass Netzbetten zusammen mit Fixierung im Vergleich zu anderen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in diesen Ländern die stärkste Ablehnung hervorrufen (Bowers 2004, Bergk & Steinert 2006). Im Gegensatz zur Fixierung kann sich ein Mensch in einem Netzbett allerdings relativ frei bewegen und aufrichten; anders als bei einer Isolierung ist der direkte Sprechkontakt mit Pflegepersonen ohne weiteres möglich. Diesen praktischen Vorteilen steht aus ethischer Sicht gegenüber, dass die Unterbringung von Menschen in käfigartigen Einrichtungen als besonders entwürdigend angesehen muss, nicht zuletzt, weil Käfige mit Tierhaltung assoziiert werden und damit symbolisch Menschenwürde abgesprochen wird. Für und Wider der Netzbetten waren vor einigen Jahren Gegenstand eines Untersuchungsausschusses in der Stadt Wien, der allerdings zu keiner eindeutigen Schlussfolgerung gelangte. Trotz wiederholter Kritik durch das Europäische Anti-Folter-Komitee blieben Netzbetten, mit der euphemistischen Bezeichnung „Psychiatrisches Intensivbett“, zunächst unverändert in Gebrauch. 2015 wurde ihre Abschaffung allerdings per Erlass des Gesundheitsministeriums empfohlen (Sulyok et al. 2016).

X.3 Interventionen zur Prävention von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

Trotz der von allen Seiten beteuerten Haltung, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen nur als Ultima Ratio einzusetzen, variiert die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen zwischen verschiedenen Ländern und Settings enorm, ohne dass dies durch Krankheits- und Patientenmerkmale ausreichend erklärt würde. In den letzten dreißig Jahren wurden daher von pflegerischer und ärztlicher Seite, aber auch von Seiten des Managements und der Qualitätssicherung in den Kliniken Anstrengungen unternommen, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen zu reduzieren. Dabei sind neben Einzelinterventionen auch komplexe Behandlungsprogramme entstanden, die teilweise wissenschaftlich evaluiert sind und wirksam freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen reduzieren können.

Im Rahmen der Entwicklung dieser Leitlinie 2018 wurde ein systematisches Review , das insgesamt 78 Studien einschloss (davon 5 RCTs und 7 weitere kontrollierte Studien), die Interventionen in Hinblick auf Reduktion von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen (Isolierung und Fixierung) evaluierten (Hirsch 2017). Grundsätzlich konnten komplexe Behandlungsprogramme, welche mehrere Interventionen enthielten, von einfachen Interventionen unterschieden werden. Insgesamt wurden 35 Studien identifiziert, die sich mit einer einfachen, klar umrissenen Intervention beschäftigten, 32 Studien beschrieben komplexe Behandlungsprogramme. Weitere 9 Studien beschrieben Änderungen der geltenden Regeln oder Gesetze, eine davon sogar die Transformation eines politischen Systems (Kostecka u. Zardecka 1999). Insgesamt wurden bei der Untersuchung der einzelnen Interventionen, die in den Studien beschrieben wurden, sieben Kategorien identifiziert:

- Organisatorische und institutionelle Interventionen, einschließlich der Öffnung der Stationstüren (s. auch Kapitel IX.2)
- Fort- und Weiterbildungsprogramme (s. auch Kapitel X.1), einschließlich spezieller Krisenteams in Kliniken, die die Stationen in Notfällen unterstützen,
- Gestaltung psychiatrischer Stationen (s. auch Kapitel IX.2),
- Psychotherapeutische Angebote (s. auch Kapitel IX.7), einschließlich spezieller Programme zu Selbstzuweisungen und Verträgen zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und dem Behandlungsteam,
- Verhaltenstherapeutische und traumatherapeutische Nachbesprechungen (Debriefings, s. auch Kapitel X.4),
- Instrumente der Vorausplanung (jetzt im Kapitel IX.6)
- Risikovorhersage und frühe Interventionen (s. auch Kapitel VI.2).

Zur Aktualisierung der Leitlinie wurden zusätzlich Übersichtsarbeiten und Studien, die zwischen 2017 und 2024 erschienen sind, berücksichtigt, davon eine weitere zu Gesetzes- und Regeländerungen, bei welcher durch Anpassung er Melderegelungen in Medicaid- und Medicare-Einrichtungen in den USA, die kumulativen Dauer von Isolierung und Fixierung reduziert werden konnte (Shields et al. 2020).

Organisatorische und institutionelle Interventionen

Auf organisatorischer Ebene ergaben sich im ursprünglichen Review Hinweise auf die Wirksamkeit von Instrumenten der Qualitätssicherung wie Benchmarking zum Vergleich verschiedener Kliniken (Steinert et al. 2015). Auch die Reduktion der Stationsgröße (O'Malley et al. 2007) sowie eine bessere Personalausstattung (Donat et al. 2002a) ging in Beobachtungsstudien mit einer Reduktion von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen einher. Für die Öffnung von Stationstüren ergaben sich in Beobachtungsstudien damals widersprüchliche Ergebnisse (Jungfer et al. 2014, Cibis et al. 2017). In das aktualisierte Review wurden sieben weitere Studien eingeschlossen, davon vier weitere zur Öffnung von Stationstüren (Beaglehohle et al. 2017, Schneeberger et al. 2017, Hochstrasser et al. 2018, Indregard et al. 2024), drei Studien zu bedürfnisorientierten intensivierten Behandlungsprogrammen (Wullschleger et al. 2018, Van Melle et al. 2020, Dinsenbacher et al. 2024).

Die Studienqualität war insgesamt niedrig mit nur einer randomisiert-kontrollierten Studie (Indregrad et al. 2024) und einer weiteren nicht randomisiert kontrollierten Studie (Schneeberger et al. 2017). Die Aussagesicherheit im Hinblick auf die Endpunkte Reduktion des Anteils der von Zwangsmedikation betroffenen Fälle, der Anzahl der Episoden von Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikation und der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen sowie des subjektiven Zwangserlebens waren niedrig, im Hinblick auf den Endpunkt Reduktion des Anteils der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle war die Aussagesicherheit mäßig.

Zwei Studien zu offenen Stationstüren berichteten den Endpunkt Reduktion des Anteils der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle. Das RCT konnte keine signifikante Reduktion zeigen (Indregard et al. 2024). In der Beobachtungsstudie waren die von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle im Vorher-Nachher-Vergleich rückläufig (vorher 28,2 % der Fälle betroffen, nachher 13,9 % der Fälle, Hochstrasser et al. 2018). Eine nicht randomisierte kontrollierte Studie (Schneeberger et al. 2017) und eine Beobachtungsstudie (Cibis et al. 2017) berichteten die Anzahl der Zwangsmaßnahmenepisoden. In der Beobachtungsstudie wurden keine signifikanten Unterschiede beobachtet. In der Vergleichsstudie waren die Ergebnisse inkonsistent: Zwar wurden weniger Zwangsmaßnahmen in Krankenhäusern mit offenen

Stationen beobachtet (Odd's ratio 0.369 95 % KI [0.198; 0.691]) und auch auf offenen Stationen weniger Zwangsmaßnahmen als auf geschlossenen (OR 0.647 95 % KI [0.582; 0.723]), allerdings zeigte sich keine Dosis-Wirkungs-Beziehung in dem Sinne, dass die teilweise geöffnete Stationen Vorteile gebracht hätten. Zwei Beobachtungsstudien berichteten die Anzahl der psychiatrischen Zwangsmedikation (Cibis et al. 2017 und Hochstrasser et al. 2018), wobei sich einmal eine signifikante Reduktion der Zwangsmedikation zeigte (Cibis et al. 2017), in der anderen Studie aber nicht. In einer Beobachtungsstudie, die die kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen berichtete, waren diese nach Öffnung der Stationen niedriger (Reduktion um 53 %, Beaglehole et al. 2017). Bezüglich aggressivem Verhalten und Entweichungen waren die Ergebnisse widersprüchlich, für autoaggressives Verhalten und andere Komplikationen lagen keine Daten vor.

Nur eine der drei Studien zu bedürfnisorientierten intensivierten Behandlungsprogrammen (Wullschleger et al. 2018) berichtete den Endpunkt Reduktion der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle, wobei sich hier eine Reduktion im Vorher-Nachher Vergleich ergab (von 7,7 % Betroffenen auf 3,1 % Betroffene). Zwei der Studien berichtete den Endpunkt Reduktion der Anzahl der Zwangsmaßnahmenepisoden, wobei sich keine signifikante Reduktion beobachten ließ (Wullschleger et al. 2018, Dinsenbacher et al. 2024). Die verbliebene Studie berichtete die kumulative Dauer der Isolierungen gemessen als Anteil der in Isolierung verbrachten Stunden an den gesamten auf Station verbrachten Stunden, wobei sich eine Reduktion zeigte (von 4,2 % der Zeit in Isolierung auf 2,58 % der Zeit, Van Melle et al. 2020). Ebenso zeigte sich in dieser Studie eine Reduktion der Zwangsmedikationen.

Fort- und Weiterbildungsprogramme

Neben einer zahlenmäßig ausreichenden Personalausstattung ist auch die regelmäßige Schulung des Personals bzgl. Deeskalationstechniken, freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen und Selbstschutz wichtig (Kapitel X.1). Aus Studien liegen unterschiedliche Ergebnisse zur Wirksamkeit solcher Trainings vor. Als günstig hat sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie ein Programm erwiesen, bei dem sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Fertigkeiten vermittelt werden (Phillips und Rudestam 1995). Wichtig scheint, dass Trainingsprogramme die Mitarbeitenden sensibilisieren, das

Risikobewusstsein und die Kommunikation im Team stärken und alternative Maßnahmen zu Fixierung und Isolierung vermitteln (Jones et al. 1997, Richmond et al. 1996, Forster et al. 1999, Stead et al. 2009). Reine Deeskalationstrainings oder Fixierungsübungen konnten freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen hingegen nicht signifikant reduzieren (Laker et al. 2010). Spezielle Teams aus besonders geschulten Mitarbeitenden, die in Krisensituationen hinzugezogen werden können, haben sich in Beobachtungsstudien (Ketelsen et al. 2007, Godfrey et al. 2014) und in einer kontrollierten Studie (Moore et al. 2010) bewährt. Externe Fachkräfte, die im Rahmen einer Supervision das Behandlungsteam beraten, konnten zwar in einer kontrollierten Studie die Häufigkeit von Konflikten auf Station reduzieren, nicht aber die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen (Bowers et al. 2006 und 2008). Nachdem sich in einer Beobachtungsstudie Hinweise darauf ergeben hatten, dass Pflegende, die empathischer gegenüber den Menschen mit psychischer Erkrankung sind, seltener freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen einleiten, wurde versucht, freiheitsbeschränkende Maßnahmen mittels Empathietrainings weiter zu reduzieren, was aber nicht gelang (Yang et al. 2014).

In das aktualisierte Review wurden 13 weitere Studien eingeschlossen, davon vier RCTs (Kontio et al. 2014 (RCT), Geoffrion et al. 2018, Ye et al. 2018 (Review), Whitecross et al. 2020, Haefner et al. 2021, Ye et al. 2021 (RCT), Celofiga et al. 2022 (RCT), Dixon et al. 2022, Stoll et al. 2022, Välimäki et al. 2022 (RCT), Badouin et al. 2023, Nikopaschos et al. 2023, Bowllan et al. 2025). Neben klassischen Trainingsprogrammen wurde auch ein Programm mit simulierten/nachgestellten Situationen (Bowllan et al. 2025) und ein e-Learning-Programm (Kontio et al. 2014) berichtet. Zudem wurde das ExIn-Training für Genesungsbegleitende (Badouin et al al. 2023) und ein Mitarbeitenden-Training in ethischer Fallberatung (Stoll et al. 2022) evaluiert. Nur eine der neuen Studien beschäftigte sich mit dem Einsatz von Unterstützungsteams (Whitecross et al. 2020).

Die Aussagesicherheit im Hinblick auf die Endpunkte Reduktion der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle, der Episoden von Zwangsmedikationen und Zwangsmaßnahmen und der kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen sowie des subjektiven Zwangserlebens ist niedrig und im Hinblick auf den Endpunkt durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme mäßig.

Die Ergebnisse zu von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fällen waren widersprüchlich. In einem RCT zur Trainingsmaßnahmen konnte der Anteil reduziert werden (Ye et al. 2021), in einem anderen nicht (Välimäki et al. 2022). In einem weiteren RCT, das den Anteil der betroffenen Fälle nicht berichtete, sank die Anzahl der Zwangsmaßnahmen (Celofiga et al. 2022), in den drei anderen RCT zeigte sich das aber nicht (Kontio et al. 2014, Ye et al. 2021, Välimäki et al. 2022). Auch die Anzahl der psychiatrischen Zwangsmedikationen ließ sich nicht signifikant reduzieren (Välimäki et al. 2022). Ein ebenso uneinheitliches Bild zeigt sich bei den Beobachtungsstudien: In einer Beobachtungsstudie konnten Isolierungen und Fixierungen auf der psychiatrischen Intensivstation durch Schulung reduziert werden, nicht aber bei Notfällen (Geoffrion et al. 2018), eine weitere Studie ergab die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch Deeskalationstraining (Dixon et al. 2022), aber eine andere konnte dies nicht finden (Haefner et al. 2021). Auch eine Beobachtungsstudie zu einem Mitarbeitendentraining, das den Fokus auf Trauma-informed Care legte, ergab keine signifikante Reduktion der Anzahl der Zwangsmaßnahmen (Nikopaschus et al. 2023). Das Mitarbeitendentraining mit simulierten Fällen zeigte eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen, allerdings war dies nur ein sekundärer Endpunkt, es wurde keine Signifikanztestung durchgeführt und das Verzerrungsrisiko wurde als sehr hoch eingeschätzt (Bowllan et al. 2025). In der Beobachtungsstudie zur Schulung von Genesungsbegleitenden konnte der Anteil der von Zwangsmaßnahmen Betroffenen nicht signifikant reduziert werden, ebenso wenig die Anzahl von Zwangsmaßnahmen (Badouin et al. 2023). In der Beobachtungsstudie zu Schulungen in Ethikberatung waren die Ergebnisse uneinheitlich: der Anteil von Zwangsmaßnahmen insgesamt (von 17,2 % betroffener Fälle auf 9,6 % betroffener Fälle) und von Isolierungen (von 16,7 % betroffener Fälle auf 9,6 % betroffener Fälle)konnten reduziert werden, von Fixierungen oder Zwangsmedikationen betroffene Fälle wurden nicht signifikant weniger, ebenso wenig die Anzahl der medikamentösen Zwangsmedikationen oder die Anzahl der Zwangsmaßnahmen (Stoll et al. 2022). Die Beobachtungsstudie mit Unterstützerteams ergab eine Reduktion der betroffenen Fälle von 14,7 % auf 6,5 % und eine Reduktion der Isolierepisoden insgesamt, eine Signifikanztestung wurde nicht durchgeführt. Das Unterstützerteam setzte signifikant seltener Isolierungen oder Festhaltetechniken ein, bei mechanischer Fixierung waren die Reduktionen nicht signifikant (Whitecross et al. 2020). In einer außerhalb der systematischen Suche gefundenen australischen Arbeit zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen in den Pflegeteams (ohne Patientinnen und Patienten), zeigte sich eine signifikante Reduktion der

Isolierungen im Vorher-Nachher-Vergleich, wobei Festhalten nicht signifikant reduziert werden konnte (Daguman et al. 2025). In einer weiteren außerhalb der systematischen Suche gefundenen Studie, in der Mitarbeitende mit der speziellen Rolle „Reducing Restrictive Interventions Advocate“ auf einer psychiatrischen Intensivstation eingesetzt wurden, um Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten zu beraten. Auf der Interventionsstation konnten Isolierung, Festhalten im Stehen und Festhalten signifikant reduziert werden (Greene et al. 2025).

Die Ergebnisse zur durchschnittlichen und kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen waren ebenfalls widersprüchlich. In zwei RCT zu Trainingsmaßnahmen konnte die durchschnittliche Dauer reduziert werden (Ye et al. 2021, Celofiga et al. 2022), in zweien nicht (Kontio et al. 2014, Välimäki et al. 2022). Ye et al. und Välimäki et al. berichteten auch die kumulative Dauer, wobei sich ein Widerspruch in die gleiche Richtung ergab wie beider durchschnittlichen Dauer. In einer Beobachtungsstudie konnte die kumulative Dauer von Isolierungen auf der psychiatrischen Intensivstation durch Schulung reduziert werden, nicht aber bei Notfällen, die Dauer von Fixierungen änderte sich nicht signifikant (Geoffrion et al. 2018). In der Beobachtungsstudie zur Schulung von Genesungsbegleitenden konnte die durchschnittliche Dauer von Zwangsmaßnahmen nicht signifikant reduziert werden (Badouin et al. 2023). In der Beobachtungsstudie zu Schulungen in Ethikberatung konnte die durchschnittliche Dauer von Isolierung und Fixierung sowie die Intensität der Fixierungsmaßnahmen reduziert werden, die kumulative Dauer von Isolierungen reduzierte sich nicht signifikant (Stoll et al. 2022). Die Beobachtungsstudie mit Unterstützerteams ergab eine Reduktion der kumulativen Dauer der Zwangsmaßnahmen, wobei aber keine Signifikanztestung durchgeführt wurde (Whitecross et al. 2013).

Aggressives und autoaggressives Verhalten von Menschen mit psychischen Erkrankungen waren nach Schulungen der Teams eher seltener. Allerdings konnte in einem RCT, das speziell Unfälle und Verletzungen miterfasste, keine signifikante Reduktion gefunden werden (Ye et al. 2021).

Die Studienlage bleibt also auch nach der Aktualisierung der Übersichtsarbeit nicht eindeutig.

Gestaltung psychiatrischer Stationen

Auf den Stationen selbst konnten freiheitsbeschränkende Maßnahmen durch bestimmte architektonische Elemente, insbesondere ausreichend Licht (Olver et al. 2009), ausreichende Privatsphäre für die Patientinnen und Patienten und eine wohnliche Ausstattung, welche weniger krankenhaus- oder gar gefängnistypisch wahrgenommen wird (Rohe et al. 2017), in zwei Beobachtungsstudien reduziert werden.

Ebenfalls empfehlenswert ist hier das Angebot spezieller Räume ("Sensory Rooms") mit der Möglichkeit für agitierte Menschen mit psychischer Erkrankung, sich freiwillig Stress oder Reizüberflutung zu entziehen und stattdessen aktiv positiven Reizen (schwere Decken, Aromaöle, Musik) auszusetzen, sog. Sensory Modulation. Dies war in zwei kontrollierten Studien wirksam, zur Reduktion von freiheitsbeschränkendem Maßnahmen wirksam (Teitelbaum et al. 2007 aus Israel, Llyod et al. 2014 aus Australien). Im Gegensatz zu den Studien, in denen Sensory Modulation weniger wirksam war, wurden Menschen mit psychischer Erkrankung in diesen Studien explizit von geschultem Pflegepersonal oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten zur Nutzung des Sensory Rooms angeleitet bzw. sogar währenddessen über Mikrofon/Gegensprechanlage begleitet. Bei einer weiteren kontrollierten Studie zeigten sich diese positiven Ergebnisse nur, wenn Patienten mit besonders vielen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aus der Analyse ausgeschlossen wurden (Cummings et al. 2010). Demgegenüber zeigten zwei weitere Studien mit Prä-Post-Vergleichen keine positiven Ergebnisse (Novak et al. 2012, Smith et al. 2014). In einer dieser Studien ergaben sich nach Einführung des Sensory Rooms sogar mehr Isolierungen, wobei es sich wieder vor allem um wiederholte Isolierungen einiger besonders schwieriger Patientinnen und Patienten handelte. Ein einzelner Patient war alleine zwölfmal isoliert (32,4 % der Isolierungen). Die Anzahl der isolierten Menschen mit psychischer Erkrankung hatte sich jedoch reduziert (Smith et al. 2014). Bei der zweiten Studie ist zu erwähnen, dass hier hauptsächlich Frauen den Sensory Room aufsuchten, was die Autoren zu der Vermutung veranlasste, dass dieser Raum Männern evtl. zu wenig angeboten wurde und stattdessen eher früh Isolierungen durchgeführt wurden (Novak et al. 2012).

In das aktualisierte Review wurden drei weitere Studien eingeschlossen, davon eine nicht randomisierte Vergleichsstudie zu Sensory Modulation (Andersen et al. 2017) und zwei

Beobachtungsstudien zur Gestaltung psychiatrischer Stationen (Yakov et al. 2018, Harpøth et al. 2022). Daten zu von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fällen oder zur durchschnittlichen Dauer lagen nicht vor. Daten zur kumulativen Dauer lagen nur in einer Beobachtungsstudie vor (Yakov et al. 2018), wobei die Aussagesicherheit bzgl. dieses Endpunkts als sehr niedrig eingeschätzt wurde. Daten zur Häufigkeit von psychiatrischen Zwangsbehandlungen (medikamentös und EKT) lagen bei der Vergleichsstudie (Andersen et al. 2017) und einer der beiden Beobachtungsstudien vor, wobei die Aussagesicherheit als sehr niedrig eingeschätzt wurde (Harpøth et al. 2022). Daten zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen lagen bei der Vergleichsstudie (Andersen et al. 2017) und einer der beiden Beobachtungsstudien vor, wobei die Aussagesicherheit als sehr niedrig eingeschätzt wurde (Harpøth et al. 2022). Harpøth et al. 2022 legten zudem Daten zur somatischen Zwangsbehandlung (Ernährung, Behandlung einer somatischen Grunderkrankung) vor, wobei diese sehr selten waren, aber über die Studie hinweg trotz Intervention signifikant anstiegen.

In einer der Studien zur Gestaltung der Stationen ging die Notfallmedikation deutlich zurück, nicht aber die psychiatrische Zwangsmedikation und EKT-Behandlung insgesamt. Ebenso gingen die Fixierungsmaßnahmen deutlich zurück, nicht aber Isolierungen oder 1:1-Begleitung gegen den Willen der Betroffenen (Harpøth et al. 2022). Auch eine außerhalb der systematischen Suche gefundene Studie zeigte keine signifikante Reduktion von Bedarfsmedikation oder Isolierungen durch die Einrichtung spezieller Sensory Rooms (Dawson et al. 2025). Nach Reizreduktion auf einer psychiatrischen Akutstation reduzierte sich in der anderen Studie die kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen (Yakov et al 2018).

Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen und der Zwangsmedikationen ließ sich in der Studie zu Sensory-Modulation nicht reduzieren (Anderson et al. 2017).

Schwache Empfehlung

Es sollten als Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden.

Teitelbaum et al. 2007 aus Israel, Llyod et al. 2014 aus Australien

100 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

Psychotherapeutische Angebote

Des Weiteren haben sich verhaltenstherapeutische Programme zum Umgang mit aggressivem Verhalten bewährt (Corrigan et al. 1995, Goodness und Renfro 2002, Lykke et al. 2008). In einer Interventionsstudie, in welcher Mitarbeitende in verhaltenstherapeutischen Programmen (Token Economy und Soziales Kompetenztraining) geschult wurden, konnte die Einstellung der Mitarbeitenden zu Verhaltenstherapie in psychiatrischen Settings verbessert werden. Die Intervention führte dazu, dass mehr Mitarbeitende und Menschen mit psychischer Erkrankung sich an derartigen Programmen beteiligten und dass es zu weniger aggressiven Übergriffen und Fixierungen auf der Station kam. Diese Studie wurde allerdings auf einer Rehabilitationsstation für Menschen mit Schizophrenie und bipolarer Störung durchgeführt und nicht auf einer Aufnahmestation mit entsprechend kurzen Aufenthaltszeiten, wie sie heute üblich sind (Corrigan et al. 1995). Ein ähnliches Programm (Verhaltenstherapie, Token Economy, Dangerousness Management Plans) wurde in einer forensischen Klinik durchgeführt. Dort konnte die durchschnittliche Anzahl von Fixierungen pro Patient und die durchschnittliche Dauer, die eine Patientin oder ein Patient in der Fixierung verbrachte, nahezu halbiert werden (Goodness and Renfro 2002). Gleichzeitig gingen Beschwerden von Patientinnen und Patienten in dieser Zeit deutlich zurück. Auf einer Station für Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht in Dänemark konnten Fixierungen signifikant reduziert werden, nachdem die sog. „kognitive Milieutherapie“ eingeführt wurde. Das Programm besteht aus kognitiver Verhaltenstherapie, sozialem Kompetenztraining, Psychoedukation und verhaltenstherapeutisch orientierten Nachbesprechungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Situationsanalyse, wie kam es zu der Fixierung, welche internen und externen Stimuli waren relevant). Diese Besprechungen finden in der Patientengruppe statt und werden von geschultem Personal angeleitet. Die Anzahl von Fixierung betroffener Patienten konnte in drei Jahren von 19 auf 3 reduziert werden, die Anzahl stattgehabter Fixierungen von 127 auf 5. Im gleichen Zeitraum konnte auch Zwangsmedikation reduziert werden, die Anzahl der Isolierungen blieb in etwa gleich. Das Risiko, von Fixierung betroffen zu sein reduzierte sich damit durchschnittlich um 50 % pro Jahr, was einer hochsignifikanten Reduktion entsprach. In einer Studie, bei welcher Menschen mit besonders vielen freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen (mindestens sechs Einzelmaßnahmen oder mindestens 72 Stunden kumulative Dauer) einen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan, der von einem Expertenkomitee erstellt worden

war, erhielten, konnten Fixierungen und Isolierungen in den sechs Monaten nach der Einführung solcher Pläne im Vergleich zu den vorangegangenen sechs Monaten um 62 % reduziert werden (Donat 1998). Folgestudien, in welchen schon bei weniger freiheitsbeschränkenden/-entziehende Maßnahmen oder zeitlich früher interveniert wurde, konnten die
Maßnahmen noch einmal deutlich reduziert werden (Donat 2002b, Donat 2003).

Aber auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieprogramme waren in zwei Beobachtungsstudien für junge Menschen mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wirksam zur Reduktion von Zwang. Ein Behandlungsprogramm, welches auf die Erstellung von Behandlungsplänen, eine bessere interpersonale Interaktion und die Reduktion von Konflikten auf Station abzielte, konnte die Quoten der von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen betroffenen Menschen mit psychischer Erkrankung von 43,7 % vor Einführung des Programms auf 2,7 % nach Einführung reduzieren (Gonzalez-Torres et al. 2014). Ein ähnliches Programm mit Schwerpunkt auf der Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei welchem diese nur selbst über ihre stationäre Aufnahme entscheiden und im Falle einer Aufnahme sofort unbegrenzt Ausgang erhalten, bei aggressivem oder autoaggressivem Verhalten aber entlassen werden, konnte ebenfalls die Zahl der Fixierungen sowie die Zahl der 1:1-Überwachungen und der Selbstverletzungen signifikant reduzieren. Eingeschlossen wurden allerdings nur 27 Patientinnen und Patienten. Interessant ist, dass weiterhin Fixierungen vorkamen und die Anzahl der Isolierungen nahezu unverändert blieb, obwohl das Programm freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen eigentlich grundsätzlich verbietet (Hoch et al. 2006). Eine Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf dafür ausgelegten Spezialstationen, auf die auch in Krisensituationen direkt aufgenommen werden kann, scheint ebenfalls hilfreich bei der Reduktion von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen. Nach Einführung einer solchen Station in einer deutschen psychiatrischen Klinik reduzierten sich die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei allen aufgenommen Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen innerhalb eines Jahres von 120 auf 17 (Steinert et al. 2009).Eine Studie zur tiergestützten Therapie in einer forensichen Einrichtung ergab ebenfalls Hinweise auf Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Nurenberg et al. 2015).

Oben genannte Studien geben Hinweise darauf, dass sich auch in psychiatrischen Kliniken die konsequente Einführung von psychotherapeutischen Programmen lohnt. Die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans konnte in Beobachtungsstudien freiheitsbeschränkende Maßnahmen reduzieren. Hierfür sind wahrscheinlich verschiedene Mechanismen wie die Stärkung der therapeutischen Beziehung, aber auch das Gefühl der Kontrolle und Kohärenz bei den Menschen mit psychischer Erkrankung verantwortlich. Bei einer kontrollierten Studie, die 678 Menschen (134 erhielten die Intervention, 544 waren in der Kontrollgruppe) einschloss, wurden mittels des sog. „Methodical Work Approach" gemeinsam mit den Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Familien Behandlungspläne mit expliziten Zielen erstellt und festgehalten, wie diese erreicht werden könnten. Die Pläne wurden regelmäßig überprüft und je nach Stand der Behandlung angepasst. Eingeschlossen wurden Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht einer niederländischen psychiatrischen Intensivstation, die dort wegen gefährlichen Verhaltens und/oder Versagen der übrigen Therapien behandelt wurden. Auf den Interventionsstationen konnte die Anzahl der Isolierungen signifikant von 15/1000 Patiententage auf 3 gesenkt werden. Die Isolierungsdauer sank ebenfalls signifikant von 934 Stunden/1000 Patiententage auf 62. Auf den Kontrollstationen ergaben sich keine signifikanten Änderungen (Boumans et al. 2014 und 2016).

In das aktualisierte Review wurden zwei weitere Studien eingeschlossen, ein RCT (Sigrunarson et al. 2017), eine nicht randomisierte Vergleichsstudie (Thomsen et al. 2018). Beide untersuchen Programme, bei welchem Menschen mit psychischen Erkrankungen sich selbst zur Krisenintervention in eine Klinik einweisen können, ähnlich der Studie von Hoch et al. 2006. Die Aussagesicherheit der Studien im Hinblick auf die Endpunkte Anteil Betroffene von Zwangsmedikation, Anteil Betroffene von Zwangsmaßnahmen, war mäßig, die im Hinblick auf die Anzahl Zwangsmedikationen und der kumulativen Dauer der Zwangsmaßnahmen niedrig. Der Anteil von von Zwangsmaßnahmen oder Zwangsmedikationen betroffenen Menschen änderte sich nicht signifikant. Auch die Anzahl der Zwangsmedikationen und die Dauer der Zwangsmaßnahmen waren zwischen den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. In der Studie Thomsen et al. wurde mit erhoben, ob es häufiger zu selbstschädigendem Verhalten kommt, was nicht der Fall war. Ansonsten wurden keine unerwünschten Wirkungen erhoben.

Verhaltenstherapeutische Nachbesprechungen und Traumatherapeutisches Debriefing

Sollte es dennoch zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kommen, sollten diese im therapeutischen Team (Prescott et al. 2007, Kapitel X.1.3) und mit den Menschen mit psychischer Erkrankung (Lykke et al. 2008, Whitecross et al. 2013 Kapitel X.4.2) nachbesprochen werden. Auch hier sind unterschiedliche Mechanismen möglich, wie diese Intervention Zwang reduzieren kann. Zum einen könnte die Tatsache, sich nach einer freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahme gegenüber den Menschen mit psychischer Erkrankung, den Kolleginnen und Kollegen oder auch Vorgesetzten persönlich verantworten zu müssen, dazu führen, dass Pflegende, Ärztinnen und Ärzte primär weniger freiheitsbeschränkende Maßnahmen durchführen bzw. anordnen. Zum anderen können problematische Entwicklungen im Verhalten des Menschen mit psychischer Erkrankung, in der therapeutischen Beziehung und im Team, die zur Entstehung der Eskalation und der freiheitsbeschränkenden Maßnahme beigetragen haben, im Nachhinein kritisch reflektiert und solche Situationen in Zukunft vielleicht besser und ohne Einsatz von Zwang gelöst werden (Lykke et al. 2008). Nachbesprechungen im therapeutischen Team gemeinsam mit einem Team aus Vorgesetzten und geschulten Mitarbeitenden konnten Fixierungen in einer psychiatrischen Klinik für Erwachsene, Jugendliche und Kinder in den USA in den ersten sechs Wochen nach Beginn der Intervention von 77 auf 49 reduzieren und die Anzahl der Vorfälle mit 79 Festhalten von auf 44 (Prescott et al. 2007). Gegen Ende einer Krankenhausbehandlung oder anschließend in der ambulanten Behandlung kann die Erstellung von Vorausverfügungen (Kapitel IX.6) sinnvoll sein. Diese Vorausverfügungen (sog. "joint crisis plans") konnten in Studien aus England teilweise Zwangseinweisungen und die Dauer der Krankenhausaufenthalte reduzieren. Die Ergebnisse sind allerdings inkonsistent. Der Nachweis, dass damit auch freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen reduziert werden können, steht bisher aus (Khazaal et al. 2009).

In das aktualisierte Review wurden zwei weitere Beobachtungsstudien eingeschlossen (Goulet et al. 2018 und Griffin et al. 2022), bei denen Nachbesprechungen nach Isolierung oder Fixierung auf psychiatrischen Akutstationen eingeführt wurden. Die Aussagesicherheit der Studien war bezogen auf den Endpunkt Betroffene von Zwangsmaßnahmen niedrig, auf die Endpunkte durchschnittliche und kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen sehr niedrig. Von Isolierung Betroffene Fälle wurden in einer Studie berichtet und konnten signifikant von 21,3

% auf 10,4 % reduziert werden, Fixierungen konnten nicht signifikant reduziert werden. Die kumulative Dauer von Isolierungen sank in der Studie ebenfalls signifikant, die der Fixierungen nicht. (Goulet et al. 2018). Die durchschnittliche Dauer wurde in einer Studie berichtet und sank in dieser leicht, die kumulative Dauer stieg leicht an, wobei aber keine Signifikanztestung durchgeführt wurde (Griffin et al. 2022).

Starke Empfehlung

Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen sollen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden.

(Lykke et al. 2008, Whitecross et al. 2013, Goulet et al. 2018, Griffin et al. 2022)

Grund für die Heraufstufung: Starker Expertenkonsens, teils rechtliche Vorgaben.

95,7 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Strukturierte Risikoeinschätzung und frühe Interventionen

Im Umgang mit Patienten hat sich eine regelmäßige strukturierte Risikoeinschätzung (Kapitel VI.2) für aggressives Verhalten als hilfreich bei der Reduktion gewalttätigen Verhaltens auf psychiatrischen Stationen erwiesen. Im Weiteren wurde der Einsatz der Broset Violence Checklist in zwei randomisierten Studien evaluiert. In beiden Studien konnte die Anzahl aggressiver Übergriffe reduziert werden (Abderhalden et al. 2008 und van der Sande et al. 2011). In einer Pilotstudie reduzierten sich die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach Einführung der Broset Violence Checklist in Verbindung mit einem Aggressionsmanagementtraining deutlich. Die aggressiven Übergriffe konnten nicht signifikant reduziert werden, wurden aber als weniger schwerwiegend eingeschätzt (Needham et al. 2004). Nur in einer Studie aus der Schweiz konnte die Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen signifikant (um 27 %) reduziert werden (Abderhalden et al. 2008), in der anderen aus den Niederlanden reduzierte sich zumindest die Dauer der Maßnahmen (van de Sande et al. 2011). Die Einführung der Broset Violence Checklist konnte während der dreimonatigen Studie die Anwendung von Zwang auf einer psychiatrischen Intensivstation in Kanada reduzieren. Ein Follow-up, mit welchem man Aussagen über die Nachhaltigkeit des Effekts treffen könnte, liegt leider nicht vor. Wirksam sind hier wahrscheinlich die frühen Besprechungen im Team und entsprechend eingeleitete Frühinterventionen, bevor eine Situation weiter eskaliert (Clarke et al. 2010).

In das aktualisierte Review wurden sieben weitere Studien eingeschlossen, davon zwei RCTs und eine nicht randomisierte Vergleichsstudie (Odgaard et al. 2018 (Vergleichsstudie), Harrington et al. 2019, Florisse et al. 2020, Brathovde et al. 2021, Griffith et al. 2021 (RCT), Hvidhjelm et al. 2022 (RCT), Manning et al. 2022).

Die Aussagesicherheit war bezogen auf die Endpunkte Reduktion der Anzahl der Zwangsmaßnahmen und Zwangsmedikationen sowie auf die durchschnittliche Dauer von Zwangsmaßnahmen niedrig, bezogen auf die Endpunkte Reduktion der von Zwangsmedikationen Betroffenen und kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen mäßig. Ebenfalls erhoben wurden die Endpunkte Aggressionen und Entweichungen mit ebenfalls niedriger Aussagesicherheit.

In einem RCT konnte der Anteil der von Zwangsmedikation betroffenen Menschen signifikant reduziert werden (Odd's Ratio 0.64 95 % KI [0.50–0.83], Griffith et al. 2021). In dem anderen RCT konnte die kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen signifikant reduziert werden, auch die Anzahl der Fixierungen und Zwangsmaßnahmen insgesamt ging signifikant zurück (Hvidhjelm et al. 2022). In der nicht randomisierten Vergleichsstudie zeigte sich diese Reduktion nicht (Odgaard et al. 2018). Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen reduzierte sich in zwei (Harrington et al. 2019, Brathove et al. 2021) der vier Beobachtungsstudien, die diesen Endpunkt berichteten (Florisse et al. 2020, Manning et al. 2022). Bezüglich der durchschnittlichen Dauer der Zwangsmaßnahmen waren die Studien ebenfalls widersprüchlich: Eine Beobachtungsstudie ergab eine Reduktion der Dauer der Isolierungen, allerdings kam es häufiger zu Zwangsmedikationen (Florisse et al. 2022). Eine andere zeigte eine signifikante Reduktion der Fixierungsdauern, nicht aber der Isolierdauern (Manning et al. 2022). In der Vergleichsstudie konnten Fixierungsdauern wiederum nicht signifikant reduziert werden (Odgaard et al. 2018). In einem RCT konnten fremdaggressive Vorfälle wie in den ursprünglichen Studien ebenfalls signifikant reduziert werden (Griffith et al. 2022). In zwei Beobachtungsstudien, die den Endpunkt untersuchten, war dies nicht der Fall (Harrington et al. 2019, Florisse et al. 2020). In der Studie Harrington et al. kam es aber zu signifikant weniger Entweichungen.

Komplexe Behandlungsprogramme

Six Core Strategies

Weil alle genannten Maßnahmen stets nur limitierte Effekte aufweisen, aber an sehr unterschiedlichen Stellen einer Organisation ansetzen, erschien es naheliegend, mehrere Einzelmaßnahmen zu einer komplexen Intervention zu bündeln. Welche der einzelnen Komponenten letztendlich wirksam in der Reduktion von Zwang und Gewalt sind, kann dann selbstverständlich nicht mehr mit Sicherheit gesagt werden. Eine große Übersichtsarbeit extrahierte sechs Faktoren, die sogenannten „Six Core Strategies" (Huckshorn et al. 2006), welche bei wirksamen Programmen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Regel eine Rolle spielen:

Leadership: Die Programme zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollten von der Leitung einer Klinik bzw. Station geplant, verantwortet und überwacht werden.

Use of Data: Die Information, wie viele freiheitsbeschränkende Maßnahmen in welcher Abteilung, bei welchen Patientinnen und Patienten und in welchen Situationen zur Anwendung kommen, kann dabei helfen, Risikosituationen zu identifizieren. Für die Zukunft gesteckte Ziele können mit Hilfe der Daten zu Anzahl und Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen überprüft werden.

Workforce Development: Die Ausbildung des Personals in modernen psychiatrischen Konzepten wie Trauma-informed Care, Recovery, Behandlungsplanung und Kommunikation sowie die Supervision des Behandlungsteams spielen ebenfalls eine zentrale Rolle.

Use of Seclusion/Restraint Prevention Tools: Spezielle Instrumente zur Risikoeinschätzung, zur Dokumentation von Gewalt und Zwang und zur Durchführung strukturierter Debriefing-Gespräche sollten ebenso eingesetzt werden wie Hilfsmittel zur Emotionsregulation, wobei neben positiven Gruppenaktivitäten und Sensory Modulation auch spezielle Patiententrainings eingeführt werden können.

Consumer Roles in Inpatient Settings: Die Rollen, die Menschen mit psychischer Erkrankung selbst und ihre Bezugspersonen während einer stationären Behandlung einnehmen, werden als wesentlich für die Vermeidung von Zwang angesehen. Patientinnen und Patienten, Angehörige und rechtliche Vertreter, aber auch Peers

werden in Programmen zur Reduktion von Zwang in die Behandlungsplanung und andere Gespräche eingebunden.

Debriefing Techniques: Debriefings (Nachbesprechungen) sollten in der Regel in zwei Schritten erfolgen, einmal direkt nach dem Ereignis und dann in ausführlicher Form einige Tage später. Debriefings sollten zwei Hauptaufgaben erfüllen: Traumafolgestörungen bei den Beteiligten reduzieren und Informationen einholen, um Zwang in Zukunft zu reduzieren.

Die Six Core Strategies (6CS) wurden in verschiedenen Ländern und in verschiedenen Settings evaluiert. In einer Interventionsstudie in einer forensischen psychiatrischen Abteilung in den USA konnten die Anzahl und die Dauer der Isolierungen durch Einsatz der 6CS reduziert werden. Allerdings stiegen die Isolierungen nach Ende der Studie wieder etwas an. Die Anzahl der von Isolierung betroffenen Patienten reduzierte sich jedoch kaum. Weiterhin gab es Spitzen mit vielen Isolierungen, wenn neue Patientinnen und Patienten aufgenommen wurden (Maguire et al, 2012). Eine cluster-randomisierte Studie aus der forensischen Psychiatrie in Finnland verglich zwei Interventionsstationen, auf welchen Komponenten der 6CS eingeführt wurden, mit zwei Kontrollstationen. Nicht nur das Personal, auch die Menschen mit psychischer Erkrankung selbst wurden intensiv geschult. Auf den Interventionsstationen kam es zu einer deutlichen Reduktion der Zwangs- und Überwachungsmaßnahmen und deren kumulativer Dauer. Auf den Kontrollstationen nahm die Anzahl dieser Maßnahmen zwar ebenfalls leicht ab, die Dauer stieg allerdings an. Der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe war signifikant. Bei aggressiven Übergriffen ergab dich keine signifikante Änderung (Putkonen et al. 2013). Auch außerhalb der forensischen Psychiatrie konnten die 6CS in Europa freiheitsbeschränkende Maßnahmen und die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Patienten wirksam reduzieren. Auf einer spanischen Aufnahmestation kam es nach Einführung von 4 der 6CS (Diskussionsgruppen, Verbesserung der Dokumentation von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, Deeskalationstrainings, Identifizierung und spezielles Monitoring von Risikopatienten) zu einer signifikanten Reduktion der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, allerdings stieg deren durchschnittliche Dauer leicht an (Guzman-Para et al. 2016). Eine weitere kontrollierte, allerdings nicht randomisierte Studie, welche 43 psychiatrische Institutionen in den USA untersuchte, die alle 6CS zumindest teilweise eingeführt hatten,

ergab, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen vor allem dann wirksam reduziert werden können, wenn die 6CS dauerhaft eingeführt werden und nach der Einführung stabil weiter eingesetzt werden können. Ständige Änderungen der Praktiken und Regeln einer Station scheinen hingegen eher ungünstig (Wieman et al. 2014). Neben den 6CS gibt es viele weitere komplexe Behandlungsprogramme, die ähnliche Ansätze verfolgen, teilweise in die 6CS eingegangen sind und unterschiedlich gut evaluiert sind. Ein RCT aus Dänemark untersuchte die Auswirkung von integrierten Behandlungsprogrammen bei Menschen mit der Erstmanifestation einer schizophrenen Psychose auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen. 167 Menschen mit Psychose in der Interventionsgruppe erhielten eine aufsuchende Behandlung in der Gemeinde sowie soziale Kompetenztrainings und psychoedukative Gruppen gemeinsam mit ihren Familien. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei der Anzahl der Fixierungen. Die Anzahl der Isolierungen war so gering, dass keine statistische Untersuchung vorgenommen wurde. Auch bei anderen freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Zwangseinweisung, Zwangsbehandlung) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Øhlenschlæger et al. 2008).

In das aktualisierte Review wurden vier weitere Beobachtungsstudien eingeschlossen (Hernandez et al. 2017, Duxbury et al. 2019, Havilla et al. 2023, Atdjian & Huckshorn 2024). Die Aussagesicherheit war bezogene auf alle berichteten Endpunkte (Reduktion der Anzahl der Zwangsmaßnahmen, durchschnittliche und kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen) niedrig.

Bezüglich der Anzahl der Zwangsmaßnahmen ergibt sich bei Hernandez keine signifikante Reduktion nach der Intervention und auch der Trend ist nach Intervention schlechter als vor Intervention, wahrscheinlich weil bereits zuvor Zwang reduziert wurde und bereits Bodeneffekte wirksam sind (Hernandez et al. 2017). In zwei weiteren Beobachtungsstudien zeigte sich eine signifikante Reduktion der Zwangsmaßnahmen (Duxbury et al. 2019, Havilla et al. 2023), wobei bei letzterer auch zu den Follow-up-Zeiten 6 und 12 Monate nach Intervention noch eine deutliche Reduktion im Vergleich zur Ausgangssituation beobachtbar war. Bei Atdjian & Huckshorn 2024 zeigt sich allerdings über einen längeren Zeitraum (10 Jahre) in einer nur deskriptiv gerechneten Zeitreihe zwar eine Reduktion von Isolierung und Fixierung während der Implementierung der 6CS (6 Jahre). Im Follow-up steigen aber beide wieder an. Die Isolierungen steigen dabei weit über den Ausgangswert auf fast das Vierfache

an, sodass am Schluss der Nachbeobachtungsphase deutlich mehr Episoden von Zwangsmaßnahmen gemessen werden als zu Beginn der Studie.

Nur Hernandez et al. berichten die durchschnittliche und die kumulative Dauer. Es handelt sich um eine Interrupted-Time-Series, wobei aber einige wichtige Voraussetzungen für eine solche Analyse verletzt werden (keine klar umrissene Intervention, Bodeneffekte wirksam durch starke Reduktion zu Beginn der Intervention etc.). Es ergeben sich folglich auch keine konsistenten Ergebnisse: Für die Fixierung ergeben sich keine signifikanten Reduktionen der kumulativen Dauern, für die durchschnittliche Dauer zeigt sich bei Intervention kein Sprung, sie nimmt aber im weiteren Verlauf langsam weiter ab. Für die Isolierung zeigt sich eine Reduktion der kumulativen und der durchschnittlichen Dauer nach Intervention, der Trend setzt sich dann aber nicht für die kumulativen Dauern nicht fort (Hernandez et al. 2017).

Engagement Model

Vergleichsweise gut evaluiert ist das sog. Engagement Model, welches in den USA in einem psychiatrischen Krankenhaus mit Hilfe einer Unternehmensberatung eingeführt wurde, um Zwang zu reduzieren (Murphy und Bennington-Davis 2005). Die Stationen wurden durch Pflanzen, neue Tapeten, Möbel und Alltagsgegenstände verschönert. Die Mitarbeitenden waren angehalten, sich auf den Stationen bei den Menschen mit psychischer Erkrankung aufzuhalten und nicht in den Dienstzimmern. Die Klinik bezahlte die Essen der Mitarbeitenden, wenn diese gemeinsam mit den Menschen mit psychischer Erkrankung eingenommen wurden. Des Weiteren wurde ein wertschätzenderes, weniger stigmatisierendes Vokabular eingeführt. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Indikatoren zur Bewertung der Behandlung wurden konsequent dokumentiert und überprüft. Erfolge, bspw. die Reduktion von Zwang, wurden ritualisiert im Team gefeiert. Zweimal am Tag wurden “Community Meetings” abgehalten, bei welchen sich Menschen mit psychischer Erkrankung, Pflegende, Ärztinnen und Ärzte zur Besprechung wichtiger Themen trafen. Auch in diesem Modell spielt die Leitung eine wichtige Rolle. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden als Problem des gesamten Systems interpretiert. Bei Fixierungen und Isolierungen wurden ärztlicher Direktor und Verwaltungsdirektor sofort informiert. Diese entschuldigten sich dann unabhängig von den üblichen Dienstzeiten persönlich bei dem von der

freiheitsbeschränkenden Maßnahme betroffenen Menschen. Mit Hilfe dieser Änderungen konnten Isolierungen über die Jahre kontinuierlich von 200 im Jahr 2000 auf 0 in den Jahren 2005-2007 reduziert werden. Die kumulative Dauer aller Isolierungen sank von 1400 Minuten (etwa 23 Stunden) im Jahr 2000 auf 10 Minuten 2004. Ebenso fiel die Anzahl von Verletzungen von Mitarbeitenden im Dienst von 60 im Jahr 2000 auf 2 im Jahr 2005 (Murphy und Bennington-Davis 2005). In einer Follow-up-Studie zeigte sich nach 2007 wieder ein leichter Anstieg der Isolierungen auf 30 bzw. 13 im Jahr 2012 bzw. 2013, was aber noch deutlich unter den Ausgangswerten liegt (Blair et al. 2015). Das Modell wurde später in einer Universitätsklinik in den USA ebenfalls eingeführt. Dabei wurde ein sog. Multiple-Baseline-Design verwendet, d. h. die unterschiedlichen Interventionen wurden nacheinander und in unterschiedlichen Reihenfolgen auf verschieden Stationen eingeführt (Borckardt et al. 2007). Die Anzahl der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen konnte um 82,7 % reduziert werden. Dabei reduzierte sich die Anzahl der Maßnahmen bereits deutlich während der Baselineerhebung (Beobachtungseffekt). Von den durchgeführten Einzelinterventionen war lediglich die Verschönerung der Station mit einer signifikanten Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen verbunden (Borckardt et al. 2011). Eine Follow-up Studie zeigte, dass diese Reduktion bis viereinhalb Jahre später erhalten blieb (Madan et al. 2014).

Safewards

Das aus Großbritannien stammende Programm Safewards, zielt vor allem auf eine bessere Atmosphäre auf akutpsychiatrischen Stationen ab. Es werden dabei zehn Interventionen in der Regel schrittweise mit Hilfe von internen oder externen Beratenden implementiert, wobei einzelne Mitarbeitende als Paten (sog. Champions) für die Implementierung und Aufrechterhaltung der einzelnen Interventionen zuständig sind. Die Interventionen sind:

- Klärung gegenseitiger Erwartungen, an die sich alle halten, statt Stationsregeln
- Verständnisvolle Kommunikation, um Frustration zu vermeiden
- Deeskalierende Kommunikation
- Positive Kommunikation, um Wertschätzung auszudrücken
- Unterstützende Kommunikation

Gegenseitiges Kennenlernen als Menschen und nicht nur in der Rolle als Patientin/Patient und Behandlungsteammitglied

Gemeinsame Unterstützungskonferenz zur Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft

Methoden zur Beruhigung, z. B. auch Sensory Modulation

Sicherheit bieten bzw. wiederherstellen, insbesondere nach Krisen auf der Station

Entlassnachrichten, bei welchen Menschen mit psychischer Erkrankung, die entlassen werden, ihre Recovery-Geschichten aufschreiben, um den anderen Mut machen und Hoffnung zu spenden

Während zum Zeitpunkt der letzten Leitlinie noch nicht ausreichend Evidenz für das Modell vorlag, konnten im aktualisierten Review vier Beobachtungsstudien zum Safewards-Modell eingeschlossen werden (Fletcher et al. 2017, Stensgaard et al. 2018, Baumgardt et al. 2019, Lickiewicz et al. 2021). Kontrollierte oder randomisierte Studien lagen nicht vor. Die Aussagesicherheit war bzgl. der berichteten Endpunkte Reduktion von psychiatrischen Zwangsmedikationen und Reduktion der durchschnittlichen Dauer von Zwangsmaßnahmen niedrig und bezüglich Reduktion von Zwangsmaßnahmen, der Reduktion kumulativen Dauer von Zwangsmaßnahmen sowie Reduktion von somatischen Zwangsbehandlungen sehr niedrig.

Der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Menschen mit psychischer Erkrankung wurde nur in zwei Studien berichtet. In einer Studie nahm der Anteil signifikant ab (Lickiewicz et al 2021), in der deutschen Studie nahm er nur auf einer der beiden untersuchten Stationen signifikant ab (Baumgardt et al. 2019). Die Anzahl der Zwangsmaßnahmen wurde in allen Studien berichtet. In der deutschsprachigen Studie reduzierten sie sich nur auf einer der beiden untersuchten Stationen signifikant (Baumgardt et al. 2019). In den anderen drei Studien reduzierte sich die Anzahl der Zwangsmaßnahmen prä-post bzw. prä-Follow-up (Stensgaard et al. 2018, Lickiewicz et al. 2021 bzw. Fletcher et al. 2017). Die Anzahl der Zwangsmedikationen, Zwangs-EKTs, der Zwangsernährungen und der Zwangsbehandlung somatischer Erkrankungen wurden nur in einer Studie berichtet, wobei psychiatrische Zwangsmedikationen und Zwangsbehandlungen somatischer Erkrankungen abnahmen, die übrigen Zwangsbehandlungen aber zunahmen, jeweils allerdings auf niedrigem Niveau (Stensgaard et al. 2018). Die durchschnittliche Dauer von Zwangsmaßnahmen wurde in drei

der vier Studien berichtet, wobei die Studienlage widersprüchlich war. In einer Studie zeigte sich eine signifikante Reduktion der Fixierungsdauer von im Schnitt 24 auf 18 Stunden (Stensgaard et al. 2018), in der anderen nicht (Lickiewicz et al. 2021). In die deutsche Studie wurden zwei Stationen eingeschlossen, wobei sie nur auf einer Station die Durchschnittsdauer signifikant reduzierten, die kumulative Dauer reduzierte sich nicht signifikant (Baumgardt et al. 2019)

Weddinger Modell

Das Weddinger Modell ist ein Revovery-, Resilizenz- und patientenzentriertes Behandlungsmodell, das in der stationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland entwickelt wurde, während die oben genannten Programm i. d. R. aus den USA oder Großbritannien stammen. Kernelemente sind multiprofessionelle und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit, Stärkung der therapeutischen Allianz durch konsequentes Einbeziehen der Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihre Behandlung (z. B. keine Vor- und Nachbesprechungen von Visiten ohne die Betroffenen), trialogische und ressourcenorientierte Therapie- und Entlassplanung, Einsatz von Genesungsbegleitenden, Verhinderung von Zwang durch Normalisierung des therapeutischen Milieus (z. B. offene Stationstüren, Soteria-Elemente, Mahler et al. 2019).

Die Studien zur wissenschaftlichen Evaluation sind ebenfalls nach der letzten Leitlinie erschienen. Im aktuellen Review konnten nun eine nicht randomisierte Vergleichsstudie (Czernin et al. 2020) und eine Beobachtungsstudie eingeschlossen werden (Korezelidou et al. 2025). Die Aussagesicherheit der Studien war für die Endpunkte von Zwangsmedikationen und Zwangsmaßnahmen betroffene Menschen, Anzahl der Zwangsmaßnahmen und deren durchschnittliche und kumulative Dauer niedrig. Der Anteil der von Zwangsmedikationen betroffenen Menschen erhöhte sich in einer Studie um über die Hälfte, allerdings auf niedrigem Niveau (1,2 % vs. 2,2 % Betroffene, Korezelidou et al. 2025) und wurde in der Vergleichsstudie nicht berichtet. Der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Menschen oder die Anzahl der Zwangsmaßnahmen reduzierten sich in der Vergleichsstudie nicht signifikant (Czernin et al. 2020). In der Beobachtungsstudie reduzierte sich das Risiko, von einer Isolierung betroffenen zu sein signifikant (Odd’s Ratio OR = 0.296 95 % KI [0.110–

0.800]), nicht aber das Risiko, von einer Fixierung oder irgendeiner Zwangsmaßnahme betroffen zu sein, die Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro Fall nahm ab (RR = 0.570 [0.397–0.816] Korezelidou et al. 2025). In Vergleichsstudie reduzierten sich die kumulativen und durchschnittlichen Dauern der Isolierungen und Zwangsmaßnahmen allgemein sowie der Anteil der Zeit in Zwangsmaßnahmen an der Gesamtverweildauer, nicht aber die kumulativen oder durchschnittlichen Dauern der Fixierungen (Czernin et al. 2020), in der Beobachtungsstudie nahmen die Zeiten nicht signifikant ab (Korezelidou et al. 2025).

Weitere komplexe Behandlungsmodelle

In dem aktualisierten Review wurden sechs weitere Studien zu komplexen Behandlungsprogrammen identifiziert, darunter ein randomisiert-kontrollierte Studie zur Implementierung der Vorgängerleitlinie aus Deutschland (Steinert et al. 2023, Hirsch et al. 2025) sowie fünf Beobachtungsstudien (Blair et al. 2017, Lombardo et al. 2018, Dike et al. 2021, Haines-Delmont et al. 2022 (Menschen mit Lernbehinderung/Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung) Rowells et al. 2024 (forensisch-psychiatrische Patientinnen und Patienten). Die Programme enthalten jeweils eine Auswahl der in der Leitlinie und den oben dargestellten komplexen Programmen vorgeschlagenen Interventionen. Die Aussagesicherheit war im Hinblick auf die Endpunkte Anzahl, durchschnittliche und kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen niedrig, im Hinblick auf Anzahl der Zwangsmedikationen sehr niedrig. Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigte sich in allen Studien eine Reduktion der Zwangsmaßnahmen insgesamt, bzw. bei Festhalten oder Isolieren. Eine Studie konnte nur eine signifikante Reduktion der Isolierungen, nicht aber der mechanischen Fixierungen zeigen (Blair et al. 2017). Diese Befunde bestätigten sich aber in der einzigen randomisiert-kontrollierten Studie nicht, in welcher zwar im Vorher-Nachher-Verglich Zwangsmaßnahmen zurückgingen, sich die Kontroll- und Interventionsgruppe post-Intervention aber nicht signifikant unterschieden, da sich auch die Kontrollgruppe bzgl. der Zwangsmaßnahmen verbesserte (Steinert et al. 2023, Hirsch et al. 2025). Nur eine Studie berichtete auch Zwangsmedikationen, wobei diese nicht signifikant reduziert wurden (Haines-Delmont et al. 2022). Die kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen nahm in einer der beiden Studien, die sie berichtete, ab (Dike et al. 2021), in der anderen nicht (Steinert et al. 2023, Hirsch et al. 2025). Die durchschnittliche Dauer nahm in einer der beiden Studien, die sie

berichtete, für Isolierungen, nicht aber für Fixierungen, ab (Blair et al. 2017), in der anderen nahm sie ab (Rowsell et al. 2024). Komplikationen wie aggressive Übergriffe (Steinert et al. 2023, Hirsch et al. 2025) waren nicht häufiger nach Einführung der Programme und der Reduktion von Zwang, Verletzungen von Mitarbeitenden gingen in einer Studie um 18 % zurück (Rowells et al. 2024).

Insgesamt ist die Datenqualität gering und die Ergebnisse uneinheitlich. Beobachtungseffekte und die Rolle der Führung, also dass weniger Zwang ausgeübt wird, wenn dies gefordert und kontrolliert wird, scheinen einen starken Einfluss auf die Ergebnisse zu haben. Seltene Zwangsmaßnahmen und solche, die einen besonders schweren Eingriff darstellen (mechanische Fixierung und Zwangsmedikation) lassen sich wahrscheinlich schwerer reduzieren, als z. B. Isolierung und Festhalten.

Schwache Empfehlung

Komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang sollten durchgeführt,von der Klinikleitung aktiv unterstützt und gefördert werden.

(Putkonen et al. 2013, Duxbury et al. 2019, Havilla et al. 2023, Stensgaard et al. 2018, Lickiewicz et al. 2021 bzw. Fletcher et al. 2017)

100 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

X.4 Durchführung von Zwangsmaßnahmen

X.4.1 Durchführung und menschenwürdige Gestaltung

Die größtenteils schlechten subjektiven Erfahrungen der von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen betroffenen Menschen, die die freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen häufig als unnötig, ungerechtfertigt, bestrafend und traumatisierend erleben, können vermutlich nicht immer verhindert werden. Im Folgenden werden Empfehlungen aufgeführt, durch die sich möglicherweise das Ausmaß dieser negativen Erfahrungen reduzieren lässt. Qualitative Studien, welche die Sicht der Menschen mit psychischer Erkrankung mit einbezogen haben, haben sich bis jetzt hauptsächlich mit Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Dipankui et al. 2015, Heumann et al. 2017) sowie der Beschreibung der aktuellen nicht zufriedenstellenden Praxis bei der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Brophy et al. 2016) und weniger mit der menschenwürdigen Gestaltung der selbigen befasst. In einer Befragung von Menschen

mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitenden wurde von beiden Seiten eine bessere Interaktion zwischen Betroffenem und Pflegeperson auch während der Isolierung gefordert. Eine kontinuierliche (i. d. R. 1:1) Betreuung bei Isolierung und Fixierung ist grundsätzlich erforderlich. In der Praxis soll versucht werden, dafür ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Wenn möglich, sollte der Isolierraum nicht abgeschlossen werden, also ein „Time-out“ einer Isolierung vorgezogen werden und es sollten Besuche von wichtigen Angehörigen auch bei bestehender Isolierung erlaubt werden. Zudem wurden Beschäftigungs- und Ablenkmöglichkeiten wie Radio, Fernsehen, Boxsack gefordert. Beschäftigungsmöglichkeiten in der Isolierung und ergotherapeutische Interventionen wie Sensory Modulation (s. u.) sind sinnvoll. Das Schlagen gegen einen Boxsack hat in Studien hingegen das Aggressionspotenzial eher erhöht (Bushman 2002). Als weitere Verbesserung wurde angemahnt, klare Absprachen bzgl. Beendigung der Isolierung zu treffen (wie lange soll die Isolierung dauern oder welches Ziel muss erreicht sein, damit die Isolierung beendet werden kann). Menschen mit psychischer Erkrankung wünschten sich, in der Isolierung ihre eigene Kleidung tragen zu dürfen. Außerdem forderten sie regelhafte Nachbesprechungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (van der Merwe et al. 2013). Als sehr belastend empfanden Menschen mit psychischer Erkrankung den Verlust des Zeitgefühls. Die Dauer einer Maßnahme wurde häufig stark überschätzt mit der Befürchtung, die Maßnahme werde „ewig“ andauern (Steinert et al. 2013). Diese Aspekte werden auch in einer Meta-Ethnographie bestätigt. Die Arbeit schloss 23 qualitative Studien zu der Frage ein, was Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine Zwangsmaßnahme erlebt haben, hilft, sich davon zu erholen. Wichtig seien danach das Gefühl von Würde und Respekt und die Förderung von Sicherheit und Selbstbestimmung, eine unterstützende Umgebung, angemessene Informationen und eine kontinuierliche wechselseitige Kommunikation mit dem Personal. Menschen wenden sowohl während als auch nach Zwangsmaßnahmen Strategien an, um die Situation zu bewältigen, die Auswirkungen zu minimieren und die Erfahrung zu verarbeiten, dies sollte vom Personal erkannt und gefördert werden (Berring et al. 2024).

Zwei Pflegende, die sich im Rahmen einer Studie freiwillig isolieren ließen, forderten anschließend ebenfalls die Kontaktmöglichkeiten (bspw. durch ein Fenster), Pflegemaßnahmen und auch Möglichkeiten zur Aktivität (bspw. Radiohören) für Menschen mit psychischer Erkrankung während der Isolierung zu erweitern. Des Weiteren sollten

Isolierräume aus ihrer Sicht nicht wie „Gefängniszellen“ gestaltet werden, sondern Bett, Stuhl und Tisch enthalten (Kuosmanen et al. 2015).

Es gibt einen Expertenkonsensus zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aus 11 europäischen Ländern im Rahmen der EUNOMIA-Studie (Kallert et al. 2007b). Besondere Berücksichtigung sollte geschlechtsspezifischen Aspekten zukommen. Frauen, v. a. Fraune mit psychischer Erkrankung, haben eine hohe Prävalenz an posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Deshalb sollte immer bedacht werden, dass freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen (Festhalten, Fixierung oder Zwangsinjektion) bzw. Maßnahmen bei deren Durchführung (Entkleiden) zu einer (Re-)Traumatisierung führen können.

Expertenkonsens

<u>Einleitung einer freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme.</u>
Bei vielen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen besteht unmittelbar vor der Durchführung ein gewisser Handlungsspielraum, um über die Art der freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme (Festhalten, Fixierung, Isolierung, Verabreichung von Medikation als Notfallmaßnahme) zu entscheiden. Es sollte nach Möglichkeit diejenige freiheitsbeschränkende Maßnahme durchgeführt werden, die der Mensch mit psychischer Erkrankung als am wenigsten eingreifend erlebt. Diese kann in manchen Fällen auch direkt vor Durchführung noch erfragt werden oder ist möglicherweise im Rahmen einer Vorausplanung oder einer Nachbesprechung bei einer früheren freiheitsbeschränkenden Maßnahme festgelegt worden. Generell sollten das Auftreten der Mitarbeitenden und die Kommunikation mit den Menschen mit psychischer Erkrankung von Respekt vor der Person, Einfühlung in dessen Situation und dem Bemühen um eine faire Behandlung geprägt sein. Eine Aufklärung im Sinne einer verständlichen Ankündigung über beabsichtigte Maßnahmen ist erforderlich und es sollte stets versucht werden, die Kooperationsbereitschaft des Menschen mit psychischer Erkrankung wieder zu gewinnen.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

<u>Anordnung</u>

Die Anordnung darf nur von der Ärztin oder dem Arzt aufgrund einer persönlichen Untersuchung erfolgen und muss schriftlich dokumentiert werden (s. XII.1 & XII.2). Erfolgt die freiheitsbeschränkende Maßnahme im Rahmen von Notwehr, eines rechtfertigenden Notstandes oder wegen Gefahr in Verzug ohne vorherige ärztliche Anordnung, ist eine ärztliche Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme so rasch wie möglich nachzuholen. Die weitere Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme muss möglichst engmaschig überprüft werden. Kürzere Überprüfungsintervalle sind geeignet, die Dauer der Maßnahme zu verkürzen.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Überwältigung
Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen verwiesen. Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen. Das Entfernen persönlicher, auch potentiell gefährlicher Gegenstände (Schmuck etc.) ist nur zu vertreten, wenn medizinische oder Sicherheitsaspekte dies zwingend erforderlich scheinen lassen. Das ntkleiden von Patientinnen und Patienten aus Sicherheitsgründen ist kritisch in Frage zu stellen, weil alle gefährlichen Komplikationen bei ausreichender Betreuung rechtzeitig erkannt werden können. Zusätzlich ist hierbei die Gefahr einer (Re-)Traumatisierung zu berücksichtigen und Alternativen sind anzubieten (z. B. kontinuierliche persönliche Betreuung durch Mitarbeitende).
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

Einzelheiten des Vorgehens bei der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Hinblick auf Sicherheitsaspekte sowie der Betreuung während der Maßnahme sollten in institutionsinternen Richtlinien oder Pflegestandards verbindlich geregelt sein und regelmäßig geschult werden. Bei Fixierung muss und bei Isolierung soll grundsätzlich eine kontinuierliche 1:1 Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal mit der ständigen Möglichkeit des persönlichen Kontakts für die Dauer der Maßnahme erfolgen.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

Expertenkonsens

Während einer freiheitsbeschränkenden oder entziehenden Maßnahme (Fixierung oder Isolierung) soll sichergestellt werden, dass basale menschliche Bedürfnisse (Trinken, Essen, Hygiene, Ausscheidungen, zeitliche Orientierung, Kontakt) in würdiger Weise realisiert werden können. Betroffenen Personen sollen die voraussichtliche Dauer der Maßnahme und die Bedingungen, die ihre Aufhebung ermöglichen, mitgeteilt werden. Die Betroffenen sollten dazu stets eine Uhr sehen können.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

X.4.2 Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die Berücksichtigung der Patientenwahrnehmung ist eine wichtige Voraussetzung zum Verständnis von und zum verbesserten Umgang mit aggressivem Verhalten (Ketelsen u. Pieters 2004, Ilkiw-Lavalle u. Grenyer 2003, Petti et al. 2001, Meehan et al. 2000). In verschiedenen Projekten zu Reduktion von Zwang und Gewalt erhielten Menschen mit psychischer Erkrankung die Möglichkeit, freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen nachzubesprechen (bspw. Whitecross et al. 2013). Inzwischen ist eine derartige Nachbesprechung in manchen deutschen Bundesländern sogar gesetzlich vorgeschrieben. Nachbesprechungen von aggressivem Verhalten und freiheitsbeschränkenden/-entziehende Maßnahmen bieten die Möglichkeit, systematisch die Erfahrungen und Sichtweisen der Menschen mit psychischer Erkrankung in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, präventive Maßnahmen zu vereinbaren, die Menschen mit psychischer Erkrankung emotional zu entlasten und das möglicherweise traumatisierende Ereignis zu verarbeiten (Ketelsen u. Pieters 2004, Petti et al. 2001). Eine Studie, welche die Häufigkeit der Durchführung und die Inhalte von Nachbesprechungen am Beispiel einer psychiatrischen Klinik in Melbourne untersuchte, kam zu dem Schluss, dass Nachbesprechungen zu selten durchgeführt werden und dass es keine ausreichenden Vorgaben gibt, was derartige Gespräche enthalten sollten. Es wurden fünf verschiedene Arten von Nachbesprechungen identifiziert: Beratung (counselling), Aussprache (ventilation), Unterstützung und Wiedererlangung von Sicherheit (support and reassurance), Untersuchung auf körperliche Komplikationen der Maßnahme (screening for physical adverse effects) und Psychoedukation (psychoeducation, Needham und Sands 2010). Die Durchführung von strukturierten Debriefings, welche alle diese Elemente beinhalteten und zudem eine Besprechung mit Menschen mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitenden, wie solche Maßnahmen in Zukunft vermieden werden

könnten, konnte in einer kontrollierten Studie die Häufigkeit und Dauer von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen reduzieren, allerdings nicht deren traumatisierende Wirkung verhindern (Whitecross et al. 2013, s. o.). Eine randomisiert-kontrollierte Studie in Deutschland, bei welcher strukturierte Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen mit der Standardbehandlung verglichen wurden, zeigte keine Reduktion von Zwang, Zunahme von Behandlungszufriedenheit oder Reduktion des allgemeinen Stresserlebens. Es zeigte sich aber eine Reduktion von Intrusionen und Hyperarousel (Wullschleger et al. 2021). Das Erleben von Menschen mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitenden bezüglich der Gründe für aggressives Verhalten unterscheidet sich erheblich. Mitarbeitende neigen zur Pathologisierung und nehmen eher die Psychopathologie des Menschen mit psychischer Erkrankung als Auslöser für aggressives Verhalten wahr, Menschen mit psychischer Erkrankung sehen dagegen interpersonale, biographische und Umgebungsfaktoren als ebenso wesentlich an (Ilkiw-Lavalle u. Grenyer, 2003, Duxbury 2002, Nyttingnes et al. 2016). Daher erscheint es unabhängig von traumatherapeutischen Erwägungen auch relevant zu besprechen, welche Verhaltensweisen von Menschen mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitenden zu der freiheitsbeschränkenden Maßnahme geführt haben und wie damit in der Folge besser umgegangen werden kann.

Die Durchführung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme auf einer Station kann auch für andere beobachtende Menschen mit psychischer Erkrankung ein aufwühlendes Ereignis sein und muss evtl. entsprechend nachbesprochen werden. Menschen mit psychischer Erkrankung nehmen Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen und freiheitsbeschränkende/-entziehende Maßnahmen jeweils subjektiv wahr: Sie berichten über mehr freiheitsbeschränkende Maßnahmen als in Patientenakten dokumentiert wurden (Poulsen et al. 2001), verneinen allerdings teilweise auch, trotz durchgeführter freiheitsbeschränkender Maßnahmen, einer Maßnahme gegen ihren Willen unterworfen gewesen zu sein (Smolka et al. 1997). Das Maß an wahrgenommenem Zwang unterscheidet sich nicht signifikant zwischen freiwillig und unfreiwillig aufgenommenen Menschen mit psychischer Erkrankung (Opsal et al. 2016, O'Donoghue et al. 2014). Teilweise können sie sich an Zeiträume von mehreren Stunden bis 3 Tage vor und nach der freiheitsbeschränkenden Maßnahme nicht erinnern (Naber et al. 1996), was aber auch an den verabreichten Medikamenten, insbesondere Benzodiazepinen, liegen kann. In einer Studie aus Österreich konnten sich acht von 47 fixierten Menschen nicht

einmal erinnern, überhaupt fixiert worden zu sein. Die übrigen berichteten Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Scham, Macht- und Hilflosigkeit. 50 % der Menschen, die Fixierung erlebt hatte, beschrieben den wahrgenommenen Zwang als hoch, ebenfalls etwa ein Viertel zeigten Symptome einer PTBS (Fugger et al. 2016).

Positive Effekte von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden nur von einer Minderheit wahrgenommen (Brophy et al. 2016, Kontio et al. 2012, Soininen et al. 2013, van der Merwe et al 2013, Steinert et al. 2013).

X.5 Komplikationen von Zwangsmaßnahmen

Komplikationen

In einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019 wurden 67 Studien (hauptsächlich Fallberichte und Fallserien) von sehr heterogener Qualität einbezogen. Die am häufigsten berichtete Zwangsmaßnahme war die Fixierung, wobei zwischen mechanischer Fixierung (43 Studien), physischer Fixierung (22 Studien), Bettgitter (8 Studien), Fixierungsweste (7 Studien) und Stuhlfixierung (6 Studien) unterschieden wurde. Zwangsmedikation wurde nur in zwei Studien ausdrücklich erwähnt, scheint aber in neun Studien vorgekommen zu sein. Sechs Studien befassten sich mit Isolierung. Es wurden zwei RCTs gefunden, die über eine positionsabhängige Verschlechterung der Herzfunktion berichteten (s. u.), jedoch wurden diese mit gesunden Personen durchgeführt und zeichneten sich durch eine geringe Anzahl von Teilnehmenden aus. Der Tod war die am häufigsten berichtete Komplikation in den Fallberichten und Fallserien: Herzstillstand Thoraxkompression in 14 Studien, Herzstillstand durch Strangulation in 9 und Lungenembolie in 8 Studien. Weitere Komplikationen waren unter anderem venöse Thromboembolien und Verletzungen. Verletzungen während des Festhaltens oder mechanischer Fixierung wurden in 0,8–4 % der Fälle berichtet. Für andere Arten von Zwangsmaßnahmen liegen keine ausreichenden Daten vor. Venöse Thromboembolien traten in einem beträchtlichen Prozentsatz der Fälle während der mechanischen Fixierung auf, auch unter Thromboseprophylaxe (Kersting et al. 2019). Eine dänische Registerstudie, die somatische

Komplikationen nach mechanischer Fixierung in den Jahren 2007-2019 untersuchte und 13.022 Menschen einschloss, fand einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen mechanischer Fixierung und thromboembolischen Ereignissen (relatives Risiko (RR) 4,377, Number Needed to Harm (NNH) 8231), Lungenentzündung (RR 5,470, NNH 3945), Verletzungen (RR 2,286, NNH 3240) und Tod jeglicher Ursache (RR 5,540, NNH 4043) innerhalb von 30 Tagen nach mechanischer Fixierung. Eine positive Dosis-Wirkungs-Analyse für Herzstillstand, Verletzungen und Tod stützte eine ursächliche Rolle der mechanischen Fixierung in den berichteten Zusammenhängen (Baandrup et al. 2024). Eine japanische Fall-Kontroll-Studie zeigte ein erhöhtes Risiko Lungenarterienembolien bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten, wobei Fixierung für mindestens einen Tag einen Risikofaktor darstellte (13,2 % der betroffenen Fälle waren mindestens einen Tag fixiert) und ebenfalls eine positive Dosis-Wirkungs-Beziehung bestand (Hirose et al. 2021). In einer chinesischen Fall-Kontroll-Studie bestätigte sich dies, wobei weitere Risikofaktoren ebenfalls Alkoholgebrauch, aber auch Benzodiazepingebrauch, der Beginn einer Behandlung mit Antipsychotika und/oder Benzodiazepinen war (Zhang et al. 2024). In einer weiteren japanischen Fall-Kontroll-Studie bestätigte sich der Risikofaktor Fixierung für Lungenarterienembolien sowie für tiefe Beinvenenthrombosen, ein weiterer Risikofaktor war das Vorhandensein einer Katatonie (Ishida et al. 2025).

Wichtig scheint auch die Verwendung geeigneten Fixiermaterials wie breite Stoff- oder Ledergurte. Eine Übersichtsarbeit zum Einsatz von Kabelbindern oder Handschließen zeigt, dass diese mit Verletzungen vergesellschaftet sind: Insgesamt wurden 16 Studien mit 807 Teilnehmern einbezogen. Eine Läsion des oberflächlichen Astes des Nervus radialis war die am häufigsten berichtete Verletzung, die bei 82 % (42/55) der untersuchten Hände festgestellt wurde. Insgesamt 6 % (5/77) der untersuchten Hände wiesen Knochenverletzungen auf. Insgesamt war die Verwendung von Handschellen und Kabelbindern mit Einklemmungsneuropathien und Knochenverletzungen an Hand und Handgelenk verbunden (Khan et al. 2022).

Die meisten Komplikationen und Schäden durch Festhalten oder Fixierung, die in der Literatur beschrieben werden (Strangulation, Asphyxie, Aspiration, Selbstverbrennung), lassen sich durch eine kontinuierliche Einzelbetreuung, wie sie inzwischen in den meisten öffentlich-

rechtlichen Gesetzen zur Unterbringung verlangt wird (nicht aber im Betreuungsrecht), sicher vermeiden. Die häufigsten internistischen Komplikationen durch Immobilisierung (Thromboembolie, Pneumonie) werden am besten durch eine möglichst kurze Dauer der Maßnahme verhindert. Eine Thromboseprophylaxe ist in Abhängigkeit von der Dauer der Fixierung und weiteren Risikofaktoren erforderlich.

Festhalten bzw. Immobilisierung kommt bei der Einleitung einer Fixierung zur Anwendung, aber auch als eigenständige Technik, um eine Fixierung zu ersetzen („physical restraint“ in Großbritannien, wo mechanische Fixierung verboten ist). Bestimmte Festhalte-Techniken, insbesondere das Festhalten in Bauchlage und Druck auf den Thorax („prone position“ (Parkes 2008)), gaben Anlass zur Besorgnis in den USA und in Großbritannien. In der britischen NICE-Guideline (2015) wird empfohlen, zusätzlichen auf Brustkorb, Bauch oder Hüfte ausgeübten Druck zu vermeiden, insbesondere wenn der Mensch sich fortgesetzt wehrt, um Atmung und Blutzirkulation nicht zu beeinträchtigen. Eine Studie über 4828 Polizeieinsätze in Kanada, bei denen Festhalten zum Einsatz kam, konnte aber keine erhöhte Sterblichkeit beim Festhalten in Bauchlage gegenüber Festhalten in Rückenlage finden. Berichtet wurde von 10 Toten, die aber alle nach Festhalten in Rückenlage verstarben (Hall et al. 2015). Bei einer Studie in Finnland, bei der Autopsien ausgewertet wurden, war es in 12 Fällen zuvor Festhalten durch Polizei, Sicherheitskräfte oder Gesundheitspersonal gekommen, wobei die Tatsache, dass kein Polizist beteiligt war sowie die Tatsache, dass die festgehaltenen Menschen mit Alkohol intoxikiert waren, das Risiko, dass die Fixierung für das Versterben eine Rolle gespielt hatte, erhöht, wobei die fehlende Ausbildung von Zivilisten und die arrhythmogene Wirkung von Alkohol und Drogen als Begründung diskutiert wurden (Puittinen et al. 2024). Bei gesunden Probanden wurde in RCTs kein klinisch bedeutsamer Unterschied bezüglich der Vitalparametern in verschiedenen Fixierungspositionen gefunden (Sloane et al. 2014, Savaser et al. 2013), teilweise konnte aber eine Abnahme des Atemvolumens und eine Vena-cava-Kompression gemessen werden (Parkes 2008, Michaelwicz et al. 2007, Ho et al. 2011). Bei somatischen Komorbiditäten wie COPD ist besonders auf die Atemfunktion zu achten (Meredith et al. 2005). Im Zusammenhang mit Deliren oder Kokainintoxikationen kam es in Situationen mit fortgesetztem Wehren gegen das Festhalten bei nicht ausreichender Sedierung zu Laktatazidosen mit vegetativer Instabilität und Herzrhythmusstörungen („excited delirium“, Alshayeb et al. 2010). Wiederholt wurde über Asphyxien (bspw. Nissen et

al. 2013) und andere plötzliche Todesfälle im Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen berichtet. Ein gewaltsames Nach-Hinten-Beugen („hyperflexion“), z. B. in sitzender Position, gab ebenfalls Anlass zu Bedenken in Großbritannien und den USA und sollte vermieden werden. Vitalzeichenkontrolle muss durchgeführt werden, Kopf und Hals sollten unterstützt werden und die Atemwege müssen freigehalten werden (Whittington et al. 2006). Der Übergang zwischen Festhalten und Fixierung ist v. a. bei heftig sich wehrenden Menschen als kritische Phase anzusehen. Dabei sollte besondere Rücksicht auf die gefährdeten Körperpartien (Kopf, Hals, Brust, Bauch, Extremitäten, insbesondere Finger und Gelenke) genommen werden.

Neben dem Einsatz von Fixierungen werden in der Literatur die Positionen, in denen Patienten fixiert werden, kontrovers diskutiert; insbesondere hinsichtlich körperlicher Schmerzen während ihres Einsatzes sowie körperlicher und psychischer Folgen wie Gewebeschäden, psychischen Traumatisierungen oder sogar dem Tod (Barnett, Stirling & Pandyan, 2012a). Die differenzierte Untersuchung von Fixierungspositionen ist wichtig, um ihre körperlichen und psychischen Konsequenzen zu verstehen. So zeigte beispielsweise eine Studie zur Handgelenkbeugung dass der empfundene Schmerz vom Beugungswinkel und der Krafteinwirkung abhing (Barnett et al., 2018). Barnett et al. (2012a) zeigen in einer systematischen Übersichtsarbeit über 11 experimentelle Studien, dass Fixierungspositionen lebenswichtige physiologische Funktionen (z.B. durch Asphyxie) beeinträchtigen kann, wobei diese Effekte jedoch nicht bei allen Fixierungspositionen/-techniken gleich stark ausgeprägt sind. Die Abnahme des Lungenvolumens beim Patienten während der Anwendung variierte zwischen den Fixierungspositionen vom kleineren bis mittleren zweistelligen Prozentbereich. Zwei der eingeschlossenen Studien fanden eine Verminderung der Sauerstoffsättigung im Blut um 1 % bzw. 15 %. Die Ergebnisse der Spirometrie legen nahe, dass die Atmung umso stärker beeinträchtigt wird, je stärker die Fixierungstechnik einschränkt und je mehr Gewicht auf den Oberkörper einwirkt. Manche Fixierungen in Bauchlage stellen dabei ein höheres Risiko eingeschränkter Lungenfunktion dar als andere (Parkes & Carson, 2008). In einer englischen Simulationsstudie wurden 20 gesunde Studierenden nach körperlicher Aktivierung durch einen Ergometer zunächst für 5 Minuten entweder in der unterstützen Bauchlagen-Fixierung („Supported Prone Position“; SPP) oder der ungestützten Bauchlagen-Fixierung („Unsupported Prone Position“; USPP) fixiert und dieser Vorgang nach einer Pause von 45

Minuten mit der jeweils anderen Technik als im ersten Durchgang wiederholt (Barnett et al., 2016). Die beiden Fixierungstechniken unterschieden sich darin, dass sich die fixierte Person bei der SPP auf den angezogenen Unterarmen aufstützte, während die Fixierung in der USPP vorsah, dass die fixierte Person ihre Arme seitlich von sich streckte und mit dem Kopf den Boden berührte. Bei beiden Fixierungstechniken wurden die Teilnehmenden an den Armen festgehalten und zu Boden gedrückt. Der Vergleich der Teilnehmenden, nachdem sie beide Positionen eingenommen hatten, ergab, dass die SPP als weniger unangenehm wahrgenommen wurde als die USPP, was mit einem deutlich geringeren Angsterleben während der Fixierung einherging. Außerdem berichteten die Teilnehmenden eine geringere Einschränkung ihrer Atmung in der SPP. Obwohl diese Studie in einem kontrollierten Laborsetting stattgefunden hat, dessen Befunde nicht ohne weiteres auf Notfallsituationen unter stationär-psychiatrischen Behandlungsbedingungen übertragbar sind, liefert sie erste Hinweise darauf, dass die Fixierung in der gestützten Bauchlage im Hinblick auf die körperlichen und psychischen Begleiteffekte und damit die Sicherheit des Patienten der ungestützten Fixierung in Bauchlage überlegen ist. Das Empfinden der Teilnehmenden entsprach den Ergebnissen einer vorangegangenen Studie (Barnett et al. 2012b), welche neben anderen physiologischen Maßen die Einschränkung der Lungenfunktion und den Druck auf die vordere Brustwand in verschiedenen Positionen erfasste. Die Ergebnisse zeigen eine geringere Einschränkung der Lungenfunktion der SPP gegenüber den anderen Bauchlagen und eine deutlich weniger belastete Brustwand um ungefähr 28 % in der SPP. Ein Vergleich von Fixierungen in Seitenlage (rechtsseitig) und in Rückenlagen (entweder mit den Armen unter oder über 90° zum Boden) in einem ähnlichen Forschungsdesign ergab einen zwischen 17 % und 23 % größeren Druck auf den Brustkorb bei der Fixierung in der Seitenlage als in einer der beiden Rückenlagen, die außerdem als deutlich weniger unangenehm als die Seitenlage wahrgenommen wurden (Barnett et al., 2019). Die Seitenlage war ebenso mit deutlich stärkerem Angsterleben und Atemschwierigkeiten verbunden als die Rückenlagen. Diese Studienergebnisse bestätigen ebenfalls, dass sich Fixierungspositionen, die immer negative physiologische und psychologische Auswirkungen auf den Patienten mit sich bringen, sich in der Intensität dieser Auswirkungen deutlich unterscheiden. Deswegen sollte sich zukünftige Forschung zu Fixierungen differenziert mit den unterschiedlichen Wirkungen von Fixierungspositionen auseinandersetzen, um diese Erfahrung für Patienten so sicher und so wenig unangenehm (d.h. traumatisierend) wie möglich zu gestalten.

Bei der Beurteilung von Komplikationen bei der Durchführung von freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen muss jedoch berücksichtigt werden, dass ein akuter Erregungszustand schon mit einer erhöhten Mortalität einhergeht und dass die Intervention, die zeitlich unmittelbar zuvor ausgeführt wurde, nicht auch die Todesursache sein muss. Dies ist insbesondere, wie oben berichtet, bei Deliren, Intoxikationen aber auch somatischen Komorbiditäten zu beachten. Zu Komplikationen bei Isolierungen gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen, eine finnische Studie fand ein geringes Risiko für Stürze (1,8 % der isolierten Menschen mit psychischer Erkrankung, Varpula et al. 2022). Nach klinischer Erfahrung besteht aber durchaus ein erhebliches Selbstgefährdungspotenzial auch in der Isolierung (durch nicht erkanntes Einbringen gefährlicher Gegenstände, Schlagen der Extremitäten oder des Kopfes gegen Wände und Türen, Stürze etc). Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Einleitung derartiger freiheitsbeschränkender/-entziehender Maßnahmen wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen (Kapitel X.1) verwiesen.

Schwache Empfehlung

Festhalten sollte durch mindestens drei Personen im Stehen oder Sitzen erfolgen. Liegend auf dem Boden sollte nur dann festgehalten werden, wenn anderweitig keine ausreichende Sicherheit zu gewährleisten ist. Der Mensch sollte mit dem Gesicht nach oben gehalten werden. Bei Haltetechniken im Liegen soll unbedingt zusätzlicher Druck auf Thorax und Bauch vermieden werden.

Begründung für Hochstufung des Empfehlungsgrads: Hoher Expertenkonsens, sicherheitsrelevant

(Fallserien: Alshayeb et al. 2010, Hem 2001, Hall et al. 2015, Masters 2005, Morrison 2001, Mohr 2003, Nissen et al. 2013, Paterson 2003, Zun 2003; RCTs mit Surrogatmarkern als Outcome: Sloane et al. 2014, Savaser et al. 2013, Parkes 2008, Michaelwicz et al. 2007, Ho et al. 2011)

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

Traumatisierung

Insbesondere bei der Anwendung von Zwang im Rahmen der stationären Behandlung sind Traumatisierungen in der Vorgeschichte und Symptome einer posttraumatischen

Belastungsstörung (PTBS) von besonderer Bedeutung (Ketelsen und Pieters 2004). Missbrauch in der Kindheit ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von psychischen Störungen im Erwachsenenalter assoziiert (Nelson et al. 2002, Bulik et al. 2001, MacMillan et al. 2001, Kendler et al. 2000, de Venter et al. 2013), dies gilt auch für psychotische Symptomatik (Shevlin et al. 2007, Read et al. 2005, Bebbington et al. 2004, Janssen et al. 2004, Bennouna-Greene et al. 2011). Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung haben ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden (Látalová et al. 2014). Häusliche und sexuelle Gewalt ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig. Das Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, war für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sechsmal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (Khalifeh et al. 2016). Ein Review zu Traumatisierungen und Traumafolgeerkrankungen bei Menschen mit psychischer Erkrankung ergab nicht nur erhöhte Risiken für körperliche und sexuelle Misshandlungen bei psychisch Kranken, sondern auch eine Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung von 30 % bei Menschen mit Schizophrenie, bipolarer Störung oder anderer schwerer psychischer Erkrankung (Mauitz et al.2013). Auch freiwillig behandelte Menschen mit affektiver Erkrankung hatten in einer Studie hohe Raten von posttraumatischer Belastungsstörung, wobei die Raten bei Frauen und bei Menschen, die bereits früher Gewalt erfahren hatten, besonders hoch waren (Martinaki et al. 2021). Trotz der in Untersuchungen festgestellten erhöhten Prävalenz von Traumatisierungen und PTBS bei Mensch mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wird diese nur selten diagnostiziert (Mueser et al. 2004b, Mueser et al. 1998). Ein ungünstigerer Krankheitsverlauf scheint bei Traumatisierung in der Vorgeschichte und Komorbidität von PTBS mit schwerer psychischer Störung vorzuliegen (Neria et al. 2005, Mueser et al. 2004b, Mueser et al. 2004a, Darves-Bornoz et al. 1995).

Einerseits können psychotische Symptome und die emotionale Belastung durch Behandlungserfahrungen bei Menschen mit Schizophrenie zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen (Jackson et al. 2004, Shaw et al 2002, Meyer et a. 1999), andererseits werden Menschen mit Schizophrenie mit traumatischen Ereignissen in der Vorgeschichte im Rahmen von psychiatrischen Behandlungen häufiger fixiert oder isoliert und sind der Gefahr von Reviktimisierung und Retraumatisierung ausgesetzt (Steinert et al. 2007). Insgesamt erleben Patientinnen und Patienten stationäre psychiatrische Behandlungen in

Verbindung mit Zwang als emotional äußerst belastend und verbinden diese Erfahrungen teilweise mit Erinnerungen an frühere traumatische Vorfälle. In einer österreichischen Studie mit 47 fixierten Patientinnen und Patienten musste bei etwa einem Viertel eine posttraumatische Belastungsstörung nach Fixierung angenommen werden, wobei sich die posttraumatischen Symptome über die Zeit ohne spezifische Behandlung nicht besserten (Fugger et al. 2016). Auch in einer deutschen Studie zeigten sich nach Zwangsmaßnahmen deutliche Symptome einer posttraumatischen Störung (Wullschleger et al. 2021). Ergebnisse aus einer Studie aus Spanien deuten darauf hin, dass der wahrgenommene Zwang und das Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung bei mechanischer Fixierung höher war als bei reiner Zwangsmedikation (Guzman-Parra et al. 2019). Bei einer Befragung von Menschen, die zehn Jahre zuvor aufgrund einer psychotischen Störung stationär aufgenommen worden waren, gaben 69 % an, diesen Aufenthalt als traumatisch erlebt zu haben (Paksarian et al. 2014).

Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte sollten – auch in der Nachbesprechung - insbesondere folgende inhaltliche Schwerpunkte beachtet werden:

- Beruhigung und Vermittlung von Sicherheit,
- Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen von Menschen mit psychischer Erkrankung und Mitarbeitenden,
- Nacherzählen der Situation durch den Menschen mit psychischer Erkrankung,
- Erklärung des Vorgehens der Mitarbeitenden,
- Absprachen zur Vermeidung zukünftiger Eskalationen,
- Körperliche Folgeerscheinungen, emotionale Belastung der Menschen mit psychischer Erkrankung und evtl. Erinnerungslücken besprechen,
- bei hoher emotionaler Belastung und bei Auftreten von Symptomen einer PTBS Berücksichtigung in der Behandlungsplanung (Ketelsen und Pieters 2004, Needham und Sands 2010, Whitecross et al. 2013).

Teilweise möchten traumatisierte Menschen nicht direkt nach dem Ereignis darüber sprechen oder die Symptome einer PTBS zeigen sich erst im Verlauf. Ein mehrzeitiges Vorgehen ist daher empfehlenswert. Die Betroffenen sollten nach Entlassung die Möglichkeit haben traumatische Erlebnisse während des stationären Aufenthalts sowohl mit ihren ambulanten

Therapeutinnen und Therapeuten als auch mit den Therapeutinnen und Therapeuten der Klinik nachzubesprechen. Die Kliniken sollten solche poststationären Termine anbieten.

Expertenkonsens

Eine moderierte und strukturierte Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen soll zeitnah, wiederholt und ggf. auch poststationär angeboten werden. Die Nachbesprechung soll möglichst gemeinsam mit einer an der Zwangsmaßnahme beteiligten Person und zuständigem Therapeuten erfolgen. Sie dient auch der Stärkung der Selbstbestimmung, der psychischen Verarbeitung der Maßnahme und der Wiederherstellung von Vertrauen in das Behandlungsteam. Dabei soll psychischen Belastungen und den Symptomen einer PTBS auch im Verlauf besondere Aufmerksamkeit zukommen. Die Gesprächsinhalte und getroffene Absprachen sollen in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt werden. Mitpatientinnen und -patienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, sollen Einzelgespräche angeboten werden.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

XI. Handlungsempfehlungen zu Medikation

Im Rahmen der Entwicklung dieser Leitlinie 2018 wurde ein systematisches Review zur Behandlung aggressiven Verhaltens erstellt mit besonderer Berücksichtigung der Literatur, die nach 2006 (Recherchezeitpunkt der Vorgängerleitlinie) erschienen ist. Zur Aktualisierung der Leitlinie wurden zusätzlich Übersichtsarbeiten und Studien, die zwischen 2017 und 2024 erschienen sind, berücksichtigt. Betrachtet wurden dabei medikamentöse Interventionen, die auf allgemeinpsychiatrischen Stationen ohne die medizinische Überwachung einer Notaufnahme oder Intensivstation durchgeführt werden können.

Die medikamentöse Behandlung aggressiver Erregungszustände sowie von wiederholtem aggressivem Verhalten bei psychischer Erkrankung findet in einem Spannungsfeld komplexer medizinischer, rechtlicher und ethischer Fragestellungen statt, die hier vor Darstellung der Evidenz kurz diskutiert werden sollen.

Aggressives Verhalten stellt per se keine Indikation für eine pharmakologische Behandlung dar. Die Indikation für eine Behandlung ergibt sich grundsätzlich erst aus einem kausalen Zusammenhang mit einer Erkrankung. Derartiges aggressives Verhalten geht nahezu immer mit einem psychomotorischen Erregungszustand einher. Der Begriff „psychomotorischer Erregungszustand“ hat kein direktes Äquivalent in der englischsprachigen Fachliteratur. Hier ist am häufigsten von „Agitation“ die Rede, wobei Agitation bzw. Agitiertheit in der deutschen Psychopathologie lange wenig gebräuchliche und nur unscharf definierte Begriffe waren. Am ehesten handelt es sich dabei um eine innere Unruhe, welche häufig von einer motorischen Unruhe und Antriebssteigerung begleitet ist. Der psychomotorische Erregungszustand mit aggressivem Verhalten ist die Extremausprägung des agitierten Syndroms.

Vorrangiges Ziel jeder pharmakologischen Intervention ist eine schnelle Sedierung („rapid tranquilisation“), welche in der Regel von einem Abklingen der krankhaft aggressiven Verhaltensäußerungen begleitet ist. Dabei muss Sedierung nicht bedeuten, dass die Patientin oder der Patient schläft. Während dies in der Aufnahmesituation bei einem psychotischen oder manischen Menschen, der bereits einige Tage nicht geschlafen hat, erwünscht sein kann, ist in der Regel eine Beruhigung („Calming“) der Patientin oder des Patienten ausreichend. Tiefes Schlafen wird in einigen neueren Studien dann sogar als negatives Ergebnis gewertet (NICE 2015), unter anderem deshalb, weil dann keine gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Patientin bzw. dem Patienten mehr möglich ist. „Rapid tranquilisation“ soll hier daher explizit nicht als besonders hoch dosierte Gabe von Pharmaka bis zum Erreichen eines tiefen Schlafes verstanden werden.

Akute aggressive Erregungszustände im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung stellen einen psychiatrischen Notfall dar. Eine Behandlung ist umgehend erforderlich, obwohl nicht immer vorher eine ausreichend sichere Diagnosestellung gelingt. Die Indikationsstellung zur Pharmakotherapie muss daher oft auf syndromaler Ebene gestellt und gegen das Risiko abgewogen werden, mögliche diagnostisch wegweisende Symptome zu verschleiern, insbesondere dann, wenn es sich bei diesem Erregungszustand um den Anlass für den Erstkontakt zum psychiatrischen System handelt.

Für eine mit der Intention der Sedierung durchgeführte Pharmakotherapie bei aggressivem Verhalten im Rahmen eines akuten Erregungszustandes ist es im Hinblick auf die angestrebte Wirkung von großer Bedeutung, ob das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten gewonnen werden kann oder ob sie/er eine Pharmakotherapie ablehnt. Insofern ist einer (dann meist oralen) Medikation im Einverständnis mit der Patientin oder dem Patienten der Vorzug zu geben, wobei Kompromisse hinsichtlich Substanzwahl und Dosierung bei erfahrenen Menschen mit psychischer Erkrankung im Rahmen des Vertretbaren angestrebt werden sollten. Fast kein Medikament ist für die Behandlung von Aggressivität oder Gewalttätigkeit per se zugelassen (Ausnahme: Risperidon für anhaltende Aggression und Verhaltensstörungen bei Demenz vom Alzheimer Typ oder bei geistiger Behinderung). Jedoch sind Melperon, Pipamperon Promethazin und einige Benzodiazepine für die Behandlung von Erregungszuständen bei psychiatrischer Grunderkrankung zugelassen. Haloperidol ist für die Behandlung psychomotorischer Erregungszustände psychotischer Genese zugelassen. Aripiprazol und Olanzapin sind parenteral für die Behandlung von Agitiertheit und Verhaltensstörungen bei Schizophrenie und Manie zugelassen. Ziprasidon parenteral ist nur zu Behandlung von Erregungszuständen bei Schizophrenie und nur für 3 Tage zugelassen (s Tabelle 8, Spalte 2). Eine Verordnung außerhalb dieser Indikationen ist Off-Label mit entsprechend erweiterten Anforderungen an Aufklärung und Arzthaftung verbunden, denen aber in Notfallsituationen und bei nicht einwilligungsfähigen Menschen gerade nicht Rechnung getragen werden kann, was ein Dilemma darstellt. Patientinnen und Patienten sind grundsätzlich über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) aufzuklären. Bei aktuell nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten müssen etwa vorhandene Patientenverfügungen berücksichtigt und wenn möglich Bevollmächtigte bzw. Betreuer hinzugezogen werden.

Lehnt die Patientin oder der Patient im Erregungszustand eine pharmakologische Behandlung ab, ist unter Abwägung medizinischer, rechtlicher (Kapitel VII.2) und ethischer (Kapitel VII.1) Aspekte sorgfältig zu prüfen, ob eine Notfallbehandlung bzw. eine Behandlung unter Zwang notwendig und vertretbar ist. Unter freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung bedeutet eine pharmakologische Behandlung weiteren Zwang, dessen Notwendigkeit soll kritisch geprüft werden. Auf der anderen Seite kann der Verzicht auf eine pharmakologische Behandlung des Erregungszustandes im Einzelfall gesundheits-

und lebensgefährdend und möglicherweise traumatisierend sein. Wie bei allen Notfallbehandlungen muss die Abwendung einer drohenden Gefährdung gegenüber den Anforderungen an Aufklärung und Einwilligung abgewogen werden. Diese Abwägung muss dokumentiert werden, wobei die Dokumentation im Notfall auch in verkürzter Form oder im Nachhinein erfolgen kann.

Eine medikamentöse Notfallbehandlung findet in der Regel i. m. (Bezodiazepine, Antipsychotika) statt. Bei Benzodiazepinen ist auch eine i. v.-Gabe möglich.

Expertenkonsens

Bei der Indikationsstellung für eine medikamentöse Notfallbehandlung gegen den Willen des Patienten sollen sowohl die Verletzung von Freiheitsrechten und der körperlichen Unversehrtheit als auch die akute Notwendigkeit der Gefahrenabwehr abgewogen werden. Die Aspekte der Abwägung sollen dokumentiert werden. Der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille des Patienten soll berücksichtigt und dokumentiert werden.
96 % Zustimmung in der Online-Umfrage

Expertenkonsens

Willensäußerungen von Patientinnen und Patienten, die im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgegeben wurden, z. B. in Behandlungsvereinbarungen (Behandlungsgrundsätze, Behandlungspläne), sog. Krisenpässen oder Patientenverfügungen (Kapitel IX.6) müssen beachtet werden, soweit sie auf die Situation anwendbar sind. Auch bei einer für erforderlich gehaltenen Behandlung unter Anwendung von Zwang sollen der Patientin bzw. dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z. B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens

Die Wahl der Applikationsart (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll neben medizinischen auch ethische Aspekte berücksichtigen. Entkleiden unter Zwang sollte dabei vermieden werden. Wenn möglich soll eine orale Einnahme einer parenteralen Applikation vorgezogen

werden. Die Würde der Patientin bzw. des Patienten muss bei jeglicher Interaktion gewahrt werden.
96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Grundsätzlich anders stellt sich die Indikationsstellung bei der Prophylaxe rezidivierend aggressiven Verhaltens vor dem Hintergrund einer bekannten psychischen Erkrankung dar. In diesen Fällen sind Diagnose und Risikosituationen in der Regel gut bekannt und es handelt sich um die Entscheidung zur Einleitung einer Langzeittherapie. Dabei sind ethische Aspekte sorgfältig abzuwägen. Die Einleitung und Aufrechterhaltung der Therapie bedarf hier in besonderem Maße der Zustimmung und Mitwirkung („informed consent“) des Betroffenen, bei fehlender Einwilligungsfähigkeit seines gesetzlichen Vertreters und möglichst des persönlichen Umfeldes. Dies gilt in besonderem Maße, wenn eine Behandlung Off Label,
d. h. mit nicht für diese Indikation zugelassenen Medikamenten erfolgt. In diesen Fällen ist eine besonders gründliche Aufklärung über die erwarteten Aussichten der Behandlung und die möglichen UAW mit partizipativer Entscheidungsfindung erforderlich.

Je deutlicher die Ursache in einen kausalen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder Störung gebracht werden kann, desto klarer lässt sich eine Indikation für eine psychiatrische Behandlung, ggf. auch mit Medikamenten, ableiten. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass aggressives Verhalten auch bei Menschen mit einer psychischen Störung andere, letztlich von dieser Störung unabhängige Ursachen haben kann. Eine Verordnung von Medikamenten, die nicht der Behandlung einer Erkrankung und auch nicht dem Erhalt oder der Verbesserung der sozialen Inklusion dient, sondern Disziplinierungszwecken oder ausschließlich dem Schutz oder den Interessen Dritter, ist mit der ärztlichen Berufsordnung nicht zu vereinbaren und deshalb abzulehnen.

Bei allen pharmakologischen Interventionen bei aggressivem Verhalten stellt sich die Frage nach dem Wirkungsmechanismus und unerwünschten Begleitwirkungen. Theoretisch ist eine antipsychotische Wirkung dopaminrezeptorblockierender Substanzen bei eindeutig psychotisch motiviertem Verhalten am ehesten plausibel. Eine unspezifisch affektdistanzierende und damit verhaltensregulierende Wirkung derselben Substanzen unabhängig von einer Sedierung hat ebenfalls eine gewisse Plausibilität, lässt sich aber

empirisch bisher von anderen Wirkmechanismen und Substanzen nicht sicher differenzieren. Reine Dopaminrezeptorantagonisten ohne sedierende Begleitwirkung wie Amisulprid müssten unter dieser Vorstellung die Mittel der Wahl sein, diesbezügliche Studien existieren aber nicht. Theoretisch gibt es auch gute Hinweise für eine Assoziation von Aggression und Serotoninungleichgewichten in bestimmten Gehirnregionen, eine spezifische Wirkung von Substanzen, die die Serotoninverfügbarkeit erhöhen (in erster Linie SSRI) ließ sich jedoch bisher für kein Störungsbild überzeugend empirisch belegen. An der Entstehung aggressiven Verhaltens sind wahrscheinlich je nach Grunderkrankung, Art der Aggression (impulshaft, geplant, psychotisch motiviert), aber auch abhängig von Alter und Geschlecht viele unterschiedliche Neurotransmitter- und Hormonsysteme beteiligt (Serotonin, Dopamin, Noradrenalin, Glutamat, GABA, Oxytocin, endogenes Opiatsystem etc.). Es gibt daher Autoren, welche die Verwendung sog. „Dirty-Drugs“ (Medikamente, die auf mehrere verschiedene Transmittersysteme gleichzeitig wirken) bzw. von Medikamentenkombinationen empfehlen (Comai et al. 2012), was sich auch schon in klinischen Studien zum Beispiel bei autistischen Jugendlichen als wirksam erwiesen hat (Wink et al. 2017), allerdings auch mit einem erhöhten Risiko an Neben- und Wechselwirkungen erkauft wird.

Bei vielen der empirischen Wirksamkeitsnachweisen bezüglich aggressiven Verhaltens stellt sich die kaum eindeutig zu beantwortende Frage, ob die Wirkung auf einer bloßen Sedierung beruht und zwangsläufig mit entsprechenden UAW in Bezug auf Vigilanz, Motorik und Kognition erkauft wird. In die Überlegungen zur medikamentösen Behandlung jeglicher Verhaltensstörung wird auch mit einfließen müssen, dass Medikamente einerseits nicht unzureichende personelle oder bauliche Situationen kompensieren sollen, andererseits aber auch manchmal die einzige Möglichkeit sind, eine Versorgung des Patienten in einem möglichst wenig restriktiven Milieu zu ermöglichen.

XI.1 Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl

Die Behandlung des akuten aggressiven Erregungszustandes beinhaltet zahlreiche situative Aspekte und Beziehungsaspekte, die Einfluss auf Substanzwahl und Dosierung haben sollten. Die nachfolgend dargestellte verfügbare Evidenz bezüglich verschiedener Substanzen und

Kombinationen von Medikamenten erfährt eine wesentliche Einschränkung dadurch, dass die aus Studien ableitbaren Aussagen sich stets auf Patientinnen und Patienten beziehen, die den Einschlusskriterien der Studien entsprachen und einwilligungsfähig waren, was bei einer Notfallbehandlung gegen den geäußerten Willen grundsätzlich nicht der Fall ist. Die externe Validität dieser Studien ist daher gering (Steinert & Hamann 2012). Im Gegensatz zu Studienpopulationen sind gerade in Notfällen mit aggressiven Erregungszuständen häufig z. B. die Bedingungen einer informierten Zustimmung zur Behandlung nicht gegeben und nicht erreichbar. Auch Intoxikationen und nur zu vermutende Begleitintoxikationen mit unbekannten Substanzen stellen einen regelmäßigen Ausschlussgrund für Studien dar, sind in der Praxis aber häufig anzutreffen. Daraus resultieren für derartige Fälle abweichende Empfehlungen, die sich nur auf klinische Erfahrungen stützen können.

Die verfügbare Evidenz aus klinischen Studien bezieht sich vornehmlich auf diejenigen Substanzen, die in parenteraler Form verfügbar und in psychiatrischer Behandlung gebräuchlich sind (Aripiprazol, Haloperidol, Lorazepam, Loxapin (inhalativ), Midazolam, Olanzapin, Promethazin, Sulpirid, Zuclopenthixol und Ziprasidon). Viele dieser Studien wurden von den Herstellern finanziert, was in zwei Cochrane Reviews als kritische Limitation diskutiert wird (Belgamwar u. Fenton 2005, Gillies et al. 2013). Einige ältere kontrollierte Studien beziehen sich auf Substanzen, die in Deutschland für psychiatrische Indikationen nicht zugelassen sind (Clotiapin, Droperidol). Für Clotiapin besteht eine Zulassung für psychische Erkrankungen in der Schweiz. Droperidol wird in der Anästhesie zur Behandlung von postoperativer Übelkeit eingesetzt.

Bezüglich der Wirksamkeit einer oralen Medikation aus den genannten Substanzgruppen („typische" und „atypische" Antipsychotika, niederpotente Antipsychotika, Antihistaminika oder Benzodiazepine) bei akuten aggressiven Erregungszuständen liegen kaum kontrollierte Studien vor. Nach klinischer Erfahrung können alle Medikamente aus den genannten Substanzgruppen bei Akzeptanz durch die Patientin oder den Patienten eine sehr rasche, nicht allein pharmakologisch erklärbare Wirksamkeit entwickeln.

Einige weitere Substanzen (z. B. Benperidol, Levomepromazin, Diazepam) sind in parenteraler Zubereitung verfügbar und gelten auch als geeignet für die Behandlung akuter aggressiver

Erregungszustände bzw. sind im Falle von Benperidol und Levopromazin dafür zugelassen. Eine Evidenz aus randomisierten kontrollierten klinischen Studien in dieser Indikation liegt jedoch nicht vor. Bei Levopromazin besteht zudem über die Hemmung der CYP-Systeme in der Leber das Risiko von Arzneimittelwechselwirkungen. Diazepam ist wegen langer Halbwertzeit und aktiver Metabolite im Vergleich zu Lorazepam schlecht steuerbar.

Die nachfolgend dargestellten Empfehlungen (Substanzen alphabetisch geordnet) basieren auf randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) ganz überwiegend an Patientinnen und Patienten mit psychotischen Störungen. Bezüglich der Akutbehandlung von Erregungszuständen bei anderen psychischen Störungen sowie bei Intoxikationen ist die Evidenz gering und beruht im Wesentlichen auf klinischer Erfahrung.

Aripiprazol

Aripiprazol i. m. zur Behandlung von Erregungszuständen und Aggressivität bei Psychosen wurde in einem Cochrane Review (Ostenelli et al. 2018) untersucht, welches drei RCTs einschloss, die alle schon in die Vorgängerleitlinie eingeschlossen worden waren (Bristol-Myers et al. 2005, Andrezina et al. 2006, Kittipeerachon & Chaichan 2016). Es wurden Menschen mit Psychosen in die Studien eingeschlossen. Aripiprazol wurde mit Placebo sowie in jeweils einem RCT mit der aktiven Vergleichssubstanz Haloperidol bzw. Olanzapin verglichen. In einem weiteren systematischen Review wurden zehn RCTs eingeschlossen, in dem „atypische" Antipsychotika untereinander mit Haloperidol und mit Placebo verglichen wurden. Eingeschlossen wurden Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Paris et al. 2021). In einem weiteren systematischen Review wurden RCTs eingeschlossen, die medikamentöse Interventionen zur Behandlung von Agitiertheit (nicht beschränkt auf Psychosen) bewertet, wobei neben „typischen" und „atypischen" Antipsychotika auch Promethazin und Benzodiazepine miteinbezogen wurden (Bak et al. 2019).

Zusammenfassend lässt sich aus der vorliegenden Evidenz folgendes sagen. Die Bewertung der Evidenz bzgl. des Endpunktes Ansprechen nach 2h und nach 24h wurde als hoch eingeschätzt. Ansonsten wurde die Qualität der Evidenz für die übrigen Endpunkte als niedrig

oder sehr niedrig bewertet, da nur kleine Studien, indirekte Endpunkte (psychometrische Skalen als Surrogatmarker) vorlagen und die externe Validität gering war. In der Aripiprazolgruppe zeigte sich ein signifikant besseres Therapieansprechen bzgl. des klinischen Endpunkts der Beruhigung (allgemein, nach 2h und nach 24h) und es wurden weniger Nachinjektionen erforderlich als bei Placebo. Im Vergleich zu Haloperidol wurden hingegen mehr Nachinjektionen erforderlich. In der Aripiprazolgruppe wurde seltener die zusätzliche Gabe von Benzodiazepinen im Vergleich zur Placebogruppe erforderlich. Der Clinical Global Impression Scale-Score zeigte eine stärkere Verbesserung der Symptomatik in der Aripiprazol- im Vergleich zur Placebogruppe, aber eine stärkere Verbesserung der Symptomatik in der Olanzapin- im Vergleich zur Aripiprazolgruppe. Vergleichsdaten für Haloperidol lagen für die Studien im Vergleich zu Aripiprazol nicht vor. Mittels der Agitated Behavior Scale (ABS) und der Agitation Calmness Evaluation Scale (ACES) konnte eine deutliche Beruhigung im Vergleich zu Placebo gemessen werden. Mittels ACES gemessen war Olanzapin Aripiprazol überlegen. Vergleichsdaten für Haloperidol lagen nicht vor. In der Aripiprazolgruppe wurden weniger extrapyramidale UAW und weniger Schlaflosigkeit als in der Haloperidolgruppe beobachtet, die Patienten klagten häufiger über Übelkeit als in der Haloperidolgruppe. Es kam in der Aripiprazolgruppe zu weniger Somnolenz als in der Olanzapingruppe.

Haloperidol

Ein Cochrane-Review bewertete insgesamt 41 RCTs, in welchen Haloperidol als Monotherapie mit 18 anderen Behandlungsalternativen des aggressiven Erregungszustandes bei Menschen mit Psychosen verglichen wurde (Ostinelli et al. 2017). In einem weiteren systematischen Review wurden atypische Antipsychotika untereinander, mit Haloperidol und mit Placebo verglichen. Eingeschlossen wurden Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Paris et al. 2021). Es konnten 10 RCTs bewertet werden. In einem weiteren systematischen Review wurden RCTs eingeschlossen, die medikamentöse Interventionen zur Behandlung von Agitiertheit allgemein bewerteten (neben typischen und atypischen Antipsychotika wurden auch Promethazin und Benzodiazepine miteinbezogen, Bak et al. 2019).

Zusammenfassend lässt sich aus der vorliegenden Evidenz folgendes sagen: Die Qualität der Evidenz bzgl. der Endpunkte Ansprechen nach 2h und 24h und bzgl. der unerwünschten Nebenwirkungen wurde als moderat bis hoch eingeschätzt. Die Qualität der Evidenz für das Ansprechen gemessen mit verschiedenen psychometrischen Skalen wurde als niedrig oder sehr niedrig bewertet.

Haloperidol war nach 2 und 24h wirksamer als Placebo: Nach 2 Stunden schliefen mehr Menschen, die Haloperidol erhalten hatten. Haloperidol war gemessen mit der ACES nach 2h nicht wirksamer als Placebo, mit der ABS gemessen nach 24h war es wirksamer als Placebo. Es wurden seltener Nachinjektionen oder die Gabe von Benzodiazepinen notwendig. Es kam aber häufig zu unerwünschten Nebenwirkungen innerhalb der ersten 72h nach Verabreichung, vor allem extrapyramidaler Symptomatik(EPMS), die auch häufiger die Gabe von anticholinergen Medikamenten notwendig machte als unter Placebo. Die unerwünschten Nebenwirkungen nahmen nach einer zweiten Injektion im Vergleich zu Placebo noch weiter (Dosis-Wirkungs-Beziehung?) zu und es kam bei der zweiten Injektion auch häufiger zu Schmerzen.

Im Vergleich zu anderen Antipsychotika waren bei Haloperidol seltener Nachinjektionen erforderlich als bei Aripiprazol (s. o. unter Aripiprazol), es war aber weniger verträglich als Aripiprazol (zwar weniger Übelkeit, aber mehr Nebenwirkungen insgesamt, v. a. Dystonien, mehr Anticholinergika-Gebrauch, Schlafstörungen, Schmerzen nach Injektion).

Haloperidol war weniger wirksam als Olanzapin. Bei Olanzapin besserten sich Aggression und Agitation klinisch und gemessen mit der Overt Aggression Scale (OAS), der Overt Aggression Severity Scale (OASS) und der ABS stärker und die Werte waren nach einer bzw. 2h niedriger als unter Haloperidol. Nach 12h waren die Ergebnisse uneinheitlich. Im Vergleich zu Olanzapin, waren bei Haloperidol weniger Patientinnen und Patienten nach 2h schlafend oder beruhigt und es wurden innerhalb der ersten 12h mehr Nachinjektionen in der Haloperidolgruppe notwendig. Bei Haloperidol kam es häufiger zu EPMS, vor allem Dystonien, es mussten häufiger Anticholinergika eingesetzt werden und die Behandlung musste häufiger abgebrochen werden als bei Olanzapin.

Im Vergleich zu Ziprasidon waren in der Haloperidolgruppe seltener Nachinjektionen in den ersten 2h, aber häufiger in den ersten 24h erforderlich. Bei Haloperidol waren Aggression und Agitation gemessen mit der Overt Aggression Scale (OAS) bzw. der Overt Aggression Severity Scale (OASS) stärker gebessert und die Werte waren nach 1 bzw. 2h niedriger als unter Ziprasidon, im Verlauf nach 6 bzw. 12h waren die Werte aber bei Ziprasidon niedriger. Akathisie, Dystonie, EPMS insgesamt und der Einsatz anticholinerger Medikamente war unter Haloperidol höher als unter Ziprasidon. Auch anticholinerge Nebenwirkungen (Verschwommensehen, Mundtrockenheit, Speichelfluss) traten unter Haloperidol häufiger auf als unter Ziprasidon. EKG-Veränderungen traten hingegen unter Ziprasidon häufiger auf.

Beim Vergleich Haloperidol und Lorazepam jeweils als Monotherapien schliefen nach drei Stunden mehr Patientinnen und Patienten aus der Lorazepamgruppe. In der Lorazepamgruppe kam es zu weniger EPMS. Im Vergleich von Haloperidol als Monotherapie versus der Kombination Haloperidol + Lorazepam schliefen in der Kombinationsgruppe mehr Menschen nach drei Stunden im Vergleich zur Monotherapie. Im Gegensatz zur Monotherapie zeigte sich in der Kombination bereits nach 2h eine signifikante Besserung von Agitation gemessen mit der ACES. Bei Haloperidol alleine blieb häufiger eine Besserung aus als in der Kombinationstherapie.

Wegen häufiger Nebenwirkungen ist Haloperidol als Monotherapie nicht mehr erste Wahl beim aggressiven Erregungszustand bei nicht intoxikierten Personen. Bei Menschen, die alkoholintoxikiert sind oder andere sedierende oder atemdepressive Substanzen eingenommen haben und bei denen Kontraindikationen für Benzodiazepine oder sedierende Antipsychotika bestehen, wird Haloperidol wegen seiner geringen sedierenden Wirkung weiterhin als Monotherapie eingesetzt.

Haloperidol soll gemäß Herstellerempfehlung wegen möglicher schwerer kardialer UAW (Torsades de pointes) nicht mehr intravenös verabreicht werden. Die parenterale Verabreichung sollte deshalb nur intramuskulär erfolgen, auch wenn ethische Gesichtspunkte (notwendiges Entkleiden unter Zwang) gegen die letztgenannte Applikationsform sprechen. Bei wiederholter intramuskulärer Verabreichung ist eine ständige EKG-Überwachung entsprechend der Herstellerangaben angezeigt. Die Umstellung auf eine orale Gabe soll so

bald als möglich erfolgen. Die in internationalen Studien wirksame Kombination aus dem Antipsychotikum Haloperidol und dem sedierenden Antihistaminikum Promethazin darf wegen der QTc-Zeit verlängernden Wirkung beider Medikamente nicht mehr eingesetzt werden.

Benzodiazepin, insbesondere Lorazepam

In ein Cochrane Review zur Bewertung von Benzodiazepinen zur Behandlung von Aggression und Agitation bei Psychose wurden 20 RCTs eingeschlossen, die Benzodiazepine mit Placebo (1 Studie), Antipsychotika (11 Studien) oder mit Antipsychotika + Antihistaminika (Haloperidol + Promethazin, 4 Studien, diese Kombination wegen QTc-Zeit-Verlängerung aber nicht mehr zugelassen) verglichen, bzw. Benzodiazepine + Antipsychotika mit Benzodiazepin als Monotherapie (5 Studien) oder Antipsychotika als Monotherapie (6 Studien) verglichen (Zaman et al. 2017). Von den 20 Studien wurde in 11 Lorazepam eingesetzt (in 1 Alprazolam – nicht parenteral verfügbar, in 3 Clonazepam – keine psychiatrische Zulassung, in 1 Diazepam, in 1 Flunitrazepam – nicht parenteral verfügbar, unterliegt BtM, in 3 Midazolam - keine psychiatrische Zulassung). In einem weiteren systematischen Review zur pharmakologischen Behandlung von Agitation und Aggression wurden ebenfalls Studien eingeschlossen, die Lorazepam mit Olanzapin (2 Studien), Haloperidol (1 Studie) und Haloperidol + Promethazin (1 Studie, Kombination wegen QTc-Zeit-Verlängerung nicht zugelassen) und Lorazepam + Haloperidol mit Haloperidol Monotherapie (ebenfalls eine Studie) verglichen (Bak et al. 2019). Ein weiteres systematisches Review verglich Lorazepam mit Haloperidol, der Kombination von Haloperidol plus Lorazepam oder Promethazin und die Kombination von Lorazepam mit Haloperidol mit Midazolam.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Lorazepam zur Beruhigung bei psychosebedingten Erregungszuständen wirksam war, gemessen mit der Änderung der ACES gegenüber Placebo. Olanzapin war Lorazepam aber überlegen, gemessen mit der ABS. Die Kombination von Lorazepam und Haloperidol war signifikant wirksamer als Haloperidol oder Lorazepam allein. Lorazepam Monotherapie war ähnlich wirksam wie Haloperidol Monotherapie, aber besser verträglich (s. o. unter Haloperidol).

Loxapin

Loxapin ist das bislang einzige Psychopharmakon, welches inhalativ verabreicht werden kann. Dies setzt allerdings eine gewisse Kooperation der Patientin oder des Patienten voraus und die Präparation ist zudem nur für die Behandlung leichter bis mittelschwerer Agitiertheit zugelassen. Loxapin inhalativ wurde in drei RCTs mit Placebo verglichen (Allen et al. 2011, Kwentus et al. 2012, Lesem et al. 2011) und war Placebo im Hinblick auf die Reduktion von Agitiertheit jeweils überlegen. Aufgrund der Gefahr von Bronchospasmen ist das Medikament bei Asthma, COPD und anderen Atemwegserkrankungen kontraindiziert und darf nur unter besonderen Sicherheitsvorkehrungen verwendet werden.

Olanzapin

Ein Review (Kishi et al. 2015) zu Olanzapin i. m. bei agitierten oder gewalttätigen Menschen mit einer psychischen Erkrankung schließt 13 RCTs ein, in welchen Olanzapin i. m. mit verschiedenen anderen Medikamenten und Placebo verglichen wird. Hierbei war Olanzapin Placebo in der Wirksamkeit bzgl. Beruhigung nach 2 und 24h überlegen. Im Vergleich zu Haloperidol oder Aripiprazol war Olanzapin beim ersten Messzeitpunkt (zwei Stunden) in der Kontrolle von Agitiertheit überlegen, bei der Beherrschung anderer Symptome ergab sich kein signifikanter Unterschied. Nach 24 Stunden zeigte sich kein signifikanter Unterschied mehr. Diese Befunde bestätigen sich in den neueren Übersichtsarbeiten von Bak et al. 2019 und Paris et al. 2021, wobei sich eine moderate bis hohe Qualität der Evidenz zeigt (s. unter Aripioprazol und Haloperidol).

Anlass zur Sorge gab die Beobachtung von 29 Todesfällen nach parenteraler Gabe von Olanzapin, meist wenn Olanzapin zusammen mit anderen Antipsychotika oder Benzodiazepinen verabreicht wurde (Marder et al. 2010). Die parenterale Gabe von Olanzapin bei gleichzeitiger parenteraler Gabe von Benzodiazepinen oder Antipsychotika, die sich ähnlich ungünstig auf die Hämodynamik und Atmung auswirken wie Olanzapin, wird vom Hersteller nicht mehr empfohlen. Eine retrospektive Studie von 2012 fand keinen Unterschied zwischen Olanzapin als Monotherapie oder in Kombination mit Benzodiazepinen gegenüber Haloperidol bzgl. Blutdruckabfalls. In der Olanzapin plus Benzodiazepin-Gruppe kam es aber häufiger zu Abfällen der Sauerstoffsättigung, wenn die Patientinnen und Patienten

alkoholisiert waren, weshalb die Autoren die Kombination zumindest bei alkoholisierten Pat. nicht empfehlen (Wilson et al. 2012).

Sulpirid

Das in Deutschland selten zum Einsatz kommende Sulpirid wurde in einem doppelblinden RCT mit Haloperidol verglichen, wobei Haloperidol wirksamer in Bezug auf akut psychotische Symptome und aggressives Verhalten war, allerdings auch mit mehr extrapyramidalen UAW einherging (Lavania et al. 2016). Im Vergleich zur Vorversion der Leitlinie wurde keine neue Evidenz gefunden.

Ziprasidon

In einem systematischen Review wurden zehn RCTs eingeschlossen, in dem „atypische" Antipsychotika untereinander, mit Haloperidol und mit Placebo verglichen wurden. Eingeschlossen wurden Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (Paris et al. 2021). In einem weiteren systematischen Review wurden RCTs eingeschlossen, die medikamentöse Interventionen zur Behandlung von Agitiertheit allgemein untersucht hatten (neben „typischen" und „atypischen" Antipsychotika wurden auch Promethazin und Benzodiazepine miteinbezogen, Bak et al. 2019).

Die Qualität der Evidenz bzgl. Ansprechraten und Nebenwirkungen war moderat bis hoch. Zusammenfassend war Ziprasidon gegenüber Placebo und gegenüber Aripiprazol (jeweils indirekter Vergleich in einer Netzwerkanalyse) bzgl. der Ansprechraten überlegen. Gegenüber Haloperidol war Ziprasidon kurzfristig weniger, mittelfristig aber besser wirksam. Es traten weniger extrapyramidale und vegetative Nebenwirkungen als unter Haloperidol auf, es wurden aber mehr EKG-Veränderungen beobachtet (s. unter Haloperidol).

Zuclopenthixolacetat

Abweichend von den anderen genannten Substanzen handelt es sich bei Zuclopenthixolacetat um ein Depotpräparat mit mehrtägiger Wirkung. Das Präparat ist daher als Notfallmedikation ohne richterlichen Beschluss nicht einsetzbar. Ein Cochrane-Review von Jayakody et al. (2012) bewertete neun RCTs gegenüber Placebo oder Haloperidol bei Menschen mit „akuter Schizophrenie oder einer ähnlich schweren psychischen Erkrankung“. Folgeinjektionen in den

kommenden sieben Tagen waren signifikant seltener als unter Haloperidol und es wurden weniger Benzodiazepine benötigt. Ansonsten wurden, bei gleichzeitiger Kritik an der als schwach eingeschätzten Studienlage, keine robusten Unterschiede in Wirksamkeit und UAW gegenüber Haloperidol gefunden. Im Vergleich zur Vorversion der Leitlinie wurde keine neue Evidenz gefunden.

Kombination von Benzodiazepinen und Antipsychotika

Ein Cochrane Review (Gillies et al. 2013) gelangte zu der zurückhaltenden Schlussfolgerung, dass die Datenbasis hinsichtlich einer Entscheidung zwischen Benzodiazepinen, Antipsychotika oder einer Kombination beider Substanzgruppen nicht ausreichend sei. Klinikerinnen und Kliniker vertreten überwiegend die Ansicht, dass eine Monotherapie mit einem Benzodiazepin bei aggressiven Erregungszuständen, bei welchen kein Informed Consent erreicht werden kann, adäquat sei, falls keine psychotische Erkrankung vorliegt. Im Falle eines psychotischen Syndroms und fehlendem Einverständnis des Patienten zur Medikation soll die bessere Wirksamkeit einer (Kombinations-)behandlung mit Antipsychotika sorgfältig gegen die erhöhte Rate an unerwünschten Nebenwirkungen abgewogen werden.

Bei Personen mit hirnorganischer Vorschädigung, z. B. bei Menschen mit Intelligenzminderung, ist ein erhöhtes Risiko paradoxer Wirkungen von Benzodiazepinen zu erwarten, Studien mit höheren Evidenzrang liegen diesbezüglich jedoch nicht vor. Benzodiazepine sollten bei rezidivierendem aggressivem Verhalten langfristig nicht zum Einsatz kommen, da ihr regelmäßiger Gebrauch mit vermehrtem aggressivem Verhalten einhergeht (Albrecht et al. 2014) und zu Gewöhnung und Abhängigkeit führt.

Dosierung und Applikationsart

Eine Übersicht über Dosierungsempfehlungen der Hersteller gibt die Tabelle 7. Die Angaben in der Tabelle beziehen sich nur auf Erwachsene. Die Dosierung, Darreichungsform und Dauer der Anwendung müssen an die individuelle Reaktionslage, die Indikation, die Schwere der Krankheit und den individuellen Verlauf angepasst werden. Je nach körperlichem Zustand der Patientin bzw. des Patienten und dem Verabreichungsmodus (z. B. Injektionsgeschwindigkeit, verabreichte Menge) kann der Eintritt der Sedierung individuell unterschiedlich erfolgen. Wenn erforderlich, können abhängig vom klinischen Verlauf und bei weiter bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung weitere Dosen individuell nach Bedarf gegeben werden. Vor

allem bei der Maximaldosierung ist die zuvor gegebene Medikation und im Falle einer Kombinationstherapie die Begleitmedikation zu berücksichtigen. Es wird angeraten, jedes Medikament in einer getrennten Spritze zu applizieren. Die intramuskuläre Anwendung erfolgt tief i. m. Bei Behandlung mit Antikoagulanzien darf nicht intramuskulär injiziert werden. Intraarterielle Injektionen sind zu vermeiden (Nekrosen). In Studien wurden vorwiegend intramuskuläre Applikationsarten untersucht. Antipsychotika sind nicht mehr für eine intravenöse Applikation zu gelassen, vorwiegend wegen möglicher kardialer Nebenwirkungen. Bei Benzodiazepinen ist auch eine intravenöse Applikation zugelassen. Wenn zur intramuskulären Applikation ein Entkleiden unter Zwang nötig wäre, sollte die intravenöse Verabreichung bevorzugt werden.

Tabelle 7: Dosierungsempfehlungen von parenteral applizierbaren Medikamenten zur Behandlung von Erregungszuständen

Präparat	Dosierungsempfehlung bei Psychosen	Dosierungsempfehlung bei Demenz	Wiederholung	Dauer	Maximal-dosierung
Aripiprazol 7,5 mg/ml Injektionslösung	Initial 9,75 mg i. m.	keine Angaben/nicht empfohlen	1–2 mal innerhalb 24h nach jeweils mindestens 2h	keine Angabe	29,25 mg
Haloperidol Injektionslösung	initial 5–10 mg i. m.	initial 0,5–1,5 mg, max. 5 mg/d	keine Angaben	keine Angaben	20 mg/d
Lorazepam Injektionslösung	initial 0,05 mg pro kg langsam i. v. (oder i. m.) [2]	keine Angaben	falls notwendig, Wiederholung nach 2h	nur kurzfristige Behandlung	keine Angaben
Loxapin Pulver zur Inhalation [3]	Initial 9,1 mg inhalativ	keine Angaben/nicht empfohlen	einmal innerhalb von 24h mit einem Abstand von mind. 2h	höchstens 2x, reguläre Therapie	18,2 mg
Olanzapin Pulver zur Herstellung Inj.lsg.	initial 10 mg oder niedriger i. m.	initial 2,5–5 mg. 2,5–5 mg nach 2h. Max. 3 Inj/d, Max. 20 mg/d [4]	5–10 mg nach 2h max. 3 Inj./d	bis zu 3 Tage	20 mg/d [1]
Promethazin Injektionslösung	initial 25 mg (langsam, max. 25 mg/min) i. m. oder i. v.	keine Angaben	Wiederholung nach 2h, wenn weiterhin keine Wirkung 50–100 mg/d	wenige Tage	200 mg/d
Ziprasidon Pulver zur Herstellung Injlsg.	initial 10 (-20) mg i. m.	i. m.-Anwendung nicht empfohlen	10 mg alle 2 Stunden [5]	bis zu 3 Tage	40 mg/d
Zuclopenthixolacetat Injektionslösung	50–150 mg i. m.	keine Angaben	1–2-mal nach 2–3 Tagen.	s. Wiederholung	s. Wiederholung

[2] Cave: i. v. nur verdünnt! [3] darf nur in Krankenhäusern unter Aufsicht von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden, die Möglichkeit zur bronchodilatatorischen Therapie (ß2-Mimetikum) muss gegeben sein. [4] einschließlich aller Olanzapin Darreichungsformen, [5] Wenn initial 20 mg gegeben wurden, soll die nächste Dosis mit 10 mg erst nach 4 Stunden erfolgen, danach weiter mit 10 mg nach 2 Stunden.

Tabelle 8: Zulassungsumfang und relevante Rote-Hand-Briefe parenteral applizierbarer Medikamente zur Behandlung des Erregungszustandes

Präparat	Zulassung	Applikation	Rote-Hand-Brief
Aripiprazol 7,5 mg/ml Injektionslösung	Nur zugelassen zur Kontrolle von Agitiertheit und Verhaltensstörung im Rahmen von Schizophrenie, Manie bei Bipolar-I-Störung. Nicht zugelassen bei Psychosen oder Agitiertheit/Verhaltensstörungen bei Demenz oder anderen Erkrankungen.	i. m.	Dosisabhängig vermehrte cerebraovaskuläre Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimerdemenz.
Haloperidol Injektionslösung	Zugelassen für psychomotorische Erregungszustände psychotischer Genese.	i. m.	
Lorazepam Injektionslösung	Basissedierung vor und während operativer/diagnostischer Eingriffe. Schwere neurotische Angstsymptomatik und Phobien. Schwere Angst- und Erregungszustände im Rahmen von Psychosen und Depressionen, wenn alleinige Behandlung mit Antipsychotika/Antidepressiva nicht ausreicht. Status epilepticus.	i. v. oder i. m.	
Loxapin Pulver zur Inhalation [3]	Leichte bis mittelschwere Agitiertheit bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung.	Inhalativ	
Olanzapin Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Zur schnellen Behandlung von Agitiertheit und gestörtem Verhalten bei Schizophrenie oder manischen Episoden. Nicht zugelassen bei Psychosen oder Agitiertheit/Verhaltensstörungen bei Demenz oder anderen Erkrankungen.	i. m.	Auf Doppelte erhöhte Mortalität und auf Dreifache erhöhte Inzidenz cerebrovaskulärer Ereignisse bei Behandlungen Demenz-assoziierter Psychosen und Agitiertheit/Verhaltensstörung bei Älteren
Promethazin Injektionslösung	Akute allergische Reaktionen vom Soforttyp, wenn gleichzeitig eine Sedierung erforderlich ist. Akute Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen	i. v. oder i. m.	

	psychiatrischer Grunderkrankungen. Nicht zur Behandlung von Verhaltensstörungen, die mit Demenz zusammenhängen, zugelassen.		
Ziprasidon Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Zur schnellen Behandlung von Erregungszuständen bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie für die Dauer von 3 Tagen. Nicht zur Behandlung von Verhaltensstörungen, die mit Demenz zusammenhängen, zugelassen.	i. m.	
Zuclopenthixolacetat Injektionslösung	Initialbehandlung akuter Psychosen, einschließlich Manien und Exazerbationen chronischer Psychosen.	i. m.	

Starke Empfehlung

Aripiprazol, Haloperidol + Lorazepam, Lorazepam, Olanzapin oder Ziprasidon sind bei parenteraler Applikation wirksam und sollen zur Behandlung von Agitation und Aggression im Rahmen akuter Erregungszustände eingesetzt werden.

Haloperidol ist nur bei Psychosen allgemein, Aripiprazol und Olanzapin bei Schizophrie und Manie und Ziprasidon nur bei Schizophrenie parenteral zugelassen. Eine Behandlung anderer Erregungszustände erfolgt off-label.

(Ostinelli et al. 2017, 2018, Zaman et al. 2017, Bak et al. 2019, Paris et a. 2021)

95 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Starke Empfehlung

Haloperidol soll bei nicht intoxikierten Patientinnen und Patienten **nicht** als Monotherapie eingesetzt werden, weil es von mehr UAW begleitet ist als andere Medikamente.

(Ostinelli et al. 2017)

96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Starke Empfehlung

Wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression soll Midazolam bei psychiatrischen Indikationen **nicht** verwendet werden

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Schwache Empfehlung

Loxapin inhalativ kann wegen seiner schnellen Wirksamkeit mit Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten ebenfalls eingesetzt werden, kann aber wegen seiner begrenzten Zulassung, der inhalativen Applikation und der respiratorischen UAW in nur wenigen klinischen Situationen angewendet werden.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: UAW, eingeschränkte Indikation, Preis.

(Allen et al. 2011, Kwentus et al. 2012, Lesem et al. 2011)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Starke Empfehlung

Olanzapin soll parenteral **nicht** in Kombination mit Benzodiazepinen verabreicht werden. Begründung für Heraufstufung: Erhebliche Sicherheitsbedenken, vitale Gefährdung. (Marder et al. 2010, Wilson et al. 2012)
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Eine orale Medikation sollte bei gegebenem Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten bevorzugt werden. Dazu werden Antipsychotika und Benzodiazepine empfohlen.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Insbesondere bei Notfallmedikationen ohne Zustimmung der Patientin oder des Patienten oder ohne klare diagnostische Zuordnung sollte die alleinige Gabe eines Benzodiazepins erwogen werden, um UAW wie Frühdyskinesien zu vermeiden.
95 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Bei aggressiven Erregungszuständen vor dem Hintergrund von Intoxikationen mit Alkohol, Mischintoxikationen, Intoxikation mit unbekannten Substanzen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern ist besondere Zurückhaltung gegenüber einer sedierenden Medikation und eine intensive Überwachung angezeigt. In dieser Situation sollte Haloperidol als Monotherapie eingesetzt werden.
95 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Nach medikamentöser Behandlung aggressiver Erregungszustände soll eine so engmaschige klinische Überwachung durch qualifiziertes Personal erfolgen, um medizinische Komplikationen frühzeitig erkennen zu können.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Patientinnen und Patienten in einem Erregungszustand sind sowohl durch die möglicherweise adrenerge Stimulation, als auch durch unerwünschte Wirkungen der verabreichten Medikation gefährdet. Als besonders kritisch sind Herzrhythmusstörungen zu bewerten. Dies gilt für alle Patientinnen und Patienten, insbesondere aber für ältere Personen, nicht

vorbehandelte Patientinnen und Patienten und in der Anflutungsphase der Medikation. Als typische UAW soll auf extrapyramidale Symptomatik (Frühdyskinesien) sowie bei allen sedierenden Substanzen auf Atemdepression und hypotone Kreislaufdysregulation geachtet werden.
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Expertenkonsens
Biperiden zur Behandlung von Frühdyskinesien und Flumazenil zur Antagonisierung einer Benzodiazepinwirkung sollen mit der Möglichkeit einer intravenösen Applikation zur Verfügung stehen. Bei Verwendung von inhalativem Loxapin soll ein ß2-Mimetikum vorgehalten werden.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

XI.2 Handlungsempfehlung bei rezidivierender Aggression

XI.2.1 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen

Aggressives Verhalten bei Menschen mit Psychosen kann unterschiedliche Ursachen haben. Neben Handlungen, die in einem kausalen Zusammenhang mit einer Positivsymptomatik wie Wahn oder Halluzinationen stehen, kommt auch aggressives Verhalten in einem Bedingungsgefüge von komorbiden Störungen wie Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch sowie ohne kausalen Bezug zu einer psychischen Störung vor.

Eine wichtige, allerdings keineswegs alleinige Rolle spielt die suffiziente pharmakologische Behandlung. Eine registerbasierte Studie mit der Bevölkerung von Schweden (Vollerhebung aller Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie und verwandten Störungen von 1972-2006) kam zu dem Schluss, dass Menschen mit Schizophrenie, bipolarer Störung oder einer anderen psychotischen Störung in den Phasen, in denen sie Antipsychotika, insbesondere in höheren Dosen oder als Depotmedikation, verschrieben bekamen, etwa ein Drittel weniger Gewalttaten begingen als in Phasen, in denen sie diese Medikamente nicht einnahmen. Für Stimmungsstabilisierer galt dies nur beim Vorliegen einer bipolaren Erkrankung. Kein Effekt ergab sich für SSRI bzgl. Gewaltverbrechen bei psychotischen Störungen (Fazel et al. 2014).

Andererseits zeigen Metaanalysen und Regressionsanalysen aber, dass die Behandlungsadhärenz und mehr noch die psychopathologische Symptomatik insgesamt Merkmale von eher nachgeordneter Bedeutung für das Gewalttatenrisiko bei Menschen mit Psychosen sind (Witt et al. 2013, 110 Studien eingeschlossen, davon 8 RCTs, 70 Fallkontrollstudien). Das höchste Risiko, ausgedrückt in Odds Ratios, bestand metaanalytisch für eine Vorgeschichte von Gewalttätigkeit (21,4), gefolgt von psychopathischen Persönlichkeitszügen (17,4) und polytoxikomanem Substanzmissbrauch (10,3). Nicht-Adhärenz mit psychotherapeutischen/psychosozialen Therapien wies eine Odds Ratio von 6,7 auf, fehlende Krankheitseinsicht 2,7 und Nicht-Adhärenz mit Medikamenten 2,0, Verfolgungswahn 1,6 und Halluzinationen 1,2. In einer Metaanalyse mit Regressionsanalysen, die nur Studien an Populationen auf Akutstationen einschloss, kam zu ähnlichen Ergebnissen (Iozzino et al. 2015, 35 Studien eingeschlossen, davon 2 RCTs): Selbst in dieser Auswahl akut erkrankter Menschen waren Gewalt in der Vorgeschichte, männliches Geschlecht, Alkoholmissbrauch sowie unfreiwillige Aufnahme auf Station die Prädiktoren für Gewalt im Krankenhaus, allerdings auch die Diagnose einer Schizophrenie.

Antipsychotika

Es ist davon auszugehen, dass im Zusammenhang mit Krankheitssymptomen stehendes aggressives Verhalten zurückgeht, wenn die betreffenden Symptome erfolgreich behandelt werden. Die o. g. epidemiologischen Studien mit der Bedeutung der Behandlungsadhärenz weisen darauf hin. Auch bei einer retrospektiven klinischen Studie bei stationärer Behandlung ergaben sich Hinweise, dass das Auftreten von Aggressionen im Behandlungsverlauf stetig zurückging (Steinert & Sippach 2000). Die beste Evidenz für eine antiaggressive Wirkung gibt es derzeit für Clozapin (s. u.). Wegen dessen ungünstigen Nebenwirkungsprofils und entsprechender Kontraindikationen wurde immer wieder versucht, eine zweitbeste Substanz mit ebenfalls antiaggressivem Effekt zu finden und eine entsprechende Rangfolge unter den Antipsychotika aufzustellen.

Im Rahmen der achtzehn Monate dauernden, doppelblinden CATIE-Studie (The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness Study) wurden 1445 Patientinnen und

Patienten mit Schizophrenie randomisiert entweder mit Perphenazin oder einem „atypischen" Antipsychotikum behandelt. Bezüglich der Reduktion von Gewalt waren die neueren Antipsychotika (Risperidon, Ziprasidon, Olanzapin, Quetiapin) Perphenazin nicht überlegen, Quetiapin sogar deutlich unterlegen. Medikamentenadhärenz reduzierte das Auftreten von Gewalt, allerdings nicht bei den Patientinnen und Patienten, die bereits in der Kindheit antisoziales Verhalten gezeigt hatten. Neben Verhaltensproblemen in der Kindheit waren auch Substanzmissbrauch, eigene Gewalterfahrungen, Armut und schwierige Lebensumstände Risikofaktoren für Gewalt. Negativsymptomatik war mit weniger Gewalt assoziiert (CATIE-Studie, Swanson et al. 2008). Aripiprazol, für welches es ebenfalls Hinweise für antiaggressive Effekte gibt (s. u.), war zu Beginn der CATIE-Studie noch nicht auf dem Markt und war daher in dieser Analyse nicht enthalten.

Während die CATIE-Studie im Design primär u. a. auch auf die Untersuchung der Wirkung auf aggressives Verhalten angelegt war, sind alle übrigen sehr zahlreichen Studien, die auch in entsprechenden Reviews angeführt werden, dadurch gekennzeichnet, dass es sich entweder um Post hoc-Analysen bei primär anderen Fragestellungen z. T. nur einzelner Items in Skalen handelte (z. B. Hostility (Feindseligkeit) oder Impulsivity, Anger (Impulsivität, Ärger) als Risikofaktoren oder Proxy für aggressives Verhalten), schlecht beschriebene Studienpopulationen eingeschlossen wurden oder die Beobachtungszeiträume sehr kurz waren (systematisches Review zu psychopharmakologischen Behandlungsansätzen bei aggressivem Verhalten, das allein zu Antipsychotika 44 doppelblinde RCTs einschloss und bewertete: Comai 2012). Ein systematisches Review mit Metaanalyse mit dem Endpunkt Hostility bei Menschen mit Psychosen, das 23 Studien einschloss, davon 18 auch in die Metaanalyse, fand eine Überlegenheit von Clozapin (mittlere Effektstärke 0.415) und anderen „atypischen" Antipsychotika (kleine Effektstärke 0.26) im Vergleich zu „typischen" Antipsychotika, wobei sich die Effekte nur im hohen Dosisbereich zeigten und „atypische" Antipsychotika im Vergleich zu Typika in den betrachteten Studien höher dosiert wurden (Faay et al. 2008).

Depot-Antipsychotika

Eine systematische Übersichtsarbeit ohne Metaanalyse schloss 10 Studien (3 RCTs, eines davon open-label, 1 Cross-over-Studie, 5 retrospektive Studien und ein Fallbericht) zu Depotantipsychotika bei erwachsenen Menschen mit Schizophrenie und aggressivem Verhalten ein (Buoli et al. 2018). In den zwei verblindeten RCTs zeigte sich ein signifikanter Vorteil von Aripiprazol Lauroxil als Depot im Vergleich zu Placebo bzgl. der Subskalen Feindseligkeit/Anspannung der PANSS. In einer der beiden Studien war der Effekt aber nur für die höhere untersuchte Dosis (882 mg/Monat) nachweisbar, die aktuell in Deutschland nicht zugelassen ist.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie untersuchte Paliperidon-Palmitat als Depotmedikation. Eingeschlossen wurden 134 Patienten mit Schizophrenie in China. Die Randomisierung erfolgte in zwei gleich große Gruppen, wobei eine Gruppe weiter orale Antipsychotika erhielt (TAU) und die anderen Gruppe 75-150 mg Paliperidon alle 28 Tage. Die primären Endpunkte waren die Veränderung der Risikoeinschätzung für gewalttätiges/aggressives Verhalten, gemessen mit dem Violence Risk Assessment für psychiatrische Patienten (VRAPP), und das gewalttätige/aggressive Verhalten, gemessen mit der Modified Overt Aggression Scale (MOAS), zwischen Baseline und den Messzeitpunkten nach 13, 25, und 49 Wochen. Dabei reduzierten sich das eingeschätzte Risiko und das tatsächliche aggressive Verhalten (verbal, gegen Gegenstände und gegen Personen) über die Zeit und es zeigte sich ein Medikamenten- und Zeit-Medikamenten-Interaktionseffekt zu Gunsten von Paliperidon (Wang et al. 2024).

Starke Empfehlung

Bei rezidivierend aggressivem Verhalten bei psychotischen Störungen soll gemäß den Leitlinien für die Grunderkrankung medikamentös behandelt werden. (Swanson et al. 2008, Fazel et al. 2014)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Starke Empfehlung

Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten und Adhärenzproblemen soll eine Umstellung auf ein Depotpräparat mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert werden. (Fazel et al. 2014, Witt et al. 2013, Wang et al. 2024).

Haloperidol decanoat ist für Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen zugelassen. Andere Depotneuroleptika sind für die Schizophrenie zugelassen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label.

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Aggressionsmindernder Effekt von Clozapin

Ein Review über die spezifischen aggressionsmindernden Effekte von Clozapin schloss 6 Tierexperimente, 4 RCTs, 12 prospektive nicht kontrollierte Studien, 22 retrospektive Studien und vier Fallstudien ein (Frogley 2012). Ein weiteres Review schloss 3 RCTs, 12 prospektive Studien (davon eine nach Frogley et al.) und 13 retrospektive Studien (davon 3 nach Frogley et al.) sowie einen Fallbericht ein (Faden & Citrome 2024). Metaanalysen wurden nicht gerechnet. Es zeigte sich, dass Clozapin Gewalt und Aggression langfristig reduzieren konnte, wobei ein Großteil der Evidenz von Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie stammte. Clozapin war das einzige Medikament, das Feindseligkeit in den betrachteten Studien signifikant reduzieren konnte und war in Bezug auf diesen Endpunkt Haloperidol und Risperidon überlegen. Clozapin war Olanzapin und Haloperidol überlegen bei der Reduktion von Gewalt insgesamt und bei der Reduktion von tätlicher Gewalt, jeweils gemessen mit der MOAS (Faden & Citrome 2024). Es ergaben sich zudem Hinweise, dass es neben dem antipsychotischen und dem sedierenden Effekt auch einen eigenständigen antiaggressiven Effekt gibt. Besonders gut schnitt Clozapin bei therapieresistenten Schizophrenien und bei Schizophrenien mit Komorbidität ab. Eine Reduktion der Schwere der Gewalttaten war in Studien allerdings erst bei ausreichend hoher Dosierung (im Mittel 465,2 mg/d Clozapin) zu beobachten. Auch in der bevölkerungsbasierten Studie aus Schweden, bei der jeder Patient zu dem Zeitpunkt, als er Medikamente einnahm, als Kontrolle ohne Behandlung mit sich selbst verglichen wurde, als er keine Medikamente einnahm, war die Risikoreduktion bei Clozapin stärker als bei anderen Antipsychotika. Clozapin reduzierte das Gewalttatenrisiko etwa um die Hälfte (Fazel et al. 2014). Für Patientinnen und Patienten mit therapieresistenten Schizophrenien sowie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie und hohem Gewalt- oder Suizidrisiko ist auf psychopharmakologischer Ebene die Behandlung mit Clozapin hinsichtlich ihrer antiaggressiven Effekte empirisch also gut belegt. Auf der anderen Seite ist Clozapin auch das Antipsychotikum mit dem ungünstigsten Risikoprofil.

Ob das pharmakologisch dem Clozapin relativ ähnliche Olanzapin ebenfalls spezifische antiaggressive Effekte aufweist, ist noch unklar. Hinweise dafür ergaben sich aus einer kleinen retrospektiven Studie mit der entsprechenden Depotformulierung (Baruch et al. 2014) und aus einer prospektiven Beobachtungsstudie aus dem ambulanten Setting (Swanson et al. 2004). Eine weitere offene Studie ergab positive Effekte von Olanzapin und Quetiapin auf die impulsive, aggressive und psychotische Symptomatik psychisch erkrankten Menschen mit Schizophrenie, wobei die Reduktion der aggressiven Symptomatik allerdings nicht signifikant war (Gobbi et al. 2014). In einem RCT, das Clozapin, Olanzapin und Haloperidol miteinander verglich, war Clozapin Olanzapin und Haloperidol, aber Olanzapin dem Haloperidol in Bezug auf die Reduktion von Aggressivität allgemein und tätlicher Aggressivität überlegen (Krakowski et al. 2006, Citrome & Faden 2024).

Starke Empfehlung

Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von therapieresistenten psychotischen Störungen soll ein Behandlungsversuch mit Clozapin unter Beachtung der Kontraindikationen und erforderlichen Kontrollen erfolgen. Der Serumspiegel sollte dabei möglichst im oberen Referenzbereich liegen. Außer für Clozapin sind keine klaren Empfehlungen für oder gegen einzelne Substanzen aus der umfangreichen Studienlage abzuleiten.

Clozapin ist nur zugelassen zur Behandlung der therapieresistenten Schizophrenie, wobei mindestens zwei Antipsychotika, davon mindestens ein „atypisches" Antipsychotikum, nicht ausreichend wirksam oder verträglich gewesen sein müssen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label. (Frogley et al. 2012, Citrome & Faden 2024)

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Kombinationstherapie und Hochdosistherapie

Nicht alle Patientinnen und Patienten sprechen auf eine Behandlung mit Clozapin im Hinblick auf die psychotischen Symptome ausreichend an. Mit diesen verbundenes schweres aggressives Verhalten kann in Einzelfällen ein schwerwiegendes Problem darstellen. Die Evidenz für Behandlungsempfehlungen in solchen Fällen ist sehr limitiert, weil gerade solche Patientinnen und Patienten auf Grund der typischen Ausschlussgründe (Fehlen einer informierten Zustimmung, Substanzmissbrauch etc.) nicht in Studien eingeschlossen werden. Behandlungserfahrungen gründen daher auf kleineren Beobachtungsstudien (bspw. Hotham

et al. 2014), Behandlungsempfehlungen unter anderem auf neurobiologischen Überlegungen bezüglich Rezeptorprofilen (Morissette & Stahl 2014). Eine zuweilen angewandte Strategie besteht darin, unter Kontrolle der Plasmaspiegel eine Kombinationstherapie oder eine Hochdosistherapie zu versuchen (Morrissette und Stahl 2014, Meyer 2014). Das theoretische Rationale besteht darin, jeweils eine ausreichende Besetzung von D2-Rezeptoren zu gewährleisten und ggf. zusätzliche antiaggressive Effekte auf der Ebene anderer Transmittersysteme zu bewirken, z. B. durch Modulation des Serotoninsystems. Dies wird entweder erreicht durch Kombination von Clozapin, welches nicht zu einer hohen D2-Rezeptorbesetzung führt, mit Substanzen mit einer hohen D2-Affinität wie Amisulprid oder Aripiprazol, oder durch vorsichtige schrittweise zunehmende Höherdosierung einer Einzelsubstanz unter strikter Kontrolle des Plasmaspiegels. Die letztere Strategie kann unter theoretischen Überlegungen nur erfolgreich sein, wenn z. B. auf Grund pharmakogenetischer Besonderheiten des Metabolismus unter den üblichen Dosierungen keine ausreichende Rezeptorbesetzung realisiert wird. Andernfalls ist nur mit einer Zunahme von UAW und unspezifischer Sedierung zu rechnen. Eine Fallserie, die sechs therapieresistente Patienten mit Schizophrenie einschloss, fand Hinweise auf positive Effekte einer Kombination von Clozapin und Amisulprid, wenn aggressive Symptome unter Clozapin alleine nicht ausreichend verbessert werden konnten (Hotham 2014).

Schwache Empfehlung

Bei aggressivem Verhalten bei therapieresistenten psychotischen Störungen kann eine antipsychotische Kombinationstherapie in Einzelfällen erwogen werden, vorwiegend mit Clozapin und einer Substanz, die eine starke Blockade von D2-Rezeptoren hervorruft.
(Hotham et al. 2014)
100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Schwache Empfehlung

Eine Überschreitung der empfohlenen Dosisobergrenzen kann in Einzelfällen unter Kontrolle des Serumspiegels und sorgfältigem klinischen Monitoring erfolgen.

Die Behandlung erfolgt dann off-label.

(Morrissette und Stahl 2014, Meyer 2014, Expertenkonsens)

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Stimmungsstabilisierer

Ein Cochrane Review zum Einsatz von Valproat bei Schizophrenien schloss insgesamt 26 RCTs mit 2184 Patientinnen und Patienten ein. Davon untersuchten 3 RCTs die Wirkung von Valproat auf aggressives Verhalten. Es ergaben sich Hinweise auf Wirksamkeit, allerdings handelte es sich bei allen drei Studien um nicht verblindete Studien sehr niedriger Qualität (Wang et al. 2016). Eine retrospektive Studie, welche Valproat, Topiramat und deren Kombination bei der Behandlung aggressiver Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie verglich, fand vergleichbare positive Wirkungen von Valproat und Topiramat auf aggressives Verhalten bei Menschen mit Schizophrenie, wobei aber nicht randomisiert oder verblindet wurde (Gobbi 2006). Valproat unterliegt wegen seiner (embryo-)toxischen Wirkung Zulassungsbeschränkungen. Gebärfähigen Frauen und Mädchen darf es nur bei anders nicht behandelbaren Epilepsien und bipolaren Störungen und nur nach Aufklärung und unter sicherer Empfängnisverhütung verschrieben werden, sodass hier eine Off-Label-Behandlung wegen aggressiven Verhaltens nicht mehr in Betracht kommt. Auch mit Valproat behandelte Männer müssen über die Notwendigkeit einer sicheren Empfängnisverhütung aufgeklärt werden. Carbamazepin wurde in einem Cochrane Review nicht zur Behandlung der Schizophrenie empfohlen, Daten zu aggressiven Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten mit komorbiden EEG-Veränderungen lagen nicht vor(Leucht et al. 2014). Die bevölkerungsbasierte Studie aus Schweden (Fazel et al. 2014) lieferte Hinweise darauf, dass Stimmungsstabilisierer aggressives Verhalten wirksam bei Menschen mit bipolaren Störungen reduzierten, jedoch nicht bei Menschen mit Schizophrenie.

Starke Empfehlung

Bei medikamentöser Behandlungsresistenz bei schizophrenen Psychosen soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität **nicht** angeboten werden.

(Wang et al. 2016, Leitlinien-Adaptation S3-Leitlinie Schizophrenie)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Schwache Empfehlung

Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte unter Beachtung der Kontraindikationen ein Behandlungsversuch zusätzlich zur antipsychotischen Medikation mit Valproat nur dann erfolgen, wenn eine affektive Störungskomponente vorliegt (bipolar oder schizoaffektiv) und keine andere Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: Studien mit großer Power und signifikanten Ergebnissen, aber nur kleine Effektstärken; die große bevölkerungsbasierte Beobachtungsstudie ergibt dagegen Hinweise auf eine Wirksamkeit nur bei bipolarer Störung, Indikation wegen Embryotoxizität eingeschränkt.

(Fazel et al. 2014, Honglin et al. 2005)

95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung.

Betablocker

Ein Cochrane-Review über den Einsatz von Betablockern als Add-on-Therapie bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie, das 5 placebokontrollierte RCTs einschloss, kam zu dem Schluss, dass Betablocker keine suffiziente antipsychotische Wirkung entfalten und auch eine zusätzliche Gabe zu Antipsychotika aufgrund der geringen Evidenz und erheblicher UAW von Betablockern nicht zu empfehlen sei (Wahlbeck et al. 2000). Ein neueres, noch nicht in das Review eingeschlossene RCT ergab zwar eine antiaggressive Wirkung von Pindolol, bei jedoch fehlender Wirkung auf die übrige Symptomatik (Caspi et al. 2001). Die zusätzliche Gabe von Propranolol zu Haloperidol hatte keine signifikanten antiaggressiven Effekte (Maoz et al. 2000).

Schwache Empfehlung

Bei rezidivierend aggressivem Verhalten und therapieresistenten schizophrenen Psychosen sollte kein Behandlungsversuch mit:

- Stimmungsstabilisierern,
- Beta-Blockern oder
- Benzodiazepinen (außer bei akuten Erregungszuständen)

unternommen werden.

(Wahlbeck et al. 2000, Maoz et al. 2000, Caspi et al. 2001, Leucht et al. 2014, Gilles et al. 2013)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Elektrokonvulsionstherapie

Eine systematische Literaturübersicht schloss neun Studien zu Elektrokonvulsionstherapie bei Patientinnen und Patienten mit aggressivem Verhalten ein (Gorman und Ellis 2025). Die Übersichtsarbeit selbst und die einzelnen Studien weisen einige methodische Mängel auf. So hatte die Übersichtsarbeit kein vorab festgelegtes Protokoll, es wurde ein nicht strukturierter Suchterm genutzt, nur englischsprachige Studien eingeschlossen und das Rating erfolgte durch einen einzigen Autor. Von den neun eingeschlossenen Studien hatten sechs ein retrospektives und nur drei ein prospektives Design. Es handelte sich durchweg um Beobachtungsstudien ohne Kontrollgruppe und mit kleiner Studienpopulation (4 bis 293 Teilnehmende).

Sieben der Studien schlossen Menschen mit Schizophrenie, schizoaffektiver oder wahnhafter Störung ein, eine Studie schloss Menschen mit katatoner Schizophrenie und eine mit Bipolar-I-Studie ein. In fünf der neun Studien wurde die BPRS bzw. deren Subskalen Feindseligkeit und Misstrauen als Endpunkt genutzt. Nur in einer Studie wurde der SOAS-R (also tatsächlich stattgehabte Übergriffe) verwendet (Iancu et al. 2015). Fünf Studien hatten eine nachvollziehbare statistische Auswertung, wobei vier der Studien signifikante Reduktion von Aggressivität berichteten, eine nicht signifikante Reduktion (die Studie mit SOAS-R als Endpunkt). Eine weitere Studie berichtete Sedierung und Fixierung als Proxy für aggressives Verhalten, wobei beides nach EKT signifikant reduziert wurde (Mohammadbeigi et al. 2011).

Aktuell reicht die Evidenz nicht für eine Empfehlung zur EKT zur Therapie aggressiven Verhaltens aus. EKT kann nur in Ausnahmefällen (z. B. Lebensgefahr für den Betroffenen bei

malignem neuroleptischem Syndrom oder perniziösen Katatonie, mit der Menschenwürde nicht vereinbare Zustände) gegen den Willen durchgeführt werden (DGPPN 2024).

XI.2.2 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen

Während man früher die pharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen als wirkungslos ablehnte, geht man heute davon aus, dass bestimmte umschriebene Symptomenkomplexe wie Aggressivität und Impulsivität auf eine pharmakologische Behandlung teilweise ansprechen. Postuliert werden Veränderungen im serotonergen und dopaminergen System, welche in Verbindung mit traumatischen Erfahrungen zu bestimmten Verhaltens- und Interaktionsmustern beitragen können, welche wiederum durch eine entsprechende Pharmakotherapie günstig beeinflusst werden können. Des Weiteren spielen wahrscheinlich Opioide, GABA, Wachstumshormon und Oxytocin eine Rolle. Man geht allerdings davon aus, dass nur impulshafte (und nicht geplante) aggressive Handlungen pharmakologisch beeinflussbar sind. Die meisten Studien gibt es zu Borderlinepersönlichkeitsstörung (BPS), dissozialer Persönlichkeitsstörung und Intermittent Explosive Disorder.

Kritisch zu bewerten ist die Verwendung von Medikamenten bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, die sich bei komorbiden Essstörungen auf das Hungergefühl und den Stoffwechsel auswirken (Olanzapin, Topiramat), die eine geringe therapeutische Breite haben und eine gute Compliance voraussetzen (Monoaminoxidaseinhibitoren, Lithium) oder aber die Hemmschwelle für aggressive oder suizidale Handlungen senken (Benzodiazepine).

Ein Cochrane-Review zur Pharmakotherapie bei BPS schloss insgesamt 46 RCTs ein, wobei neben Antipsychotika, Antidepressiva und Stimmungsstabilisierern auch Omega-3-Fettsäuren untersucht wurden. Als Outcomes wurden unter anderem die Symptome Impulsivität und Ärger gewählt, wobei diese nicht nur als Risikofaktoren für Fremdaggression, sondern auch für Autoaggression gewertet werden können. Die Qualität der Evidenz in Bezug auf die Endpunkte wurde als niedrig bewertet, da die Studienqualität der einzelnen Studien niedrig war und die Studien klein mit großen Konfidenzintervallen waren (Stoffers -Winterling et al. 2022).

16 Studien verglichen Medikamente (Antipsychotika, Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer, Benzodiazepine) mit Placebo im Hinblick auf ihre Wirkung auf Impulsivität. In einer Metanalyse zeigte sich keine der Medikamentengruppen signifikant wirksamer als Placebo. 20 Studien verglichen Medikamente (Antipsychotika, Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer, Omega-3-Fettsäuren) im Hinblick auf ihre Wirksamkeit gegen Ärger/Wut. In einer Metaanalyse zeigten sich die vier Medikamentengruppen Placebo überlegen mit kleinen Effektstärken, positive Studien lagen für Aripiprazol, Olanzapin, Haloperidol, Quetiapin, Carbamazepin und Valproat vor. Im direkten Vergleich zwischen Medikamenten zeigte sich Asenapin Olanzapin und Olanzapin Sertralin in der Behandlung von Wut/Ärger überlegen. Das Antikonvulsivum Carbamazepin und das Antidepressivum Tranylcypromin zeigten sich dem Benzodiazepin Alprazolam überlegen bzgl. der Behandlung von Impulsivität und Wut/Ärger. Carbamazepin und Tranylcypromin zeigten sich bzgl. Impulsivität dem Neuroleptikum Trifluoperazin überlegen (Stoffers-Winterling et al. 2022).

Neben den bekannten UAW (bspw. Heißhungerattacken, metabolisches Syndrom) zeigte sich bei Olanzapin eine Verstärkung des selbstverletzenden Verhaltens. (Stoffers-Winterling et al. 2022).

Schwache Empfehlung

Bei rezidivierendem impulshaft aggressivem Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sollte gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika, Stimmungsstabilisierern oder Omega 3-Fettsäuren erwogen werden.

Die Behandlung erfolgt, wenn keine entsprechende Komorbidität vorliegt, off-label.

Benzodiazepaine sollten **nicht** eingesetzt werden.

Gründe für die Herabstufung: kleine, nicht replizierte Studien.

(Stoffers-Winterling et al. 2022)

100c% Zustimmung in der Onlineumfrage.

Die Evidenz bzgl. der Behandlung von dissozialen Persönlichkeitsstörungen mit Medikamenten ist noch unzureichend. Ein Cochrane-Review (Khalifa et al. 2020), das die Wirkung und UAW einer pharmakologischen Behandlung bei Menschen mit dissozialer

Persönlichkeitsstörung bewertete, schloss 11 Studien ein. Dabei wurden 11 verschiedene Medikamente (Antikonvulsiva/Stimmungsstabilisierer, Antidepressiva, Dopaminagonisten) jeweils mit Placebo verglichen. Keiner der Vergleiche wurde repliziert. Keine der eingeschlossenen Studien rekrutierte gezielt Probanden mit dissozialer Persönlichkeitsstörung. Der Endpunkt Aggressivität wurde nur in einer Studie (Phenytoin) berichtet. Die Qualität der Evidenz in Bezug auf diesen Endpunkt wurde als sehr gering eingestuft. Die Studie fand für die Endpunkte Frequenz und Schweregrad von Gewalt Phenytoin gegenüber Placebo überlegen und zwar sowohl für die untersuchte Gesamtgruppe als auch für die Subgruppen impulsive Gewalt und nicht impulsive Gewalt (Khalifa et al. 2020). Eine Fallserie an gewalttätigen 7 Männern mit „Psychopathy“ in einem Hochsicherheitskrankenhaus in England zeigte positive Effekte von Clozapin auf Impulsivität, Ärger, Aggression und Gewalt (Brown et al. 2014).

Schwache Empfehlung

Bei dissozialer Persönlichkeitsstörung reicht die Evidenz für konkrete Empfehlungen nicht aus. (Khalifa et al. 2010, Brown et al. 2014)

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

XI.2.3 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei demenziellen Erkrankungen

Aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenzerkrankungen hat unterschiedliche Ursachen. Krankheitsbedingte Auslöser reichen von kognitiv bedingten Fehlinterpretationen sozialer Situationen über illusionäre Verkennungen auf Grund kognitiver Defizite bis hin zu im engeren Sinne psychotischem Erleben. Davon zu unterscheiden sind berechtigte reaktive Empörung etwa über unsachgemäße Pflege und eine Fortsetzung bereits prämorbid bestehender dissozialer Verhaltensstile. Nicht selten mischen sich verschiedene der genannten Bedingungsfaktoren. Aggressives Verhalten bei an Demenz erkrankten Menschen geht häufig (nicht immer) mit einem Syndrom der Agitiertheit einher, das oft ohne scharfe Abgrenzung zu Aggression Ziel von Interventionen ist.

Eine psychopharmakologische Behandlung aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Demenzerkrankung ist nahezu regelmäßig von UAW begleitet, die die kognitive, die

motorische, sensorische, kardiovaskuläre und damit die gesundheitliche Situation verschlechtern. Durch die mit der Pharmakotherapie einhergehende Sedierung kommt es häufiger zu Stürzen und zu Immobilisierung mit deren entsprechenden Folgen (weiterer körperlicher und kognitiver Abbau, chronische Wunden, Infektionen, Thrombosen). Insofern ist hier eine besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung geboten. Evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen ersetzen deshalb nie die sehr sorgfältige Überprüfung von Indikation und Dosierung im Einzelfall sowohl vor Beginn einer Therapie als auch in deren Verlauf.

Häufig gibt es behandelbare Ursachen für Agitation und Aggression wie beispielsweise Schmerzen oder Harndrang, welche vor Einleitung einer psychopharmakologischen Therapie suffizient diagnostiziert und behandelt werden sollen (Flo et al. 2014). Die Einführung einer Schmerztherapie nach Schema konnte in einer clusterrandomisierten klinischen Studie die Agitiertheit von dementen Patientinnen und Patienten deutlich reduzieren (Husebo et al. 2011).

Eine Besonderheit dementieller Erkrankungen ist, dass eine informierte Einwilligung des Patienten häufig aufgrund mangelnder Einwilligungsfähigkeit nicht zu erhalten ist. Wenn auch mit entsprechender Assistenz keine informierte Einwilligung zu erreichen ist, muss der Betreuer die Einwilligung erklären (oder versagen). Dabei muss vorrangig auf den vorausverfügten Willen des Patienten zurückgegriffen werden, der zum Beispiel in einer Patientenverfügung niedergelegt ist und den der Betreuer umsetzen muss. Ist ein vorausverfügter Wille nicht zu eruieren, muss der Betreuer eine Entscheidung treffen, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt muss dabei berücksichtigen, dass gemäß der ärztlichen Berufsordnung eine Verordnung nur im Interesse der Patientin bzw. des Patienten, nicht aber im Interesse Dritter zulässig ist. In diese Überlegungen wird allerdings auch häufig mit einfließen müssen, dass Medikamente einerseits nicht unzureichende personelle oder bauliche Situationen kompensieren sollen, andererseits aber auch manchmal die einzige Möglichkeit sind, eine sachgerechte Pflege und Versorgung der Patientin oder des Patienten zu ermöglichen, insbesondere durch einen ebenfalls in der Regel betagten Partner bzw. eine betagte Partnerin. Wenn die Alternative zu

einer medikamentösen Behandlung ein von dem an Demenz erkrankten Menschen eigentlich abgelehnter Umzug in eine Pflegeeinrichtung ist, muss auch diese Perspektive in ethische Überlegungen mit einbezogen werden.

In den letzten Jahren wurden diverse Placebo-kontrollierte randomisierte Studien mit verschiedenen Substanzen durchgeführt, wobei der Beobachtungszeitraum mehrheitlich 6 bis 12, in einzelnen Fällen auch bis zu 32 Wochen betrug. Diese Studien wurden mehrheitlich an Menschen mit Alzheimerdemenz durchgeführt. Weniger Studien gibt es für vaskuläre Demenzen sowie für Morbus Parkinson und Lewy-Body-Demenz, wo häufig erschwerend eine Unverträglichkeit für Antipsychotika hinzukommt.

Die Studien zur medikamentösen Behandlung von aggressivem Verhalten haben in der Regel ein kurzes Follow-up (bis zu zwölf Wochen). Die Zulassung beispielsweise für Risperidon bei aggressivem Verhalten gilt nur für sechs Wochen. Ein systematisches Review zur Behandlung von aggressivem Verhalten bei Menschen mit Demenzerkrankungen ergab, dass das Absetzen der Medikamente in der Regel möglich ist, ohne dass es erneut zu aggressivem Verhalten kommt (Declerq et al 2013). Ein weiteres systematisches Review ergab, dass die Effekte von Antipsychotika auf aggressives Verhalten nur gering sind (Banerjee 2009). Aussagen zur Langzeitanwendung von Psychopharmaka gegen aggressives Verhalten können auf Grundlage dieser Datenbasis nicht getroffen werden.

Starke Empfehlung

Die Möglichkeiten der Gestaltung geeigneter Umgebungsbedingungen und zwischenmenschlicher Beziehungen sollen vor der Indikationsstellung für eine Pharmakotherapie ausgeschöpft werden. Eine suffiziente Behandlung von Schmerzen und anderen somatischen Beeinträchtigungen soll gewährleistet werden.
(Husebo et al. 2011)
96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Starke Empfehlung

Bei medikamentöser Behandlung rezidivierenden aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Demenzerkrankungen soll eine Überprüfung nach vorab definierten Kriterien nach einem Zeitraum von 4-8 Wochen erfolgen.
(Declerq et al. 2013, Banerjee et al. 2009)
Risperidon ist zur Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) der anhaltenden Aggressivität bei Menschen mit mäßiger bis schwerer Alzheimerdemenz und Eigen- oder Fremdgefährdung zugelassen, wenn nicht-pharmakologische Maßnahmen nicht ausreichen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label.
95 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Antipsychotika

Ein Cochrane Review, das die Wirksamkeit und Sicherheit von Antipsychotika zur Behandlung von Agitation und Aggressivität bei Alzheimer und vaskulärer Demenz bewertete, schloss insgesamt 24 Studien ein. In 6 Studien wurden typische Antipsychotika bewertet (davon in 5 Haloperidol), in 4 in Hinblick auf Agitiertheit, in 2 in Hinblick auf ihre Wirksamkeit bzgl. Psychosen. In 20 Studien wurden atypische Antipsychotika bewertet (davon 7 Risperidon, 5 Quetiapin), in 8 im Hinblick auf Agitiertheit, in 12 im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bzgl. Psychosen. In 2 Studien wurden sowohl Typika als auch Atypika getestet (Mühlbauer et al. 2021). Ein weiteres Review mit Metaanalyse bewertete die Wirksamkeit und Sicherheit des „atypischen" Antipsychotikums Brexipiprazol anhand von 3 eigeschlossenen Studien, die nicht in das Cochrane Review eingeschlossen worden waren (Marinheiro et al. 2024). Ein weiteres Review mit Netzwerk-Metaanalyse zur pharmakologischen Behandlung (nicht nur Antipsychotika) von Agitation bei Demenz schloss 36 Studien ein (Kongpakwattana et al. 2018).

Endpunkte waren jeweils Agitation, gemessen mit dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory zu verschiedenen Zeitpunkten (3, 12, 16 Wochen) und die klinische Einschätzung von Agitiertheit / Aggressivität. Zudem wurden Nebenwirkungen berichtet. Die Qualität der aggregierten Evidenz wurde in Bezug auf die Endpunkte Nebenwirkungen (extrapyramidale Symptome, Somnolenz) als hoch bis moderat, für die Endpunkte bzgl. der Wirksamkeit (Ansprechrate, Reduktion der Agitiertheit) als moderat bis sehr niedrig für die Typika und

moderat für die Atypika bewertet. „Typische" Antipsychotika waren Placebo bzgl. Ansprechraten und Reduktion von Agitation signifikant, aber nur mit geringen Effektstärken überlegen. Die Sicherheit der Ergebnisse wurde als niedrig eingeschätzt. Es kam zu mehr Nebenwirkungen allgemein, mehr EPMS, mehr Sedierung und häufigerem Absetzen in Folge von UAW. Bezgl. schwere UAW oder Tod war die Schätzung sehr unpräzise und nicht signifikant. „Typische" Antipsychotika waren Placebo bzgl. Ansprechraten und Reduktion von Agitation signifikant, aber nur mit geringen Effektstärken überlegen. Risperidon sowie Brexipiprazol zeigten sich Placebo überlegen. Wurde Quetiapin isoliert betrachtet, zeigte sich keine Überlegenheit gegenüber Placebo. Die Sicherheit der Ergebnisse wurde als moderat eingeschätzt. Die „atypischen" Antipsychotika führten zu deutlich mehr Sedierung als Placebo. UAW allgemein, schwere UAW und EPMS waren leicht erhöht. Für den Endpunkt Mortalität war die Schätzung sehr unpräzise und nicht signifikant.

In einem Review mit Metaanalyse, das 38 Studien (kontrollierte Studien und große Beobachtungsstudien) einschloss, zeigte sich eine erhöhte Mortalität bei älteren Menschen, die mit Antipsychotika behandelt wurden (Number Needed to Harm (NNH) = 87), ein höheres Risiko für Schlaganfälle (NNH = 53 für Risperidon) und EPMS (NNH = 10 für Olanzapin, NNH = 20 für Risperidon) sowie ein höheres Risiko für Harnwegsinfekte (NNH zwischen 16 und 36). Dabei wurden insgesamt 38 Studien eingeschlossen, 13 davon waren zuvor noch in keinem anderen systematischen Review eingeschlossen worden. Die Studienlage ist hier nicht eindeutig: Eine Kohortenstudie, welche 1531 Patientinnen und Patienten mit vaskulärer Demenz umfasste, von welchen 337 mit „atypischen" Antipsychotika behandelt wurden, konnte keine erhöhte Mortalität bei Letzteren finden (Sultana et al. 2014). In einer anderen Kohortenstudie, bei welcher Menschen mit Alzheimerdemenz untersucht wurden, zeigten sich eine höhere Mortalität und eine frühere Einweisung ins Pflegeheim bei Menschen, die mit Antipsychotika behandelt wurden. Dieser Effekt verschwand aber, wenn die Daten für die Kovariable ‚Psychose', welche per se mit einem ungünstigen Verlauf korreliert ist, korrigiert wurden (Lopez et al. 2013). Von Experten wird eine möglichst kurze Behandlungsdauer mit Antipsychotika bei Demenz favorisiert. Ein Cochrane-Review (Declercq et al. 2013) zeigte, dass Antipsychotika bei älteren Menschen mit Demenz in der Regel abgesetzt werden konnten, ohne dass es zu einer signifikanten Verschlechterung des Verhaltens kam.

Einzig Risperidon hat in Deutschland die spezifische Zulassung, mit Einschränkungen bezüglich Mindestschweregrad („anhaltende Aggression bei Patienten mit mäßiger bis schwerer Alzheimer-Demenz, die auf nichtpharmakologische Methoden nicht ansprechen und wenn ein Risiko für Eigen- und Fremdgefährdung besteht“), Verordnungsdauer (maximal 6 Wochen), Überprüfungsintervall und Dosis (0,5 mg, max. 2mg).

Für andere in der Praxis häufig eingesetzte Substanzen wie Melperon und Pipamperon liegt keine Evidenz aus Studien von ausreichender Qualität vor. Melperon und Pipamperon sind für die Dämpfung von Unruhe und psychomotorischen Erregungszuständen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten zugelassen. Diese Substanzen weisen auf ein bei der Erstellung von Leitlinien typisches Problem hin. Es liegt weder Evidenz für eine gute noch für eine fehlende Wirksamkeit vor, weil für diese und andere lange auf dem Markt befindliche Substanzen kein Interesse an einer Finanzierung von qualitativ hochwertigen Studien besteht. Damit besteht die Gefahr, dass Leitlinienempfehlungen auf Grund der verfügbaren Evidenz neuere und erheblich teurere Substanzen favorisieren, ohne dass deren Überlegenheit erwiesen ist. Melperon führt wahrscheinlich zu einer stärkeren Verlängerung des QTc-Intervalls als Pipamperon und hat daher ein höheres Risiko für Torsades de Pointes. Eine relevante Verlängerung des QTc-Intervalls unter Pipamperon konnte in einer Studie an 8222, von denen aber nur 15 Pipamperon erhielten, nicht gefunden werden (van Noord et al. 2009). Ein Fallbericht beschreibt eine erhebliche QTc-Zeit Verlängerung bei Intoxikation mit Pipamperon (Serumspiegel über das Zehnfache des therapeutischen Bereiches erhöht) in Kombination mit Fluoxetin bei zusätzlich bestehender Hypokaliämie (Bont et al. 1998).

Starke Empfehlung

Falls ein medikamentöser Behandlungsversuch bei aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz unternommen wird, soll dieser mit Risperidon unter sorgfältiger Abwägung von potentiellem Nutzen und Nebenwirkungen in einschleichender Dosierung mit maximaler Dosis von 2 mg unternommen werden (Zulassung max. für 6 Wochen und nur bei Demenz vom Alzheimertyp). Die Behandlungsdauer sollte möglichst kurz gehalten werden. Haloperidol soll nur bei zusätzlichem Delir verwendet werden. Quetiapin sollte bei aggressivem Verhalten

und Agitation bei Demenz nur bei Kontraindikationen für andere Antipsychotika eingesetzt werden, da es weniger wirksam ist.
95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung.
Anmerkung: Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt Haloperidol als Zweitlinientherapie, wenn Risperidon nicht wirksam ist, während diese Leitlinie eher den Einsatz anderer „atypischer" Antipsychotika mit geringem anticholinergen Potenzial wie bspw. Aripiprazol favorisiert. Dieser Dissens folgt aus der unterschiedlichen Bewertung der Evidenz aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Eine eindeutige abschließende Empfehlung für das zweitbeste Antipsychotikum bei Demenz und aggressivem Verhalten ist nach aktueller Studienlage (kleine Studien, Surrogatmarker als Endpunkte, kleine Effektstärken) nicht möglich.

Schwache Empfehlung

Zur Behandlung von Aggression im Rahmen einer Agitiertheit sollten auch Melperon oder Pipamperon eingesetzt werden, die für diese Indikation zugelassen sind.
Begründung für Hochstufung der Empfehlung: Umfassende klinische Erfahrung liegt vor; qualitativ hochwertige Studien wurden nicht durchgeführt, weil die Substanzen schon sehr lange zugelassen sind. Es gibt keine Studien mit direktem Vergleich zwischen Risperidon und Melperon oder Pipamperon.
95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung.

Betablocker

Ein Review über insgesamt vier RCTs, von denen zwei die Anwendung von Propanolol und zwei von Pindolol bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimererkrankung mit Placebo verglichen, bewertete Betablocker als nur mäßig und zeitlich befristet wirksam. Hermann und Lanctôt bewerteten die Evidenz für den Einsatz von Betablockern als unzureichend. Zahlreiche Patientinnen und Patienten schieden wegen Kontraindikationen aus (Herrmann und Lanctôt 2007).

Antidementiva

Eine gepoolte Analyse, welche sechs randomisierte, placebokontrollierte, doppelblinde Studien einschloss, zeigte einen positiven Effekt des Antidementivums Memantin auf

Aggression und Agitation (Gauthier et al. 2008). Dieser Effekt konnte in zwei doppelblinden RCTs nicht repliziert werden, hier war Memantin Placebo nicht überlegen (Fox et al. 2012, Herrmann et al. 2013). Eine randomisierte, allerdings nicht verblindete Studie ergab für Memantin und Rivastigmin positive Effekte auf neuropsychologische Symptome bei Alzheimerdemenz, wobei sich die größten Effekte auf Agitation und Aggression zeigten (Cumbo und Ligori 2014). In einer multizentrischen retrospektiven Studie ergaben sich Hinweise auf den Nutzen einer Augmentationstherapie in Form der Zugabe von Memantin zu einem Acetylcholinesterasehemmer. Sowohl kognitive als auch neuropsychologische Symptome verbesserten sich. Gleichzeitig trat Agitation aber auch als UAW auf und führte in diesen Fällen zum Behandlungsabbruch (Gareri et al 2014).

Stimmungsstabilisierer

Die beste Evidenz mit drei RCTs und einer Metaanalyse über zwei der RCTs zur Behandlung von Aggression und Agitation bei Demenzerkrankungen hat unter den Stimmungsstabilisierern bis heute Carbamazepin, welches aber aufgrund seiner UAW (Hyponatriämie, Medikamentenwechselwirkungen) erst als Zweitlinientherapie, wenn sich andere Medikamente als unwirksam erwiesen haben, empfohlen wird (Gallagher und Herrmann 2014). Eine randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie konnte keinen signifikanten Effekt von Oxcarbazepin (keine Medikamentenwechselwirkungen zu erwarten) auf neuropsychologische Symptome bei schwerer Demenz finden (Sommer et al. 2009).

Ein Review (Gallagher und Herrmann 2014) schloss 4 RCTs ein, in welchen die Verwendung von Valproat bei agitiert-aggressivem Verhalten bei Menschen mit Demenzerkrankungen untersucht wurde. Es wurden vor allem UAW wie schnelleres Voranschreiten der kognitiven Verschlechterung und Hirnatrophie sowie Thrombopenie und Hyperammonämie beobachtet und kein signifikanter positiver Effekt auf neuropsychologische Symptome, weswegen von einer regelhaften Verwendung von Valproat bei agitierten oder aggressiven Menschen mit Demenz abgeraten wurde.

Zu Lithium bei Demenzen gibt es bis jetzt nur Fallserien, welche keine positiven Effekte auf die neuropsychologischen Symptome bei Demenz zeigten (Yeh und Ouyang 2012).

Eine Fallserie zur Behandlung von Verhaltensproblemen bei vaskulärer und gemischter Demenz (Menschen mit einem erhöhten Risiko für cerebrovaskuläre Ereignisse, daher Behandlung mit Antipsychotika umstritten) ergab Hinweise auf eine günstige Wirkung von niedrig dosiertem Gabapentin (Cooney et al. 2013).

Zu anderen neueren Antikonvulsiva bzw. Stimmungsstabilisierern liegen noch nicht ausreichend Daten vor.

Schwache Empfehlung

Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten bei Demenz kann ein Behandlungsversuch mit Carbamazepin unternommen werden, wenn Antipsychotika sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben. Die Behandlung erfolgt Off-Label.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrades: Gute Hinweise für Wirksamkeit, aber ungünstiges Nebenwirkungsprofil. Inkonsistente Ergebnisse.

(Gallagher und Herrmann 2014)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Anmerkung: Die S3-Leitlinie Demenzen empfiehlt Carbamazepin nicht zur Behandlung von Aggressivität bei Demenz, da die Studienlage als nicht ausreichend beurteilt wird. Aufgrund der häufig komplexen Situationen bei Aggressivität und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit bei Demenz, konsekutiver Hilflosigkeit im Versorgungssystem und der Gefahr, dass weniger geeignete Medikamente verwendet werden, wurde der Vorschlag in dieser Leitlinie als Kann-Empfehlung trotzdem belassen.

Schwache Empfehlung

Valproat sollte wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils in dieser Indikation nicht verwendet werden.

(Gallagher und Herrmann 2014)

100 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

Benzodiazepine

Für Benzodiazepine liegen zwar entsprechende RCTs vor, diese wurden aber in einem Review als qualitativ unzureichend bewertet. Aufgrund des Nebenwirkungsprofils (Abhängigkeit, Sedierung, Sturzgefahr, kognitive Verschlechterung) wurde die Anwendung bei Demenz außerhalb von akuten Erregungszuständen nicht empfohlen (Hermann und Lanctôt 2007).

Antidepressiva

Ein Cochrane-Review (Seitz et al. 2011), welches die Wirkung von Antidepressiva auf Agitation und Psychose bei Demenz untersuchte, ergab Hinweise auf eine positive Wirkung von SSRI und Trazodon auf das Symptom Agitation. Aggression wurde nicht untersucht. In einem später erschienenen RCT, bei welchem zusätzlich zu einem psychosozialen Interventionsprogramm 30 mg Citalopram oder Placebo gegeben wurde, war Citalopram in der Kontrolle von Agitation überlegen, es kam aber unter dieser hohen Dosierung auch zu einer kognitiven Verschlechterung und einer Verlängerung des QTc-Intervalls (Porsteinsson et al. 2014). In Deutschland ist Citalopram für Menschen über 65 Jahren nur bis 20 mg zugelassen.

Andere Behandlungsansätze

Ein Review, welches die Wirkung von Cannabinoiden auf Agitation und Aggression bei Demenz untersuchte, bemängelte zu kleine Studien mit zu kurzer Dauer, welche teilweise keine Placebogruppe hatten, weswegen keine abschließende Bewertung möglich sei (Liu et al. 2015). Eine doppelblinde, randomisierte, Placebo-kontrollierte Studie konnte zumindest für niedrig dosierte Cannabinoide über 21 Tage keine positiven Effekte nachweisen (van den Elsen et al. 2015).

In einer retrospektiven Studie, welche 16 Patientinnen und Patienten einschloss, und einer offenen nicht randomisierten Studie ohne Kontrollgruppe, welche 23 Patientinnen und Patienten einschloss, ergaben sich Hinweise auf die Wirksamkeit von Elektrokonvulsionstherapie bei Agitation und Aggression bei Demenz (Ujkaj et al. 2012, Acharya et al. 2015). Weitere Studien sind erforderlich, um eine Empfehlung bzgl. des Einsatzes von EKT in der Praxis geben zu können.

Ein Review schloss 1 RCT, bei welchem Cyproteronacetat zur Behandlung von Aggressionen bei Alzheimerdemenz mit Haloperidol verglichen wurde, und eine offene Studie an Patientinnen und Patienten mit Alzheimer- oder vaskulärer Demenz ein. Cyproteronacetat war Haloperidol in der Kontrolle von Aggressivität überlegen und verursachte weniger UAW (Bolea-Alamanac et al. 2011).

In einer randomisierten, placebokontrollierten Studie, welche 22 Patientinnen und Patienten einschloss, war Prazosin bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimererkrankung, welche aggressives oder agitiertes Verhalten zeigten, in der Kontrolle dieser Symptome überlegen (Wang et al. 2009).

Schwache Empfehlung

Benzodiazepine, ß-Blocker, SSRI , typische Antipsychotika sollten wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils nicht zur Behandlung von Aggressivität im Rahmen von Demenzerkrankungen eingesetzt werden .

Begründung für Herabsetzung des Empfehlungsgrades: Schwache oder widersprüchliche Hinweise auf Wirksamkeit bzw. ungünstiges Nebenwirkungsprofil

(Maher et al. 2011, Hermann und Lanctôt 2007, Seitz et al. 2011, Porsteinsson et al. 2014, Schneeweiss et al. 2007).

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Ein Review zu aggressivem Verhalten bei Chorea Huntington berichtet von hohen Raten von Aggressivität bei betroffenen Patientinnen und Patienten (Fisher et al. 2014). Zur Behandlung derartiger Verhaltensstörungen wurden verschiedene Medikamente in Studien untersucht (Lithium, Antipsychotika, Betablocker, Anti-Parkinsonmedikamente, Antidepressiva, Buspiron, Stimmungsstabilisierer, Benzodiazepine und Hormone). Das Review schloss 17 kleine Studien (1-6 Teilnehmer pro Studie) zu Medikamenten ein, davon 10 Fallberichte, 6 Fallserien und nur eine Studie mit Kontrollgruppe aus dem Jahr 1975, welche eine Überlegenheit der Kombination Haloperidol und Lithium gegenüber Placebo zeigte. Bei den meisten Studien wurden rein subjektive Outcomes gewählt und keine Signifikanzlevels festgelegt, sodass die Autorinnen und Autoren des Reviews mit Verweis auf die schlechte

Evidenzlage keine spezifischen Empfehlungen für die Behandlung von Aggressionen im Rahmen von Chorea Huntington machten.

XI.2.4 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Intelligenzminderung und autistischen Störungen

Aggressives Verhalten bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASD) oder Intelligenzminderung hat viele Ursachen. Auslöser reichen von Fehlinterpretationen sozialer Situationen über Reizüberflutung und aversive innere Reize (z. B. Schmerzen) bis hin zu in engerem Sinne psychotischem Erleben bei psychiatrischer Komorbidität. Mangelnde Empathiefähigkeit in potentielle Opfer der Aggression, eingeschränkte verbale Ausdrucks- und Konfliktlösungsmöglichkeiten sowie (unbekannte) Sinnesbehinderungen begünstigen einen oft abrupten Wechsel in aggressive Entäußerungen. Auch eine ungeeignete Beziehungsaufnahme mit der Überschreitung individueller Grenzen oder Konventionen kann in diesem Kontext aggressive Reaktionen auslösen. Derartige Überforderungssituationen spielen häufig bereits bei Menschen mit grenzwertiger Intelligenz eine wichtige Rolle für das Entstehen von Aggressivität. Die Berücksichtigung der emotionalen Entwicklung zusätzlich zur kognitiven Entwicklung kann helfen, herausforderndes Verhalten besser einzuordnen und weniger psychotrope Medikamente zu verwenden (Barrett et al. 2024). Eine Studie an Jugendlichen mit ASD und Intelligenzminderung zeigte, dass häufig behandelbare körperliche (epileptische Anfälle, Schmerzen) oder psychische (Psychosen) Komorbiditäten für aggressives Verhalten verantwortlich waren (Guinchat et al. 2015). Eine suffiziente Diagnostik und Therapie der zugrundeliegenden Erkrankung ist unabdingbar. Des Weiteren sollten evidenzbasierte pädagogische und psychotherapeutische Programme zum Einsatz kommen (Im 2016). Gerade der Kontakt mit dem medizinischen System, insbesondere die Aufnahme in die fremde Umgebung Krankenhaus kann zu erneuten Überforderungssituationen und aggressiven Eskalationen führen. Eine Übergabe von wichtigen Informationen zwischen Familie/Eingliederungshilfe und Krankenhausmitarbeitenden ist wichtig. Auch sollte die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass eine Vertrauensperson aus der Eingliederungshilfe Assistenzleistungen auch während der stationären Krankenhausbehandlung erbringen kann (Seidel 2023 a & b, § 113 Abs. 6 SGB IX). Krankenhauspersonal sollte im Umgang mit

Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und Intelligenzminderung geschult werden (Kapitel X.1).

Wie bei allen pharmakologischen Interventionen bei aggressivem Verhalten stellt sich die Frage nach dem Wirkungsmechanismus und unerwünschten Begleitwirkungen. Theoretisch ist eine antipsychotische Wirkung dopaminrezeptorblockierender Substanzen bei eindeutig psychotisch motiviertem Verhalten, welches aber nur bei Vorliegen typischer psychopathologischer Symptome angenommen werden kann, am ehesten plausibel. In diesem Fall beruht die Wirkung aber auf einer Behandlung der Grunderkrankung und nicht oder weniger auf einer direkten anti-aggressiven Wirkung.

Ein Großteil der Evidenz zur pharmakologischen Behandlung von aggressivem Verhalten bei autistischen Störungen und geistigen Behinderungen stammt aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Outcome ist häufig Irritabilität, wobei Irritabilität neben Agitation und Aggressionen auch Symptome wie Depression und Weinen enthält.

Die Evidenz zur Behandlung von aggressivem Verhalten bei geistigen Behinderungen ist besonders rar. Sohanpal et al. kritisieren in ihrem Review zum Einsatz von Antidepressiva bei Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Erwachsenen das Fehlen von RCTs, zu kleine Studien, fehlende Kontrollgruppen, das Problem, dass viele Menschen mit schwerer Intelligenzminderung nicht einwilligungsfähig sind und daher gar nicht in Studien eingeschlossen werden, sowie zu allgemeine und zu subjektive Outcomes (Sohanpal et al. 2007).

Ein Cochrane Review (Iffland et al. 2024), das insgesamt 131 Studien zur pharmakologischen Behandlung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung oder Intelligenzminderung einschloss, enthielt nur 23 Studien, die nur Erwachsene einschlossen. Untersucht wurden die Endpunkte Irritabilität, Aggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Für den Endpunkt Aggressivität lagen nur für die Substanzgruppe der „atypischen" Antipsychotika Daten vor. Für „atypische" Antipsychotika zeigten sich bei moderater Studienqualität für den Endpunkt Irritabilität große Effekte. Für den Endpunkt Aggressivität war die Studienqualität gering und

es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse. Für den Endpunkt Irritabilität lagen auch für die Substanzgruppen Neurohormone, Antidepressiva und ADHS-Medikamente Daten vor. Für Neurohormone zeigten sich keine Effekte. Für Antidepressiva zeigten sich Effekte, für ADHS-Medikamente kleine Effekte, wobei die Evidenzlage hier unsicher war.

Risperidon verfügt über eine Zulassung zur Kurzzeitbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit aggressiven Verhaltensweisen. In unretardierter Form ist Zuclopenthixol neben Risperidon das einzige Antipsychotikum mit einer speziellen Zulassung zur Behandlung von psychomotorischen Erregungszuständen bei Menschen mit Intelligenzminderung.

Ein Review, welches den Zusammenhang von Aggression und Psychose sowie die antiaggressive Wirkung von Antipsychotika untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der aggressiven Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung auf nicht-psychotische Störungen oder Umweltfaktoren zurückzuführen sei und dass es keine Evidenz aus Grundlagenstudien gebe, dass Antipsychotika per se antiaggressiv macht (Tsiouris 2010). Eine Behandlung von nicht-psychotisch motivierter Aggression mit Antipsychotika wurde daher vom Autor abgelehnt.

In einem RCT zeigte sich Zuclopethixol in dieser Indikation mit einer Dosierung von 20mg/Tag effektiv und nebenwirkungsarm. Eine neuere Absetzstudie ergab, dass Patientinnen und Patienten, die über zwei Jahre kontinuierlich mit Zuclopenthixol behandelt wurden, mehr profitierten als die Drop-outs (Häßler et al. 2007, 2011).

Ein Review zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung nannte auch zwei retrospektive Studien, die positive Auswirkungen von Valproat und Topiramat auf Aggressionen bei Menschen mit Intelligenzminderung fanden (Häßler und Reis 2010). Bei Valproat müssen aufgrund embryotoxischer und teratogener UAW Anwendungsbeschränkungen beachtet und eine sichere Kontrazeption sichergestellt werden. Lithium erwies sich in einer älteren nicht randomisierten doppelblinden Studie als wirksam bei aggressivem Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung (Craft et al. 1987). Die Ergebnisse eines Reviews, das vierzehn Studien einschloss (kein RCT), stützen die Wirkung von

Betablockern auf aggressives Verhalten bei Menschen mit Intelligenzminderung (Ward et al. 2013). Die Behandlung mit Stimmungsstabilisierern und Betablockern bei Menschen mit Intelligenzminderung und aggressivem Verhalten erfolgt Off-Label.

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung sollen primär zugrundeliegende körperliche oder psychische Erkrankungen behandelt werden. Ohne Vorliegen einer solchen Komorbidität soll die Indikation für eine Pharmakotherapie kritisch gestellt werden. Heilpädagogisch instruiertes Verhalten und entsprechende Interventionen (Erregungsniveau absenken, Reizüberflutung vermeiden, deeskalieren, im Zweifel die Situation verlassen) sollen vorrangig zum Einsatz kommen. Eine Pharmakotherapie kann erwogen werden, wenn nur dadurch restriktive Maßnahmen verhindert, Inklusion erhalten oder gefördert werden können. Eine möglichst niedrige Dosierung soll angestrebt werden, die Notwendigkeit einer Fortführung der Behandlung soll in angemessenen Zeiträumen auch mittels Reduktions- bzw. Absetzversuchen überprüft werden.

(Guinchat et al. 2015, Im et al. 2016)

100 % Zustimmung in der Online-Umfrage

Schwache Empfehlung

Wenn nicht pharmakologische Behandlungen ausgeschöpft sind, sollte eine Behandlung mit einem Antipsychotikum erwogen werden. Die Behandlung erfolgt bei Erwachsenen ohne psychotische Symptome Off-Label.

Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich.

(Iffland et al. 2023)

100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Schwache Empfehlung

Wenn eine Pharmakotherapie indiziert ist und Antipsychotika nicht eingesetzt werden können oder nicht wirksam sind, kann eine Behandlung mit einem Stimmungsstabilisierer oder einem Betablocker erwogen werden. Die Behandlung erfolgt Off-Label.

Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich.
(Iffland et al. 2023, Häßler und Reis 2010, Ward et al. 2013)
92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

XI.2.5 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Delir

Delire sind Syndrome mit zumeist akutem Beginn und fluktuierendem Verlauf mit Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, globalen Störungen der Kognition, illusionären Verkennungen und zumeist optischen Halluzinationen, affektiven und psychomotorischen Störungen sowie Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Aggressives Verhalten kann, auch unvorhersehbar, im Rahmen allgemeiner Agitation und auch als Folge von illusionären Verkennungen, Fehlinterpretationen oder sonstigen psychotischen Erlebensweisen auftreten. Ein Delir ist eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung. Die Ursachen sind vielfältig. Behandelbare Ursachen sollten erkannt und behandelt werden (Bozeman et al. 2013, Kaufman & Newman 2014, Roberts et al. 2012). Daher bedarf es bei Auftreten eines Delirs einer unmittelbaren Diagnostik und Therapie sowie eines multimodalen Delirmanagements (u. a. Delir-Screening, Überwachung, nicht-medikamentöse Maßnahmen).

Häufige Ursachen von Delirien sind **akute körperliche Erkrankungen, Interventionen und Operationen) sowie Multimorbidität**, vorwiegend bei bereits vorbestehenden kognitiven Defiziten bis hin zur Demenz. Bei der Behandlung von Agitation und Aggressivität muss zunächst die vermutete Ursache berücksichtigt werden. Medikamente haben immer auch unerwünschte Begleitwirkungen, insofern die ohnehin gestörte Vigilanz und Kognition immer tendenziell negativ beeinflusst werden und die Sturzgefahr erhöht wird.

Bei einem Menschen mit einem Delir muss bei starker motorischer und/oder psychomotorischer Unruhe abgewogen werden, inwiefern nicht pharmakologische Maßnahmen eine Zwangsbehandlung verhindern oder Zwangsmaßnahmen reduzieren könnten. Dies wären unter anderem ein hochfrequenter Pflegekontakt oder eine

Intensivbegleitung bei Sturzgefahr (Graf et al., 2020), der Einsatz von Pflegehilfsmitteln wie einem Niederflurbett oder einer Klingelmatte beziehungsweise vergleichbaren Sensorsystemen bei fluktuierender, insbesondere nächtlicher Unruhe. (Rollnik et al., 2019).

In der Intensivbetreuung können durch die Pflegenden verschiedene Maßnahmen zum körperlichen Wohlbefinden und zur Förderung der Reorientierung eingesetzt werden. Dies wären die Sicherstellung von Nahrung und Flüssigkeitszufuhr, die Sicherstellung der Kontinenzbedürfnisse und die entsprechenden Prophylaxen, das Fördern von Hören, Sehen und Sprechen durch die Nutzung von vorhandenen Brillen, Hörgeräten oder Zahnprothesen. Auch die Beteiligung von Angehörigen kann hier viel Vertrauen erzeugen und Zwangsmaßnahmen deutlich reduzieren, beispielsweise durch ein Rooming-in oder durch eine niederschwellige dauerhafte Begleitung im klinischen oder häuslichen Umfeld. Bezüglich der nichtmedikamentösen Behandlung eines Delirs im Alter und damit einhergehender Agitation und Aggression gelten die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ (AWMF-Register Nr. 109- 001).

Zeigen die Patienten mit einem Delir wiederkehrende oder länger andauernde herausfordernde Verhaltensweisen sollte der Einsatz von Verstehender Diagnostik, zur Erfassung der vorhandenen Problemstellungen, wie Beispielsweise Harndrang, Schmerzen, Hunger oder Ängste, erwogen werden (Savaskan et al., 2016). Zeitgleich muss bei einem akuten Delir die Diagnostik möglicher Auslöser vorangetrieben werden. Hier ist genau zu prüfen inwiefern die Diagnostik freiwillig möglich ist oder unter Zwang durchgeführt werden muss.

Gleichzeitig sollte jede Fixierungsmaßnahme nach Möglichkeit vermieden werden. Bei unvermeidlicher Fixierung (i. d. R. bei psychomotorische Unruhe zur Abwendung von Eigen- oder Fremdgefährdung) müssen die Fixierungszeiträume auf ein Minimum beschränkt werden. Im Einzelfall müssen die Möglichkeiten beruhigender Umgebungseinflüsse gegen Fixierungsmaßnahmen und die Vor- und Nachteile zusätzlicher Medikamente abgewogen werden. Bei Delir-Verdacht müssen Substanzen mit anticholinerger Nebenwirkung vermieden werden, um das Delir nicht zu verstärken. Bezüglich der medikamentösen

Behandlung eines Delirs im Alter und der damit einhergehender Agitation und Aggression gelten die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Delir im höheren Lebensalter“ (AWMF-Register Nr. 109- 001).

Bei **aggressivem Verhalten und Agitation im Rahmen eines Alkoholentzugsdelirs** gelten die Therapieempfehlungen für das Alkoholentzugssyndrom gemäß der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ (AWMF Register Nr. 076-001 2016).

Nach einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) kann es, abhängig vom Schweregrad, in der postkomatösen Phase zu einem deliranten Syndrom mit Desorientiertheit, Agitiertheit, illusionären Verkennungen und wahnhaften Fehlinterpretationen kommen (früher als „Durchgangssyndrom“ bezeichnet). Zu aggressiven Handlungen kann es im Rahmen der Agitation und auch als subjektive Abwehrhandlung gegen vermeintliche Bedrohungen kommen. Um die erforderliche umfangreiche medizinische Versorgung zu gewährleisten, können eine Fixierung und eine pharmakologische Sedierung erforderlich werden. Dabei müssen einerseits die Sicherheit der Patientin bzw. des Patienten und des Personals, andererseits aber auch potentielle Auswirkungen der Medikamente auf den Verlauf und die weitere Rehabilitation berücksichtigt werden. Benzodiazepine und Antipsychotika haben z. B. eher ungünstige Wirkungen auf die Kognition und das Gedächtnis und besonders nach Hirnschädigungen ein höheres Risiko paradoxer Reaktionen bzw. eines malignen neuroleptischen Syndroms.

Eine französische Arbeitsgruppe recherchierte die Literatur zur pharmakologischen Behandlung von Verhaltensstörungen nach SHT und formulierte in einem Konsensusprozess Leitlinienempfehlungen, welche hier übernommen werden sollen (Leitlinienadaptation). Es wurden insgesamt 76 Studien zur Pharmakotherapie von Verhaltensstörungen nach SHT ausgewählt, davon 16 hochwertige Metaanalysen, systematische Reviews, RCTs bzw. Vergleichsstudien. Vier Studien zu Betablockern (1 RCT, 3 Cross-over-Studien) ergaben, dass Betablocker gegen Agitiertheit und Aggression nach traumatischer Hirnschädigung wirksam sind, wobei teilweise hohe Dosierungen gewählt

wurden. Es wurden vier Studien zu Antipsychotika (Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Ziprasidon) eingeschlossen, wobei es sich vor allem um kleine offene Studien und Fallberichte handelte. Teilweise ergaben sich positive Effekte auf Aggressionen und psychotische Symptome. Vier eingeschlossene Studien untersuchten die Wirkung von Antidepressiva auf Agitiertheit und Aggressivität, davon nur eine Studie mit Randomisierung und Kontrollgruppe (Sertralin vs. Placebo), welche allerdings nur 15 Tage dauerte und keine signifikanten Effekte ergab (Wirklatenz von SSRI). Zehn Studien zur Wirkung von Stimmungsstabilisierern auf Aggression und Agitiertheit sowie drei weitere zu anderen neuropsychologischen Symptomen (pathologisches Lachen/Weinen, Depression, Anfälle) wurden eingeschlossen. Es gab nur ein RCT mit Placebogruppe, das unter anderem auch Patientinnen und Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma einschloss, und die Wirkung eines Stimmungsstabilisierers (Oxcarbazepin) explizit auf Aggressivität untersuchte. Oxcarbazepin war Placebo in der Kontrolle von Aggressivität überlegen. Am günstigsten bewertet wurden Valproat und Carbamazepin, die UAW auf Kognition und Motorik wurden in den Studien unterschiedlich bewertet. Vier der eingeschlossenen Studien zum Parkinsonmedikament Amantadin untersuchten auch dessen Wirkung auf Agitation und Aggression, wobei Amantadin in einigen Fällen positive Wirkungen hatte. In einer prospektiven, randomisierten, doppelblinden Studie ergaben sich signifikante Unterschiede zu Placebo, welche aber in einer multizentrischen Studie nicht repliziert werden konnten. Zwei retrospektive Studien und zwei Fallstudien ergaben zudem Hinweise auf positive Effekte von Buspiron auf Aggressivität und Agitiertheit. Ein Nutzen von Benzodiazepinen bei der Behandlung von Aggression und Agitation nach SHT konnte bislang nicht nachgewiesen werden (Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016).

Bei einem hyperaktiven **Delir nach der Einnahme oder dem Entzug von synthetischen Drogen mit serotonerger und sympathomimetischer Wirkung** sind Patientinnen und Patienten durch Dehydrierung, Rhabdomyolyse (Muskelzelluntergang), Nierenversagen und Herzrhythmusstörungen besonders gefährdet (Penders et al. 2012). Sowohl Fixierungen als auch Antipsychotika können die klinische Situation ggf. weiter verschlechtern, ebenso aber ein Fortbestehen der Agitation ohne Behandlung. Eine Therapieplanung muss deshalb alle Gegebenheiten des individuellen Falls berücksichtigen.

Ein Review, das derartige Intoxikationen zum Thema hat, beklagt eine unzureichende Studienlage. Am ehesten üblich sei die Sedierung mit Benzodiazepinen, diskutiert wird auch der Einsatz von Antipsychotika und Ketamin (Dean et al. 2013).

Bei Agitation und Aggression bei **Delir im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung** gelten die Therapieempfehlungen gemäß der S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie) (AWMF-Registernummer: 001/012).

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von Delirien soll die Behandlung der diesen zugrundeliegenden Ursachen und der Delirsymptome im Vordergrund stehen.
Bezüglich Agitation und Aggressivität sollen beruhigende, reorientierende und angstlösende Interventionen in Verbindung mit engmaschiger Begleitung (unter Einbezug von Vertrauenspersonen) und die Sicherstellung einer stabilen, freundlichen und möglichst bekannten Umgebung gewährleistet werden.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Bei psychotischem Erleben und aggressivem Verhalten im Rahmen eines Delirs (Beeinträchtigungs-, Vergiftungs-, Beziehungswahn) sollten niedrige Haloperidoldosen eingesetzt werden. Eine Sedierung und Tag- Nacht-Rhythmus-Unterstützung sollte mit niederpotenten Antipsychotika erfolgen. Delirogene Medikamente sollen vermieden werden.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen soll gegenüber Medikamenten kritisch abgewogen werden. Einerseits bergen Medikamente die Gefahr von zusätzlichen

Kreislaufnebenwirkungen, Stürzen und weiterer kognitiver Verschlechterung. Andererseits sind körpernahe Fixierungsmaßnahmen selbst delirogen und können zu körperlichen Komplikationen wie Dekubitus, Muskelabbau und erhöhtem Infektionsrisiko führen.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Expertenkonsens

Benzodiazepine sollen zur evidenzbasierten Behandlung von Alkohol- und Benzodiazepin-Entzugs-Delirien mit aggressivem Verhalten eingesetzt werden (siehe S3-LL alkoholbedingte Störungen, S3-LL medikamentenbedingte Störungen).

Bei den nicht substanz-bedingten Delirien insbesondere des höheren Alters (> 65 J.) und bei akuter oder chronischer Hirnschädigung liegen jedoch nur wenige Belege für den Nutzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, aber viele Hinweise für ungünstige Effekte auf Kognition und Motorik, insbesondere auch eine Verschlechterung und Verlängerung des Delirs vor (siehe S3- LL Delir im höheren Lebensalter). Eine Verwendung von Benzodiazepinen soll deshalb sehr kritisch abgewogen werden und der Notfallsituation vorbehalten werden.

Neben der Delirogenität und paradoxen Reaktionen sowie reduzierter Neuroplastizität soll auch die ungünstige Auswirkung auf die respiratorische Situation berücksichtigt werden. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)
100 % Zustimmung in der Konsensukonferenz

XII. Monitoring, Transparenz, (externe) Kontrolle

XII.1 Dokumentation: Patientenakte

Die Dokumentation der Behandlung dient primär der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen und sicheren Behandlung des Patienten. Der Patientenakte kommt somit eine Erinnerungsfunktion über erfolgte Maßnahmen (Anamnese, Diagnostik, Therapie) sowie eine Informationsfunktion an Mitbehandelnde zu. Innerhalb der Behandlungsdokumentation werden alle angeordneten und durchgeführten Zwangsmaßnahmen zur Abwendung von

Eigen- und/oder Fremdgefährdung, die im Rahmen der Behandlung erfolgen nachvollziehbar und damit überprüfbar dokumentiert.

Zur sorgfältigen Dokumentation gehören Angaben zur Anordnung und Durchführung der jeweiligen Zwangsmaßnahme inkl. vorangegangener Deeskalationsversuche und dem Ausschöpfen milderer/gelinderer Mittel (CH: weniger einschneidenden Interventionen). Je nach Maßnahme sind bei einer Zwangsbehandlung (CH: als Notfall oder Behandlung ohne Zustimmung bezeichnet) Medikament, Dosis, Verabreichungsform einschließlich der Anwendung unmittelbaren Zwangs (Art, Durchführung, Dauer) sowie die Reaktion des Patienten auf die Maßnahme zu dokumentieren. Hierzu gehört z. B. bei der Fixierung oder Isolierung auch die Kontrolle der Vitalparameter (z. T. in den PsychKHGs ausdrücklich gesetzlich verankert). Zur Patientenakte gehören auch die Patientenverfügung oder die Behandlungsvereinbarung (CH: Behandlungsgrundsätze, A: Behandlungsplan). Die Ergebnisse richterlicher oder behördlicher (CH: KESB) Anhörungen sowie die Übermittlung dieser Ergebnisse (z. B. Unterbringungsbeschluss, ärztliches Zeugnis/Gutachten (CH: ärztlich/behördliche FU-Verfügung)) sollten standardisiert dokumentiert bzw. Bestandteil der Akte sein.

Der Patientenakte kommt eine Beweisfunktion zu. Der Patient hat ein Recht auf Akteneinsicht. Manche Kliniken arbeiten bereits mit elektronischen Patientenakten, die es dem Patienten erlauben, sich auch während der laufenden Behandlung mittels eines Einwahlcodes in die eigene Akte einzuwählen. Modelle wie OpenNotes, die auf das Teilen der medizinischen Informationen setzen und damit eine größere Transparenz in der Behandlung sorgen, finden sich inzwischen auch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ein Review zu diesem Konzept, dass 31 Studien einschloss (10 qualitative Studien, 9 Umfragen, 4 mixed methods-Studien, 2 deskriptive, 2 Kohorten- 2 Interventions- und 1 randomisiert-kontrollierte Studie), kam zu dem Schluss, dass Patientinnen, Patienten und Angehörige vor allem die Vorteile einer einsehbaren elektronischen Patientendokumentation sehen: Menschen mit psychischen Erkrankungen berichteten über größeres Vertrauen in ihren Arzt, mehr Gesundheitskompetenz und Empowerment. Negative Erfahrungen betrafen ungenaue Notizen, einen wenig wertschätzenden Sprachgebrauch oder zuvor nicht erörterte, aber in der

Akte gestellte Diagnosen. Pflegende Angehörige gewannen ein besseres Verständnis für die psychischen Probleme ihrer Familienmitglieder und konnten sie besser unterstützen. Angehörigen der Gesundheitsberufe äußerten hingegen Bedenken gegenüber der gemeinsamen Nutzung der elektronischen Patientendokumentation, einschließlich der erhöhten Arbeitsbelastung durch einen größeren Dokumentationsaufwand und mögliche unerwünschte Auswirkungen des Lesen der Akten durch die Betroffenen (Schwarz et al . 2021). In einer Delphi-Umfrage unter Expertinnen und Experten (convenience sample) war das Ergebnis aber, dass der Online-Zugriff auf Aufzeichnungen zur psychischen Gesundheit das Verständnis der Patienten für ihre Diagnose, die Behandlung und das Empowerment verbessern könnten (Blease et al. 2021a). Tatsächlich gaben Patientinnen und Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung, die Einsicht in Ihre Akten nahmen, in einer Befragungstudie eher an, ihre Medikamente regelmäßig zu nehmen (Blease et al. 2021b). Die Experten waren sich einig, dass die Sperrung von Aufzeichnungen zur psychischen Gesundheit zu einem verstärkten Gefühl der Stigmatisierung führen könnte (Blease et al. 2021a). Studien aus dem deutschsprachigen Raum wurden nicht eingeschlossen.

XII.2 Monitoring: Erfassung und Auswertung freiheitsentziehender Maßnahmen

Ziele der systematischen Erfassung aller freiheitsentziehender Maßnahmen sind Transparenz und zugleich die Möglichkeit, Entwicklungen zu erkennen und ggf. gegenzusteuern. Dieses kann einerseits der internen Kontrolle auf Klinikebene dienen, sollte jedoch auf die Erhebung einer größeren Stichprobe gerichtet sein (Bundesland, Bundesweit, Kanton, Bund).

In der deutschsprachigen und internationalen Literatur zu diesem Thema wird die quantitative Erfassung von freiheitsentziehenden Maßnahmen stets genannt und als unverzichtbar angesehen. Wegen der Komplexität der Problematik kann ein einzelner Indikator das Gesamtgeschehen nur unzureichend abbilden.

Die einzigen in Deutschland bundesweit verfügbaren Daten ergeben sich seit 2020 aus der sog. B-Statistik (betreuungsrechtliche Statistik) und sind über das Bundesamt für Justiz zugänglich
(https://www.bundesjustizamt.de/DE/Service/Justizstatistiken/Justizstatistiken_node).

Damit beschränken sich die Daten allerdings auf das Betreuungsrecht (zu erkennen sind Anzahl der Anträge, Genehmigungen, Ablehnungen). Zudem hat die B-Statistik nicht die Funktion Zwangsmaßnahmen zu monitoren.

In der Schweiz erhebt die Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (KOKES) Statistikzahlen für die ganze Schweiz. Eine Vollerfassung aller Zwangsmaßnahmen wird dabei über das Qualitätsmanagement angestrebt. Die Daten werden zentral erfasst und auch publiziert (https://www.kokes.ch/de/dokumentation/statistik/aktuellste-zahlen).

In Österreich erfolgt die Erfassung jeder Beschränkung durch die Patientenanwaltschaft. Diese erfassen die Daten intern. Jede Beschränkung ist seitens der Klinik an die Patientenanwaltschaft zu melden. Die Patientenanwaltschaft hat zudem uneingeschränkten Zugang zur Patientenakte.
Auf der Ebene der deutschen Bundesländer hat Baden-Württemberg den Anfang für ein einheitliches Register gemacht: Das erste Register für freiheitsentziehende Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland wird seit 2013 in Baden-Württemberg gesetzlich vorgeschriebenen und von einer Ombudsstelle geleitetet. Es werden freiheitsentziehende Maßnahmen und Zwangsbehandlungen erfasst. Außerdem wird der Anteil öffentlich-rechtlich sowie nach Betreuungsrecht untergebrachter Patientinnen und Patienten erfasst (Flammer et al. 2016). Zwischenzeitlich gibt es in weiteren deutschen Bundesländern zentrale Erfassungen von Zwangsmaßnahmen, die aber nicht öffentlich zugänglich sind. Auch in Österreich erfolgt eine nicht öffentlich zugängliche Erfassung von Zwangsmaßnahmen durch das Vertretungsnetz.

Maßzahlen wie der Anteil von bestimmten Zwangsmaßnahmen betroffener Patienten oder die Dauer der Maßnahmen (Erfassungsproblem: in der Regel als Selbstdeklaration der Fachpersonen, die mit der Umsetzung der Zwangsmaßnahme betraut wurde) eignen sich gut für Vergleiche mit der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur und sehr gut für die Evaluation von Veränderungen innerhalb klinischer Einheiten oder ganzer Versorgungsregionen über die Zeit. Ein Qualitätsvergleich zwischen unterschiedlichen Kliniken bedarf eines umfassenderen Untersuchungsansatzes unter Einbezug der Merkmale der

Population und der gemeindepsychiatrischen Versorgung im Einzugsgebiet, Wanderungsbewegungen von Patientinnen und Patienten, Spezialisierungen des klinischen Angebots für bestimmte Patientengruppen, die Anzahl verfügbarer Krankenhausbetten und andere Faktoren. Die reine Beschränkung auf derartige Indikatoren birgt außerdem die Gefahr, die ebenfalls außerordentlich wichtigen qualitativen Aspekte des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (Räumlichkeiten, Personalbesetzung, Begleitung, Nachbesprechung) nicht ausreichend zu berücksichtigen.

Neben Unterbringungen, freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen, sollten auch tätliche und verbale Übergriffe von Patientinnen und Patienten auf Mitpatientinnen, Mitpatienten und Mitarbeitende standardisiert erfasst werden. So kann geprüft werden, dass die Reduktion und Verhinderung von Zwang nicht auf Kosten von mehr Gewalt und Übergriffen passiert.

Eine Vielzahl von Instrumenten wurde zur Erfassung und Quantifizierung aggressiven Verhaltens entwickelt (Bowers et al. 1999 (Review), 2002, 2007, Steinert u. Gebhardt 1998, Steinert et al. 2000). Für die klinische Dokumentation und die Verwendung als Qualitätsindikator ist maßgeblich, dass es sich um ein validiertes und gebräuchliches Instrument handelt, das einfach, reliabel und mit geringem Zeitaufwand auszufüllen ist und die klinisch relevanten Situationen adäquat abbildet. Für diesen Zweck hat sich in Deutschland und Europa die Staff Observation Aggression Scale (revised) SOAS-R (Nijman et al. 1999, 2005) verbreitet durchgesetzt. Aktuelle Quer- und Längsschnittstudien aus Psychiatrie und Notfallmedizin und Daten aus Registern liegen als Vergleichszahlen vor (de Sant o Iennaco et al. 2017, Verlinde et al. 2017, Eisele et al. 2021, Celofiga et al. 2023, Benning et al. 2025). Andere Instrumente sind möglicherweise genauso geeignet, es fehlen aber epidemiologische Vergleichsdaten aus dem europäischen Versorgungssystem (Bsp. Modified Staff Observation Aggression Scale (MOAS) – hier liegen v. a. Daten aus Amerika und Asien aus kontrolierten Studien vor, Quantification of Violence Scale (QOVS, Tyrer et al. 2007), Attempted and Actual Assault Scale (attacks, Bowers et al. 2007). Um ein lizenzfreies Instrument verfügbar zu machen, stellen die “Netzwerke Aggressionsmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen der D-A-CH-Länder (nags-deutschland.de, nags.ch, nags.at) den Bogen “EVA – Erfassung von Aggressionsereignissen” samt Begleitschreiben zur Verfügung (siehe Erfassung von

Aggressionsereignissen EVA). Der Bogen wurde in Anlehnung an international verfügbare Instrument entwickelt, 2013 verabschiedet und 2019 evaluiert (Stellungnahme zu den Entwicklungen im Aggressionsmanagement in der stationären Psychiatrie).

Bei der Erfassung von aggressiven Übergriffen muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werde. Dies betrifft vor allem rein verbale Übergriffe (Beleidigungen, Bedrohungen) und Übergriffe, die sich gegen Mitpatienten richten. Eine Implementierung standardisierter Instrumente zu Aggressionserfassung muss mit Strategien für ein fortlaufendes Monitoring kombiniert werden.

Expertenkonsens

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind schwerwiegende Eingriffe in die Grundrechte und sollen zuverlässig und vollständig im Hinblick auf Anlass, vorherige Deeskalationsversuche, Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme, sowie Zeitpunkt und Art der Nachbesprechung dokumentiert werden. Hierbei sind die gesetzlichen Regelungen, je nach Rechtsgrundlage und Land sowie Bundesland/Kanton, zu beachten. Betroffene von Zwangsmaßnahmen sollen umfassend über ihre Rechte (z. B. gerichtliche Prüfung) aufgeklärt werden. Nach einer Fixierung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung muss der Betroffenen über die Möglichkeit aufgeklärt werden, die Zulässigkeit der Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen (gesetzliche Vorgabe in Deutschland und Schweiz, in Österreich geschieht die Überprüfung über die Patientenanwaltschaft). Aggressive Übergriffe von Patientinnen und Patienten sollten mit einer standardisierten Dokumentation (z. B. SOAS-R) erfasst werden.

96 % Zustimmung in der Onlineumfrage.

XII.3 Externe und unabhängige Beratung und Kontrolle

Bei freiheitsentziehenden Maßnahmen sind die Patientenrechte in verbindlicher Orientierung an den juristischen Vorgaben zu wahren. Das Recht auf juristische Überprüfung steht zu den therapeutischen Maßnahmen, die in dieser Leitlinie im Rahmen der Vorbereitung, der

Durchführung und der Nachbearbeitung von freiheitsentziehenden Maßnahmen vorgeschlagen werden, keineswegs im Widerspruch, sondern stellt für diese unter der Perspektive der grundgesetzlich verbrieften Freiheitsrechte eine unabdingbare Grundlage dar.
Menschen mit psychischer Erkrankung haben das Recht, die Einhaltung der gesetzlichen Normen in ihrem konkreten Einzelfall rechtlich überprüfen zu lassen, soweit sie eine Maßnahme (oder einen Teil davon) als Übergriff bzw. Rechtsbruch erleben oder erlebt haben. Sie sollten dazu beraten und ermutigt werden. Im Falle der Fixierung (nach Landesrecht/Deutschland und CH) sind die von der Maßnahme betroffenen Personen auch über die nachträgliche Möglichkeit einer gerichtlichen Kontrolle aufzuklären. Die intervenierenden Professionellen sollten Wünsche nach bzw. bereits eingeleitete juristische Überprüfungen seitens der Menschen mit psychischer Erkrankung nicht nur als Ablehnung verstehen, sondern vorrangig als Ausdruck eines begrüßenswerten Selbstbehauptungswillens – auch dann, wenn aus medizinischer Sicht die Einsichtsfähigkeit/Urteilsfähigkeit eingeschränkt ist.

Interventionen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen erfolgen in einem grundsätzlich konflikthaften Raum, gefährden die Patientenrechte und benötigen einen Rechtfertigungsgrund. Notwendiges professionelles Handeln zur Abwendung von Gefährdungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder durch die Betroffenen Menschen selbst steht häufig im Widerspruch zu deren subjektivem Erleben und zu deren Einschätzung der Gefährdung in Relation zur Wahrung ihrer Rechte. Allerdings ist die verantwortliche Abwägung der Verhältnismäßigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen in nicht unbedeutendem Maß abhängig von der fachlichen und persönlichen Kompetenz und der subjektiven Situationsbewertung (Risikoaversion/-affinität) des oder der Professionellen und deshalb per se mit dem Risiko von Fehleinschätzungen behaftet. Die Unterbringung, Fixierung sowie Zwangsbehandlung im Rahmen der psychiatrischen Behandlung unterliegen in der Akutpsychiatrie in Deutschland und Österreich mittlerweile einem Richtervorbehalt.

Im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in Österreich (UbG) muss bei einer Zwangsbehandlung unverzüglich eine Meldung durch den behandelnden Facharzt an das

zuständige Gericht erfolgen. Innerhalb von längstens vier Tagen wird die Zulässigkeit im Rahmen einer Anhörung vom Gericht direkt in der Krankenanstalt erstmalig überprüft. Der Gesetzgeber stellt betroffenen Patienten zudem eine kostenfreie Vertretung zur Verfügung (= Patientenanwaltschaft). Diese hat volle Einsicht in die Krankenakte und fungiert auch als Kontrollorgan. Auf Verlangen des Patienten oder seines Vertreters muss das Gericht über die Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen oder Zwangsmaßnahmen unverzüglich entscheiden.

Die gerichtliche Kontrolle nimmt im Rahmen der externen Kontrolle eine bedeutende Funktion ein. Sie wird unter dem Kapitel VII.2 Rechtliche Grundlagen gesondert dargestellt.

Die Wahrung von Patientenrechten kann über die Möglichkeiten des Rechtsschutzes, den der bzw. die Einzelne in Anspruch nehmen kann, durch weitere Maßnahmen gefördert werden. In Österreich ist das gesetzliche Pflicht des behandelnden Facharztes. Hierzu gehört es, leicht zugänglich patientengerechte Informationen über die Rechte als Patientin bzw. Patient bereit zu halten (Auslagen, Internet). Als Informationsquelle können in den anderen Ländern beispielsweise Unterlagen der schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana (https://www.promentesana.ch/) oder die Broschüre des deutschen Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. (https://www.dvgp.org/) über Patientenrechte für Menschen mit psychisch Erkrankung verwendet werden (Burfeind 2014).

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher

In Deutschland ist ein Instrument für die Wahrung und Förderung von Patientenrechten die Ernennung von Patientenfürsprechern. Diese ist allerdings nicht in allen deutschen Bundesländern gesetzlich verankert. Die Verantwortung für die Ernennung liegt in der Regel bei der Ordnungsbehörde, die für das Versorgungsgebiet der psychiatrischen Versorgungseinrichtung, insbesondere der psychiatrischen Krankenhäuser, zuständig ist. In der Regel kündigen Patientenfürsprechende Präsenz- und Sprechzeiten in den Kliniken so an, dass dies allen dort behandelten Patientinnen und Patienten bekannt sein sollte. In diesen Zeiten können Patientenfürsprechende im Vier-Augen-Kontakt von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden und nehmen deren behandlungsbezogene Beschwerden und Verbesserungswünsche entgegen. Patientenfürsprechende haben das Recht, alle Teile eines

Krankenhauses aufzusuchen und in direkter Weise mit allen Patientinnen und Patienten zu sprechen. Falls sie schwerwiegendere Probleme in der Behandlungsqualität feststellen, informieren sie i. d. R. die Leiterin oder den Leiter sowie den Träger der Einrichtung und darüber hinaus auch die zuständige Besuchskommission.

Vertrauensperson

In der Schweiz besteht die Möglichkeit, eine Vertrauensperson durch die sich in der fürsorgerischen Unterbringung befindende Person zu benennen, Art. 432 ZGB. Die von der Unterbringung betroffene Person kann frei wählen, wen sie benennt. Diese Person muss über keine besondere Qualifikation oder Ausbildung verfügen. Sie soll die Person während der Unterbringung unterstützen und sie auch auf ihre Rechte hinweisen sowie bei deren Wahrnehmung unterstützen. Es ist auch möglich, dass die Vertrauensperson bei der Erstellung des Behandlungsplans einbezogen wird, Art. 433 ZBG. Daneben gibt es noch die sog. „nahestehende Person“, deren Aufgabe sich auf die Situation der Unterbringung begrenzt(Art. 430 Abs. 5 ZGB). Diese Optionen werden in der Praxis allerdings nur selten genutzt.

Auch das österreichische Recht kennt die Option der Vertrauensperson, § 16a UbG. Diese soll die betroffene Person in ihrer Meinungsbildung unterstützen, im Gegensatz zur Schweiz liegt der Schwerpunkt hier also auf der Entscheidungsassistenz.

Patientenanwaltschaft

Das Unterbringungsgesetz in Österreich (UbG) sieht die Patientenanwaltschaft vor. Die Patientenanwaltschaft kommt somit bei der Anhaltung, für die die Zivilgerichte zuständig sind, zum Tragen. Betroffene können die Dienste der Patientenanwaltschaft aber auch in Anspruch nehmen, wenn sie sich freiwillig in der Klinik aufhalten. Der Patientenanwaltschaft kommt ein umfassendes Vertretungsrecht zu und sie dient dazu, dass die sich in der Psychiatrie befindliche Person ihre Rechte effektiv wahrnehmen kann. Hierzu werden von den nach dem Erwachsenenschutzvereinsgesetz anerkannten Vereinen Patientenanwältinnen bzw. Patientenanwälte benannt. Diese vertreten die betroffene Person gegenüber der psychiatrischen Klinik und im gerichtlichen Überprüfungsverfahren und unterstützen sie bei Problemen im Zusammenhang mit der Unterbringung. Besonders ausgebildet, sind sie von der

Klinik unabhängig. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Dienstleistungen der Patientenanwaltschaft sind grundsätzlich kostenlos. Für den Maßnahmenvollzug (forensische Psychiatrie) ist die Patientenanwaltschaft nicht zuständig.

Mit der Novelle des österreichischen Unterbringungsgesetzes wurde neu die Möglichkeit eingeführt, eine Vertrauensperson zu benennen. Sie soll die betroffene Person bei der Meinungsbildung und der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützen. Die Abteilungsleitung hat die Patientin bzw. den Patienten „nachweislich“, wobei dies zu dokumentieren ist, über das Recht auf Namhaftmachung einer Vertrauensperson so früh wie möglich zu informieren. Die Vertrauensperson soll außerdem regelmäßig im Vorfeld bzw. zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen beigezogen werden (§§ 33-34a UbG).

Volksanwaltschaft

Die Volksanwaltschaft nimmt sowohl die Aufgaben des sekundären Rechtsschutzes sowie der präventiven Menschenrechtskontrolle wahr (Kastner 2025). Sie prüft auch Polizeieinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen und psychiatrische Einrichtungen. Darüber hinaus beobachtet sie Polizeieinsätze. Die Volksanwaltschaft ist in der Bundesverfassung verankert. Aus der Bundesverfassung ergibt sich auch die Vorgabe, dass die Volksanwaltschaft bei der Besorgung ihrer Angelegenheiten umfassend zu unterstützen ist. Ihr sind umfassend Auskünfte zu erteilen, ihr ist Einsichtnahme in die Akten zu gewähren, sie kann Unterlagen anfordern. Die Anliegen in Form von Beschwerden werden durch die betroffene Person an sie herangetragen. Die Volksanwaltschaft geht dem Anliegenden durch weitere Erhebungen nach oder nimmt von Amts wegen Prüfungen vor. Die Inanspruchnahme der Volksanwaltschaft ist kostenlos und gilt als ein niedrigschwelliges Angebot mit hohem Ansehen. In den Einrichtungen bietet sie Sprechstunden an, sodass sich Menschen in der Unterbringungssituation an sie wenden können. Nach der Aufnahme der Beschwerde und Einholen des Einverständnisses der betroffenen Person wird versucht, das Anliegen mit den Behandlern oder den Betreuenden zu klären. Dabei wird das Anliegen erörtert, es kann ein Gruppengespräch erfolgen, es können weitere Informationen eingeholt werden. Die Volksanwaltschaft nimmt dabei eine Art Vermittlungsrolle ein. Sie spricht allerdings auch

Empfehlungen aus, denen zu folgen ist oder deren Nichtbefolgung binnen einer Frist zu begründen ist.

Seit dem Jahr 2012 nimmt die Volksanwaltschaft zudem Aufgaben zum Schutz und zur Förderung von Menschenrechten in Österreich wahr (präventive Menschenrechtskontrolle). In Österreich kommt diese Funktion der Volksanwaltschaft aufgrund ihrer gesetzlichen Verpflichtung, regelmäßig „Orte einer Freiheitsentziehung“ zu besuchen, zu. Diese Aufgabe wird von den von ihr eingesetzten Kommissionen wahrgenommen. Die Volksanwaltschaft und ihre sieben Kommissionen bilden gemeinsam den Nationalen Präventionsmechanismus (NPM). Sie haben uneingeschränkt Zugang zu den Einrichtungen. Sie erstellen ihre Berichte anhand eines festgelegten Protokollschemas und sprechen Empfehlungen aus, zuletzt im Jahr 2023 (https://volksanwaltschaft.gv.at/praeventive-menschenrechtskontrolle).

Überdies kann sich jede Person bei der Volksanwaltschaft beschweren, die sich in ihren Menschenrechten verletzt fühlt.

Unabhängige Beschwerdestellen

Im Weiteren sind für Deutschland die unabhängigen Beschwerdestellen für die Psychiatrie zu nennen, die in der Regel sowohl für die ambulante wie die stationäre Versorgung zuständig sind, die es aber bisher nicht in allen deutschen Bundesländern gibt (Stand 2025: in elf Bundesländern). Im Detail unterscheiden sich in ihrer genauen Bezeichnung, ihrer Träger und ihrer Finanzierung. In den meisten Beschwerdestellen arbeiten Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung mit, die Mehrheit der Beschwerdestellen arbeitet trialogisch. Die Beschwerden umfassen ein weiteres Spektrum: Beschwerden gegen Kliniken, Diensten der sozialpsychiatrischen Versorgung und gegen Behörden (Janse/Kulke 2022).

In der Schweiz werden solche Aufgaben und Funktionen von Organisationen wie Pro Mente Sana wahrgenommen.
In Österreich gibt es solche Stellen nicht, da diese Aufgaben von den umfassenden Befugnissen der Patientenanwaltschaft abgedeckt sind.

Besuchskommissionen

Die Vorläufer der heutigen Besuchskommissionen in Deutschland lassen sich auf die Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 zurückführen. Regelungen (bzw. Verordnungsermächtigungen) zu den Besuchskommissionen finden sich in den Landesgesetzen Deutschland und dort in 15 der 16 Landesgesetze (PsychKG/PsychKHG). Zu den Aufgaben der Besuchskommission gehört u.a. die Überprüfung, ob die psychiatrische Klinik ihren Aufgaben im Rahmen der Unterbringung nachkommt und ob die Rechte der untergebrachten Personen gewahrt werden. Sie nimmt Beanstandungen, Beschwerden und Wünsche entgegen. Die Besuchskommissionen unterscheiden sich u. a. in der Zusammensetzung und der Häufigkeit der (un)angekündigten Besuche. In den Gesetzen von acht Ländern wird explizit die Vertretung von Psychiatrieerfahrenen und/oder deren Angehörigen in der Besuchskommission vorgeschrieben (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen). Die Besuche in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, worunter Krankenhäuser und auch Heimeinrichtungen verstanden werden, sollen in regelmäßigen Abständen (die in den gesetzlichen Festlegungen zwischen sechs Monaten und drei Jahren schwanken) und i. d. R. unangekündigt stattfinden. Im Rahmen dieser Besuche und der dabei erfolgenden Beurteilung von Qualitätsstandards der Behandlung gilt besonderes Augenmerk der Durchführung und Dokumentation aller freiheitsentziehenden Maßnahmen, um den Schutz von Patientenrechten zu gewährleisten.

Expertenkonsens

Die Möglichkeiten juristischer Überprüfungen der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen sind ein wesentliches Instrument zur Wahrung der Patientenrechte. Eine externe/unabhängige Kontrolle von Zwangsmaßnahmen soll erfolgen und soll unterstützt werden. Es soll sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten für sie verständlich und der Situation angemessen über ihre Rechte aufgeklärt werden.
100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz.

Die Monitoringstelle für die UN-BRK

Die Monitoringstelle für die UN-BRK ist beim Deutschen Institut für Menschenrechte angesiedelt. "Aufgabe der Monitoring-Stelle ist es, die Einhaltung der Rechte von Menschen

mit Behinderungen zu fördern und die Umsetzung der Konvention zu begleiten und zu überwachen. Sie forscht zur Verwirklichung der UN-Konvention in Deutschland und berät die Politik in Bund, Ländern und Kommunen sowie die Justiz, Wissenschaft und Zivilgesellschaft bei der Auslegung und Umsetzung der Konvention" (DIMR 2023).

Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)

Das beim Europarat angesiedelte Komitee besucht gemäß seinem Mandat insbesondere Haftanstalten und psychiatrische Kliniken, um zu prüfen, wie Personen, denen die Freiheit entzogen ist, behandelt werden und ggf. den Staaten Verbesserungen vorzuschlagen. Die Besuche werden von Delegationen durchgeführt, die in der Regel aus zwei oder mehr CPT-Mitgliedern bestehen, und werden von Mitgliedern des CPT-Sekretariats und ggf. von Sachverständigen und Dolmetschern begleitet. Das gewählte Mitglied des besuchten Landes nimmt nicht an dem Besuch teil. Die Delegationen des CPT besuchen die Vertragsstaaten in regelmäßigen Abständen, können jedoch „Ad-hoc“-Besuche organisieren falls notwendig. Das Komitee benachrichtigt den betroffenen Staat, muss jedoch nicht genau angeben, wie viel Zeit zwischen der Benachrichtigung und dem tatsächlichen Besuch liegt, der in Ausnahmefällen sofort nach der Benachrichtigung erfolgen kann. Nach der Europäischen Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe haben die Delegationen des CPT unbeschränkten Zugang zu allen Orten, an denen sich Personen befinden, denen die Freiheit entzogen ist, einschließlich des Rechts, sich innerhalb dieser Orte ungehindert zu bewegen. Sie befragen Personen, denen die Freiheit entzogen ist, ohne Zeugen und können sich ungehindert mit jeder Person in Verbindung setzen, die ihnen sachdienliche Auskünfte geben kann. Die Empfehlungen, die das CPT, ausgehend von den bei dem Besuch festgestellten Tatsachen, abgeben kann, werden in einem Bericht zusammengefasst, der an den betroffenen Staat geschickt wird. Da Vertraulichkeit und Zusammenarbeit die wesentlichen Leitlinien des CPT darstellen, steht die Zusammenarbeit mit der nationalen Behörde im Zentrum der Konvention, tagt das Komitee unter Ausschluss der Öffentlichkeit und sind seine Berichte streng vertraulich. Veröffentlichungen der Berichte erfolgen in der Regel zusammen mit einer Stellungnahme der betreffenden Vertragspartei und sind im Internet (www.cpt.coe.int) zugänglich.

Deutschland soll 2025 erneut visitiert werden. Der letzte Besuch des CPT in der Schweiz fand im März 2024 statt. Im gleichen Jahr wurden sowohl der Bericht des CPT als auch die Stellungnahme der Schweiz veröffentlicht. Nach dem letzten regulären Besuch 2021 fand zusätzlich ein Besuch des CPT in Pflegeeinrichtungen in Österreich ad hoc im März 2025 statt.

Literaturverzeichnis

Kapitel II

2024-04-24_Psychiatrische_Patientenverfügung_DGPPN_Formular.pdf

Kapitel III

Steinert T, Baumgardt J, Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Jaeger S, Junghanss J, Kampmann M, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A, Hirsch S. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. The Lancet Regional Health – Europe 2023; 35: 100770 (9 Seiten). [JIF: 13.6]

Kapitel IV

Langer, G., Meerpohl, J. J., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 1. Einführung–GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106(5), 357-368

Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, Clarke M, Devereaux PJ, Kleijnen J, Moher D. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100 . Epub 2009 Jul 21. PMID: 19621070 ; PMCID: PMC2707010.

Horsley T, Dingwall O, Sampson M. Checking reference lists to find additional studies for systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Aug 10;2011(8):MR000026. doi: 10.1002/14651858.MR000026.pub2 . PMID: 21833989 ; PMCID: PMC7388740.

Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., ... & Higgins, J. P. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. bmj, 366.

Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ 2016;355:i4919

Higgins JPT, Morgan RL, Rooney AA et al. A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). Environ Int. 2024;186:108602.

Kapitel V

Kapitel V.2

Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents from 15 Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry. 2021 Dec 22. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721. Epub ahead of print. PMID: 34935869.

Mentxaka O, Recio-Barbero M, Arana-Arri E, Segarra R. Violence in first-episode psychosis: evidence from an early intervention in psychosis programme. BJPsych Open. 2023 Sep 19;9(5):e172. doi: 10.1192/bjo.2023.564. PMID: 37724609.

Moulin V, Framorando D, Gasser J, Dan-Glauser E. The Link Between Cannabis Use and Violent Behavior in the Early Phase of Psychosis: The Potential Role of Impulsivity. Front Psychiatry. 2022 Mar 22;13:746287. doi: 10.3389/fpsyt.2022.746287. PMID: 35392388; PMCID: PMC8980530.

Sayrafizadeh N, Ledwos N, Husain MI, Castle DJ. Aggressive behaviours associated with MDMA and psychedelics: a narrative review. Acta Neuropsychiatr. 2024 Feb 8;37:e30. doi: 10.1017/neu.2024.3. PMID: 38329106.

Sariaslan A, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. Triggers for Violent Criminality in Patients With Psychotic Disorders. JAMA Psychiatry. 2016 Aug 1;73(8):796-803. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1349. PMID: 27410165; PMCID: PMC5047356.

Trägårdh K, Hildebrand Karlén M, Andiné P, Nilsson T. Lethal and severe violence: Characterizing Swedish female offenders with and without a severe mental disorder. Front Psychiatry. 2023 Apr 6;14:1143936. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1143936. PMID: 37091705; PMCID: PMC10117968.

Talevi D, Pacitti F, Rossi A, Costa M, Socci V, Rossi R. Violence in severe mental disorders: the association with age at onset and gender. Riv Psichiatr. 2023 Jan-Feb;58(1):27-29. doi: 10.1708/3964.39428. PMID: 36715580.

Tärnhäll A, Björk J, Wallinius M, Billstedt E, Hofvander B. Development of serious mental illness in young adult violent offenders: Early-life risk factors and long-term adverse outcomes. Psychiatry Res. 2025 Feb 2;346:116384. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116384. Epub ahead of print. PMID: 39923331.

Findeis H, Strauß M, Kröber HL. The TCO concept in German forensic homicide offenders with schizophrenia spectrum disorders - new findings from a file-based, retrospective cross-sectional study. Front Psychiatry. 2024 Jun 11;15:1404263. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1404263. PMID: 38919633; PMCID: PMC11196989.

F E Almond M, L Nicholls T, L Petersen K, C Seto M, G Crocker A. Exploring the nature and prevalence of targeted violence perpetrated by persons found not criminally responsible on account of mental disorder. Behav Sci Law. 2023 May 3.

Simpson AI, Penney SR, Jones RM. Homicide associated with psychotic illness: What global temporal trends tell us about the association between mental illness and violence. Aust N Z J Psychiatry. 2021 Dec 21:48674211067164. doi: 10.1177/00048674211067164. Epub ahead of print. PMID: 34933584.

Guo H, Zhong S, Lam ST, Wang N, Wang J, Sun Q, Wang S, Zhou J, Wang X. Trends in violent offending among people with schizophrenia: A 10-year ecological study. Psychiatry Res. 2024 Apr 30;337:115935. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115935. Epub ahead of print. PMID: 38718555.

Lu W, Yao Z, Wang S, Gu Y, Li Y, Hu Z, Li G. Characteristics and violence risk factors of criminal offenses committed by patients with depression: An eight -year retrospective study in China. J Psychiatr Res. 2025 Jan 27;182:469-479. doi: 10.1016/j.jpsychires.2025.01.046. Epub ahead of print. PMID: 39893784.

Goodhand C, Lyons G, Johnson A, Nielssen O, Large M, Dean K. Patterns and correlates of health service contact prior to serious offences by people with severe mental illness. Aust N Z J Psychiatry. 2024 May 10:48674241254213. doi: 10.1177/00048674241254213. Epub ahead of print. PMID: 38725381

Herttua K, Crawford M, Paljarvi T, et al. Associations between antipsychotics and risk of violent crimes and suicidal behaviour in personality disorder. Evid Based Ment Health 2022;25:e58–e64.

Sariaslan A, Leucht S, Zetterqvist J, Lichtenstein P, Fazel S. Associations between individual antipsychotics and the risk of arrests and convictions of violent and other crime: a nationwide within-individual study of 74 925 persons. Psychol Med. 2021 Mar 11;52(16):1-9. doi: 10.1017/S0033291721000556. Epub ahead of print. PMID: 33691828; PMCID: PMC981134

Wang QK, Yang Q, Li CX, Qiu YF, Yin XT, Hu JM, Zhang QT, Chen XC. Distinct impulsivity profiles in subtypes of violence among community-dwelling patients with severe mental disorders: a longitudinal study. BMC Psychiatry. 2024 Aug 30;24(1):590. doi: 10.1186/s12888-024-06044-z. PMID: 39215254; PMCID: PMC11365173.

Rafalski H: Auswirkungen, Prädiktoren und Auslöser von aggressivem Verhalten psychisch erkrankter Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen : ein systematisches Review als Beitrag für die Entwicklung der deutschen S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen". Internet: https://oparu.uni-ulm.de/items/6d4db84a-6ba3-425f-b014-be66474bed19,

Sarac E, Odabas D. Gender-based economic violence and the exploitation of women: A deep dive. World J Psychiatry. 2025 Mar 19;15(3):103725. doi: 10.5498/wjp.v15.i3.103725. PMID: 40109990; PMCID: PMC11886345.

Wildman EK, MacManus D, Harvey J, Kuipers E, Onwumere J. Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2022 Oct 31. doi: 10.1111/acps.13516. Epub ahead of print. PMID: 36316292.

Charfi N, Daoud M, Omri S, Smaoui N, Feki R, Thabet JB, Zouari L, Bouali MM, Maâlej M. Évaluation du psycho-traumatisme lié aux agressions commises par les patients psychotiques sur leurs aidants familiaux: enquête transversale dans la région de Sfax, Tunisie [Assessment of psycho-trauma caused by the aggressions committed by patients with psychosis against their family caregivers: across-sectional survey]. Pan Afr Med J. 2021 Aug 24;39:266. French. doi: 10.11604/pamj.2021.39.266.25413. PMID: 34707767; PMCID: PMC8520404.

Eisele F, Flammer E, Steinert T (2021) Incidents of aggression in German psychiatric hospitals: Is there an increase? PLoS ONE 16(1): e0245090

Chongtham V, Sharma N, Parashar K, Pandey C. Determinants and Characteristics of the Violent Incidents in a Tertiary-Level Mental Health Care Center. J Neurosci Rural Pract. 2022 Aug 7;13(3):483-489. doi: 10.1055/s-0042-1750135. PMID: 35945996; PMCID: PMC9357478.

McIvor L, Payne-Gill J, Winter H, Pollard C, Beck A. Consistency of Violence: Implications for Effective Inpatient Psychiatric Care. Adm Policy Ment Health. 2023 Mar 14. doi: 10.1007/s10488-023-01251-4. Epub ahead of print. PMID: 36918493.

McIvor L, Payne-Gill J, Beck A. Associations between violence, self-harm and acute psychiatric service use: implications for inpatient care. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2022 Sep 7. doi: 10.1111/jpm.12872. Epub ahead of print. PMID: 36071316.

Flannery RB, Flannery GJ. Characteristics of International Assaultive Psychiatric Patients: Review of Published Findings, 2017-2022. Psychiatr Q. 2023 Dec;94(4):559-568. doi: 10.1007/s11126-023-10050-x. Epub 2023 Sep 5. PMID: 37667138.

Tseligkaridou et al. Relationship between antipsychotic medication and aggressive events in patients with a psychotic disorder hospitalized for treatment. BMC Psychiatry (2023) 23: 205, doi.org/10.1186/s12888-023-04692-1

Chaffkin J, Barnes TA, Avila Quintero VJ, Flores JM, Lin E, Wasser T. Characteristics of Assaultive Patients Whom Inpatient Psychiatric Staff Report to Law Enforcement. Psychiatr Serv. 2022 Feb 17:appips202100140. doi: 10.1176/appi.ps.202100140.

Chongtham V, Sharma N, Parashar K, Pandey C. Determinants and Characteristics of the Violent Incidents in a Tertiary-Level Mental Health Care Center. J Neurosci Rural Pract. 2022 Aug 7;13(3):483-489. doi: 10.1055/s-0042-1750135. PMID: 35945996; PMCID: PMC9357478.

Singh A, Pereira W, Birk S, Kaggwa MM, Bradford JMW, Chaimowitz G, Olagunju AT. Characterizing the relationship between psychosis and violence in the Forensic psychiatric population: a systematic review. CNS Spectr. 2024 Nov 19:1-12. doi: 10.1017/S1092852924000488. Epub ahead of print. PMID: 39559846.

Fazel S, Toynbee M, Ryland H, Vazquez-Montes M, Al-Taiar H, Wolf A, Aziz O, Khosla V, Gulati G, Fanshawe T. Modifiable risk factors for inpatient violence in psychiatric hospital: prospective study and prediction model. Psychol Med. 2023 Jan;53(2):590-596. doi: 10.1017/S0033291721002063. Epub 2021 May 24. PMID: 34024292; PMCID: PMC9899559.

Ketelsen R, Fernando S, Driessen M. Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen [Gender-Related Differences Regarding Aggressive Behaviour and Coercive Measures in Psychiatric Inpatients]. Psychiatr Prax. 2022 Apr;49(3):121-127. German. doi: 10.1055/a-1543-0323. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34352895.

Goldman-Mellor S, Qin P. Psychiatric disorder before and after exposure to violent injury: A nationwide Norwegian register-based cohort study. J Psychiatr Res. 2024 Oct 5;180:154-162. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.09.053. Epub ahead of print. PMID: 39423519.

Talevi D, Pacitti F, Rossi A, Costa M, Socci V, Rossi R. Violence in severe mental disorders: the association with age at onset and gender. Riv Psichiatr. 2023 Jan-Feb;58(1):27-29. doi: 10.1708/3964.39428. PMID: 36715580.

Kumari S, Kiran M, Chaudhury S. Severity of violence and quality of life of women with psychiatric disorders as compared to normal controls. Ind Psychiatry J. 2020 Jul-Dec;29(2):213-221.

Köhler-Forsberg O, Ge F, Hauksdóttir A, Thordardottir EB, Ásbjörnsdóttir K, Rúnarsdóttir H, Tómasson G, Jakobsdóttir J, Guðmundsdóttir B, Björnsson AS, Sigurðsson E, Aspelund T, Valdimarsdottir UA. Adverse childhood experiences and psychological functioning among women with schizophrenia or bipolar disorder: population-based study. Br J Psychiatry. 2023 Oct 18:1-7.

Özsoy F, Taşcı G, Atmaca M. Investigating the Association of Criminal Behavior With Childhood Traumas, Impulsivity, and Dominant Temperaments in Bipolar I Disorder. Prim Care Companion CNS Disord. 2022 Jul 14;24(4):21m03103. doi: 10.4088/PCC.21m03103. PMID: 35878567

Bal NB, Özalp E, Teksin MG, Kotan Z, Karslıoğlu EH, Çayköylü A. Childhood Trauma as an Environmental Determinant of Risk of Violence in Bipolar Disorder. Noro Psikiyatr Ars. 2023 Nov 14;60(4):344-349. doi: 10.29399/npa.28340. PMID: 38077849; PMCID: PMC10709710.

Panariello F, Zamparini M, Picchioni M, Nielssen OB, Heitzman J, Iozzino L, Markewitz I, Wancata J, de Girolamo G. Exposure to violence in childhood and risk of violence in adult schizophrenia: Results from a multinational study. Psychiatry Res. 2023 Aug;326:115299. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115299. Epub 2023 Jun 10. PMID: 37331069.

de Vogel V, Didden R. Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: Results from a Dutch multicenter comparative study. Res Dev Disabil. 2022 Jan 28;122:104179. doi: 10.1016/j.ridd.2022.104179. Epub ahead of print. PMID: 35101719.

Rolin SA, Lawrence RE, Dixon LB, Appelbaum PS. Violence in Psychiatric Settings: Demographic and Clinical Characteristics of Patients Who Were Targets of Aggression. J Nerv Ment Dis. 2021 Apr 1;209(4):307-310. doi: 10.1097/NMD.0000000000001311. PMID: 33764956.

Kapitel V.3

Cole et al. 2022, Patient communication ability as predictor of involuntary admission and coercive measures in psychiatric inpatient treatment . Journal of Psychiatric Research 153 (2022) 11–17

Skammeritz S, Sari N, Jiménez-Solomon O, Carlsson J. Interpreters in Transcultural Psychiatry. Psychiatr Serv. 2019 Mar 1;70(3):250-253. doi: 10.1176/appi.ps.201800107. Epub 2019 Jan 29. PMID: 30691382.

Shields MC. Patient Characteristics Associated With Admission to Low-Safety Inpatient Psychiatric Facilities: Evidence for Racial Inequities. Psychiatr Serv. 2021 May 17:appips202000657. doi: 10.1176/appi.ps.202000657. Epub ahead of print. PMID: 33993716.

Shea T, Dotson S, Tyree G, Ogbu-Nwobodo L, Beck S, Shtasel D. Racial and Ethnic Inequities in Inpatient Psychiatric Civil Commitment. Psychiatr Serv. 2022 Aug 12:appips202100342. doi: 10.1176/appi.ps.202100342. Epub ahead of print. PMID: 35959533.

Terhune J, Dykxhoorn J, Mackay E, Hollander A-C, Kirkbride JB, Dalman C (2022). Migrant status and risk of compulsory admission at first diagnosis of psychotic disorder: a population-based cohort study in Sweden. Psychological Medicine 52, 362–371. doi.org/10.1017/S0033291720002068

Anderson K, Giacco D, Bird V, Bauer M, Pfennig A, Lasalvia A, Ruggeri M, Lorant V, Nicaise P, Moskalewicz J, Welbel M, Priebe S. Do outcomes of psychiatric hospital treatment differ for migrants and non-migrants? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Nov;56(11):1957-1965. doi: 10.1007/s00127-021-02103-y. Epub 2021 May 24. PMID: 34031702; PMCID: PMC8519829.

Pedersen ML, Gildberg F, Baker J, Damsgaard JB, Tingleff EB. Ethnic disparities in the use of restrictive practices in adult mental health inpatient settings: a scoping review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022 Dec 1. doi: 10.1007/s00127-022-02387-8. Epub ahead of print. PMID: 36454269.

Payne-Gill J, Whitfield C, Beck A. The relationship between ethnic background and the use of restrictive practices to manage incidents of violence of aggression in psychiatric inpatient settings. Int J Ment Health Nurs. 2021 Jun doi: 10.1111/inm.12873. Epub ahead of print. PMID: 34180128

Smith CM, Turner NA, Thielman NM, Tweedy DS, Egger J, Gagliardi JP. Association of Black Race With Physical and Chemical Restraint Use Among Patients Undergoing Emergency Psychiatric Evaluation. Psychiatr Serv. 2021 Dec 21:appips202100474. doi: 10.1176/appi.ps.202100474. Epub ahead of print. PMID: 34932385.

Aguglia A, Corsini GP, Berardelli I, Berti A, Conio B, Garbarino N, Gnecco GB, Magni C, Venturini E, Costanza A, Amerio A, Amore M, Serafini G. Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables. Medicina (Kaunas). 2023 Oct 17;59(10):1847. doi: 10.3390/medicina59101847. PMID: 37893565; PMCID: PMC10607962.

Schmitz-Buhl, M., Gairing, S. K., Rietz, C., Häussermann, P., Zielasek, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2019). A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. BMC Psychiatry, 19(1). https://doi.org/10.1186/s12888-019-2096-5

Della Rocca, B., Luciano, M., Bello, R., Barone, E., Carbone, M., D'Arpa, A., … Fiorillo, A. (2024). Use of coercive measures in refugees and asylum seekers: a systematic review. International Review of Psychiatry, 36(7), 762–776. doi.org/10.1080/09540261.2024.2335181

Tarricone, I., Bo-East Psychiatric Admissions Study Group. (2023). Psychiatric Admission among migrants before and during pandemic: A retrospective study in acute psychiatric ward in Bologna, Italy. Journal of Immigrant and Minority Health, 25(3), 507–521. D'Andrea, G., Galatolo, M., Carloni, A. L., Descovich, C., & Muratori, R. doi.org/10.1007/S10903-023-01464-7

Collazos, F., Malagón-Amor, Á., Falgas-Bague, I., Qureshi, A., Gines, J. M., Del Mar Ramos, M., McPeck, S., Hussain, I., Wang, Y., & Alegría, M. (2020). Treating immigrant patients in psychiatric emergency rooms. Transcultural Psychiatry, 58(1), 126–139. doi. Org/10.1177/136346152091669

Kapitel V.4

Ketelsen R, Fernando S, Driessen M. Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen [Gender-Related Differences Regarding Aggressive Behaviour and Coercive Measures in Psychiatric Inpatients]. Psychiatr Prax. 2021 Aug 5. German. doi: 10.1055/a-1543-0323. Epub ahead of print. PMID: 34352895.

Rossa-Roccor V, Schmid P, Steinert T. Victimization of People With Severe Mental Illness Outside and Within the Mental Health Care System: Results on Prevalence and Risk Factors From a Multicenter Study. Front Psychiatry. 2020 Sep 8;11:563860. doi: 10.3389/fpsyt.2020.563860. PMID: 33033483; PMCID: PMC7509533.

Feeney A, Umama-Agada E, Gilhooley J, Asghar M, Kelly BD. Gender, diagnosis and involuntary psychiatry admission in Ireland: A report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS). Int J Law Psychiatry. 2019 Sep-Oct;66:101472. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101472. Epub 2019 Jul 18. PMID: 31706388.

Aguglia A, Corsini GP, Berardelli I, Berti A, Conio B, Garbarino N, Gnecco GB, Magni C, Venturini E, Costanza A, Amerio A, Amore M, Serafini G. Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables. Medicina (Kaunas). 2023 Oct 17;59(10):1847. doi: 10.3390/medicina59101847. PMID: 37893565; PMCID: PMC10607962.

Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. Acta Psychiatr Scand. 2016 Mar;133(3):221-31. doi: 10.1111/acps.12501. Epub 2015 Oct 16. PMID: 26472265.

Kapitel VI

Kapitel VI.2

Wei W, Chen L, Zhou H, Liu J, Zhang Y, Feng S, Bai Y, Leng Y, Chang E, Huang L. Safety profiles of methylphenidate, amphetamine, and atomoxetine: analysis of spontaneous reports submitted to the food and drug administration adverse event reporting system. Front Pharmacol. 2023 Aug 14;14:1208456.

Mann NK, Mathes T, Sönnichsen A, Pieper D, Klager E, Moussa M, Thürmann PA. Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 3–10. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0377

Deering K, Wagstaff C, Williams J, Bermingham I, Pawson C. Ontological insecurity of inattentiveness: Conceptualizing how risk management practices impact on patient recovery when admitted to an acute psychiatric hospital. Int J Ment Health Nurs. 2024 Apr;33(2):420-430. doi: 10.1111/inm.13245. Epub 2023 Oct

Dharma C, Bondy SJ, Sikstrom L et al.: Examining Systematic and Interpersonal Bias in Violence Risk Assessments of Patients in Acute Psychiatric Care. Psychiatric Services 2024; 76:326-35. PMID: 37882636.

Dharma C, Bondy SJ, Sikstrom L et al.: Examining Systematic and Interpersonal Bias in Violence Risk Assessments of Patients in Acute Psychiatric Care. Psychiatric Services 2024; 76:326-35.

Anderson KK, Jenson CE. Violence risk–assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. Archives of Psychiatric Nursing 33 (2019) 112–119

Mesbah H, Rafique Z, Moukaddam N, Peacock WF. Predicting aggressive behavior in psychiatric patients in emergency department: A systematic literature review. Am J Emerg Med. 2024 Jun;80:44-50. doi: 10.1016/j.ajem.2024.02.040. Epub 2024. Mar 13. PMID: 38507846.

Rechenmacher, J., Muller, G., Abderhalden, C., & Schulc, E. (2014). The diagnostic efficiency of the extended German Brøset Violence Checklist to assess the risk of violence. Journal of Nursing Measurement, 22(2), 201–212.

Välimäki M, Lantta T, Kontio R. Risk assessment for aggressive behaviour in schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2024 May 2;5(5):CD012397. doi: 10.1002/14651858.CD012397.pub2. PMID: 38695777; PMCID: PMC11064887.

Ketelsen, R., Fernando, S., & Driessen, M. (2021). Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen. Psychiatrische Praxis . https://doi.org/10.1055/a-1543-0323

Augustyn MB, Thornberry TP, Henry KL. The reproduction of child maltreatment: An examination of adolescent problem behavior, substance use, and precocious transitions in the link between victimization and perpetration. Dev Psychopathol. 2019 Feb;31(1):53-71. doi: 10.1017/S0954579418001633. PMID: 30757993; PMCID: PMC6467499.

Voulgaridou, I., & Kokkinos, C. M. (2023). Relational aggression in adolescents across different cultural contexts: A systematic review of the literature. Adolescent research review, 8(4), 457-480

Tuente, S. K., Bogaerts, S., & Veling, W. (2019). Hostile attribution bias and aggression in adults-a systematic review. Aggression and violent behavior, 46, 66-81.

Martinelli, A., Ackermann, K., Bernhard, A., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2018). Hostile attribution bias and aggression in children and adolescents: A systematic literature review on the influence of aggression subtype and gender. Aggression and violent behavior, 39, 25-32.

Parrott, D. J., & Eckhardt, C. I. (2018). Effects of alcohol on human aggression. Current opinion in psychology, 19, 1-5.

Leuschner F, Herr AT, Lutz P, Fecher L, Selzer M. Gewalt gegen Rettungsdienstpersonal [Violence against ambulance staff]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022 Oct;65(10):1051-1058. German. doi: 10.1007/s00103-022-03564-5. Epub 2022 Jul 21. PMID: 35861863; PMCID: PMC9302222.

Kumari, A; Kaur, T1; Ranjan, P1,; Chopra, S2; Sarkar, S3; Baitha, U1. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. Journal of Postgraduate Medicine 66(3):p 149-154, Jul–Sep 2020. | DOI: 10.4103/jpgm.JPGM_96_20

Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo, F., Riba, M. B., ... & Grassi, L. (2022). Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. Current psychiatry reports, 24(12), 911-924.

Ellrich, K., & Baier, D. (2016, February). 6. Police Officers as Victims of Violence: Findings of a Germany-wide Survey. In Representative studies on victimisation (pp. 139-162). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Brooks N, Barry-Walsh J. Understanding the role of grievance and fixation in lone actor violence. Front Psychol. 2022 Dec 22;13:1045694.

Felthous AR, Masood Y, Safari D, Rodgers E, Chennu N, Kahlon C, Angly M. A classification of combined homicide-suicide: An update-Part III: Extrafamilial homicide-suicide. J Forensic Sci. 2024 Jan;69(1):241-251.

Girgis RR, Rogers RT, Hesson H, Lieberman JA, Appelbaum PS, Brucato G. Mass murders involving firearms and other methods in school, college, and university settings: Findings from the Columbia Mass Murder Database. J Forensic Sci. 2023 Jan;68(1):207-211.

Cerfolio NE, Glick I, Kamis D, Laurence M. A Retrospective Observational Study of Psychosocial Determinants and Psychiatric Diagnoses of Mass Shooters in the United States. Psychodyn Psychiatry. 2022 Fall;50(3):513-528.

Klosterkötter J. Verschwörungstheorien: Ein Fall für die Psychiatrie? Fortschr Neurol Psychiatr. 2020 Oct;88(10):640-643.

Saß H. Zur Amalgamierung von Psychose, rassistischer Ideologie und Verschwörungsdenken beim Terrorakt von Hanau. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2022; 16: 101-113

Trimbur M, Amad A, Horn M, Thomas P, Fovet T. Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. J Psychiatr Res. 2021 Sep;141:214-222.

Reid Meloy J, Hoffmann J, Guldimann A, James D. The role of warning behaviors in threat assessment: an exploration and suggested typology. Behav Sci Law. 2012 May-Jun;30(3):256-79.

Guldimann A, Brunner R, Habermeyer E. Bedrohungsmanagement: deeskalieren, bevor etwas passiert. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2021; 15:229-238

Vermeulen F, van Leyenhorst M, Roex I, Schulten N, Tuzani N. Between Psychopathology and Ideology: Challenges and Practices in Interpreting Young Extremists Experiencing Mental Illness in the Netherlands. Front Psychiatry. 2022 Jan 18;12:790161.

Kuhn J, Klosterkötter J. Amoktaten: Kann die Psychiatrie etwas dagegen tun? Fortschr Neurol Psychiatr 2023; 91: 188-190

Bhui K, Otis M, Halvorsrud K, Freestone M, Jones E. Assessing risks of violent extremism in depressive disorders: Developing and validating a new measure of Sympathies for Violent Protest and Terrorism. Aust N Z J Psychiatry. 2020 Nov;54(11):1078-1085.

Kapitel VI.3

Ketelsen, R., Fernando, S., & Driessen, M. (2021). Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen. Psychiatrische Praxis . doi.org/10.1055/a-1543-0323

Augustyn MB, Thornberry TP, Henry KL. The reproduction of child maltreatment: An examination of adolescent problem behavior, substance use, and precocious transitions in the link between victimization and perpetration. Dev Psychopathol. 2019 Feb;31(1):53-71. doi: 10.1017/S0954579418001633. PMID: 30757993; PMCID: PMC6467499.

Voulgaridou, I., & Kokkinos, C. M. (2023). Relational aggression in adolescents across different cultural contexts: A systematic review of the literature. Adolescent research review, 8(4), 457-480.

Tuente, S. K., Bogaerts, S., & Veling, W. (2019). Hostile attribution bias and aggression in adults-a systematic review. Aggression and violent behavior, 46, 66-81.

Martinelli, A., Ackermann, K., Bernhard, A., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2018). Hostile attribution bias and aggression in children and adolescents: A systematic literature review on the influence of aggression subtype and gender. Aggression and violent behavior, 39, 25-32.

Parrott, D. J., & Eckhardt, C. I. (2018). Effects of alcohol on human aggression. Current opinion in psychology, 19, 1-5.

Caruso, R., Toffanin, T., Folesani, F., Biancosino, B., Romagnolo, F., Riba, M. B., ... & Grassi, L. (2022). Violence against physicians in the workplace: trends, causes, consequences, and strategies for intervention. Current psychiatry reports, 24(12), 911-924.

Leuschner F, Herr AT, Lutz P, Fecher L, Selzer M. Gewalt gegen Rettungsdienstpersonal [Violence against ambulance staff]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022 Oct;65(10):1051-1058. German. doi: 10.1007/s00103-022-03564-5. Epub 2022 Jul 21. PMID: 35861863; PMCID: PMC9302222.

Kumari, A; Kaur, T1; Ranjan, P1,; Chopra, S2; Sarkar, S3; Baitha, U1. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. Journal of Postgraduate Medicine 66(3):p 149-154, Jul–Sep 2020. | DOI: 10.4103/jpgm.JPGM_96_20

Ellrich, K., & Baier, D. (2016, February). 6. Police Officers as Victims of Violence: Findings of a Germany-wide Survey. In Representative studies on victimisation (pp. 139-162). Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Kapitel VI.4

Brooks N, Barry-Walsh J. Understanding the role of grievance and fixation in lone actor violence. Front Psychol. 2022 Dec 22;13:1045694.

Felthous AR, Masood Y, Safari D, Rodgers E, Chennu N, Kahlon C, Angly M. A classification of combined homicide-suicide: An update-Part III: Extrafamilial homicide-suicide. J Forensic Sci. 2024 Jan;69(1):241-251.

Girgis RR, Rogers RT, Hesson H, Lieberman JA, Appelbaum PS, Brucato G. Mass murders involving firearms and other methods in school, college, and university settings: Findings from the Columbia Mass Murder Database. J Forensic Sci. 2023 Jan;68(1):207-211.

Cerfolio NE, Glick I, Kamis D, Laurence M. A Retrospective Observational Study of Psychosocial Determinants and Psychiatric Diagnoses of Mass Shooters in the United States. Psychodyn Psychiatry. 2022 Fall;50(3):513-528.

Klosterkötter J. Verschwörungstheorien: Ein Fall für die Psychiatrie? Fortschr Neurol Psychiatr. 2020 Oct;88(10):640-643.

Saß H. Zur Amalgamierung von Psychose, rassistischer Ideologie und Verschwörungsdenken beim Terrorakt von Hanau. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2022; 16: 101-113

Trimbur M, Amad A, Horn M, Thomas P, Fovet T. Are radicalization and terrorism associated with psychiatric disorders? A systematic review. J Psychiatr Res. 2021 Sep;141:214-222.

Guldimann A, Brunner R, Habermeyer E. Bedrohungsmanagement: deeskalieren, bevor etwas passiert. Forens Psychiatr Psychol Kriminol 2021; 15:229-238

Vermeulen F, van Leyenhorst M, Roex I, Schulten N, Tuzani N. Between Psychopathology and Ideology: Challenges and Practices in Interpreting Young Extremists Experiencing Mental Illness in the Netherlands. Front Psychiatry. 2022 Jan 18;12:790161

Kuhn J, Klosterkötter J. Amoktaten: Kann die Psychiatrie etwas dagegen tun? Fortschr Neurol Psychiatr 2023; 91: 188-190

Bhui K, Otis M, Halvorsrud K, Freestone M, Jones E. Assessing risks of violent extremism in depressive disorders: Developing and validating a new measure of Sympathies for Violent Protest and Terrorism. Aust N Z J Psychiatry. 2020 Nov;54(11):1078-1085.

Kapitel VII

Ackermann S, Balsiger L, Salathé M (2016) Ethikstrukturen an Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz. Bioeth Forum 9:52–59. https://doi.org/10.24894/BF.2016.09012

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2022) Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. https://aem-online.de/wp-content/uploads/2023/08/Curriculum_Ethikberatung_im__Gesundheitswesen_2019-0624__geaendert_am_21.12.22_-1.pdf

Bell JAH, Salis M, Tong E et al (2022) Clinical ethics consultations: A scoping review of reported outcomes. BMC Med Ethics 23(1):99. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00832-6

Franke, Irina, Oskar Speiser, Manuela Dudeck, and Judith Streb. 2020. “Clinical Ethics Support Services Are Not as Well-Established in Forensic Psychiatry as in General Psychiatry.” *Frontiers in psychiatry* 11:186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00186

Gather J, Hempeler C, Faissner M, Vollmann J (2025) Clinical Ethics Support in Mental Healthcare. In: Helmchen H, Sartorius N, Gather J (eds.) Ethics in Psychiatry. European Contributions. 2nd edition. Dordrecht: Springer, 709-724. https://doi.org/10.1007/978-94-024-2274-0_38

Gather, J., & Scholten, M. (2024). Theoretische Grundlagen der klinischen Ethikberatung in der Psychiatrie. Der Nervenarzt, 95(9), 1026–1032. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01730-5

Löbbing, T., S. Carvalho Fernando, M. Driessen, M. Schulz, J. Behrens, and K. K. B. Kobert. 2019. “Clinical Ethics Consultations in Psychiatric Compared to Non-Psychiatric Medical Settings: Characteristics and Outcomes.” *Heliyon* 5 (1): e01192. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01192

Marckmann, G. (2015) Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann G (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Medizin.Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 15–22.

Molewijk, Bert, and Stella Reiter-Theil. 2016. “The Particular Relevance of Clinical Ethics Support in Psychiatry: Concepts, Research, and Experiences.” *Clinical Ethics* 11 (2-3): 43–44. https://doi.org/10.1177/1477750916660854.

Montaguti, Elena, Jan Schürmann, Charlotte Wetterauer, Mario Picozzi, and Stella Reiter-Theil. 2019. “Reflecting on the Reasons Pros and Cons Coercive Measures for Patients in Psychiatric and Somatic Care: The Role of Clinical Ethics Consultation. A Pilot Study.” *Frontiers in psychiatry* 10:441. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00441.

Pollmächer T, Gather J (2024) Einführung zum Thema: Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie. Nervenarzt 95: 1024-1025. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01731-4

Reiter-Theil, Stella, and Volker Dittmann. 2014. Ethische Unterstützung in der Psychiatrischen Klinik: Fragestellungen—Konzepte—Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis* 41 (7): 349–51. https://doi.org/10.1055/s-0034-1387224.

Reiter-Theil S, Schürmann J (2016) The „Big Five“ in 100 clinical ethics consultation cases. Bioeth Forum 9:60–70. https://doi.org/10.24894/BF.2016.09013

Sarropoulos, A., Schweitzer, F., Winter, S. *et al.* Ethische Fallbesprechungen vor Zwangsmedikation in der Psychiatrie. *Nervenarzt* **95**, 1043–1048 (2024). https://doi.org/10.1007/s00115-024-01734-1

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Ethische Unterstützung in der Medizin (2013). Medizin-ethische Empfehlungen.

Simon, Alfred. 2020. “Ethikberatung im Gesundheitswesen.” In *Ethik im Gesundheitswesen*, edited by Annette Riedel and Sonja Lehmeyer, 1–10. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_66-1

Steinert T Using coercion in mental disorders or risking the patient’s death? An analysis of the protocols of a clinical ethics committee and a derived decision algorithm. *Journal of Medical Ethics* 2024;**50:**552-556.

Stoll, Julia, Anna Lisa Westermair, Ulrike Kübler, Thomas Reisch, Katja Cattapan, René Bridler, Robert Maier, and Manuel Trachsel. 2022. “A Two-Center Pilot Study on the Effects of Clinical Ethics Support on Coercive Measures in Psychiatry.” *BMC psychiatry* 22 (1): 370. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04024-9.

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2023) Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen. Ethik Med 35:313–324. https://doi.org/10.1007/s00481-023-00762-w

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2024) Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ethik Med 36:191–200. https://doi.org/10.1007/s00481-024-00820-x

Wollenburg, Lisa Marie, Sylvia Claus, Christian Kieser, and Thomas Pollmächer. 2020. Zum Stand der Anwendung klinischer Ethikberatung in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis* 47 (8): 446–51. https://doi.org/10.1055/a-1179-4314.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2006) Ethikberatung in der klinischen Medizin. DtschÄrztebl103(24):A1703–1707.https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Zeko/Ethikberatung.pdf

Kapitel VIII

Zielasek, J., Orschler, T.L., Pott, M. *et al.* Psychosoziale Krisendienste – ein Spezialfall der transsektoralen Versorgung. *Nervenarzt* **96**, 551–556 (2025). https://doi.org/10.1007/s00115-025-01863-1

Kapitel IX

Kapitel IX.1

Werner-Seidler, A., Afzali, M.H., Chapman, C. et al. The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 52, 1463–1473 (2017). doi.org/10.1007/s00127-017-1440-7

Hirsch S, Baumgardt J, Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A; PreVCo Study Group; Steinert T. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence: baseline data of the randomized controlled PreVCo study. Front Psychiatry. 2023 May 11;14:1130727.

Nienaber A, Heinz A, Rapp MA, Bermpohl F, Schulz M, Behrens J, Löhr M. Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. Nervenarzt. 2018 Jul;89(7):821-827.

Kodal JS, Kjær JN, Larsen ER. Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. Nord J Psychiatry. 2018 Feb;72(2):103-108.

Woodnutt S, Hall S, Libberton P, Flynn M, Purvis F, Snowden J. Analysis of England's incident and mental health nursing workforce data 2015-2022. JPsychiatr Ment Health Nurs. 2024 Oct;31(5):716-728.

Johnson C, Delaney KR, Cirpili A, Marriott S, O'Connor J. American Psychiatric Nurses Association Position: Staffing Inpatient Psychiatric Units. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2024 Sep-Oct;30(5):886-895.

Barr L, Heslop K, Wynaden D, Albrecht M. Nursing staff composition and ist influence on seclusion in an adult forensic mental health inpatient setting: The truth about numbers. Arch Psychiatr Nurs. 2022 Dec;41:333-340.

O'Donoghue J, Young M. Impact of a high observation ward on seclusion and restraint episodes. Ir J Psychol Med. 2022 Sep 9:1-2. doi: 10.1017/ipm.2022.42. Epub ahead of print. PMID: 36081189.

van Melle AL, Gerritsen S, Zomer LJC, Noorthoorn EO, Mulder CL, Widdershoven GAM, Voskes Y. High en intensive care als een volgende stap in dwangreductie [High and intensive care as a next step in the reduction of coercion]. TijdschrPsychiatr. 2021;63(5):351-357.

McKeown M, Thomson G, Scholes A, Jones F, Baker J, Downe S, Price O, Greenwood P, Whittington R, Duxbury J. "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2019 Jun;26(5-6):131-141.

Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. International journal of mental health systems, 15(1), 37.

Bjørkly, S. (2000). High-Risk Factors for Violence. In: Hodgins, S. (eds) Violence among the Mentally III. NATO Science Series, vol 90. Springer, Dordrecht. doi.org/10.1007/978-94-011-4130-7_13

Van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. The British Journal of Psychiatry, 202(2), 142-149.

Rixe, J., Neumann, E., Bosch, M. M., Schulz, M., Juckel, G. & Driessen, M. (2024). In-terventionen bei sich zuspitzenden Krisensituationen in der stationären akutpsy-chiatrischen Behandlung – Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung von Behandlungsvereinbarungen. Psychiatrische Praxis, eFirst 07.10.2024. doi.org/10.1055/a-2388-8955

Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bermpohl, F., Rentzsch, J., Lehmann, A. & Montag, C. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. Psychiatrische Praxis, 44(6), 316-322. doi.org/10.1055/s-0042-105861

Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern, hrsg. Vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, August 20222 Autoren: Schmitt-Schäfer, Brieger, Henking. Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J. (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? Psychiatr Prax. 2020 Oct;47(7):370-375.

Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness - longitudinal results from an observational study: „...findings strongly argue for a preference-driven provision of housing rehabilitation services and to end the institutionalisation of persons with SMI….“ (Adamus et al 2024)

Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bermpohl, F., Rentzsch, J., Lehmann, A. & Montag, C. (2017). Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. Psychiatrische Praxis, 44(6), 316-322. doi.org/10.1055/s-0042-105861

Miodownik C, Friger MD, Teitelbaum A, Demchuk N, Zhuk A, Agababa T, Sokolik S, Lerner PP, Calfon N, Lerner V. Risk factors for coercion length at psychiatric hospitals in Israel: Relationship with staff. Indian J Psychiatry. 2024 Jan;66(1):36-42. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_814_22.
Epub 2024 Jan 25. PMID: 38419935; PMCID: PMC10898533.

Kapitel IX.2

Simone Agnes Efkemann, Johannes Bernard, Janice Kalagi, Ina Otte, Bianca Ueberberg, Hans-Jörg Assion, Swantje Zeiß, Peter W. Nyhuis, Jochen Vollmann, Georg Juckel, Jakov Gather (2019) Ward Atmosphere and Patient Satisfaction in Psychiatric Hospitals With Different Ward Settings and Door Policies. Results From a Mixed Methods Study, 10.3389/fpsyt.2019.00576

Philine Fabel, Theresa Wolf, Helena Zyber, Julian Rubel and Maria C. Jockers-Scherübl (2023), Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry—Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients, 10.3389/fpubh.2023.1118522

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Stefanie Kristiane Gairing, Tilo Krämer, Manuela Förster & Mario Schmitz-Buhl , Öffnung einer psychiatrischen Akutstation als komplexe Intervention (2019), https://doi.org/10.1007/s00115-019-0734-2

Guru S. Gowda, Abel Thamby, Vinay Basavaraju, R. Nataraja, Channaveerachari Naveen Kumar, Suresh Bada Math, Prevalence and Clinical and Coercion Characteristics of Patients who Abscond during Inpatient Care from Psychiatric Hospital (2019), 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_188_18

Lisa Hochstrasser, Daniela Fröhlich, Julian Moeller, Andres R. Schneeberger, Stefan Borgwardt, Undine E. Lang, Christian G., Huber, Patient-related characteristics or local tradition: what predicts the admission to a locked ward or the use of coercive measures in psychiatric inpatient treatment? (2024), https://doi.org/10.1007/s00406-024-01936-3

Anne-Marthe Rustad Indregard, PhDamin@lds.noHans Martin Nussle, MS Milada Hagen, PhD Per Olav Vandvik, MD PhD Martin Tesli, MD PhD, Jakov Gather MD, Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway (2024), https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00039-7

Eva Kowalinski, Lisa Hochstrasser, Andres R. Schneeberger, Stefan Borgwardt, Undine E. Lang & Christian G. Huber, Sechs Jahre "offene Türen" an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (2019), https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-3

JanaS. Krückl, Julian Moeller, Lukas Imfeld, Sabine Schädelin, Lisa Hochstrasser, Roselind Lieb, Undine E. Lang and Christian G. Hube,The association between the admission to wards with open- vs. closed-door policy and the use of coercive measures (2023), 10.3389/fpsyt.2023.1268727

Giovanni Napoli, Marcella Cannone, Marco Garzitto, Marco Colizzi, Matteo Balestrieri , Prevalence and Risk Factors for Absconding from an Open-Door, No-Restraint Inpatient Psychiatric Unit: A Single-Center Study in Italy (2023), https://doi.org/10.3390/bs13010058

Lisa K. Schreiber, Florian G. Metzger, Erich Flammer, Heike Rinke, Andreas J. Fallgatter and Tilman Steinert, Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards (2022), https://doi.org/10.1186/s12913-022-08322-6

Bianca Ueberberg, Niklas Lübbeling, Hans-Jörg Assionm, Impact of the concept of “Open Doors” on coercive measures - A pre-/post- comparison (2025), https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.03.039

Theresa Wolf, Philine Fabel, Adrian Kraschewski and Maria C. Jockers-Scherüb, From Wish to Reality: Soteria in Regular Care—Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry (2021), 10.3389/fpsyt.2021.685779

Klaus Mann, Sonja Gröschel, Susanne Singer, Jörg Breitmaier, Sylvia Claus, Markus Fani, Stephan Rambach, Hans-Joachim Salize and Klaus Lieb, Evaluation of coercive measures in different psychiatric hospitals: the impact of institutional characteristics (2021), https://doi.org/10.1186/s12888-021-03410-z

Kapitel IX.3

Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. Psychiatry Res. 2012 Dec 30;200(2-3):939-44. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.012. Epub 2012 May 8. PMID: 22575342.

Bolsinger J, Jaeger M, Hoff P, Theodoridou A. Challenges and Opportunities in Building and Maintaining a Good Therapeutic Relationship in Acute Psychiatric Settings: A Narrative Review. Front Psychiatry. 2020 Jan 15;10:965. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00965. PMID: 32009995; PMCID: PMC6974619.

Hahn, S. (2023). Beziehung und Interaktion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), Lehrbuch Psychiatrische Pflege (4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 334-382). Hogrefe.

Walter, G., Nau, J. & Oud, N. (2019). Grundprinzipien der Kommunikation und Deeskalation. In J. Nau, G. Walter & N. Oud (Hrsg.), Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 141-154)

Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. & Priebe, S. (2014). Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpa-tients. Journal of Medical Ethics, 40(12), 832–836. doi.org/10.1136/me-dethics-2011-100370

Gudde, C. B., Olsø, T. M., Whittington, R. & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. Journal of multidisciplinary healthcare, 8, 449-462. doi.org/10.2147/JMDH.S89486

Askew, L., Fisher, P. & Beazley, P. (2019). What are adult psychiatric inpatients' experience of seclusion: A systematic review of qualitative studies. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 26(7-8), 274-285. doi.org/10.1111/jpm.12537.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. Frontiers in psychiatry, 10, 491. doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491

Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24(9-10), 681-698. doi.org/10.1111/jpm.12410

Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. Acta Psychiatr Scand. 2016 Mar;133(3):221-31. doi: 10.1111/acps.12501. Epub 2015 Oct 16. PMID: 26472265.

AFG-PsyP, Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft. (2019). Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen. vfp-apsi.ch/fileadmin/user_upload/Intensivbetreuung_erwaschsener_Menschen_in_psychiatrischer_Behandlung_AFG_PsyP.pdf

Reen, G. K., Bailey, J., Maughan, D. L. & Vincent, C. (2020). Systematic review of interventions to improve constant observation on adult inpatient psychiatric wards. International journal of mental health nursing, 29(3), 372-386. doi.org/10.1111/inm.12696

Kapitel IX.5

Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G. et al. Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsbl 62, 214–221 (2019). doi.org/10.1007/s00103-018-2875-z

Utschakowski J (2016) Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. Das Projekt EX-IN. In: Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A (Hrsg) Vom Experten aus Erfahrung. Peer-Arbeit in der Psychiatrie.Psychiatrie-Verlag,Bonn,S82–92

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB et al (2008) Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. J Ment Health 17(3):255–267

Lloyd-EvansB,Mayo-WilsonE,HarrisonB(2014)A systematic review and meta-analysis of random ised controlled trials of peer support for people withseverementalillness.BMCPsychiatry14:39

Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM et al (2017)Peer-basedhealthinterventionsforpeople withseriousmentalillness: asystematicliterature review.JPsychRes84:80–89

Pitt V, Lowe D, Hill S (2013) Consumer-providers of careforadultclients of statut or mental health services. CochraneDatabaseSystRev3:CD4807

Henderson C, Farrelly S, Moran P, Borschmann R, Thornicroft G, Birchwood M (2015) Joint crisis planning in mental health care: The challenge of implementation in randomized trials and in routinecare.WorldPsychiatry14(3):281–283

Plunkett, R. & Kelly, B.D. (2021) Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. International Journal of Law and Psychiatry, 75, 101672. Available from: doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101672

Sugiura, K., Pertega, E. & Holmberg, C. (2020) Experiences of in voluntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. International Journal of Law and Psychiatry, 73, 101645. Available from: doi.org/10. 1016/j.ijlp.2020.101645

Nott, J., Mcintosh, A., Taube, C., & Taylor, M. (2018). Shared decision-making in psychiatry: A study of patient attitudes. Australasian Psychiatry, 26(5), 478-481.

Kapitel IX.6

Gloeckler S, Scholten M, Weller P, Keene AR, Pathare S, Pillutla R, Andorno L, Biller-Andorno N. An International Comparison of Psychiatric Advance Directive Policy: Across eleven jurisdictions and alongside advance directive policy. Int J Law Psychiatry. 2025 Jul-Aug;101:102098. doi: 10.1016/j.ijlp.2025.102098. Epub 2025 May 19. PMID: 40393386.

Gaillard AS, Braun E, Vollmann J, Gather J, Scholten M. The Content of Psychiatric Advance Directives: A Systematic Review. Psychiatr Serv. 2023 Jan 1;74(1):44-55. doi: 10.1176/appi.ps.202200002. Epub 2022 Aug 30.

Jacqueline Rixe1,2 , Eva Neumann3, 4, Marnie Melissa Bosch1, Michael Schulz5, Georg Juckel4, Martin Driessen1 Interventionen bei sich zuspitzenden Krisensituationen in der stationären akutpsychiatrischen Behandlung – Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung von Behandlungsvereinbarungen Psychiat Prax 2024; 51: 441–444

Henderson et al. Informed, advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomised controlled trial of joint crisis plans: demand, content and correlates BMC Psychiatry (2017) 17:376

Avila A, Leeper E. Assessment of barriers to effective use of psychiatric advance directives: Providers' knowledge and attitudes. Psychol Serv. 2022 May;19(2):271-282.

Domingues VN, Castro L, Monteiro MD, Cordero da Silva JA, Rego F and Rego G (2022) Advance Directives: Knowledge of the Topic Among Psychiatrists. Front. Public Health 10:82257

Hotzy F, Cattapan K, Orosz A, Dietrich B, Steinegger B, Jaeger M, Theodoridou A, Bridler R. Psychiatric advance directives in Switzerland: Knowledge and attitudes in patients compared to professionals and usage in clinical practice.Int J Law Psychiatry. 2020 Jan-Feb;68:101514.

Radenbach K, Falkai P, Weber-Reich T, Simon A. Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. J Med Ethics. 2014 May;40(5):343-5.

Weide A, Vrinssen J, Karasch O, Blumenröder T, Staninska A, Engemann S, Banger M, Grümmer M, Marggraf R, Muysers J, Rinckens S, Scherbaum N, Supprian T, Tönnesen-Schlack A, Mennicken R, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie – reale Praxis in einem Verbund psychiatrischer Kliniken. Nervenarzt. 2023 Jan;94(1):18-26.

Braun E, Gaillard AS, Vollmann J, Gather J, Scholten M. Mental Health Service Users' Perspectives on Psychiatric Advance Directives: A Systematic Review. Psychiatr Serv. 2023 Apr 1;74(4):381-392.

Michele M. Easter, Ph.D., Jeffrey W. Swanson, Ph.D., Allison G. Robertson, Ph.D., M.P.H., Lorna L. Moser, Ph.D., Marvin S. Swartz, M.D. Facilitation of Psychiatric Advance Directives by Peers and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams Psychiatric Services 68:7, July 2017

Aurélie Tinland, MD, PhD; Sandrine Loubière, PhD; Frederic Mougeot, PhD; Emmanuelle Jouet, PhD; Magali Pontier, MD; Karine Baumstarck, MD, PhD; Anderson Loundou, PhD; Nicolas Franck, MD, PhD; Christophe Lançon, MD, PhD; Pascal Auquier, MD, PhD; for the DAiP Group Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness A Randomized Clinical Trial AMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1627 Published online June 6, 2022.

Stephenson, L., Gieselmann, A., Gergel, T., Owen, G., Gather, J., & Scholten, M. (2023). Self-binding directives in psychiatric practice: a systematic review of reasons. The Lancet Psychiatry, 10(11), 887-895.

Stephenson L, Gieselmann A, Gergel T, Owen G, Gather J, Scholten M. Self- binding directives in psychiatric practice: a systematic review of reasons. Lancet Psychiatry. 2023 Nov;10(11):887-895

Goulet MH, Sergerie-Richard S, Dostie M, Drouin JS, Vigneault L, Genest C. Joint Crisis Plan in Mental Health Settings: A Reflective Process More than an Intervention Tool?

Rixe J, Neumann E, Möller J, Macdonald L, Wrona E, Bender S, Schormann M, Juckel G, Driessen M: Joint crisis plans and crisis cards in inpatient psychiatric treatment—a multicenter randomized controlled trial Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 125–32.

Kapitel IX.8

Steinert T. Ambulante Behandlungsweisungen. Kommentar zu Zinkler et al. R&P 2/2024. Recht und Psychiatrie 42: 145-146 (2024)

Zinkler, M., Weinmann, S., von Peter, S., & Aderhold, V. (2024). Ambulante Behandlungsweisungen–kritische Erörterung der Wirksamkeit und rechtliche Einordnung im Hinblick auf eine menschrechtskonforme Reform der Versorgungsstrukturen. Recht & Psychiatrie, 42(2), 64-74.

Weich, Scott u.a. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observatio nal study, in: National Institute for Health and Care (NIHR) Journals Library, Februar 2020, abruf bar unter pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119232.

Kisely S, Bull C, Gill N (2025) A systematic review and meta-analysis of the effect of community treatment orders on aggression or criminal behaviour in people with a mental illness. Epidemiology and Psychiatric Sciences 34, e12, 1–11. doi. org/10.1017/S2045796025000058

Barnett, Phoebe u. a. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic re view and meta-analysis, in: Lancet Psychiatry, 5 (2018), S. 1013-1022, abrufbar unter sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036618303821?via=ihub.

Kisely, Steve u. a. (2023). Benefits following community treatment orders have an inverse relati onship with rates of use: meta-analysis and meta-regression, in: The British Journal of Psychiatry Open 14; 9 (3), April 2023, S. 1-12, abrufbar unter ncbi.nlm.nih.gov/pmc/artic les/PMC10134313/.

Weich, Scott u.a. (2020). Use of community treatment orders and their outcomes: an observatio nal study, in: National Institute for Health and Care (NIHR) Journals Library, Februar 2020, abruf bar unter pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119232

Kisely S, Trott M, Iyer R. Canadian Studies on the Effectiveness of Community Treatment Orders: An Updated Systematic Review of Quantitative Data: Études canadiennes sur l'efficacité des ordonnances de traitement en milieu communautaire : mise à jour d'un examen systématique des données quantitatives. Can J Psychiatry. 2025 May 15:7067437251339215. doi: 10.1177/07067437251339215. Epub ahead of print. PMID: 40370101; PMCID: PMC12081430.

Vergunst, Francis u. a. (2017). Community treatment orders and social outcomes for patients with psychosis: a 48-month follow-up study, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52 (2017), S. 1375–1384, abrufbar unter link.springer.com/article/10.1007/s00127-017-1442-5.

Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 17;3(3):CD004408. doi: 10.1002/14651858.CD004408.pub5. PMID: 28303578; PMCID: PMC6464695.

Rugkåsa, Jorun und Tom Burns (2017). Community treatment orders: Are they useful?, in: British Journal of Psychiatry Advances, 23(4), S. 222-230, abrufbar unter cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/community-treatment-orders are-they-useful/3729AB1BC2DE3E105D0A0BF83C4B84CF.

Kisely S, Bull C, Gill N (2025) A systematic review and meta-analysis of the effect of community treatment orders on aggression or criminal behaviour in people with a mental illness. Epidemiology and Psychiatric Sciences 34, e12, 1–11. doi. org/10.1017/S2045796025000058

Osterheider M. Untersuchung von Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der forensischpsychiatrischen Ambulanzen im Freistaat Bayern. Wissenschaftliche Evaluation Förderkennzeichen: IV5/2185-1/2 Abschlussbericht für das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauenwww.zbfs.bayern.de/imperia/md/content/zbfs_intranet/produktgruppe_x/abschlussbericht_evaluation_forensisch_psychiatrischer_ambulanzen_bayern_26.06.16.pdf

Corring D, O'Reilly R, Sommerdyk C. A systematic review of the views and experiences of subjects of community treatment orders. Int J Law Psychiatry. 2017 May-Jun;52:74-80. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.03.002. Epub 2017 Mar 18. PMID: 28325533.

Goulet M-H, Pariseau-Legault P, Côté C, Klein A and Crocker AG (2020) Multiple Stakeholders' perspectives of involuntary treatment orders: A meta-synthesis of the qualitative evidence toward an exploratory model. International Journal of Forensic Mental Health 19, 18–32.

Kapitel X

Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H, Darzi A, Archer S. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. BMJ Open. 2019 Dec 23;9(12):e030230. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030230. PMID: 31874869; PMCID: PMC7008434.

Kapitel X.2

National Institute for Health and Welfare: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2019. Tilastoraportti: 53/2020, (2020)

Belayneh Z, Chavulak J, Lee DA, Petrakis M, Haines TP. Methodological Issues in Measuring Restrictive Care Practices (Mechanical/physical restraint, Chemical restraint and Seclusion) in Adult Mental Health Inpatient Units: A Systematic Review of Recent Literature. J Clin Nurs. 2024 Dec 9. doi: 10.1111/jocn.17588. Epub ahead of print. PMID: 39653688.

Guzman-Parra J, Aguilera-Serrano C, Huizing E, Bono del Trigo A, Villagrán J M, García-Sánchez J A, Mayoral-Cleries F: A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. Journal of psychiatric and mental health nursing, 28: 197-207(2021)

Janssen W A, Noorthoorn E O, Nijman H L I, Bowers L, Hoogendoorn A W, Widdershoven G A M: Differences in seclusion rates between admission wards: Does patient compilation explain? Psychiatr Q, 84: 39-52(2013)

Ketelsen R R, Schulz M, Driessen M: Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. Gesundheitswesen, 73: 105-111(2011)

Tvangsmidler og skjerming psykisk helsevern. statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonlyhttps://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/031bdc12-43f1-4a6d-974a-631473ba7016?e=false&vo=viewonly [21.06.2022]

Steinert T, Flammer E, Kurtulmuş E: Auswertung des Melderegisters für das Berichtsjahr 2020 - Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg -, ZfP Südwürttemberg, Weissenau (2020)

Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn E O: Comparison of restraint data from four countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 51: 1301-1309(2016)

Newton-Howes G, Savage M K, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S: The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. Epidemiology and psychiatric sciences, 29: e190(2020)

Noorthoorn E O, Lepping P, Janssen W A, Hoogendoorn A W, Nijman H L I, Widdershoven G A M, Steinert T: One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 50: 1857-1869(2015)

Janssen W A, Noorthoorn E O, de Vries W J, Hutschemeakers G J M, Lendemeijer H H G M, Widdershoven G A M: The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. International journal of law and psychiatry, 31: 463-470(2008)

Mental Health Commission: The Use of Restrictive Practices in Approved Centres: Activity Report 2020, Mental Health Commission, Dublin (2021)

Laukkanen E, Kuosmanen L, Selander T, Vehviläinen-Julkunen K: Seclusion, restraint, and involuntary medication in Finnish psychiatric care: a register study with root-level data. Nordic Journal of Psychiatry, 74: 439-443(2020)

Hirsch S, Baumgardt J, Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Cole C, Flammer E, Mahler L, Muche R, Sauter D, Vandamme A; PreVCo Study Group; Steinert T. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence: baseline data of the randomized controlled PreVCo study. Front Psychiatry. 2023 May 11;14:1130727. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1130727. PMID: 37252153; PMCID: PMC10213907.

di Francesco R, Steinweg B, Kronenberg P, Drohé L: Symptombelastung und Freiheitsbeschränkende Massnahmen, stationäre Psychiatrie Erwachsene, Nationaler Vergleichsbericht, Messung 2020, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und KlinikenANQ, Bern (2021)

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R: Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiat Epidemiol, 45: 889-897(2009)

van der Venne CGJM, van Meijel B, Deen M, Olff M, Mulder CL. Seclusion in an enriched environment versus seclusion as usual: A quasi-experimental study using mixed methods. PLoS One. 2021 Nov 11;16(11):e0259620. doi: 10.1371/journal.pone.0259620. PMID: 34762714

Lynge MC, Dixen ST, Johansen KS, Düring SW, U-Parnas A, Nordgaard J. Patients' experiences with physical holding and mechanical restraint in the psychiatric care: an interview study. Nord J Psychiatry. 2022 Jun 22:1-9. doi: 10.1080/08039488.2022.2087001. Epub ahead of print. PMID: 35732037

Vruwink FJ, Wierdsma A, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Mulder CL. Number of Seclusions in the Netherlands Higher in the 7 Years Since the End of a Nationwide Seclusion-Reduction Program. Front Psychiatry. 2021 Dec 3;12:778793. doi: 10.3389/fpsyt.2021.778793. PMID: 34925102; PMCID: PMC8678042

Gleerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry - a systematic review. Acta Neuropsychiatr. 2019
Oct;31(5):237-245. doi: 10.1017/neu.2019.22. PMID: 31190673

Lindekilde CR, Pedersen ML, Birkeland SF, Hvidhjelm J, Baker J, Gildberg FA. Mental health patients' preferences regarding restrictive interventions: An integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2024 May 2. doi: 10.1111/jpm.13057. Epub ahead of print. PMID: 386952

Daguman EI, Taylor A, Flowers M, Lakeman R, Hutchinson M. Outcomes of Restrictive Practice Review Meetings in an Acute Mental Health Unit: A Retrospective Before-and-After Study. Int J Ment Health Nurs. 2025 Jun;34(3):e70059. doi: 10.1111/inm.70059. PMID: 40346442

Green E, Kellett S, Gaskell C, Hobbs M. Restraint reduction during psychiatric intensive care: a controlled bi-phasic time series evaluation of a culture change intervention. BMJ Open Qual. 2025 Sep 2;14(3):e002956. doi: 10.1136/bmjoq-2024-002956. PMID: 40897463; PMCID: PMC12406904

Dawson S, Hawke A, Bulto L, Whitelaw P, Jeranyama N, Scanlan JN. Implementation of a Sensory Room in a Psychiatric Intensive Care Unit: A Mixed- Methods Study. Int J Ment Health Nurs. 2025 Aug;34(4):e70103. doi: 10.1111/inm.70103. PMID: 40745971; PMCID: PMC12314344

Lieselotte Mahler · Andreas Heinz · Ina Jarchov-Jàdi · Felix Bermpohl ·Christiane Montag · Alexandre Wullschleger. Therapeutische Haltung und Strukturen in der (offenen) Akutpsychiatrie: das Weddinger Modell. Nervenarzt doi.org/10.1007/s00115-019-0741-3

Berring, Georgaca, Hirsch et al. 2024: „Factors and Processes Facilitating Recovery from Coercion in Mental Health Services—A Meta-Ethnography. Healthcare 2024, 12(6), 628;

Wullschleger A, Vandamme A, Mielau J, Renner L, Bermpohl F, Heinz A, Montag C, Mahler L. Effect of standardized post-coercion review session on symptoms of PTSD: results from a randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2021 Sep;271(6):1077-1087. doi: 10.1007/s00406-020-01215-x. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33231771; PMCID: PMC8354865.

Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2019 doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400. eCollection 2019.

Baandrup L, Kruse M. Investigating the association of mechanical restraint with somatic harmful outcomes: national register-based study. BJPsych Open. 2024 Nov 11;10(6):e205. doi: 10.1192/bjo.2024.799. PMID: 39526428.

Hirose N, Morita K, Nakamura M, Fushimi K, Yasunaga H. Association between the duration of physical restraint and pulmonary embolism in psychiatric patients: A nested case-control study using a Japanese nationwide database. Arch Psychiatr Nurs. 2021 Oct;35(5):534-540. doi: 10.1016/j.apnu.2021.07.009.

Zhang W, Paudel D, Shi R, Yang J, Liu J, Jia Y. Pulmonary embolism incidence among patient admitted under psychiatry department: a case-control study. Front Psychiatry. 2024 Aug 16;15:1449963. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1449963.

Ishida T, Shimada M, Mizuno M, Suzuki T, Uchida H. Risk factors for venous thromboembolism among psychiatric inpatients: a case control study. J Psychiatr Res. 2025 Jul 30;190:6-10. doi: 10.1016/j.jpsychires.2025.07.001.

Khan S, Mosa A, Clayton A, McCabe S. Hand and Wrist Injuries Associated With Application of Physical Restraints: A Systematic Review. Hand (N Y). 2022 Jul 1:15589447221105548. doi: 10.1177/15589447221105548. Epub ahead of print. PMID: 35778878.

Puittinen E, Haukilahti R, Lindroos K. Alcohol use, civilian interference, and other possible risk factors for death during restraint. J Forensic Leg Med. 2024 Jul 29;106:102728. doi: 10.1016/j.jflm.2024.102728.

Varpula J, Välimäki M, Pulkkinen J, Lantta T. Patient Falls in Seclusion Rooms in Psychiatric Inpatient Care: A Sociotechnical Probabilistic Risk
Modeling Study. J Nurs Care Qual. 2022 Dec 7. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000683. Epub ahead of print. PMID: 36476941

Martinaki S, Kostaras P, Mihajlovic N, Papaioannou A, Asimopoulos C, Masdrakis V, Angelopoulos E. Psychiatric admission as a risk factor for posttraumatic stress disorder. Psychiatry Res. 2021 Nov;305:114176. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114176. Epub 2021 Aug 21. PMID: 34455217.

Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, García-Sanchez JA, García-Spínola E, Torres-Campos D, Villagrán JM, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different

coercive measures during psychiatric hospitalization. Int J Ment Health Nurs. 2019 Apr;28(2):448-456. doi: 10.1111/inm.12546. Epub 2018 Sep 21. PMID: 30239098.

Kapitel XI

Kapitel XI.1

Acharya D, Harper DG, Achtyes ED, Seiner SJ, Mahdasian JA, Nykamp LJ, Adkison L, Van der Schuur White L, McClintock SM, Ujkaj M, Davidoff DA, Forester BP. Safety and utility of acute electroconvulsive therapy for agitation and aggression in dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2015 Mar;30(3):265-73. doi: 10.1002/gps.4137. Epub 2014 May 16.

Albrecht B, Staiger PK, Hall K, Miller P, Best D, Lubman DI. Benzodiazepine use and aggressive behaviour: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2014 Dec;48(12):1096-114. doi: 10.1177/0004867414548902. Epub 2014 Sep 2.

Alexander J, Tharyan P, Adams CE, John T, Mol C, Philip J: Rapid tranquilisation of violent or agitateds patients in a psychiatric emergency setting: a pragmatic randomised trial of intramuscular Lorazepam versus haloperidol plus promethazin. British Journal of Psychiatry 2004; 185:63-69

Allen MH, Feifel D, Lesem MD et al (2011) Efficacy and safety of loxapine for inhalation in the treat¬ment of agitation in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 72:1313–1321

Andrezina R, Josiassen RC, Marcus RN, Oren DA, Manos G, Stock E, Carson WH, Iwamoto T: Intramuscular aripiprazole for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a double-blind, placebo-controlled comparison with intramuscular haloperidol. Psychopharmacology (2006) 188:281–292

Bak M, Weltens I, Bervoets C et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2019 Apr;57:78-100. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.01.014. Epub 2019 Feb 2. PMID: 30721802.

Baldaçara L, Sanches M, Cruz Cordeiro D, Parolin Jackowski A: Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. Revista Brasileira de Psiquiatria 2011; vol 33 nº 1 mar2011

Barbui C. Intramuscular haloperidol plus promethazine is more effective and safer than haloperidol alone for rapid tranquillisation of agitated mentally ill patients. Evidence-Based Mental Health 2008;11(3):86–7.

Battaglia J MS, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, Dubin W, McGlynn C, Goodman L: Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. The American Journal of Emergency Medicine 1997; 15:335-340

Belgamwar RB, Fenton M: Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 2. Art. No.: CD003729. DOI: 10.1002/14651858.CD003729.pub2.

Bieniek SA, Ownby RL, Penalver A, Domingues RA: A double-blinded study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. Pharmacotherapy 1998; 18:57-62

Citrome, L.: Comparison of Intramuscular Ziprasidone, Olanzapine, or Aripiprazole for Agitation: A Quantitative Review of Efficacy and Safety. The Journal of Clinical Psychiatry 2007. ISSN: 0160-6689.

Currier GW, Chou JC, Feifel D, Bossie CA, Turkoz I, Mahmoud RA, Gharabawi GM: Acute treatment of psychotic agitation: A randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65:386-94

Dorevitch A, Katz N, Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A: Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behavior. American Journal of Psychiatry 1999; 156:142-144

Foster S, Kessel J, Berman ME, Simpson GE: Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquillisation in a psychiatric emergency room setting. International Clinical Psychopharmacology 1997; 12:175-179

Garza-Trevino ES, Hollister LE, Overall JE, Alexander WF: Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation. American Journal of Psychiatry 1989; 146:1598-1601

Gillies D, Sampson, S, Beck A, Rathbone J: Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; Issue 4. Art. No.: CD003079. DOI: 10.1002/14651858.CD003079.pub3.

Hsu WY, Huang SS, Lee BS, Chiu NY: Comparison of intramuscular olanzapine, orally disintegrating olanzapine tablets, oral risperidone solution, and intramuscular haloperidol in the management of acute agitation in an acute care psychiatric ward in Taiwan. J Clin Psychopharmacol. 2010 Jun;30(3):230-4. doi:10.1097/JCP.0b013e3181db8715.

Huang CL, Hwang TJ, Chen YH, Huang GH, Hsieh MH, Chen HH, Hwu HG: Intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus lorazepam for the treatment of acute schizophrenia with agitation: An open-label, randomized controlled trial. J Formos Med Assoc. 2015 May;114(5):438-45. doi: 10.1016/j.jfma.2015.01.018. Epub 2015 Mar 17.

Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD005146. DOI: 10.1002/14651858.CD005146.pub3.
Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D: Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ. 2011 Jul 15;343:d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065.

Kishi T, Matsunaga S, Iwata N: Intramuscular olanzapine for agitated patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Res. 2015 Sep;68:198-209. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.07.005. Epub 2015 Jul 6.

Kittipeerachon M, Chaichan W. Intramuscular olanzapine versus intramuscular aripiprazole for the treatment of agitation in patients with schizophrenia: A pragmatic double-blind randomized trial. Schizophr Res. 2016 Oct;176(2-3):231-8. doi: 10.1016/j.schres.2016.07.017. Epub 2016 Jul 25.

Kohen I, Preval H, Southhard R, Francis A: Naturalistic study of intramuscular ziprasidone versus conventional agents in agitated elderly patients: retrospective findings from a psychiatric emergency service. American Journal of Geriatric Pharmacotherapy 2005; 3:240-245

Kwentus J, Riesenberg RA, Marandi M et al (2012) Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, pla¬cebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. Bipolar Disord 14:31–40

Lavania S, Praharaj SK, Bains HS, Sinha V, Kumar A. Efficacy and Safety of Levosulpiride Versus Haloperidol Injection in Patients With Acute Psychosis: A Randomized Double-Blind Study. Clin Neuropharmacol. 2016 Jul-Aug;39(4):197-200. doi: 10.1097/WNF.0000000000000161.

Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenberg RA et al (2011) Rapid acute treatment of agitation in indi¬viduals with schizophrenia: multicentre, randomi¬sed, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Br J Psychiatry 198:51–58

Marder SR, Sorsaburu S, Dunayevich E, Karagianis JL, Dawe IC, Falk DM, Dellva MA, Carlson JL, Cavazzoni PA, Baker RW: Case reports of postmarketing adverse event experiences with olanzapine intramuscular treatment in patients with agitation. J Clin Psychiatry. 2010 Apr;71(4):433-41. doi: 10.4088/JCP.08m04411gry. Epub 2010 Feb 9.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK): Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings: Updated edition. London: British Psychological Society; 2015.

Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE. Haloperidol for psychosis induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database Syst Rev 2017;7: CD009377.

Ostinelli EG, Hussein M, Ahmed U, Rehman FU, Miramontes K, Adams CE. Risperidone for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 10;4(4):CD009412. doi: 10.1002/14651858

Ostinelli EG, Jajawi S, Spyridi S, Sayal K, Jayaram MB. Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jan 8;1(1):CD008074. doi: 10.1002/14651858.CD008074.

Paris, G., Bighelli, I., Deste, G., Siafis, S., Schneider-Thoma, J., Zhu, Y., ... & Leucht, S. (2021). Short-acting intramuscular second-generation antipsychotic drugs for acutely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders. A systematic review and network meta-analysis. Schizophrenia Research, 229, 3-11.

Pascual JC, Madre M, Soler J, Barrachina J, Campins MJ, Alvarez E, Perez V: Injectable atypical antipsychotics for agitation in borderline personality disorder. Pharmacopsychiatry 2006; 39:117-118

Powney MJ, Adams CE, Jones H: Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; Issue 11. Art. No.: CD009377. DOI: 10.1002/14651858.CD009377.pub2.

Pratts M, Citrome L, Grant W, Leso L, Opler LA: A single-dose, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of sublingual asenapine for acute agitation. Acta Psychiatr Scand. 2014 Jul;130(1):61-8. doi: 10.1111/acps.12262. Epub 2014 Mar 10.

Tran-Johnson, TK; Sack, DA et al.: Efficacy and Safety of Intramuscular Aripiprazole in Patients With Acute Agitation: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. The Journal of Clinical Psychiatry 2007. ISSN: 0160-6689.

Ujkaj M, Davidoff DA, Seiner SJ, Ellison JM, Harper DG, Forester BP. Safety and efficacy of electroconvulsive therapy for the treatment of agitation and aggression in patients with dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 2012 Jan;20(1):61-72. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182051bbc.

Walther S et al. Rapid Tranquilization of Severely Agitated Patients With
Schizophrenia Spectrum Disorders. A Naturalistic, Rater-Blinded, Randomized, Controlled Study With Oral Haloperidol, Risperidone, and Olanzapine. J Clin Psychopharmacol 2014;34: 124Y128

Wilson MP, MacDonald K, Vilke GM, Feifel D: A comparison of the safety of olanzapine and haloperidol in combination with benzodiazepines in emergency department patients with acute agitation. J Emerg Med. 2012 Nov;43(5):790-7. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.024. Epub 2011 May 20.

Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, Zhao S, Gillies D. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Dec 8;12(12):CD003079. doi: 10.1002/14651858.CD003079.pub4. PMID: 29219171; PMCID: PMC6486117.

Zimbroff DL, Marcus RN, Manos G, Stock E, McQuade RD, Auby P, Oren DA: Management of Acute Agitation in Patients With Bipolar Disorder Efficacy and Safety of Intramuscular Aripiprazole. Journal of Clinical Psychopharmacology Volume 27, Number 2, April 2007. DOI: 10.1097/JCP.0b13e318033bd5e

Kapitel XI.2

Faay MDM, Czobor P, Sommer IEC. Efficacy of typical and atypical antipsychotic medication on hostility in patients with psychosis-spectrum disorders: a review and meta-analysis. Neuropsychopharmacology. 2018 Nov;43(12):2340-2349. doi: 10.1038/s41386-018-0161-2.

Wang G, Huang H, Wang Y, Yang Y, Li C, Luo S, Li Y. A randomized, prospective, active-controlled study comparing intramuscular long-acting paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia at risk of violent behavior. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2024 Feb 8;129:110897.

Faden J, Citrome L. A systematic review of clozapine for aggression and violence in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Schizophr Res. 2024 Jun;268:265-281. doi: 10.1016/j.schres.2023.11.008.

Gorman G, Ellis A. The role of electroconvulsive therapy in the treatment of violence in patients with major mental illness: A systematic literature review. Australas Psychiatry. 2025 Jul 1:10398562251353667. doi:10.1177/10398562251353667. Epub ahead of print. PMID: 40591352.

DGPPN. Zugang zur Elektrokonvulsionstherapie bei Menschen mit fehlender Einwilligungsfähigkeit und als Behandlung gegen den natürlichen Willen (ärztliche Zwangsmaßnahme). Stellungnahme vom 24.02.2025. Im Internet: 2025-02-24_DGPPN-STN EKT und Zwang_FIN.pdf

Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, Kongerslev MT, Völlm BA, Mattivi JT, Faltinsen E, Todorovac A, Jørgensen MS, Callesen HE, Sales CP, Schaug JP, Simonsen E, Lieb K. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Nov 14;11(11):CD012956. doi: 10.1002/14651858.

Khalifa NR, Gibbon S, Völlm BA, Cheung NH-Y, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 9. Art. No.: CD007667. DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub3.

Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Dec 17;12(12):CD013304. doi: 10.1002/14651858.CD013304.pub2. PMID: 34918337; PMCID: PMC8678509.

Marinheiro G, Dantas JM, Mutarelli A, Menegaz de Almeida A, Monteiro GA, Zerlotto DS, Telles JPM. Efficacy and safety of brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer's disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. Neurol Sci. 2024 Oct;45(10):4679-4686. doi: 10.1007/s10072-024-07576-8. Epub 2024 May 20. PMID: 38763935.

Kongpakwattana K, Sawangjit R, Tawankanjanachot I, Bell JS, Hilmer SN, Chaiyakunapruk N. Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2018 Jul;84(7):1445-1456. doi: 10.1111/bcp.13604. Epub 2018 May 14. PMID: 29637593; PMCID: PMC6005613.

Barrett BF, Wehmeyer M, Kolb J, Ostermann T, Sappok T. Impact of the emotional development approach on psychotropic medication in adults with intellectual and developmental disabilities: a retrospective clinical analysis. J Intellect Disabil Res. 2024 Aug;68(8):941-953. doi: 10.1111/jir.13136. Epub 2024 Mar 28. PMID: 38545626.

Seidel M. Assistenz im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 120 | Heft 12 | 24. März 2023.

Seidel M. Assistenz im Krankenhaus - Leistungen der Eingliederungshilfe. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 120 | Heft 16 | 21. April 2023

Mühlbauer V, Möhler R, Dichter MN, Zuidema SU, Köpke S, Luijendijk HJ. Antipsychotics for agitation and psychosis in people with Alzheimer's disease and vascular dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Dec 17;12(12):CD013304. doi: 10.1002/14651858.CD013304.pub2. PMID: 34918337; PMCID: PMC8678509
Marinheiro G, Dantas JM, Mutarelli A, Menegaz de Almeida A, Monteiro GA,

Zerlotto DS, Telles JPM. Efficacy and safety of brexpiprazole for the treatment of agitation in Alzheimer's disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. Neurol Sci. 2024 Oct;45(10):4679-4686. doi: 10.1007/s10072-024-07576-8. Epub 2024 May 20. PMID: 38763935.

Kongpakwattana K, Sawangjit R, Tawankanjanachot I, Bell JS, Hilmer SN, Chaiyakunapruk N. Pharmacological treatments for alleviating agitation in dementia: a systematic review and network meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2018 Jul;84(7):1445-1456. doi: 10.1111/bcp.13604. Epub 2018 May 14. PMID: 29637593; PMCID: PMC6005613.

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Ann Intern Med. 2019;171(9):633-42.doi:10.7326/M19 0993.

Leng M, Zhao Y, Wang Z. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta analysis. Int J Nurs Stud. 2020;102:103489.doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103489

Mohler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):CD009812.doi:10.1002/14651858.CD009812.pub2.

https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen_2025-07.pdf

Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al. Comparative Efficacy of Interventions for Aggressive and Agitated Behaviors in Dementia: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Ann Intern Med. 2019;171(9):633-42.doi:10.7326/M19 0993

Leng M, Zhao Y, Wang Z. Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta analysis. Int J Nurs Stud. 2020;102:103489.doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103489

Mohler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):CD009812.doi:10.1002/14651858.CD009812.pub2

Graf, S., Hediger, H., & Knüppel Lauener, S. (2020). Delir im Akutspital – Pflegeaufwand und Sturzrisiko: Eine Routinedatenanalyse. Pflege, 33(3), 133–142. doi.org/10.1024/1012-5302/a000737

Rollnik, J. D., Witte, A., Volke, C., & Schmidt, S. B. (2019). Spezielle technische Hilfsmittel zum Eigenschutz von Patienten. Neurologie & Rehabilitation, 25(4), 229–232

Savaskan, E., Baumgartner, M., Georgescu, D., Hafner, M., Hasemann, W., Kressig, R. W., Popp, J., Rohrbach, E., Schmid, R., & Verloo, H. (2016). Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Praxis, 105(16), 941–952. doi.org/10.1024/1661-8157/a002433

Kapitel XII

Kapitel XII.1

Schwarz J, Bärkås A, Charlotte Blease C, Collins L, Hägglund M, Markham S, Hochwarter S. Sharing Clinical Notes and Electronic Health Records With People Affected by Mental Health Conditions: Scoping Review. JMIR Ment Health 2021 | vol. 8 | iss. 12 | e34170 | p. 1

Blease C, Kharko A, Hägglund M, O'Neill, S, Wachenheim D, Salmi L, et al. The benefits and harms of open notes in mental health: A Delphi survey of international experts. PLoS ONE 16: e0258056. doi.org/10.1371/journal.pone.0258056.

Blease C, Dong Z, Torous J, Walker J, Hägglund M, DesRoches CM. Association of Patients Reading Clinical Notes With Perception of Medication Adherence Among Persons With Serious Mental Illness. JAMA Network Open. 2021;4(3):e212823. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.2823.

Stürner, L., Henking, T., Juckel, G., Gather, J., Steinert, T. (2025), Zwangsbehandlungen nach dem Betreuungsrecht in psychiatrischen Kliniken in Deutschland: Ergebnisse einer Online-Umfrage. DOI: 10.1055/a-2463-9581

Iennaco JD, Whittemore R, Dixon J. Aggressive Event Incidence using the Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R): A Longitudinal Study. Psychiatr Q. 2017 Sep;88(3):485-499.

Verlinde AA, Noorthoorn EO, Snelleman W, van den Berg H, Snelleman-van der Plas M, Lepping P. Seclusion and enforced medication in dealing with aggression: A prospective dynamic cohort study. Eur Psychiatry. 2017 Jan;39:86-92.

Eisele F, Flammer E, Steinert T. Incidents of aggression in German psychiatric hospitals: Is there an increase? PLoS One. 2021 Jan 5;16(1):e0245090.

Čelofiga A, Koprivšek J, Gregorič Kumperščak H, Kores Plesničar B. Incidence, Severity and Characteristics of Patients' Aggression in Acute Psychiatric Wards: Data from a Slovenian National Survey. Zdr Varst. 2023 Oct 4;62(4):190-197.

Benning L, Teepe GW, Kleinekort J, Thoma J, Röttger MC, Prunotto A, Gottlieb D, Klöppel S, Busch HJ, Hans FP. Workplace violence against healthcare workers in the emergency department - a 10-year retrospective single-center cohort study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2024 Sep 16;32(1):88.

Kastner, Peter, Zur Rolle der Volksanwartschaft in Österreich, Recht & Psychiatrie 2025, 72

https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/5on0d/empfehlungen_des_npm_2023.pdf