

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

(Kurzversion – Fassung vom 10.09.2018)

AWMF-Register Nr. 038-022

Herausgebende Fachgesellschaft:

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

Steuerungsgruppe:

Federführend

Prof. Dr. med. Tilman Steinert

ZfP Weissenau,
Abteilung Psychiatrie I
der Universität Ulm
Ravensburg/Ulm

Redaktion

Dr. med. Sophie Hirsch

ZfP Weissenau,
Abteilung Psychiatrie I
der Universität Ulm
Ravensburg/Ulm

1. Präambel

Eingedenk der Gewalt und des Unrechts, die psychisch erkrankten Menschen im Namen der Psychiatrie und durch in der Psychiatrie Tätige in der Vergangenheit angetan worden sind, muss dem professionellen Umgang mit aggressivem Verhalten heute unsere besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt gelten, um Zwangsmaßnahmen entbehrlich zu machen. Diesem Ziel dient die vorliegende Leitlinie.

Unabhängig von diesem historischen Hintergrund stellen Zwangsmaßnahmen und der zeitweilige Verlust von Autonomie für die Betroffenen fast immer eine große emotionale und körperliche Belastung dar. Ziel jeder Intervention muss die Deeskalation und Vermeidung von Maßnahmen gegen den Willen psychisch erkrankter Menschen sein. Es gilt, deren Rechte und Interessen zu sichern, gleichzeitig aber auch berechtigten Schutzinteressen anderer Menschen Rechnung zu tragen.

Zwangsmaßnahmen stellen aus Sicht aller Beteiligten ein Problem in der psychiatrischen Versorgung dar und können die weitere Behandlung beeinträchtigen. Häufig sind sie auch im Nachhinein eine große Belastung für die betroffenen Menschen. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Menschen auch im Nachhinein oft abgelehnt. Die vorliegenden Leitlinien sollen dazu beitragen, dass solche Maßnahmen möglichst vermieden werden und - falls ausnahmsweise erforderlich - so wirksam, angemessen und schonend wie möglich durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

2. Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

Ausführungen dazu siehe Langfassung

3. Abkürzungen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

4. Einführung

Ausführungen dazu siehe Langfassung

4.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

Ausführungen dazu siehe Langfassung

4.2 Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Behandlungsleitlinie ist es, Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von aggressivem Verhalten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Falls deren Anwendung unumgänglich ist, ist 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.

4.3 Zielgruppe und Geltungsbereich

Zielgruppen der vorliegenden Leitlinie sind

- die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Tätigen (Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen und Nervenärzte, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, klinische Psychologinnen und Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegende, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten etc.)
- sich im Rahmen einer psychischen Störung aggressiv verhaltende Erwachsene und Menschen aus deren Umfeld.
- Die Leitlinie dient außerdem der Information von politischen Entscheidungsträgern, den Medien und der allgemeinen Öffentlichkeit.

Die hier vorliegende Leitlinie wurde als S3-Leitlinie im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde erarbeitet.

5. Methoden der Leitlinie

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.1 Definition und Aufgaben von Leitlinien

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.2 Methodik der Leitlinienerstellung

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.3 Evidenzgrade

- Evidenzgrad 1: Systematisches Review, das mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) einschließt
- Evidenzgrad 2: Randomisierte kontrollierte Studie oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt
- Evidenzgrad 3: Nicht-randomisierte kontrollierte Studie
- Evidenzgrad 4: Vorher-Nachher-Vergleiche, Fall-Kontroll-Studien, Fallserien
- Evidenzgrad 5: Theoretisch hergeleitete Empfehlungen, Expertenmeinungen

5.4 Empfehlungsgrade

- **Starke Empfehlung, Soll-Empfehlung, Grad A:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke A, wenn zu der Methode Studien der Kategorie 1 oder 2 vorliegen.
- **Empfehlung, Sollte-Empfehlung, Grad B:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke B, wenn zu der Methode Studien der Kategorie 3 oder 4 vorliegen. (Wenn eine Studie der Kategorie 1 oder 2 vorliegt, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, bspw. weil andere Populationen oder Settings untersucht wurden, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke B)
- **Vorschlag, Kann-Empfehlung, Grad 0:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke 0, wenn zu der Methode Studien der Kategorie 5 vorliegen. (Wenn Studien der Kategorie 3 oder 4 vorliegen, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke 0)

Abweichungen sind bei entsprechendem Expertenkonsens möglich, wobei hier ethische, kulturelle, wirtschaftliche Aspekte sowie Sicherheit und Patientenpräferenzen mit einbezogen werden.

5.5 Anwendbarkeit von Leitlinien

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.6 Anwendbarkeit von Leitlinien

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.7 Finanzierung der vorliegenden Leitlinie

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.8 Interessenskonflikte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.9 Beteiligte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.9.1 Leitliniensteuerungsgruppe

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.9.2 Im Konsensusprozess einbezogene Verbände und Gruppen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

5.10 Gültigkeitsdauer der Leitlinie

Ausführungen dazu siehe Langfassung

6. Diagnostik

Expertenkonsens

Bei der Diagnostik aggressiven bzw. gewalttätigen Verhaltens sollen alle verfügbaren Informationen einbezogen werden. Ziel der Diagnostik soll sein festzustellen, ob ein ursächlicher Zusammenhang des aggressiven/gewalttätigen Verhaltens mit einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich ist und an der Einwilligungsfähigkeit ernsthafte Zweifel bestehen. Die Indikation zur psychiatrischen Versorgung soll kritisch geprüft werden, um einen Missbrauch des psychiatrischen Hilfesystems für reine Ordnungsmaßnahmen zu vermeiden.

Es soll geprüft werden, ob eine organische Erkrankung, z. B. eine Intoxikation, vorliegt und daher primär die Notwendigkeit einer somatischen bzw. intensivmedizinischen Behandlung besteht.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

Vorhersageinstrumente (Broset Violence Checklist, Dynamic Appraisal of Situational Aggression) für aggressives Verhalten sollen in der klinischen Routinediagnostik bei Risikopopulationen eingesetzt werden.

(Abderhalden et al. 2006, van der Sande et al. 2011, Griffith et al. 2013)

7. Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen

7.1 Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen in der Gesellschaft, Prädiktoren

Expertenkonsens

Psychiatrische Professionelle sollen mit spezifischen Risikofaktoren vertraut sein und ihr Handeln danach ausrichten. Bei der Kommunikation darüber soll die Gefahr einer Stigmatisierung durch vereinfachte Darstellung als Kausalzusammenhänge beachtet werden

7.2 Gewalt durch psychisch Kranke gegen Angehörige und Betreuungspersonen, Prädiktoren

Ausführungen dazu siehe Langfassung

7.3 Gewalt durch Patienten in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren

Ausführungen dazu siehe Langfassung

7.4 Gewalt gegen psychisch erkrankte Menschen

Expertenkonsens

Das gezielte Erfragen von Aspekten der Viktimisierung kann zum Verständnis von Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen beitragen und die therapeutischen Beziehungen verbessern. Psychiatrische Professionelle sollten diesbezüglich Fort- und Weiterbildung erhalten.

8. Abgrenzung von nicht krankheitsbedingtem aggressivem Verhalten

8.1 Psychopathologische Aspekte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

8.2 Behandlungsaspekte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

8.3 Juristische Aspekte

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten soll eine Zuweisung in eine psychiatrische Klinik nur erfolgen, wenn das Verhalten in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht und

- entweder ein Behandlungswunsch der betreffenden Person vorliegt
- oder die Einwilligungsfähigkeit mutmaßlich aufgehoben oder die Entscheidungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist und eine Behandlungsoption besteht.

Ausnahmen können für kurze Zeiträume einer erforderlichen Diagnostik und Evaluation gelten

9. Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens

9.1 Allgemeines

Statement

Aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen resultiert, zusammengefasst, aus dem Zusammenspiel individuellen Erlebens und Verhaltens auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente.

9.2 Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung

Statement

Es ist der undifferenzierten Annahme entgegenzutreten, dass psychisch erkrankte Menschen gefährlicher sind als andere. Massentötungsdelikte und psychische Störungen haben zuweilen gemeinsame Bedingungsfaktoren in der Persönlichkeit der Täter, sozialer Isolation, Selbstwertproblemen und einem übersteigerten Geltungsbedürfnis. Einer unkritischen kausalen Verknüpfung von Terrorismus und Amokläufen mit psychischer Erkrankung ist entgegenzutreten. Häufig liegt keine Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt vor. Forensische Gutachten klären im Einzelfall die Frage der Schuldfähigkeit.

10. Prävention und allgemeine Rahmenbedingungen

10.1 Sozialpolitische und ökonomische Voraussetzungen von Gewaltprävention

10.2 Institutionelle Voraussetzungen von Gewaltprävention

Expertenkonsens

Eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung ist unverzichtbar für die Vermeidung von Gewalt und Zwang und soll sichergestellt werden.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4

Eine geeignete und qualitativ hochwertige Architektur 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.

Begründung für Heraufstufung des Empfehlungsgrades: Hoher Expertenkonsens
(Rohe et al. 2016)

Statement

In der Organisation einer psychiatrischen Einrichtung gibt es unterschiedliche Strategien, z. B. Patientinnen und Patienten in Phasen mit erhöhtem Sicherheitsbedarf gleichmäßig über alle Stationen zu verteilen und auf Verlegungen zwischen Stationen möglichst zu verzichten oder z. B. diese Patientinnen und Patienten auf i. d. R. geschlossen geführten Stationen zu konzentrieren, um auf den übrigen Stationen eine gewaltfreie therapeutische Atmosphäre zu ermöglichen.

Gegenwärtig gibt es keine hochwertige Evidenz für eine bestimmte Strategie. Eine klare wissenschaftliche begründete Empfehlung kann deshalb nicht gegeben werden. In dieser Hinsicht besteht erheblicher Forschungsbedarf.

Expertenkonsens

Die Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen und Stationen soll so gestaltet werden, dass die Einschränkung der Bewegungsfreiheit der psychisch erkrankten Menschen möglichst gering ist. Durchgängig oder zeitweise offene Türen können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Das Ziel offener Türen soll aber nicht zu Lasten anderer wichtiger Aspekte von Autonomie und Sicherheit realisiert werden. Entscheidend ist eine Gesamtstrategie des möglichst weitgehenden Verzichts auf Restriktionen.

Expertenkonsens

Alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Dazu gehören z. B. teambezogene Schulungsmaßnahmen, Behandlungsvereinbarungen, die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen, kooperative Entscheidungsfindungen mit psychisch erkrankten Menschen, Angebote unabhängiger Beschwerdeinstanzen, eine besondere Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Bedürfnisse, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung, Krisendienste, Dialog und eine enge und vertrauensvolle Kooperation im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem. Indirekt gewaltpräventiv

wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Träger psychiatrischer Einrichtungen sollen deshalb dafür Sorge tragen, diese Maßnahmen bzw. Verfahren zu realisieren. Dies betrifft sowohl Kliniken als auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen.

10.3 Beziehung

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4

Die Interaktion mit psychisch erkrankten Menschen soll empathisch sein, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen und die individuelle Sichtweise des psychisch erkrankten Menschen wertfrei zu verstehen. Hierdurch können aggressive Vorfälle und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden.

Begründung für die Heraufstufung des Empfehlungsgrades: Hoher Expertenkonsens (Papadopoulos et al. 2012, Finfgeld-Connett 2009)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 4

Die Beziehung zu Patientinnen und Patienten sollte möglichst partnerschaftlich gestaltet werden und auf Vertrauen beruhen.

(Zugai et al., 2015, Wyder et al. 2017)

Expertenkonsens

Intensive Betreuungsmaßnahmen sollten so gestaltet werden, dass sie einen Beziehungsaufbau ermöglichen, um Sicherheit für psychisch erkrankte Menschen zu gewährleisten und sie bei der Bewältigung ihrer Krisen zu unterstützen. Intensive Betreuungsmaßnahmen können daher nur von qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt werden.

10.4 Dialog, Selbsthilfe und Empowerment

Statement

Der Beteiligung psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen.

Expertenkonsens

Wichtige Kooperationsprojekte zwischen psychisch erkrankten Menschen und Institutionen im Hinblick auf Zwang und Gewalt in der Psychiatrie könnten beispielsweise die Entwicklung und Evaluation von Behandlungsvereinbarungen oder Standards zu Zwangsmaßnahmen sein. Gewaltpräventiv wirksam könnten zudem die Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen an der Planung von Baumaßnahmen, Behandlungskonzepten, bei der Durchführung von Antistigmakampagnen, der Ausbildung von Professionellen, der Mitbehandlung anderer psychisch erkrankter Menschen sowie der Austausch im Rahmen von Dialog-Foren sein. Auch in der Forschung wird der Beteiligung von Betroffenen in der Wahl der Forschungsgegenstände und der Studiendesigns zunehmend größere Bedeutung beigemessen.

10.5 Behandlungsvereinbarungen

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2 (inkonsistente Ergebnisse)

Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie Krisenkarten sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und psychisch erkrankten Menschen zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung soll psychisch erkrankten Menschen mit Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte aktiv angeboten werden. Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und fehlender Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens starke Präferenz der Patientinnen und Patienten.

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

Expertenkonsens

Behandlungsvereinbarungen sollten eine Verpflichtungserklärung seitens der Klinik enthalten und beinhalten typischerweise Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, ggf. Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten. Patientenverfügungen ohne gegenseitige Absprachen können bei guter Sachkenntnis und Erfahrung ähnliche Zwecke erfüllen.

10.6 Ethnische Minoritäten

Statement

Aggressives Verhalten tritt bei Menschen aus ethnischen Minderheiten oder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten gleich häufig oder eher seltener auf. Ethnische Minderheiten haben ein tendenziell höheres Risiko im Rahmen einer forensischen Unterbringung in stationär-psychiatrischer Behandlung zu sein und von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein, was auch auf die höheren Zugangsbarrieren zu freiwilliger Behandlung insbesondere schwer psychisch erkrankter Migrantinnen und Migranten hinweisen kann.

Expertenkonsens

Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeitenden sollen genutzt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten sollten Mitarbeitende mit entsprechenden Sprachkenntnissen und ggf. Migrationshintergrund beschäftigt und/oder Menschen mit Migrationshintergrund Zugang zu Sprach- und Kulturmittlern gewährt werden.

10.7 Geschlechtsspezifische Aspekte

Expertenkonsens

Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens in psychiatrischen Institutionen und der Wahrscheinlichkeit, Zwangsmaßnahmen zu erleiden, können keine sicheren geschlechtsspezifischen Risiken festgestellt werden. Psychisch erkrankte Menschen tragen allgemein ein deutlich höheres Risiko physischer und sexueller Traumatisierungen, nicht nur bei stationärer Behandlung, sondern generell (Lifetime-Prävalenz). Bei psychisch erkrankten Frauen liegt im Vergleich zu Männern eine noch höhere Prävalenz sexueller Traumatisierungen vor. Bei beiden Geschlechtern muss diesem Aspekt bei Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, insbesondere Zwangsmaßnahmen, in besonderem Maße Rechnung getragen werden. Besonders sorgfältige Überlegungen mit einer entsprechenden zurückhaltenden 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 ggf. kritisch reflektiert werden sollten.

11. Mitarbeiterschulungen und Deeskalation

11.1 Allgemeine Aspekte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.2 Inhalte von Trainingsmaßnahmen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.2.1 Körperliche Abwehrtechniken

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.2.2 Deeskalationstechniken

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.3 Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.3.1 Effekte von Trainingsprogrammen zur Deeskalation

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.3.2 Effekte von Trainingsprogrammen zu Abwehrtechniken

Ausführungen dazu siehe Langfassung

11.3.3 Effekte von Kombinationsprogrammen (Deeskalation und Abwehrtechniken)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 3

Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden.

Gründe für die Heraufstufung: Hoher Expertenkonsens
(Price et al. 2015)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

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)

Expertenkonsens

Es besteht aus Expertensicht ein Bedarf an Alternativen zur Freiheitsbeschränkung durch mechanische Fixierung oder Isolierung. Es wird empfohlen, Erfahrungen mit alternativen Immobilisierungstechniken (Festhalten) zu sammeln. Schmerzverursachende Hebeltechniken sollen vermieden werden.

11.4 Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen

Expertenkonsens

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

12. Intervention

12.1 Allgemeine Aspekte

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.1.1 Ethische Grundlagen

Expertenkonsens

Die möglicherweise divergierenden Aspekte psychiatrischen Handelns – z. B. Behandlung im Interesse des psychisch erkrankten Menschen einerseits, Sicherung im Interesse Dritter andererseits – soll psychiatrisch Tätigen in der Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen bewusst sein.

Sie sollen bedenken, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig traumatisiert sind und dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu weiteren erheblichen psychischen Folgen und einer Erschwerung künftiger psychiatrischer Behandlung führen können. Soweit die rechtlichen Rahmenbedingungen Entscheidungsspielraum lassen, soll geprüft werden, ob ein völliger Verzicht auf Zwang (z. B. mit Entlassung aus der Behandlung) eine verantwortbare und möglicherweise mittelfristig bessere Alternative darstellt. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen dürfen nicht als Sanktion missbraucht werden.

Expertenkonsens

Entscheidungen über freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen gegen den Willen von Patienten bedürfen immer ethischer Klärungen:

- Ist im Rahmen einer psychischen Erkrankung die Entscheidungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten aktuell eingeschränkt?
- Sind die beabsichtigten Maßnahmen verhältnismäßig im Hinblick auf das angestrebte Ziel?
- Welche Form der Anwendung von Zwang ist am wenigsten eingreifend in die Rechte des Betroffenen und im individuellen Fall das „mildeste Mittel“, wenn Alternativen ohne Zwang nicht realisierbar sind?

Expertenkonsens

Die Anwendung rechtlicher Mittel (z. B. Strafantrag) gegenüber psychisch erkrankten Menschen bei erheblichen aggressiven Übergriffen ist vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Auffassungen über Autonomie und Verantwortlichkeit ethisch vertretbar. Sie soll stets unter den Gesichtspunkten des Einzelfalls geprüft und beurteilt werden.

Expertenkonsens

Die in den psychiatrischen Kliniken Verantwortlichen sollen sich über die gesetzlichen Vorgaben hinaus um eine größtmögliche Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten, Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuern, Angehörigen und der Öffentlichkeit bemühen. Dabei müssen die Grenzen beachtet werden, die einer möglichst weitgehenden Transparenz durch den Datenschutz und die Rechte Dritter gesetzt werden. Zur Transparenz kann u. a. gehören, dem psychisch erkrankten Menschen regelhaft Einsicht in die Behandlungsunterlagen anzubieten.

12.1.2 Rechtliche Grundlagen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2. Zwangseinweisung

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.1 Vorbemerkungen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.2 Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.3 Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztin bzw. des Arztes

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.4 Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/Ordnungsamt /Vollzugsbehörde

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.5 Aufgaben von und Erwartungen an Betreuer und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.6 Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation

Ausführungen dazu siehe Langfassung

12.2.7 Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Zur Reduktion von Zwangseinweisungen sollen Behandlungsvereinbarungen und Krisenpläne zwischen psychisch erkrankten Menschen und Behandelnden ausgehandelt und schriftlich festgehalten werden.

(de Jong et al. 2016)

12.3 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

Strukturierte Trainingsprogramme als Einzel- oder Gruppenbehandlung 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)

12.4 Pharmakologische Interventionen

12.4.1 Indikation

Expertenkonsens

Eine medikamentöse Notfallbehandlung unter Anwendung von Zwang erfolgt immer in dem Konflikt zwischen Körperverletzung bei der Entscheidung für eine solche Maßnahme und möglicher unterlassener Hilfeleistung bei einer Entscheidung dagegen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich und hat sich am vorausverfügbaren oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren. Diese Abwägung soll dokumentiert werden. Wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung unvermeidlich erscheinen, kann eine pharmakologische Behandlung weiteren Zwang bedeuten und die Notwendigkeit muss kritisch geprüft werden. Auf der anderen Seite kann der Verzicht auf eine pharmakologische Behandlung des Erregungszustandes im Einzelfall gesundheitsgefährdend und möglicherweise traumatisierend sein.

Expertenkonsens

Willensäußerungen von Patientinnen und Patienten im Zustand der Einwilligungsfähigkeit, z. B. in Behandlungsvereinbarungen, sog. Krisenpässen oder Patientenverfügungen (siehe Kapitel 10.5) 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.

Expertenkonsens

Die Wahl der Applikationsart (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll medizinische und ethische Aspekte berücksichtigen, Entkleiden unter Zwang sollte dabei vermieden werden. Die Würde der

Patientin bzw. des Patienten muss gewahrt werden.

12.4.2 Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1

Haloperidol sollte bei nicht intoxikierten Patientinnen und Patienten nicht als Monotherapie eingesetzt werden, weil es weniger wirksam und von mehr UAW begleitet ist als andere Medikamente bzw. die Kombinationen mit Promethazin oder Lorazepam.
(Powney et al. 2012, Huf et al. 2016)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

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)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

Midazolam soll wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression bei psychiatrischen Indikationen nicht verwendet werden.

(Baldacara et al. 2011, Huf et al. 2016).

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4

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)

Expertenkonsens

Eine orale Medikation sollte bei gegebenem Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten bevorzugt werden. Dazu werden Antipsychotika und Benzodiazepine empfohlen.

Expertenkonsens

Insbesondere bei Notfallmedikationen ohne Zustimmung der Patientin oder des Patienten sollte die alleinige Gabe eines Benzodiazepins erwogen werden, um für die Patientin bzw. den Patienten unangenehme UAW wie Fröhndyskinesien zu vermeiden.

Expertenkonsens

Bei aggressiven Erregungszuständen vor dem Hintergrund von Intoxikationen mit Alkohol, Mischintoxikationen, Intoxikation mit unbekanntem Substanzen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern ist besondere Zurückhaltung gegenüber einer sedierenden Medikation und eine intensive Überwachung angezeigt. Vergleichsweise sicher ist bei zwingender Indikation einer pharmakologischen Intervention Haloperidol.

Expertenkonsens

Nach medikamentöser Behandlung aggressiver Erregungszustände soll eine so engmaschige Überwachung durch qualifiziertes Personal erfolgen, dass medizinische Komplikationen frühzeitig erkannt werden können. Die Intensität der Überwachung, ggf. auch unter Einsatz von EKG-Monitor, Pulsoxymetrie u. a., orientiert sich an den medizinischen Erfordernissen.

Expertenkonsens

Patientinnen und Patienten in dieser Situation sind sowohl durch den Erregungszustand selbst mit maximaler adrenerger Stimulation als auch durch unerwünschte Wirkungen der verabreichten Medikation gefährdet. Besonders kritisch sind Herzrhythmusstörungen zu bewerten. Dies gilt für alle Patientinnen und Patienten, insbesondere aber für ältere, nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten und in der Anflutungsphase. Als typische UAW soll auf extrapyramidale Symptomatik (Frühdyskinesien) sowie bei allen sedierenden Substanzen auf Atemdepression und hypotone Kreislaufdysregulation geachtet werden.

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 β 2-Mimetikum vorgehalten werden.

12.4.3 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei unterschiedlichen Störungsbildern

12.4.3.1 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 4

Bei aggressivem Verhalten bei psychotischen Störungen soll primär die Grunderkrankung leitliniengemäß mit Antipsychotika behandelt werden.

(Fazel et al. 2014)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2, 4

Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten und Adhärenzproblemen sollte eine Umstellung auf ein Depotpräparat mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert werden.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrades: Uneindeutige Studienlage.

(Fazel et al. 2014, Witt et al. 2013, Iozzino et al. 2015)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Bei aggressivem Verhalten bei therapieresistenten psychotischen Störungen soll ein Behandlungsversuch mit Clozapin unter Beachtung der üblichen Kontraindikationen und 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.

(Frogley et al. 2012)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

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)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 5

Eine Überschreitung der empfohlenen Dosisobergrenzen kann in Einzelfällen unter Kontrolle des Serumspiegels und sorgfältigem klinischen Monitoring erfolgen.
(Morrissette und Stahl 2014, Meyer 2014, Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2

Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte unter Beachtung der Kontraindikationen ein Behandlungsversuch zusätzlich zur antipsychotischen Medikation mit Valproat erfolgen, wenn eine affektive Störungskomponente vorliegt (bipolar oder schizoaffektiv). 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.
(Fazel et al. 2014, Wang et al. 2005)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1

Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte kein Behandlungsversuch mit

- Stimmungsstabilisierern (außer Valproat)
- Beta-Blockern
- Benzodiazepinen

unternommen werden.
(Wahlbeck et al. 2000, Maoz et al. 2000, Caspi et al. 2001, Leucht et al. 2014)

12.4.3.2 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

Bei rezidivierendem impulsiv aggressivem Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen kann gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten eine Behandlung mit Aripiprazol, Lamotrigin, Valproat, Topiramate oder Omega 3-Fettsäuren erwogen werden.
(Stoffers et al. 2010)
Gründe für die Herabstufung: kleine, nicht replizierte Studien.

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 1 Bei Olanzapin und Haloperidol bestehen Hinweise auf eine Wirksamkeit. In Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses kann ein Behandlungsversuch mit der Patientin bzw. dem Patienten erwogen werden.
(Stoffers et al. 2010)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

Bei Quetiapin, Risperidon, und Clozapin bestehen Hinweise auf eine Wirksamkeit. In Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses kann ein Behandlungsversuch mit der Patientin bzw. dem Patienten

erwogen werden.
(Rosenbluth und Sinyor 2012)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

Bei dissozialer Persönlichkeitsstörung reicht die Evidenz für konkrete Empfehlungen nicht aus.
(Fanning et al. 2014, Brown et al. 2014)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

Bei Persönlichkeitsstörungen mit rezidivierenden impulshaften Aggressionsausbrüchen als Hauptsymptom kann eine Behandlung mit Oxcarbazepin/Carbamazepin, Valproat, Phenytoin, Lithium oder Fluoxetin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erwogen werden. Risiken, UAW und Komorbiditäten sollen dabei hinsichtlich der Indikationsstellung besonders beachtet werden.
(Jones et al. 2011, Coccaro et al. 2009)

12.4.3.3 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei dementiellen Erkrankungen

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

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)
Begründung Höherstufung der Empfehlung: Hoher Expertenkonsens.

Expertenkonsens

Eine Pharmakotherapie darf nicht im ausschließlichen Interesse Dritter stattfinden. Sie bedarf bei nicht gegebener Einwilligungsfähigkeit entweder einer wirksamen Vorausverfügung oder der informierten Einwilligung eines rechtlichen Vertreters.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

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)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Bei aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz soll ein Behandlungsversuch mit Risperidon unter sorgfältiger Abwägung von potentielltem Nutzen und Nebenwirkungen in einschleichender Dosierung mit maximaler Dosis von 2 mg unternommen werden. Die Behandlungsdauer sollte möglichst kurz gehalten werden.
Haloperidol soll nur bei zusätzlichem Delir verwendet werden (Maher et al. 2011)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 5

Zur Behandlung von Aggression im Rahmen einer Agitiertheit können 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.

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 1

Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten bei Alzheimerdemenz kann ein Behandlungsversuch mit Cholinesterasehemmern empfohlen werden, wenn diese auch für die Demenzbehandlung indiziert sind.

Begründung für Herabsetzung des Empfehlungsgrades: Schwache oder widersprüchliche Hinweise auf Wirksamkeit.

(Cumbo und Ligori 2014)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 1

Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten bei Demenz kann ein Behandlungsversuch mit Carbamazepin unternommen werden, wenn Antipsychotika sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben.

Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrades: Gute Hinweise für Wirksamkeit, aber ungünstiges Nebenwirkungsprofil. Inkonsistente Ergebnisse.

(Gallagher und Herrmann 2014)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 1

Valproat soll wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils in dieser Indikation nicht verwendet werden.

(Gallagher und Herrmann 2014)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2 Benzodiazepine, β -Blocker, SSRI, typische Antipsychotika und Quetiapin sollten wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils in dieser Indikation nicht 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).

12.4.3.4 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei geistigen Behinderungen und autistischen Störungen

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung sollen primär möglicherweise zugrundeliegende körperliche oder psychische Erkrankungen behandelt werden. Ohne Vorliegen einer solchen Komorbidität soll die Indikation für eine Pharmakotherapie besonders kritisch gestellt werden. Heilpädagogische Interventionen sollen vorrangig zum Einsatz kommen. Eine Pharmakotherapie kann erwogen werden, wenn nur dadurch restriktive Maßnahmen verhindert oder 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)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

Wenn eine Pharmakotherapie indiziert ist, kann eine Behandlung mit einem Antipsychotikum oder einem SSRI erwogen werden.

Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich.

(McDougle et al. 1996, McDougle et al. 1998, Häßler et al. 2007)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

Wenn eine Pharmakotherapie indiziert ist, kann eine Behandlung mit einem Stimmungsstabilisierer oder einem Betablocker erwogen werden.

Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich.

(Häßler und Reis 2010, Ward et al. 2013)

12.4.3.5 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Chorea Huntington

Expertenkonsens

Evidenz-basierte Empfehlungen zur Behandlung von Aggression bei Chorea Huntington sind auf der Basis des derzeitigen Wissensstandes nicht möglich.

Wenn aggressives Verhalten als Begleitsymptom einer organischen Psychose bei Chorea Huntington auftritt, sollte primär die antipsychotische Behandlung erfolgen.

(Fisher et al. 2014)

12.4.3.6 Aggressives Verhalten bei Delir

Expertenkonsens

Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von Deliren soll die Behandlung des Delirs und ggf. der zugrundeliegenden Erkrankungen im Vordergrund stehen. Bezüglich Agitation und Aggressivität haben beruhigende Interventionen mit Sicherstellung einer stabilen, freundlichen und möglichst bekannten Umgebung die oberste Priorität. Wenn dies nicht ausreicht, soll der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gegenüber Medikamenten kritisch abgewogen werden, da alle Medikamente gerade in solchen oft mit einer vitalen Gefährdung einhergehenden Zuständen die Gefahr von zusätzlichen Kreislaufnebenwirkungen, Stürzen und weiterer kognitiver Verschlechterung bergen.

(Kaufman & Newman 2014, Roberts et al. 2012)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1

Bei aggressivem Verhalten nach Schädel-Hirn-Trauma sollte Propranolol eingesetzt werden.

Begründung für Herabsetzung des Empfehlungsgrades: Übertragbarkeit von den untersuchten Populationen ungewiss.

(Leitlinienadaptation Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

Wenn eindeutiges psychotisches Erleben handlungsleitend ist, sollten Antipsychotika mit fehlendem

oder geringem anticholinergem Potential beim Delir bei SHT in niedriger Dosierung eingesetzt werden. Bei aggressivem Verhalten ohne psychotische Symptome gibt es keine Belege für einen Nutzen, eher sogar Hinweise auf schädliche Wirkungen von Antipsychotika mit akzentuierten Nebenwirkungen nach SHT und einer ungünstigen Wirkung auf die Neuroplastizität. Die Evidenzlage ist nicht ausreichend, Empfehlungen für oder gegen bestimmte Substanzen auszusprechen. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1

Bei aggressivem Verhalten bei Alkoholentzugsdelir sollte primär das Entzugsdelir leitliniengemäß mit Benzodiazepinen oder Clomethiazol ggf. in Kombination mit Antipsychotika (insbesondere Butyrophenonen wie Haloperidol) behandelt werden
Herabstufung des Empfehlungsgrades, da nicht in der Indikation aggressives Verhalten überprüft. (Leitlinienadaptation S3-LL Alkoholbezogene Störungen)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 2

Oxcarbazepin oder Amantadin können zur Behandlung aggressiven Verhaltens im Rahmen von Delirien eingesetzt werden. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)

Empfehlungsgrad 0, Evidenzgrad 4

Carbamazepin, Valproat oder Buspiron können zur Behandlung aggressiven Verhaltens im Rahmen von Deliren eingesetzt werden. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)

Statement

Benzodiazepine werden zur Behandlung von Deliren verbreitet eingesetzt. Es liegen jedoch nur wenige Belege für den Nutzen (außer bei Entzugsdeliren), aber viele Hinweise für ungünstige Effekte auf Kognition und Motorik vor. Es gibt keine Evidenz für die Wirksamkeit von Benzodiazepinen nach SHT.

Expertenkonsens

Eine Verwendung von Benzodiazepinen soll deshalb sehr kritisch abgewogen werden. Sie können beim exzitativen Delir (z. B. medikamentenbedingt, oder Intoxikation) bzw. beim Entzugssyndrom mit Delir (Entzug von Alkohol oder andere psychotrope Substanzen synthetischen Drogen) und/oder ausgeprägter ängstlicher Symptomatik eingesetzt werden.
Neben paradoxen Reaktionen und reduzierter Neuroplastizität soll ggf. auch die ungünstige Auswirkung auf die respiratorische Situation berücksichtigt werden. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)

13. Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen

13.1. Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

13.2 Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit

Expertenkonsens

Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende (Zwangs-)Maßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben und akute Gefahr zum unmittelbaren Eingreifen nötigt. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen Zweck und Risiken der freiheitsbeschränkenden bzw. –entziehenden Maßnahmen muss sorgfältig abgewogen werden.

Die Dauer soll so kurz als 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.

13.3. Wirkung und Komplikationen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

13.4 Freiheitsbeschränkende und –entziehende Maßnahmen im Vergleich

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

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 ehesten angemessen ist. Das Spektrum reicht vom Time-out über 1:1-Betreuung, Isolierung, Verabreichung von Medikation und Festhalten bis zur Fixierung. Psychiatrische Einrichtungen sollen die Möglichkeit vorhalten, verschiedene Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen durchzuführen.

(Bergk et al. 2011, Huf et al. 2012)

Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 2, 4

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 psychisch erkrankte Mensch sollte mit dem Gesicht nach oben gehalten werden. Bei Haltetechniken im Liegen soll unbedingt zusätzlich 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)

13.5. Durchführung und menschenwürdige Gestaltung

Expertenkonsens

Einleitung einer freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme

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 psychisch erkrankte Mensch als am wenigsten eingreifend erlebt. Diese kann in manchen Fällen auch direkt vor Durchführung noch erfragt werden oder ist möglicherweise im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung oder einer Nachbesprechung bei einer früheren freiheitsbeschränkenden Maßnahme festgelegt worden. Generell sollten das Auftreten der Mitarbeitenden und die Kommunikation mit den psychisch erkrankten Menschen von Respekt vor der Person, Einfühlung in dessen Situation und dem Bemühen um eine faire Behandlung geprägt sein. Eine Aufklärung über beabsichtigte Maßnahmen ist erforderlich und es sollte stets versucht werden, die Kooperationsbereitschaft des psychisch erkrankten Menschen wieder zu gewinnen.

Anordnung

Die Anordnung darf nur von der zuständigen Ärztin oder vom Arzt aufgrund eigener Urteilsbildung am psychisch erkrankten Menschen erfolgen und muss schriftlich dokumentiert werden (s. Kap. 15 Dokumentation). Erfolgt die freiheitsbeschränkende Maßnahme im Rahmen von Notwehr, eines rechtfertigenden Notstandes oder wegen Gefahr im Verzug ohne vorherige ärztliche Anordnung, ist eine ärztliche Überprüfung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme so rasch als möglich nachzuholen. Die weitere Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme muss möglichst engmaschig überprüft werden. Kürzere Überprüfungsintervalle sind geeignet, die Dauer der Maßnahme zu verkürzen.

Überwältigung

Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von psychisch erkrankten Menschen 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 Entkleiden 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).

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 und 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

Expertenkonsens

In 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.

13.6. Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

13.7 Traumatisierung

Expertenkonsens

Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen soll abhängig vom Befinden des psychisch erkrankten Menschen zeitnah und einige Tage nach der Maßnahme möglichst gemeinsam mit pflegerischer Bezugsperson und zuständigem Therapeuten erfolgen. 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.

14. Evidenz zu Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 3, 4

Zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden. Den Patienten sollen als Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden.

(Lykke et al. 2008, Whitecross et al. 2013, Teitelbaum et al. 2007, Llyod et al. 2014)

Begründung für Heraufstufung des Empfehlungsgrads: besondere Bedeutung des Endpunkts Zwangsmaßnahmen.

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

Instrumente zur strukturierten Risikoeinschätzung und Instrumente zur frühen Intervention bei Eskalation sollen in psychiatrischen Kliniken zur Reduktion von Zwang und Gewalt eingesetzt werden.

(Abderhalden et al. 2008, van de Sande et al. 2011)

Empfehlungsgrad A, Evidenzgrad 2

Komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang sollen durchgeführt und von der Klinikleitung ausdrücklich unterstützt werden.

(Putkonen et al. 2013)

15. Dokumentation und Evaluation

Expertenkonsens

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte und müssen zuverlässig und vollständig im Hinblick auf Anlass, vorherige Deeskalationsversuche, Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme dokumentiert werden. Hierbei sind die gesetzlichen Regelungen, je nach Rechtsgrundlage und Bundesland, zu beachten. Auch aggressive Übergriffe von Patientinnen und Patienten sollten mit einer standardisierten Dokumentation erfasst werden. Eine vergleichende Verwendung als Qualitätsindikator sollte beide Aspekte und für eine sinnvolle Interpretation die Besonderheiten der jeweiligen klinischen Einheit berücksichtigen.

Nach einer Fixierung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung ist dem Betroffenen die Möglichkeit bekannt zu geben, die Zulässigkeit der Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen.

16. Externe/unabhängige Beratung und Kontrolle

16.1 Wahrung von Patientenrechten

Expertenkonsens

Die Möglichkeiten juristischer Überprüfungen sind ein wesentliches Instrument zur Wahrung der Patientenrechte und sollten unterstützt werden. Patientinnen und Patienten sollen über ihre Rechte aufgeklärt werden.

16.2 Menschenrechtsorganisationen

16.2.1 Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)

Expertenkonsens

In der psychiatrischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit aggressivem Verhalten ist eine externe/unabhängige Kontrolle notwendig. Befugnisse und Kompetenzen externer/unabhängiger Beratungs- und Kontrollinstanzen/-instrumente sollen klar definiert werden und sie sollen mit ausreichenden Mitteln ausgestattet sein, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Darüber hinaus sollen Form und Inhalt ihrer Informationspflicht gegenüber der Öffentlichkeit klar definiert sein.

16.2.2 Deutsches Institut für Menschenrechte und Berichterstatter der Vereinten Nationen für Folter und andere grausame, unmenschliche oder demütigende Behandlung oder Bestrafung

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.3 Einrichtungen und Ausschüsse in Deutschland

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.3.1 Enquête-Kommissionen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.3.2 Petitionsausschüsse der Parlamente

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.4 Unabhängige Kontrolle psychiatrischer Institutionen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.4.1 Besuchskommissionen

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.4.2 Patientenfürsprecher

Ausführungen dazu siehe Langfassung

16.4.3 Unabhängige Beschwerdestelle

Ausführungen dazu siehe Langfassung

Erstveröffentlichung: 08/2009

Überarbeitung von: 02/2018

Nächste Überprüfung geplant: 02/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online