

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

# Praxisversion

Herausgebende Fachgesellschaft:

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

## Autoren

Tilman Steinert  
Sophie Hirsch  
Gabriel Gerlinger

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Präambel.....	5
1. Hintergründe .....	6
2. Prävention.....	10
3. Beziehungen zwischen Betroffenen und Professionellen.....	13
4. Mitarbeiterschulungen und Deeskalation.....	16
5. Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang .....	18
6. Medikamente I: Schnelle Beruhigung .....	22
7. Medikamente II: Behandlung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens bei unterschiedlichen Störungsbildern.....	26
8. Durchführung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen ....	32
9. Überprüfung .....	35

## Vorwort


Diese Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) bezieht sich auf die Diagnose und Behandlung aggressiven Verhaltens bei erwachsenen psychisch erkrankten Menschen und die Vermeidung von Zwang in diesem Zusammenhang. Sie bezieht sich damit nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf die Anwendung von Zwang im Zusammenhang mit Selbstgefährdung (z.B. Suizidalität, Selbstverletzungen) oder in heilpädagogischem Kontext. Die Leitlinie wurde als sogenannte S3-Leitlinie entwickelt. Dies bedeutet, dass die enthaltenen Empfehlungen einerseits auf der Auswertung der international vorliegenden Studien zum jeweiligen Thema beruhen und insofern im besten Sinne wissenschaftlich begründet sind, teils basierend auf systematischen Recherchen (systematische Reviews). Andererseits mussten diese aus dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse abgeleiteten Empfehlungen auch noch einen sogenannten Konsensus-Prozess durchlaufen, d. h. insgesamt 24 Vertreter der relevanten psychiatrischen Fachverbände, der Betroffenen und der Angehörigen erzielten in einem geregelten Verfahren unter Anleitung der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) darüber Übereinstimmung. Diese kurz gefasste Version enthält alle *behandlungsrelevanten Empfehlungen*. Sie ist aus der Langfassung durch eine einfache redaktionelle Verdichtung entstanden, wobei darauf geachtet wurde, die Empfehlungen möglichst allgemeinverständlich zu formulieren und auf Fremdwörter und Fachbegriffe soweit wie möglich zu verzichten. Begründungen und Erläuterungen wurden möglichst knapp gehalten, auf eine Darstellung der wissenschaftlichen Befundlage wurde verzichtet. Wer eine ausführlichere Darstellung der Hintergründe und eine nachvollziehbare Erklärung der Ableitung der Empfehlungen aus den vorliegenden wissenschaftlichen Befunden („Evidenz“) sucht, sei deshalb auf die Langfassung verwiesen. Die hier vorliegende Praxisversion richtet sich an psychiatrisch tätige Professionelle in Kliniken, aber auch in den außerklinischen Bereichen, d.h. in der Gemeindepsychiatrie und vertragsärztlichen Praxen, ist aber gleichermaßen auch zur Information über die leitliniengemäßen Standards der Behandlung für Betroffene (die gemäß aktuellem Sprachgebrauch je nach Kontext Nutzerinnen oder Nutzer, Patientinnen oder Patienten, Klientinnen oder Klienten heißen können), Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer sowie Angehörige der Justiz und Beschäftigte in öffentlichen Behörden und bei der Polizei geeignet. Für die Formulierung der Empfehlungsstärken wurde die wissenschaftliche Befundlage von der Expertengruppe der Leitlinie erarbeitet und bewertet, die endgültige Festlegung der Empfehlungsstärke erfolgte aber durch eine Konsensuskonferenz mit Vertretern der 24 zuvor genannten Fachgesellschaften. Eine Empfehlung konnte z. B. auch „heraufgestuft“, d. h. verstärkt werden, wenn die wissenschaftliche Befundlage zwar nicht sehr eindeutig, die Expertenmeinungen aber einheitlich stark befürwortend waren. Eine Empfehlung benötigte in allen Fällen mindestens 75 % Zustimmung.

Auch für diese Nutzerversion ist es wichtig, sich mit einer Besonderheit der „Leitliniensprache“ vertraut zu machen. Es finden sich hier – wie in nahezu allen Leitlinien – unterschiedliche Typen von Empfehlungen.

**1) „Empfehlung zur guten klinischen Praxis“:** Dies bedeutet, dass es sich um eine Empfehlung handelt, die auf Grund einer breiten Übereinstimmung aller Experten (Expertenkonsens) formuliert wurde, ohne dass dafür eine Untermauerung durch wissenschaftliche Studien vorliegt – entweder weil keine aussagekräftigen Studien vorliegen oder weil die betreffende Frage mit Studien gar nicht angemessen zu untersuchen ist. Das gilt z.B. für Empfehlungen, die die Frage der Menschenwürde berühren oder für rechtliche Gesichtspunkte.


**2) Statements:** Teilweise finden sich auch, ebenfalls auf der Basis eines solchen Expertenkonsenses, einige Grundsatzserklärungen, sog. „**Statements**“. Im Gegensatz zu den Empfehlungen zur guten klinischen Praxis leiten sich daraus nicht direkt Handlungsempfehlungen ab.




**3) Wissenschaftlich begründete Empfehlung:** So werden alle Empfehlungen bezeichnet, die auf der Basis der Auswertung systematisch gesuchter wissenschaftlicher Studien formuliert wurden. Nicht immer ließen sich aus den Studien eindeutige Empfehlungen ableiten. Verschiedene Studien können zu widersprüchlichen Ergebnissen gelangen, die gefundenen Effekte können relativ schwach sein und es können sich auch unerwünschte Effekte zeigen oder Studien zeigen zwar gute Ergebnisse, stammen aber aus Ländern mit deutlich anderen Versorgungssystemen und sind nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar. Deshalb gibt es unterschiedliche **Empfehlungsstärken**:

 In der üblichen Sprache der Leitlinien drückt sich der stärkste Empfehlungsgrad in der Formulierung „**soll**“ aus. „Soll“ ist deshalb kein „muss“, weil Leitlinien nur Empfehlungen und keine verbindlichen Handlungsanweisungen sind (letztere nennt man „Richtlinien“). Von Leitlinien kann in der Medizin immer in begründeten Fällen abgewichen werden.

Abweichend von dieser in Leitlinien allgemein verwendeten Sprache haben wir hier „**Muss**“-Formulierungen verwendet, wenn die Empfehlung eine klare rechtliche Grundlage hat und ein Abweichen davon somit ein Rechtsverstoß wäre.

 Eine weniger eindeutige Empfehlung benutzt die Formulierung „**sollte**“.

 Eine schwache Empfehlung, die auf eine mögliche, im Einzelfall zu prüfende Handlungsoption hinweist, ist durch die Formulierung „**kann**“ gekennzeichnet.

**Zur Verdeutlichung verwenden wir hier folgende Kennzeichnungen bei den wissenschaftlich begründeten Empfehlungen:**  für die starke Empfehlung („soll“ bzw. „muss“),  für die schwächere Empfehlung („sollte“) und  für die schwache Empfehlung („kann“).

(Autoren)

## 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.

## 1. Hintergründe

### Diagnostik aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen<sup>1</sup>

Aggressives und gewalttätiges Verhalten stellt häufig eine Notfallsituation dar. Eine medizinisch-ursächliche Diagnostik kann dabei häufig nur eingeschränkt stattfinden. Häufige psychische Störungen im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten sind Alkoholrausch, akute Psychosen, sonstige Berausungs- und Vergiftungszustände, zwischenmenschliche Konflikte, Persönlichkeitsstörungen und Demenzerkrankungen. Für die Ärztin oder den Arzt ist es wichtig, seltene Erkrankungen wie z. B. eine Hirnblutung oder Unterzuckerung (Hypoglykämie) als Ursache auszuschließen, besonders, wenn es keine Informationen über eine Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung gibt. Es ist aber wichtig, Einweisungen in psychiatrische Kliniken, zumal unter Zwang, auf die Fälle zu beschränken, bei denen das aggressive Verhalten durch eine psychische Erkrankung verursacht ist und die betreffende Person dadurch in ihrer Selbstverantwortung (rechtlich: Einwilligungsfähigkeit) beeinträchtigt ist.

Innerhalb klinischer Einrichtungen hat sich die routinemäßige Verwendung von Checklisten zur Ermittlung des Gewaltrisikos bewährt, um präventiv deeskalierend eingreifen zu können.

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

#### Wissenschaftlich begründete Empfehlung

In der klinischen Psychiatrie sollen bei Menschen mit einem vermuteten erhöhten Gewaltrisiko sogenannte Vorhersageinstrumente benutzt werden, d. h. regelmäßig ausgefüllte Checklisten, bei denen man bei Erreichen definierter Punktwerte vorbeugende Maßnahmen in Erwägung ziehen sollte. Die empfohlenen Instrumente sind die Broset Violence Checklist und das Dynamic Appraisal of situational Aggression.

### Vorkommen aggressiven Verhaltens durch psychisch erkrankte Menschen in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen<sup>2</sup>

Die Epidemiologie beschreibt die Häufigkeit von Krankheiten oder Merkmalen in einer Bevölkerung oder einer bestimmten Gruppe (z. B. im Krankenhaus behandelte Patientinnen und Patienten). Zur Häufigkeit aggressiven Verhaltens bei psychisch erkrankten Menschen gibt es sehr zahlreiche Untersuchungen und Erkenntnisse. Man weiß zum Beispiel, dass psychotische Erkrankungen mit einem erhöhten Gewaltrisiko einhergehen. Das betrifft allerdings keineswegs alle Erkrankten, sondern in erster Linie diejenigen, welche auch einen Missbrauch von Alkohol und/oder Drogen betreiben. Ein besonders hohes Risiko, künftig gewalttätig aufzufallen, haben diejenigen Personen, bei denen dies schon früher der Fall war. Auch wer selbst schon Opfer von Gewalt war, hat ein höheres Risiko, später selbst Täter zu werden. Dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen, nicht nur für psychisch erkrankte

<sup>1</sup> (korrespondierendes Kapitel in der Langversion: 6)

<sup>2</sup> (korrespondierende Kapitel in der Langversion: 7.1-7.3)

Menschen. Bei allen solchen Ergebnissen einzelner Studien besteht die Gefahr, dass sie – insbesondere in den Medien – in einen falschen Zusammenhang gestellt werden und dann zur Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen beitragen. Gerade für die mit psychisch erkrankten Menschen befassten Professionellen ist es deshalb wichtig, die Zusammenhänge zu kennen, sachgerecht darstellen zu können und falsche Interpretationen korrigieren zu können.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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

Untersuchungen aus vielen Ländern der Welt haben gezeigt, dass körperliche Angriffe gegenüber Familienangehörigen bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Demenzerkrankungen relativ häufig vorkommen. Dies ist umso häufiger der Fall, je enger die Menschen zusammenleben und je ausgeprägter wechselseitige Abhängigkeiten aller Art sind.

Auch in psychiatrischen Krankenhäusern sind gewalttätige Übergriffe gegenüber Beschäftigten weltweit ein bekanntes und als gravierend eingeschätztes Problem. Im internationalen Durchschnitt rechnet man bei etwa jedem sechsten Patienten (wobei dies für Männer und Frauen gleichermaßen gilt) mit einem gewalttätigen Übergriff während der Behandlung. In Deutschland scheint diese Rate niedriger zu liegen. Dies könnte unter anderem auch damit zusammenhängen, dass Deutschland im internationalen Vergleich relativ viele psychiatrische Krankenhausbetten hat, so dass auch leichter erkrankte Menschen stationär behandelt werden. Die Ursachen des gewalttätigen Verhaltens sind vielfältig. Eindeutig tritt es bei unfreiwillig behandelten, d. h. zwangseingewiesenen Menschen häufiger auf, auch bestimmte psychische Symptome wie Wahnvorstellungen spielen eine Rolle. Der Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen ist jedoch nicht sehr stark ausgeprägt. Zweifellos entwickeln sich Aggression und Gewalttätigkeit auch in einem Wechselspiel zwischen psychisch erkrankten Menschen, den betreuenden Personen, dem persönlichen Umfeld und institutionellen Gegebenheiten. Zu letzteren zählen bauliche Voraussetzungen, Personalbesetzung, rechtliche Bestimmungen und manchmal auch einfach der Mangel an Personen oder Dingen, die hilfreich wären. Gewalt, die basierend auf gesetzlichen Grundlagen von einer Institution oder ihren Beschäftigten ausgeht, bezeichnet man, auch in dieser Leitlinie, als „Zwang“. Nicht gesetzlich legitimierte Formen von Gewaltanwendungen sind illegal und folglich auch nicht Gegenstand einer Leitlinie.

#### **Gewalt gegen psychisch erkrankte Menschen<sup>3</sup>**

Gewalttätiges Verhalten von psychisch erkrankten Menschen wird häufig thematisiert, gerade auch in den Medien. Viel seltener wird angesprochen und berücksichtigt, dass viele psychisch erkrankte Menschen ihrerseits schon Opfer von Gewalt wurden. Dies kann nicht nur mit später auftretender Gewalttätigkeit zusammenhängen, sondern sogar eine wesentliche Ursache der psychischen Erkrankung sein. Inzwischen zeigt eine größere Anzahl von Studien, dass Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt, aber auch gefühlloser und verächtlicher Behandlung sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter bei psychisch erkrankten Menschen deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung vorkommen.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

Psychisch erkrankte Menschen sollten gezielt dahingehend befragt werden, inwieweit sie selbst schon Opfer von Gewalt geworden sind. Das kann zum Verständnis von Entstehung und Verlauf der Erkrankung beitragen und die therapeutischen Beziehungen verbessern („Trauma-sensitive Therapie“). Es ist wichtig, dass psychiatrische Professionelle diesbezüglich fortgebildet werden.

## Abgrenzung von nicht krankhafter Aggression und Gewalt<sup>4</sup>

Aggressives und gewalttätiges Verhalten wird in der Gesellschaft in der Regel nicht toleriert. Es kommt aber relativ häufig und in sehr unterschiedlichen Situationen vor. Sanktionsmöglichkeiten gibt es unmittelbar durch Einschreiten der Polizei mit der Möglichkeit, Menschen für einen begrenzten Zeitraum in Gewahrsam zu nehmen oder, falls Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bestehen, zwangsweise in eine psychiatrische Klinik einzuweisen und dort gegebenenfalls nach den einschlägigen Gesetzen des öffentlichen Rechts der einzelnen Bundesländer wegen Fremdgefährdung für einen befristeten Zeitraum unterzubringen; mittelfristig gibt es strafrechtliche Sanktionen bis hin zur Haft und, bei Schuldunfähigkeit und fortbestehender Gefährlichkeit, die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie. Menschen nur deshalb in eine psychiatrische Klinik einzuweisen, weil die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt wurde (möglicherweise sogar nur zu einem früheren Zeitpunkt), ist mit zeitgemäßen ethischen Vorstellungen und der UN-Behindertenrechtskonvention nicht vereinbar. Deshalb sind insbesondere für die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik enge Voraussetzungen erforderlich.

### Empfehlung zur guten klinischen Praxis

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 fachlichen Einschätzung gelten. Ein Missbrauch des psychiatrischen Hilfesystems mittels Zwangseinweisungen für reine Ordnungsaufgaben ohne Vorliegen der zuvor genannten Voraussetzungen soll vermieden werden.

Bei Amoktaten und terroristischen Anschlägen wird in den Medien häufig berichtet, dass der Täter (seltener eine Täterin) „psychisch krank“ gewesen sei. Die undifferenzierte Vermengung aller Arten von psychischen Störungen und von Ursachen und Folgen kann dabei erheblich zur Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen beitragen. Im engeren Sinne ursächlich ist eine psychische Erkrankung nur, wenn sie, entsprechend den Voraussetzungen des Strafgesetzbuchs, zu einer Aufhebung der Einsichts- und/oder Steuerungsfähigkeit geführt hat und die Tat daraus, zum Beispiel unter dem Einfluss von Wahnvorstellungen, resultiert. In den allermeisten Fällen ist das aber bei Amoktaten und Terroranschlägen nicht der Fall. Es handelt sich dann um Taten von zur Selbstbestimmung fähigen Menschen, bei denen die Tat durch eine gleichzeitig bestehende psychische Störung irgendwelcher Art weder ausreichend erklärt noch in der Schuld gemindert wird.

### 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.

<sup>4</sup> (korrespondierende Kapitel in der Langversion: 8.1-8.3, 9.2)



Ethnische Minderheiten haben gehäuft eine Vorgeschichte von Traumatisierungen und sehen sich mit verschiedenen inneren und äußeren Barrieren beim Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem konfrontiert. Vorliegenden Daten zufolge nehmen Migrantinnen und Migranten stationäre psychiatrische Angebote vergleichsweise seltener freiwillig in Anspruch, der Anteil unfreiwilliger Aufnahmen ist deshalb häufig erhöht. Aggressives Verhalten scheint in dieser Gruppe in psychiatrischer Behandlung nicht wesentlich häufiger oder seltener beobachtet zu werden als bei anderen Personen. Einzelne Studien fanden den Anteil von Menschen, die Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren, erhöht, andere aber nicht.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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.

#### **Geschlechtsspezifische Aspekte**

Während aggressives Verhalten in der Allgemeinbevölkerung eindeutig häufiger bei Männern auftritt, ist dies in psychiatrischen Einrichtungen teils weniger deutlich, teils auch gar nicht festzustellen. Psychisch erkrankte Frauen haben jedoch ein höheres Risiko als psychisch erkrankte Männer, ihrerseits Opfer von Gewalt im Allgemeinen, häuslicher Gewalt und sexueller Gewalt im Besonderen zu werden. In psychiatrischen Kliniken werden Frauen häufiger wegen Selbst- und Männer häufiger wegen Fremdgefährdung gegen ihren Willen aufgenommen. Bezüglich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zeigt die Studienlage keinen eindeutigen Trend zu Lasten eines der Geschlechter.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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 Maßnahmen 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.

## 2. Prävention<sup>5</sup>

Eine patientenorientierte, zeitgemäße und humane Psychiatrie benötigt eine angemessene personelle, bauliche und materielle Ausstattung. Diese darf den gesamtgesellschaftlichen Lebensverhältnissen nicht hinterherhinken. Psychisch erkrankten Menschen muss ein würdiges Leben in der Gesellschaft möglich sein mit einem größtmöglichen Maß an Freiheit und Teilhabe. Die Möglichkeit, entsprechende Rechte geltend zu machen, sind in den Sozialgesetzbüchern, im Bundesteilhabegesetz und der UN-Behindertenrechtskonvention niedergelegt. Auch die gesetzlichen Grundlagen bedürfen einer ständigen Anpassung und Fortentwicklung.

Ausreichendes und gut qualifiziertes Personal in den psychiatrischen Einrichtungen ist eine zwingend notwendige, alleine allerdings noch keineswegs hinreichende Voraussetzung für die weitestmögliche Verhinderung von Gewalt und Zwang. „Psychiatrische Einrichtungen“ sind in diesem Zusammenhang keineswegs nur Krankenhäuser, sondern auch alle ambulanten und komplementären Dienste, die vielerorts vorhanden sind, an anderen Stellen aber auch erst geschaffen werden müssen. Gerade der Umgang mit angespannten und bedrohlich auftretenden psychisch erkrankten Menschen erfordert auf Seiten der Beschäftigten in diesen Einrichtungen ein gutes Training, eine hohe persönliche Qualifikation und Maßnahmen zur Sicherheit der Beschäftigten.

Als Gewalt-präventiv können alle Maßnahmen der sogenannten „Patientenorientierung“ gelten, u. a. eine Patienten- anstatt einer institutionszentrierten Behandlung, ein partnerschaftlicher Kommunikationsstil („Shared Decision Making“), „Verhandeln anstatt Behandeln“, die Bereitschaft zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen, die Einbeziehung von Angehörigen und die niederschwellige Erreichbarkeit unabhängiger Beschwerdeinstanzen. Gewaltpräventiv sind aber auch ansprechende und moderne Räumlichkeiten sowie eine psychopharmakologische Behandlung, die unnötige Nebenwirkungen vermeidet. Es konnte nachgewiesen werden, dass eine geeignete Architektur mit ausreichend Platz und Privatsphäre Zwangsmaßnahmen verringern kann. Eine Überbelegung psychiatrischer Stationen mit einer Konzentration von vielen Patientinnen und Patienten geht dagegen mit mehr Zwangsmaßnahmen einher.

Uneinheitlich ist die Haltung der Experten zu der Frage, wie psychiatrische Einrichtungen zweckmäßig organisiert und differenziert werden sollten, um die Belastung durch Gewalt und Zwang möglichst gering zu halten. Manche Einrichtungen betrachten es als Leitprinzip, alle Stationen auch bei gerichtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten, wenn irgend möglich, offen zu führen. Um dies zu ermöglichen, müssen Konzentrationen „schwieriger“ Patientinnen und Patienten (mit einem Potenzial der Selbst- oder Fremdgefährdung) vermieden werden; deshalb wird eine Durchmischung und Verteilung der Patientinnen und Patienten ohne Spezialisierungen einzelner Stationen empfohlen. Störungsbezogene Behandlungen finden dann stationsübergreifend in sogenannten indikativen Gruppen statt. Um alle Stationen offen zu führen, muss man sicherstellen (z. B. mit Konzepten der Bezugspflege), dass man sich um alle Patienten ständig aktiv kümmert und sie in möglichst viele Aktivitäten einbezieht. Die Befürchtung, dass derartig offen geführte Stationen mehr Entweichungen, Suizide oder Gewalttaten zur Folge hätten, konnte bisher auf der Grundlage verfügbarer Daten nicht bestätigt werden.

In anderen Kliniken wird dagegen argumentiert, dass die Öffnung aller Stationen als Leitprinzip zu Lasten der großen Mehrheit der Patienten gehe, die ohnehin auf offen geführten Stationen behandelt werden und eine den jeweiligem Störungsbild angemessene häufig spezialisierte Behandlung benötigen. Hier tendiert man eher dazu, untergebrachte

---

<sup>5</sup> (korrespondierendes Kapitel der Langversion: 10)

oder nicht kooperative Patienten auf wenigen dauerhaft geschlossen geführten Stationen oder in geschlossenen Teilbereichen, gegebenenfalls mit einer verbesserten personellen Ausstattung im Sinne einer „Intensivstation“, zu konzentrieren. Dieser Weg wird schon lange in Großbritannien und neuerdings auch in den Niederlanden, aber auch an diversen deutschen Kliniken beschränkt. Für beide sehr unterschiedliche Arten einer Klinikorganisation gibt es auch bestätigende wissenschaftliche Befunde. Deshalb gibt es derzeit keinen Konsens unter Experten, ob das eine oder andere Modell zur Prävention von Gewalt und Zwang und auch generell als mehr oder weniger geeignet anzusehen ist.

Viel zu wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse gibt es bisher über die geeignete Gestaltung von Wohneinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen im Hinblick auf die Verhinderung von Gewalt und Zwang. Das weite Spektrum vom ambulant betreutem Wohnen bis zu geschlossenen Heimen hat im Zusammenspiel mit psychiatrischen Kliniken eine hohe Bedeutung. Durch den teilweise erfolgten Abbau psychiatrischer Krankenhausbetten und den zunehmend besseren Ausbau der ambulanten und komplementären Versorgung ist es in den Krankenhäusern bei stetig sinkenden Verweildauern zu einer Konzentration von Menschen mit Selbst- oder Fremdgefährdung gekommen, die eine besondere Herausforderung darstellt. Die Problematik von Gewalt und Zwang kann aber auf der anderen Seite auch von Kliniken in das komplementäre Versorgungssystem verlagert werden und umgekehrt.

#### **Empfehlungen zur guten klinischen Praxis**

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

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.

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.

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.

**Wissenschaftlich begründete Empfehlung**

★ ★ ★ 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.

### 3. Beziehungen zwischen Betroffenen und Professionellen

#### **Generelle ethische Empfehlungen**

Psychiatrisch Tätigen 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.

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?

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.

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.

Die Beziehungsgestaltung spielt in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen bei der Verhinderung von Gewalt und Zwang eine große Rolle. Beziehungsarbeit ist der Kern der psychiatrischen Pflege; in der Behandlung psychischer Störungen durch Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen sind psychotherapeutische Herangehensweisen ein unverzichtbarer Bestandteil. Wichtige Qualitäten in der Beziehungsgestaltung sind Verständnis und Empathie, individuelles Eingehen auf Patientinnen und Patienten, Anbieten von Unterstützung, Verfügbarkeit für Ansprache, Echtheit, Kommunikation auf Augenhöhe, respektvoller Umgang, Selbstbewusstsein und die Aufrechterhaltung klarer Grenzen. Restriktives, autoritäres, distanzierendes und emotional unbeteiligtes Auftreten von Beschäftigten kann dagegen zur Eskalation gewalttätiger Konflikte beitragen. Maßnahmen der intensiven Einzelbetreuung können Gewalt und Zwangsmaßnahmen verhindern helfen, werden zugleich aber zuweilen auch als sehr einengend und letztlich auch als Zwangsmaßnahme erlebt.

#### **Empfehlungen zur guten klinischen Praxis**

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.

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

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.

### **Trialog, Selbsthilfe und Empowerment**

Unter Trialog versteht man die Begegnung, den offenen Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen psychisch erkrankten Menschen, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern psychiatrischer Institutionen auf Augenhöhe. Dies soll helfen, das Machtgefälle zwischen den Professionellen einerseits und den Betroffenen und den Angehörigen andererseits zu vermindern.

Selbsthilfe in verschiedenen Formen, zum Beispiel dem Angebot von Selbsthilfegruppen, hat eine besonders lange Tradition bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit. Inzwischen ist die Selbsthilfebewegung aber auch bei einem breiten Spektrum anderer psychischer Störungen von Bedeutung. Eine Variante der Selbsthilfe ist die Ausbildung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern beziehungsweise Peer-Beraterinnen und -Beratern, auch Ex-In genannt (für „Experienced Involvement“). Man erhofft sich, dass die Mitarbeit von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern, die früher selbst Patientinnen beziehungsweise Patienten waren, in psychiatrischen Krankenhäusern die Atmosphäre dahingehend positiv verändern könnte, dass Gewalt und Zwang seltener werden. Nachgewiesen werden konnte dies allerdings bisher noch nicht. Auch von einer sogenannten „Recovery-Orientierung“ psychiatrischer Einrichtungen werden derartige günstige Effekte erwartet, wenngleich auch dies noch nicht nachgewiesen werden konnte. „Recovery“ bezeichnet ein positiv zukunftsorientiertes Konzept psychischer Erkrankungen, wobei es darum geht, unter Rückbesinnung auf eigene Möglichkeiten und Fähigkeiten ein möglichst erfülltes und selbstbestimmtes Leben trotz oder nach einer Erkrankung zu führen.

### **Statement**


Der Beteiligung psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. 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 Trialog-Foren sein. Auch in der Forschung wird der Beteiligung von Betroffenen in der Wahl der Forschungsgegenstände und der Studiendesigns zunehmend größere Bedeutung beigemessen.

### **Behandlungsvereinbarungen**

Als Behandlungsvereinbarungen werden schriftliche Vereinbarungen zwischen einer psychiatrischen Klinik und ihren Patientinnen und Patienten bezeichnet, die sich auf die Modalitäten möglicher künftiger Behandlungen beziehen. Sie werden von beiden Seiten als verbindlich anerkannt und, im Gegensatz zu Patientenverfügungen, von Patientinnen und Patienten einerseits und Professionellen andererseits gemeinsam ausgehandelt. Bei entsprechenden formalen Voraussetzungen haben sie den Rang einer rechtlich

verbindlichen Patientenverfügung. Behandlungsvereinbarungen haben den Stellenwert einer vertrauensbildenden Maßnahme. Typische Inhalte von Behandlungsvereinbarungen betreffen die Wiederaufnahme auf einer bestimmten Station, die Festlegung von Medikamenten, welche gegeben beziehungsweise nicht gegeben werden sollen, die Information nahestehender Personen über den Klinikaufenthalt, Beschreibungen von Deeskalationsmaßnahmen, die vor dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen versucht werden sollten, sowie den angemessenen Einsatz von Zwangsmaßnahmen, falls solche unumgänglich sein sollten. Ebenso können bestimmte Behandlungen abgelehnt werden, außer zum Schutz Dritter bei akuter Fremdgefährdung. Es ist gut bekannt, dass Behandlungsvereinbarungen häufig gefordert und von beiden Seiten geschätzt werden, in der Praxis aber doch recht selten abgeschlossen werden. Die Gründe sind vielfältig, u. a. ist der Zeitaufwand erheblich und die Einsicht in den Sinn dieses Vorgehens nicht immer gegeben. Behandlungsvereinbarungen sollen in erster Linie Wiedereinweisungen unter Zwang vermeiden, aber auch generell Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus reduzieren.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlung**

 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.

#### **Empfehlungen zur guten klinischen Praxis**

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.

## 4. Mitarbeiterschulungen und Deeskalation<sup>6</sup>

Die Durchführung von Aggressionsmanagement-Trainings hat sich in psychiatrischen Kliniken verbreitet etabliert. Dabei gilt die Kombination von Deeskalations-Trainings und körperlichen Techniken gegenwärtig als Standardprogramm. Sie folgt auch den zeitlichen und logischen Abläufen einer Gewaltsituation in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In der überwiegenden Zahl der Gewaltsituationen kann von einer Eskalation ausgegangen werden, die anhand von Frühwarnzeichen wie verbaler Aggression, Verringerung der Körperdistanz u. a. hätte erkannt werden können. Jedoch können nicht alle Konflikte deeskaliert werden. Ein kleiner, aber wegen der Auswirkungen nicht zu vernachlässigender Teil dieser Situationen ist nur durch die Anwendung von körperlichem Zwang zu bewältigen. Körperliche Techniken beinhalten Befreiungstechniken (z. B. aus Umklammerungen oder bei Würgen), Abwehrtechniken (gegen Titte, Schläge), Immobilisationstechniken, Haltetechniken z. B. für Fixierungen oder Injektionen, Fixierungstechniken und Techniken zum Vorgehen bei Isolierung. Eine hohe Bedeutung wird der verbalen Deeskalation beigemessen. Dabei gibt es wichtige Grundregeln wie die der frühzeitigen Intervention, des Zeitgewinns und der Fairness, Empfehlungen zur non-verbalen Kommunikation (Körpersprache, Mimik, Gestik) und zur verbalen Deeskalation (aktives Zuhören, Verzicht auf Provokationen, Lautstärke, Ruhe bewahren, Angst beim Gegenüber reduzieren, Wertschätzen des Gegenübers, Wünsche und Ängste erfragen, Lösungen ausarbeiten, Sicherheit schaffen, eine gemeinsame Haltung anbieten, Ausdrücken von Bedauern über die Anwendung jeglicher Form von Zwang).

Die Wirksamkeit derartiger Trainingsprogramme wurde weltweit in zahlreichen Ländern geprüft. Es konnte mit hoher Übereinstimmung gezeigt werden, dass das Wissen und die Zuversicht, mit aggressiven Situationen angemessen umgehen zu können, bei den geschulten Beschäftigten deutlich anstieg. Weniger einheitlich gelang der Nachweis, dass es mit diesen Maßnahmen tatsächlich gelingt, Gewalt und Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Dennoch besteht eine hohe Übereinstimmung unter allen Experten, dass derartige Trainings sinnvoll sind.

### Wissenschaftlich begründete Empfehlungen



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

### Empfehlung zur guten klinischen Praxis

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.

### Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen<sup>7</sup>

Studien zeigen, dass Traumafolgestörungen bei von Patientenübergriffen betroffenen Beschäftigten nicht selten auftreten. Bei einem kleinen Teil betroffener Personen entwickeln sich chronische posttraumatische Belastungsstörungen, die zur Berufsunfähigkeit führen

<sup>6</sup> (korrespondierende Kapitel der Langversion: 11.1-11.3)

<sup>7</sup> (korrespondierendes Kapitel der Langversion: 11.4)



können. Besonders gefährdet sind Mitarbeitende, die wiederholt Opfer von Gewalt am Arbeitsplatz werden oder auch in anderen Lebensbereichen (Kindheit, Partnerschaft) Gewalt erfahren haben. Bei der Prävention psychischer Folgestörungen nach einem Übergriff können drei Phasen mit jeweils geeigneten Maßnahmen unterschieden werden:

- eine unmittelbar nach dem Übergriff einsetzende kollegiale Unterstützung,
- speziell geschulte Teams für die Nachbearbeitung und bei Bedarf eine längerfristige Nachsorge durch die Einrichtung,
- ein psychotherapeutisches Angebot i. e. S. bei Manifestation einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer sonstigen Angst- oder Anpassungsstörung (Psychotherapeutenverfahren über die berufsgenossenschaftliche Unfallversicherung).

Von Übergriffen geschädigte Angehörige sollten über Möglichkeiten der Vermeidung künftiger Risiken beraten werden. Sie sollten ermutigt werden, die eigenen Bedürfnisse zu beachten, und sie sollten über Angehörigenselfhilfegruppen informiert werden.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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

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 Posttraumatischen Belastungsstörung 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.

## 5. Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang<sup>8</sup>

### Gestaltung und Reduzierung von Zwangseinweisungen

Zwangseinweisungen in ein psychiatrisches Krankenhaus können bei verschiedenen klinischen Situationen erforderlich werden. Im Einzelnen kann dies aggressive, erregte, berauschte, verwirrte oder suizidale psychisch erkrankte Menschen betreffen. Zu berücksichtigen sind die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlichen Regelungen nach den landeseigenen Psychisch Kranken (PsychKG)- bzw. Unterbringungsgesetzen oder nach dem bundeseinheitlichen Betreuungsrecht. Die Verfahren unterscheiden sich in einzelnen Bundesländern zum Teil erheblich. Die Gesetze der Bundesländer zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung sehen als Regelverfahren vor, dass das Unterbringungsverfahren durch einen Antrag an das Amtsgericht, dem ein Attest einer Fachärztin oder eines Facharztes beigelegt ist, eröffnet wird. Angehörige können sich bei akuter Gefahr an die Polizei, sonst an das Ordnungsamt oder an den sozialpsychiatrischen Dienst wenden. In akuten Krisensituationen, in denen eine vorherige richterliche Entscheidung nicht herbeigeführt werden kann, kann eine notfallmäßige Einweisung erfolgen. Die Einschätzung einer unmittelbaren Gefährdung sollte nicht alleine durch Verwaltungspersonal erfolgen, sondern unter Einbeziehung möglichst mehrerer Fachkräfte unterschiedlicher Profession. Auch die Belastung von Angehörigen und die Versorgung von Kindern und Haustieren müssen in alle Überlegungen einbezogen werden. Deeskalation kann sehr sinnvoll bereits in diesem Stadium beginnen. Immer sind Alternativen zur Klinikeinweisung zu prüfen. In unklaren Fällen ist es besonders wichtig, dass unverzüglich durch eine Ärztin oder einen Arzt geklärt wird, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und ob sich der psychisch erkrankte Mensch freiwillig in eine Klinik begibt oder ob die Voraussetzungen einer Unterbringung vorliegen. In den Kliniken ist auch für unfreiwillig aufgenommene Menschen eine „Kultur des Empfangs“ sehr wichtig. Auch hier beginnen deeskalierende Maßnahmen bereits bei der Aufnahme. Wenn die psychisch erkrankte Person einwilligt, sollen Angehörige möglichst frühzeitig in den Aufnahmeprozess einbezogen werden. Dies kann sowohl ihrer emotionalen Entlastung und der Deeskalation als auch der Erhebung von Informationen dienen.

In einer Auswertung der international verfügbaren Studien haben sich Behandlungsvereinbarungen oder deren Varianten wie „Krisenpläne“ (siehe Kapitel 3) zur Reduzierung von Zwangseinweisungen als geeignet erwiesen.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlung**



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

### **Maßnahmen zur Reduzierung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen<sup>9</sup>**

Für die Leitlinienerstellung wurde die gesamte wissenschaftliche Literatur systematisch nach derartigen Maßnahmen und Strategien durchsucht, über die bisher weltweit in wissenschaftlichen Studien berichtet wurde. Dabei zeigen sich sehr unterschiedliche Ebenen, auf denen zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (Isolierung, Fixierung) eingegriffen werden kann. Außerdem kann zwischen einfachen, d. h. an einer Stelle ansetzenden, und komplexen, d. h. an vielen Stellen einer Organisation ansetzenden,

<sup>8</sup> (korrespondierendes Kapitel der Langversion: 12)

<sup>9</sup> (korrespondierendes Kapitel in der Langversion: 14)

Maßnahmen unterschieden werden. Im Einzelnen handelt es sich um die nachfolgend beschriebenen Bereiche.

#### *Organisatorische und institutionelle Maßnahmen*

Als wirksam erwiesen sich z. B. die Erfassung von Daten zu Zwangsmaßnahmen und vertrauensvolle Qualitätszirkel mit den Vertretern der Einrichtungen, mit dem Zweck Zwangsmaßnahmen zu reduzieren und dies auf Grund der regelmäßig erhobenen Daten zu überprüfen (sogenanntes Benchmarking). Auch eine Reduktion der Stationsgröße und eine bessere Personalausstattung ging mit einer Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einher. Vielfach wird auch die konsequent offene Führung möglichst aller psychiatrischen Stationen gefordert. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind jedoch bisher nicht eindeutig.

Wirksam sind auch gesetzliche Regelungen, die die Schwelle für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen heraufsetzen, ebenso einrichtungsinterne derartige Regelungen. Ob Behandlungsvereinbarungen nicht nur Zwangseinweisungen, sondern auch freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen reduzieren können, wurde noch nicht ausreichend untersucht.

#### *Fort- und Weiterbildung*

Besonders die regelmäßige Schulung des gesamten Personals mit Patientenkontakt im Hinblick auf Deeskalationstechniken und sichere Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und Selbstschutz (Aggressionsmanagement-Trainings) wird als wichtig erachtet. Solche Maßnahmen verbessern die Selbstsicherheit der Geschulten und sind wahrscheinlich auch geeignet, die Häufigkeit von Aggressionen und Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind aber uneinheitlich.

#### *Gestaltung psychiatrischer Stationen*

Studien konnten zeigen, dass Zwangsmaßnahmen alleine durch eine Neugestaltung und Modernisierung psychiatrischer Stationen reduziert werden konnten. Als wichtig werden ausreichend Raum, Licht und Privatsphäre erachtet. Auch speziell eingerichtete Räume, die freiwillig zum Reizschutz aufgesucht werden können („weiches Zimmer“) können als hilfreich angesehen werden, ebenso eine Ausstattung solcher Räume mit aktiv positiven Reizen (schwere Decken, Aroma-Öle, Musik). Wichtig war allerdings auch dabei eine spezielle Anleitung und Betreuung durch geschultes Personal.

#### *Psychotherapeutische Angebote*

In diesem Zusammenhang wurde eine Fülle von Maßnahmen beschrieben, die teilweise aktive Mitarbeit in Gruppen erfordern, teilweise aber auch den Kommunikationsstil der Mitarbeitenden betreffen. Auch die Einbeziehung der Familien der betreffenden Patientinnen und Patienten kann ein hilfreicher Ansatz sein.

#### *Nachbesprechungen*

Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen sowohl innerhalb des Behandlungsteams als auch mit betroffenen Patientinnen und Patienten gelten als wichtig und hilfreich. Es konnte gezeigt werden, dass mit daraus abgeleiteten Behandlungsvereinbarungen die künftige Häufigkeit von Zwangseinweisungen reduziert werden konnte.

#### *Strukturierte Risikoeinschätzung*

Es konnte gezeigt werden, dass die systematische Durchführung von Risikoeinschätzungen mittels standardisierter Checklisten mit abgeleiteten Maßnahmen bei festgestelltem erhöhtem Risiko sowohl die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als auch von Gewaltereignissen reduzieren konnte.

☆☆☆ Instrumente zur strukturierten Risikoeinschätzung und Instrumente zum frühen Eingreifen bei Eskalationen sollen in psychiatrischen Kliniken zur Reduktion von Zwang und Gewalt eingesetzt werden.

☆☆☆ 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.

☆☆☆ 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.

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

Etwas weniger gut durch die Studienlage abgesichert, aber dennoch empfehlenswert sind möglichst kleine Stationen, eine gute Personalausstattung, qualitätssichernde Maßnahmen zwischen verschiedenen Kliniken, Fort- und Weiterbildung in Deeskalation, Selbstschutz und sicherer Durchführung von Maßnahmen.

Weil alle genannten Einzelmaßnahmen stets nur begrenzte Effekte aufweisen, aber an sehr unterschiedlichen Stellen innerhalb der Organisation ansetzen, erschien es naheliegend, mehrere Einzelmaßnahmen zu einer komplexen Intervention zu bündeln. Das sogenannte „Engagement Model“ in den USA wurde sehr gut untersucht mit überzeugenden Wirksamkeitsnachweisen, fand aber bisher offenbar keine Verbreitung auf weitere Einrichtungen. Großes Interesse in den letzten Jahren fanden dagegen die ebenfalls in den USA propagierten „Six Core Strategies“ und das von Len Bowers aus London entwickelte „Safewards“-Programm. Beide Programme werden in angepasster Form auch schon in Deutschland angewendet.

Die „Six Core Strategies“ beinhalten folgende Elemente:

- *Führung:* Die Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sollten von der Leitung einer Klinik beziehungsweise Station geplant, verantwortet und überwacht werden.
- *Nutzung von Daten:* Daten über die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen auf den beteiligten Stationen sollten erfasst und regelmäßig überprüft und diskutiert werden.
- *Fort- und Weiterbildung:* Dies umfasst nicht nur Aggressionsmanagement-Trainings, sondern auch moderne psychiatrische Konzepte wie eine Trauma-informierte Behandlung, Recovery, Behandlungsplanung, Kommunikationstechniken und Supervision.

- *Risikofrüherkennung*: Dazu gehören die erwähnten Instrumente zur Früherfassung von Risiken, aber auch die Nachbesprechungen, positive Gruppenaktivitäten und unter Umständen spezielle Patiententrainings.
- *Nutzerbeteiligung*: Patientinnen und Patienten, Angehörige und rechtliche Vertreter, aber auch speziell ausgebildete Genesungsbegleiter („Ex-In“, „Peers“) sollen in die Behandlungsplanung und Aktivitäten mit den Patienten eingebunden werden.
- *Nachbesprechungstechniken*: Nachbesprechungen sollten in der Regel in zwei Schritten erfolgen, einmal direkt nach dem Ereignis und nachfolgend in ausführlicherer Form einige Tage später. Dabei sollten zwei Hauptaufgaben erfüllt werden, nämlich Traumafolgestörungen bei den Beteiligten zu reduzieren und Informationen einzuholen, um Zwang in der Zukunft zu reduzieren.

Studien aus mehreren Ländern (USA, Finnland) konnten Erfolge der Six Core Strategies bei der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen nachweisen. Neben diesem Programm gibt es viele weitere komplexe Behandlungsprogramme, die ähnliche Ansätze verfolgen.

### *Das Programm Safewards*

Das Programm Safewards wurde auf der Basis einer systematischen Auswertung der wissenschaftlichen Literatur zu allen Maßnahmen, die geeignet sind, Konflikte und aggressive Übergriffe auf psychiatrischen Stationen zu vermindern, erstellt. Das praktische Programm enthält 10 (erweiterbare) Maßnahmen, die dafür auf psychiatrischen Stationen eingeführt werden müssen:

- Klärung gegenseitiger Erwartungen
- verständnisvolle Kommunikation
- deeskalierende Kommunikation,
- positive Kommunikation
- unterstützende Kommunikation
- gegenseitiges Kennenlernen
- gemeinsame Unterstützungskonferenz
- Methoden zur Beruhigung
- Sicherheit bieten
- Entlassnachrichten

Alle Informationen und Materialien stehen unter [www.safewards.net/de/](http://www.safewards.net/de/) in deutscher Sprache zur Verfügung. In einer Studie mit 13 teilnehmenden Stationen in Australien konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit von Isolierungen sich bei den teilnehmenden Stationen im Gegensatz zu einer Gruppe von Kontrollstationen um ein Drittel reduzierte.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlung**



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

## 6. Medikamente I: Schnelle Beruhigung

Starke Unruhe, Erregung und Aggressivität gelten als psychiatrischer Notfall, wenn sie im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung auftreten. Wenn eine Beruhigung im Gespräch nicht gelingt, ist meistens ein Eingreifen mit Hilfe von Medikamenten (Psychopharmaka) erforderlich. Andernfalls drohen Gefahren für die betreffende Person selbst oder für Dritte oder es müssen Zwangsmaßnahmen zur Sicherung eingesetzt werden (zum Beispiel Handschließen durch die Polizei, Fixierung im Krankenhaus). Das Ziel einer beruhigenden Medikamentenbehandlung ist es immer, den psychisch erkrankten Menschen wieder in einen Zustand zu versetzen, in dem ein normales Gespräch möglich ist. Eine zutreffende psychiatrische Diagnosestellung vor der Behandlung ist immer anzustreben, gelingt in solchen Notfallsituationen aber nicht immer.

### *Medikamente zwangsweise?*

Die Anwendung von Zwang verletzt immer Freiheitsrechte von Patientinnen und Patienten und ist rechtlich nur in Notfallsituationen zulässig. Andererseits ist derartige Zwang manchmal auch nötig, um Schlimmeres zu verhindern, z. B. Verletzungen anderer Personen. Eine reine Fesselung/Fixierung einer sehr erregten Person ohne gleichzeitige medikamentöse Beruhigung kann aber medizinisch gefährlich und menschenunwürdig sein. Auf jeden Fall sollte man versuchen, soweit als nötig auf alle Wünsche und Vorstellungen der betreffenden Person in Bezug auf die Behandlung einzugehen. Wenn es dazu schriftliche Unterlagen gibt, etwa eine Behandlungsvereinbarung oder eine Patientenverfügung, ist das oft sehr hilfreich. Wenn die betreffende Person etwa ein Medikament einem anderen vorzieht und lieber Tabletten einnehmen als eine Spritze erhalten möchte, sollte man unbedingt versuchen, diesen Wünschen nachzukommen. Bei allen Maßnahmen sollte die Menschenwürde besonders beachtet werden und das Prinzip gegenseitigen Respekts einen großen Stellenwert haben.

### *Geeignete Medikamente*

Verschiedene Medikamente sind zur Beruhigung bei akuter aggressiver Erregung gut wirksam. Eine gute wissenschaftliche Beweislage existiert dabei für Haloperidol (z. B. Haldol), Lorazepam (z. B. Tavor), Flunitrazepam (z. B. Rohypnol), Midazolam (z. B. Dormicum), Olanzapin (z. B. Zyprexa), Ziprasidon (z. B. Zeldox), Zuclopentixolacetat (z. B. Ciatyl acuphase), Aripiprazol (z. B. Abilify), Loxapin (nur erhältlich zum Inhalieren, Adasuve) und Asenapin (z. B. Sycrest). Die Herstellerempfehlungen für die Dosierungen sollten dabei nicht überschritten werden. Nach Haloperidol treten relativ häufig Bewegungsstörungen (sogenannte extrapyramidale Symptome) auf, deshalb sollte man es besser mit Lorazepam (z. B. Tavor) oder Promethazin (z. B. Atosil) kombinieren. Aus Sicherheitsgründen und wegen der arzneimittelrechtlichen Zulassung dürfen die meisten Medikamente als Injektion nur intramuskulär gegeben werden, obwohl in mancherlei Hinsicht eine intravenöse Verabreichung zu bevorzugen wäre. Das zwangsweise Entkleiden erregter Personen gegen deren Willen zur Verabreichung einer intramuskulären Injektion ist für alle Beteiligten unangenehm. Nur Benzodiazepine (z. B. Lorazepam) dürfen langsam intravenös verabreicht werden. Die Inhalation von Loxapin (Adasuve) ist nur unter Mitarbeit der betroffenen Person möglich.

Bei Erregungszuständen und Aggressivität im Zusammenhang mit einer Intoxikation (Vergiftung), z. B. mit Alkohol oder auch unbekanntem Substanzen, muss man mit zusätzlichen Beruhigungsmitteln besonders vorsichtig sein. In solchen Situationen kann am ehesten Haloperidol (z. B. Haldol) gegeben werden.

### *Überwachung*

Bei Personen, die nach aggressiven Erregungszuständen Medikamente erhielten, ist eine engmaschige (häufig ständige) Überwachung durch qualifiziertes Personal erforderlich, damit medizinische Komplikationen gegebenenfalls frühzeitig erkannt werden können. Personen in solchen Situationen sind sowohl durch die Erregung selbst mit extremer Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems als auch durch mögliche Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente gefährdet. Besonders muss man dabei auf sogenannte Frühdyskinesien (Bewegungsstörungen zum Beispiel mit Zungen-Schlund-Krämpfen oder sonstigen unwillkürlichen Verkrampfungen), auf eine abgeschwächte Atmung und ein Absinken des Blutdrucks achten. Medikamente, die diesen unerwünschten Wirkungen entgegenwirken können, sind Biperiden (z. B. Akineton) zur Behandlung der Bewegungsstörungen und Flumazenil zur Aufhebung einer zu starken Wirkung von Benzodiazepin-Beruhigungsmitteln. Auch bei der Verwendung von Loxapin zum Inhalieren (Adasuve) muss man ein Gegenmittel für eine eventuell auftretende Verengung der Bronchien („Asthma-Anfall“) bereithalten. Je nach den medizinischen Erfordernissen kann auch der Einsatz eines Überwachungsmonitors oder eines sogenannten Pulsoximeters zur Prüfung der Sauerstoffsättigung erforderlich sein, dies dann in der Regel auf einer geeignet eingerichteten Wachstation.


#### **Empfehlungen zur guten klinischen Praxis**

Eine medikamentöse Notfallbehandlung unter Anwendung von Zwang erfolgt immer in dem rechtlichen Dilemma 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 möglichem Schaden ist stets erforderlich. Insbesondere wenn freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung unvermeidlich erscheinen, kann auch der Verzicht auf eine gleichzeitige Medikamentenbehandlung gesundheitsgefährdend, traumatisierend und damit unethisch sein. Willensäußerungen von Patientinnen und Patienten im Zustand der Einwilligungsfähigkeit, z. B. in Behandlungsvereinbarungen, sog. Krisenpässen oder Patientenverfügungen, müssen zwingend beachtet werden, soweit sie auf die Situation anwendbar sind. Auch bei einer für erforderlich gehaltenen Behandlung unter Anwendung von Zwang sollten der Patientin bzw. dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden. Die Bemühungen der psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde der Patientin bzw. des Patienten in derartigen Situationen in größtmöglichem Ausmaß zu wahren.

#### **Expertenkonsens**

Eine Medikamentenverabreichung in Tablettenform oder als Tropfen/Saft sollte bei gegebenem Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten bevorzugt werden. Dazu werden Antipsychotika und Benzodiazepine empfohlen. 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 Nebenwirkungen von Antipsychotika zu vermeiden.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**

 Wenn eine Medikamentenverabreichung in Tablettenform oder als Tropfen/Saft nicht möglich ist, sind Haloperidol in Kombination mit Benzodiazepinen oder Promethazin, Lorazepam, Flunitrazepam, Midazolam, Olanzapin, Ziprasidon, Zuclopenthixolacetat und Aripiprazol als Injektion wirksam in der Behandlung akuter aggressiver Erregung. Wirksam

sind auch Loxapin (zum Inhalieren) sowie Asenapin (unter der Zunge aufzulösen). Loxapin erfordert aber eine Mitarbeit, der Einsatzbereich ist insofern begrenzt.

★★ Haloperidol sollte, außer bei erheblicher Alkoholisierung oder sonstigem Rauschzustand, nicht als einziges Medikament eingesetzt werden, weil es eher weniger wirksam und von mehr Nebenwirkungen begleitet ist als die anderen Medikamente bzw. die Kombinationen mit Promethazin oder Lorazepam.

★★★ Midazolam soll wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression bei psychiatrischen Indikationen nicht verwendet werden. Die gleichzeitige Injektion von Olanzapin und einem Benzodiazepin soll unterbleiben.

### **Expertenkonsens**

Bei aggressiven Erregungszuständen in Zusammenhang mit Alkohol oder gar verschiedenen und unbekanntem Stoffen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern ist besondere Zurückhaltung gegenüber sedierenden Medikamenten und eine intensive Überwachung angezeigt. Vergleichsweise sicher ist Haloperidol. Nach der Verabreichung von Medikamenten wegen aggressiver Erregungszustände ist eine so engmaschige (d. h. in der Regel 1:1-) Überwachung durch qualifiziertes Personal erforderlich, dass medizinische Komplikationen frühzeitig erkannt werden können. Patientinnen und Patienten in dieser Situation sind sowohl durch den Erregungszustand selbst als auch durch Nebenwirkungen der verabreichten Medikation gefährdet. Die Intensität der Überwachung, ggf. auch mit den Mitteln einer Wachstation, orientiert sich an den medizinischen Erfordernissen.

Den Ablauf der Entscheidungsprozesse für die pharmakologische Behandlung eines aggressiven Erregungszustands zeigt die Abbildung 1.





**Abbildung 1: Wahl des Medikaments bei der Notfallmedikation**

## 7. Medikamente II: Behandlung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens bei unterschiedlichen Störungsbildern

Bei jeglicher medikamentöser Behandlung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens ist eine Bewertung nach vorab definierten Kriterien nach einem Zeitraum von 4-8 Wochen zu empfehlen. Bei fehlender Wirksamkeit soll die Medikation wieder abgesetzt werden.

### *Psychotische Störungen*

Aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen kann Folge einer verzerrten Realitätswahrnehmung sein und etwa unter dem Einfluss von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen erfolgen. Allerdings spielen auch Alkohol- und Drogenmissbrauch, Persönlichkeitszüge und die soziale Situation eine erhebliche Rolle. Es ist gut gesichert, dass in erster Linie eine Behandlung der Erkrankung selbst mit Antipsychotika zu einem deutlichen Rückgang aggressiver Verhaltensweisen führt, sowohl in psychiatrischen Einrichtungen als auch in Familien, im Alltag und in der Gesellschaft allgemein.

Wenn Medikamente immer wieder abgesetzt werden, sollte man mit der Patientin bzw. dem Patienten die Verwendung eines Depot-Präparats diskutieren. Allerdings ist auch dafür eine grundsätzliche Bereitschaft zur Behandlung erforderlich. Wenn die Behandlungsergebnisse insgesamt mit mehreren Substanzen unbefriedigend sind, sollte auf jeden Fall eine Umstellung auf das Medikament Clozapin erwogen werden, das allen anderen Substanzen in der Wirksamkeit überlegen ist. Allerdings ist es mit Nebenwirkungen behaftet, in erster Linie Gewichtszunahme und Entwicklung einer diabetischen Stoffwechsellage. Wegen möglicher Blutbildschädigungen sind häufige Blutbildkontrollen erforderlich (in den ersten 18 Wochen wöchentlich, dann monatlich). Auch bei aggressivem Verhalten ist Clozapin in der Wirkung überlegen. Bei allen anderen Antipsychotika ließ sich dagegen weder für die allgemeine Wirksamkeit noch für die Wirksamkeit bezüglich aggressiven Verhaltens eine eindeutige Rangfolge feststellen. Die Wirkung ist bis zu einer gewissen Obergrenze dosisabhängig, die Verträglichkeit allerdings auch. Man sollte versuchen, die gewünschten Effekte mit der niedrigstmöglichen Dosierung zu erzielen. Dies gilt sowohl für die Behandlung der Erkrankung als auch für in diesem Zusammenhang auftretendes aggressives Verhalten.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**



Bei aggressivem Verhalten aufgrund psychotischer Störungen soll primär die Grunderkrankung leitliniengemäß mit Antipsychotika behandelt werden.



Bei wiederkehrendem aggressivem Verhalten und unzuverlässiger Medikamenteneinnahme sollte eine Umstellung auf ein Depot-Präparat mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert werden.



Nur bei Vorliegen einer affektiven Störungskomponente (bipolare oder schizoaffektive Psychose) sollte ein Behandlungsversuch mit Valproat erfolgen.



Bei aggressivem Verhalten bei bisher nicht zufriedenstellend behandelbaren psychotischen Störungen soll ein Behandlungsversuch mit Clozapin unter Beachtung der üblichen Gegenanzeigen und Kontrollen erfolgen. Der Serumspiegel sollte dabei möglichst im oberen empfohlenen Bereich liegen.

Auch mit Clozapin sind in manchen Fällen keine ganz zufriedenstellenden Behandlungserfolge möglich. In diesen Fällen stellt sich die Frage der Kombination mit anderen Medikamenten oder der versuchsweise besonders hohen Dosierung (Hochdosistherapie). In Einzelfällen können solche Behandlungsversuche sinnvoll sein, eine generelle Empfehlung kann aufgrund der Studienlage allerdings nicht gegeben werden.

Auch zahlreiche weitere Substanzen wurden im Hinblick auf eine Wirksamkeit bei aggressivem Verhalten bei psychotischen Störungen untersucht. Dazu gehören Stimmungsstabilisierer (Valproat, Carbamazepin, Topiramat), Beta-Blocker und Benzodiazepine. Hinweise auf mögliche günstige Effekte ergeben sich aus Studien nur für Valproat, und zwar am ehesten dann, wenn auch eine affektive Störungskomponente vorliegt (schizoaffektive Psychose mit maniformen Phasen). Von allen übrigen Substanzen ist eher abzuraten, weil eher Nebenwirkungen als günstige Effekte zu erwarten sind.

#### **wissenschaftlich begründete Empfehlung**



Bei aggressivem Verhalten und nicht ausreichend behandelbaren (therapieresistenten) psychotischen Störungen sollte kein Behandlungsversuch mit Stimmungsstabilisierern (außer Valproat), Beta-Blockern und Benzodiazepinen unternommen werden.

#### *Persönlichkeitsstörungen*

Während man früher die pharmakologische Behandlung von Persönlichkeitsstörungen als wirkungslos ablehnte, geht man heute davon aus, dass einige umschriebene Symptomenkomplexe wie Aggressivität und Impulsivität auf eine pharmakologische Behandlung teilweise ansprechen. Allerdings erfordert eine solche Behandlung eine hohe Behandlungsbereitschaft und ist nur im Rahmen eines gemeinsam erstellten Behandlungsplans möglich. Es gibt zahlreiche, jedoch relativ kleine Studien, so dass allgemeine wissenschaftlich begründete Empfehlungen nur mit Vorsicht abzuleiten sind. In allen Fällen muss eine Erörterung der Behandlungsziele und möglicher Nebenwirkungen zwischen der Patientin oder dem Patienten und den verordnenden Ärzten zugrunde liegen. Die Behandlung mit Medikamenten kann immer nur ein Teil eines Gesamtbehandlungsplans sein, der auch psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen einschließt.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**



Bei wiederkehrendem impulshaft aggressivem Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen kann gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten eine Behandlung mit Aripiprazol, Lamotrigin, Valproat, Topiramat oder Omega 3-Fettsäuren erwogen werden.



Bei Persönlichkeitsstörungen mit wiederkehrenden impulshaften Aggressionsausbrüchen als Hauptsymptom („Intermittent explosive Disorder“ im amerikanischen Diagnosesystem DSM-5) kann eine Behandlung mit Oxcarbazepin, Carbamazepin, Valproat, Phenytoin, Lithium oder Fluoxetin gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erwogen werden.

Aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenzerkrankung hat unterschiedliche Ursachen. Auslöser reichen von Fehlinterpretationen sozialer Situationen aufgrund der geistigen Funktionseinschränkungen bis hin zum Handeln aus Wahnvorstellungen. Am häufigsten sind situative Fehldeutungen. Davon zu unterscheiden sind berechnete reaktive Empörung etwa über unsachgemäße Pflege und eine Fortsetzung von bereits vor der Erkrankung bestehenden Neigungen zu gewalttätigem Verhalten (eher die Ausnahme). Aggressives

Verhalten bei an Demenz erkrankten Menschen geht häufig (nicht immer) mit allgemein gesteigerter Erregung und Unruhe (Agitiertheit) einher. Eine pharmakologische Behandlung sollte immer Teil eines Gesamtbehandlungsplans sein, der geeignete Formen der pflegenden Zuwendung und der Umgebungsgestaltung beinhaltet. Eine psychopharmakologische Behandlung kann erforderlich sein, um überhaupt eine angemessene Pflege zu ermöglichen, soll aber nie einen Mangel an eigentlich erforderlichen anderen Maßnahmen ersetzen. Meistens hat die psychopharmakologische Behandlung eine Dämpfung von ungerichteter Unruhe und Erregung zum Ziel, ohne scharfe Abgrenzung zur Aggressivität.

Eine psychopharmakologische Behandlung aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Demenzerkrankung ist allerdings auch nahezu regelmäßig von unerwünschten Nebenwirkungen begleitet. Psychopharmaka (und viele andere Medikamente) verschlechtern tendenziell die geistige Leistungsfähigkeit, die Beweglichkeit, das Gangbild, die verbliebenen Fähigkeiten der Sinnesempfindungen und die Herz-Kreislauf-Situation. Durch die mit der Medikamentenbehandlung verbundene Dämpfung (Sedierung) und Schwindel kommt es häufiger zu Stürzen mit Knochenbrüchen und Bettlägerigkeit mit entsprechenden Folgen bis hin zu Blutgerinnseln und Lungenentzündungen. Insofern ist eine besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung geboten.

Gelegentlich gibt es behandelbare Ursachen für Unruhe und Aggression wie beispielsweise Schmerzen oder Harndrang. Deshalb ist immer zunächst sorgfältig zu prüfen, ob solche Ursachen vorliegen.

Eine Besonderheit von Demenzerkrankungen ist, dass eine informierte Einwilligung häufig aufgrund mangelnder Einwilligungsfähigkeit nicht zu erhalten ist. Deshalb spielen Voraussetzungen und die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des/der Betroffenen eine große Rolle. Ggf. ist ein Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer in die Entscheidung einzubeziehen. Nach der ärztlichen Berufsordnung ist eine Verordnung von Medikamenten nur im Interesse der Patientin bzw. des Patienten, nicht aber im Interesse anderer Personen zulässig. In diese Überlegungen wird allerdings auch häufig mit einfließen müssen, dass Medikamente einerseits nicht unzureichende personelle Situationen kompensieren sollen, andererseits aber auch manchmal die einzige Möglichkeit sind, eine sachgerechte Pflege und Versorgung zu ermöglichen, insbesondere durch einen ebenfalls in der Regel betagten Partner. 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.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**



Die Möglichkeiten der Gestaltung geeigneter Umgebungsbedingungen und zwischenmenschlicher Beziehungen sollen vor einer Medikamentenbehandlung ausgeschöpft werden. Eine ausreichende Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen Beeinträchtigungen soll erfolgen.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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

Bei der Empfehlung von Einzelsubstanzen ist zu berücksichtigen, welche Medikamente für diesen Zweck zugelassen sind und wie die Studienlage im Verhältnis von Wirkungen und

Nebenwirkungen einzuschätzen ist. Eine nur fragliche Wirkung bei nicht unerheblichen zu erwartenden Nebenwirkungen kann deshalb z. B. nicht zu einer Empfehlung führen. Behandlungsversuche mit nicht für diesen Zweck zugelassenen Medikamenten sind in der Medizin nicht selten, erfordern aber eine entsprechend gründliche Aufklärung – in diesem Fall häufig nicht der Patientin oder des Patienten, sondern eines Vertreters.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**



Bei aggressivem Verhalten und Unruhe bei Demenz soll ein Behandlungsversuch mit Risperidon unter sorgfältiger Abwägung von möglichem Nutzen und Nebenwirkungen in einschleichender Dosierung mit maximaler Dosis von 2 mg unternommen werden. Die Behandlungsdauer sollte möglichst kurz gehalten werden. Haloperidol soll zu diesem Zweck nicht verwendet werden, außer bei zusätzlichem Delir.



Zur Behandlung von Aggression bei allgemeiner Unruhe (Agitiertheit) können auch Melperon oder Pipamperon verwendet werden und sind für diese Indikation zugelassen. Ein Behandlungsversuch mit Cholinesterase-Hemmern wie Donepezil oder Galantamin kann empfohlen werden, wenn die entsprechenden Medikamente auch für die Demenzbehandlung angezeigt sind.



Wenn Risperidon und Melperon oder Pipamperon sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben, kann ein Behandlungsversuch mit Carbamazepin unternommen werden.



Valproat, Benzodiazepine, Beta-Blocker, Antidepressiva (auch SSRI), typische Antipsychotika und Quetiapin sollten wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils in dieser Indikation nicht eingesetzt werden.

#### *Geistige Behinderung und Autismus-Spektrumstörungen*

Aggressives Verhalten bei Menschen mit Autismus-Spektrumstörung oder geistiger Behinderung hat viele Ursachen. Auslöser reichen von Fehlinterpretationen sozialer Situationen, Reizüberflutung und nicht anders verarbeitbaren inneren Reizen (z. B. Schmerzen) bis hin zu im engeren Sinne psychotischem Erleben. Mangelnde Einfühlungsfähigkeit in die Betroffenen der Aggression und eingeschränkte verbale Ausdrucks- und Konfliktlösungsmöglichkeiten begünstigen einen oft abrupten Wechsel in aggressive Äußerungen. Obwohl Psychopharmaka zur Behandlung von aggressivem Verhalten und Erregungszuständen bei Menschen mit solchen Störungen sehr häufig eingesetzt werden, ist die wissenschaftliche Studienlage wenig ergiebig; die meisten Studien beziehen sich auf Kinder und Jugendliche. Die bei dementiellen Störungen beschriebenen Probleme der Einwilligungsfähigkeit gelten auch hier, ebenso die stets neu im Einzelfall zu treffenden Abwägungen zwischen Beeinträchtigungen durch Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen einerseits und Möglichkeiten der verbesserten sozialen Teilhabe andererseits.

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

Bei aggressivem Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung sollen vorrangig möglicherweise zugrundeliegende körperliche oder psychische Erkrankungen behandelt werden. Wenn eine solche Zusatzerkrankung nicht vorliegt, soll besonders kritisch überlegt werden, ob eine Medikamentenbehandlung nötig ist. Heilpädagogische Maßnahmen sollen vorrangig zum Einsatz kommen.

Eine Medikamentenbehandlung kann erwogen werden, wenn nur dadurch restriktive Maßnahmen wie Fixierungen verhindert werden können oder Inklusion erhalten oder gefördert werden kann. Eine möglichst niedrige Dosierung soll angestrebt werden. Die Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung soll in angemessenen Zeiträumen überprüft werden, z. B. mit Versuchen der Verringerung der Dosierung oder des Absetzens.

#### **Wissenschaftlich begründete Empfehlung**



Wenn eine Medikamentenbehandlung indiziert ist, kann eine Behandlung mit einem Antipsychotikum, einem Stimmungsstabilisierer, einem Beta-Blocker oder einem neueren Antidepressivum (SSRI) erwogen werden.

### *Chorea Huntington*

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

Wissenschaftlich begründete Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung von Aggression bei Chorea Huntington sind auf der Basis des derzeitigen Wissenstandes nicht möglich. Wenn aggressives Verhalten als Begleitsymptom einer organischen Psychose bei Chorea-Huntington auftritt, sollte primär die antipsychotische Behandlung erfolgen.

### *Delir*

Delire sind Syndrome mit zumeist akutem Beginn mit Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der geistigen Fähigkeiten, Verkennungen und zumeist optischen Sinnestäuschungen, Unruhe sowie Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Aggressives Verhalten kann auch unvorhersehbar im Zusammenhang mit der allgemeinen Unruhe und auch als Folge von Verkennungen, Fehlinterpretationen oder sonstigen psychotischen Erlebnisweisen auftreten. Die Ursachen sind vielfältig. Bei aggressivem Verhalten und Unruhe im Rahmen eines Alkoholentzugsdelirs gelten die Therapieempfehlungen für das Alkoholentzugssyndrom gemäß der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“.

Auch nach einem Schädel-Hirn-Trauma kann es in der postkomatösen Phase zu einem deliranten Syndrom (früher als „Durchgangssyndrom“ bezeichnet) kommen. Um die erforderliche umfangreiche medizinische Versorgung zu gewährleisten, können Fixierung und medikamentöse Beruhigung erforderlich werden. Weitere Ursachen von Deliren sind Medikamentenentzug, körperliche Erkrankungen (insbesondere Operationen) und die Kombination vieler Erkrankungen (Multimorbidität), letzteres vorwiegend bei betagten Menschen mit bereits vorbestehender Demenz. Bei der Behandlung von Unruhe und Aggressivität muss die vermutete Ursache berücksichtigt werden. Medikamente haben immer auch unerwünschte Begleitwirkungen, das ohnehin gestörte Bewusstsein und die geistigen Fähigkeiten werden immer tendenziell negativ beeinflusst, die Sturzgefahr wird erhöht.

### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von Deliren soll die Behandlung des Delirs und ggf. der zugrundeliegenden Erkrankungen im Vordergrund stehen. Bezüglich Unruhe und Aggressivität haben beruhigende Maßnahmen 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, weil alle Medikamente die Gefahr von zusätzlichen Kreislaufnebenwirkungen, Stürzen und weiteren kognitiven Verschlechterungen beinhalten.

### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**



Bei aggressivem Verhalten nach Schädel-Hirn-Trauma soll Propanolol eingesetzt werden.



Wenn eindeutiges psychotisches Erleben handlungsleitend ist, sollten Antipsychotika mit möglichst wenig anticholinergen Nebenwirkungen beim Delir bei Schädel-Hirn-Trauma in niedriger Dosierung eingesetzt werden.



Wenn keine psychotischen Symptome vorliegen, sollen Antipsychotika nicht eingesetzt werden.



Bei aggressivem Verhalten aufgrund des Alkoholentzugsdelirs sollte in erster Linie das Entzugsdelir leitliniengemäß mit Benzodiazepinen oder Clomethiazol, ggf. in Kombination mit Antipsychotika, behandelt werden.

Verbreitet werden auch Benzodiazepine bei nicht durch Alkohol oder andere psychoaktive substanzbedingten Deliren eingesetzt. Eine solche Behandlung wird aber nicht empfohlen, weil es keine Hinweise für einen Nutzen gibt und möglicherweise die schädlichen Auswirkungen überwiegen.

## 8. Durchführung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen<sup>10</sup>

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden in psychiatrischen Einrichtungen weltweit angewendet. Dazu zählen Fixierung, Isolierung und Festhalten, bei pflegebedürftigen Menschen auch Bettgitter, Steckbretter, Pflegedecken etc. sowie früher in Deutschland und in einigen Ländern auch noch heute Netzbetten und Zwangsjacken. Teilweise sind einzelne Maßnahmen verboten oder zumindest unüblich (z. B. Fixierungen in England, Isolierungen in Dänemark). Das Bundesverfassungsgericht hat die 5-Punkt- und die 7-Punkt-Fixierung als freiheitsentziehende Maßnahme in Abgrenzung zu nur „freiheitsbeschränkenden“ Maßnahmen definiert und die besondere „Eingriffstiefe“ hervorgehoben. Die Praxis variiert stark zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der Länder. Auch die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen variiert sehr stark, und zwar weniger zwischen den Ländern als innerhalb jedes Landes. Dies hängt zwar auch mit unterschiedlicher Patientenkielentel zusammen, sicher aber auch mit strukturellen Voraussetzungen und Behandlungsgewohnheiten der jeweiligen Klinik und Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsregion, z. B. im Hinblick auf den Ausbau der gemeindepsychiatrischen Versorgung oder den Anteil sozial schlecht integrierter junger Männer in der Bevölkerung.

Viele internationale Organisationen haben Stellungnahmen verabschiedet, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen als die Möglichkeit der letzten Wahl anzusehen sind, die nur dann angewendet werden dürfen, wenn Deeskalationsversuche gescheitert sind. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen müssen immer verhältnismäßig sein zu der Gefahr, die es damit abzuwenden gilt. Auf gewalttätiges Verhalten von Seiten psychisch erkrankter Menschen sollte mit einem abgestuften Vorgehen reagiert werden. Die Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden oder im Fall eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar anschließend von einer Ärztin oder einem Arzt überprüft werden. Die Dauer der Freiheitsbeschränkung muss so kurz als möglich gehalten und in von den Einrichtungen zu definierenden Abständen ärztlich überprüft werden. Es wird empfohlen, dass eine Isolierung in der Regel nicht länger als eine Stunde dauern und Festhalten nicht länger als 10 Minuten erfolgen sollte; auch Fixierungen sollten einen Zeitraum von wenigen Stunden nicht überschreiten. Vor der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollten psychisch erkrankte Menschen nach Möglichkeit gefragt werden, welche Maßnahme für sie am ehesten erträglich wäre. Solche Maßnahmen dürfen nur von speziell geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden. Bei Isolierungen muss ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt sichergestellt werden. Die gesetzlichen Regelungen für diese Maßnahmen sind in den einzelnen Bundesländern zum Teil unterschiedlich.

### Expertenkonsens

#### Verfahrensanweisungen

Psychiatrische Einrichtungen sollten institutionsinterne Richtlinien oder Pflegestandards haben, die das Vorgehen bei der Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Hinblick auf Sicherheitsaspekte und Betreuung verbindlich regeln. Bei Fixierungen und Isolierungen ist eine kontinuierliche 1:1-Betreuung mit der ständigen Möglichkeit des persönlichen Kontakts für die Dauer der Maßnahme erforderlich.

#### Einleitung einer freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme

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

<sup>10</sup> (korrespondierendes Kapitel in der Langversion: 13)



zwischen Zweck und Risiken der freiheitsbeschränkenden bzw. -entziehenden Maßnahmen muss sorgfältig abgewogen werden.

### **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 in 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. Die Dauer soll so kurz als möglich gehalten, die Möglichkeit einer Beendigung soll regelmäßig geprüft werden. Die Entscheidung über die Beendigung einer Maßnahme sollte zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal getroffen werden und kann auf entsprechend qualifizierte Mitarbeitende aus der Pflege delegiert werden.

### **Durchführung**

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 (z.B. Strangulation) bei ausreichender Betreuung rechtzeitig erkannt werden können. Zusätzlich ist hierbei die Gefahr einer (Re-) Traumatisierung zu berücksichtigen.


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.

### **Nachbesprechung**

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 Traumatisierung 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.

### **Wissenschaftlich begründete Empfehlungen**

 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.



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 den Brustraum und den Bauch vermieden werden.

en Ablauf einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme einschließlich möglicher Alternativen und Auswege zeigt die Abbildung 2.

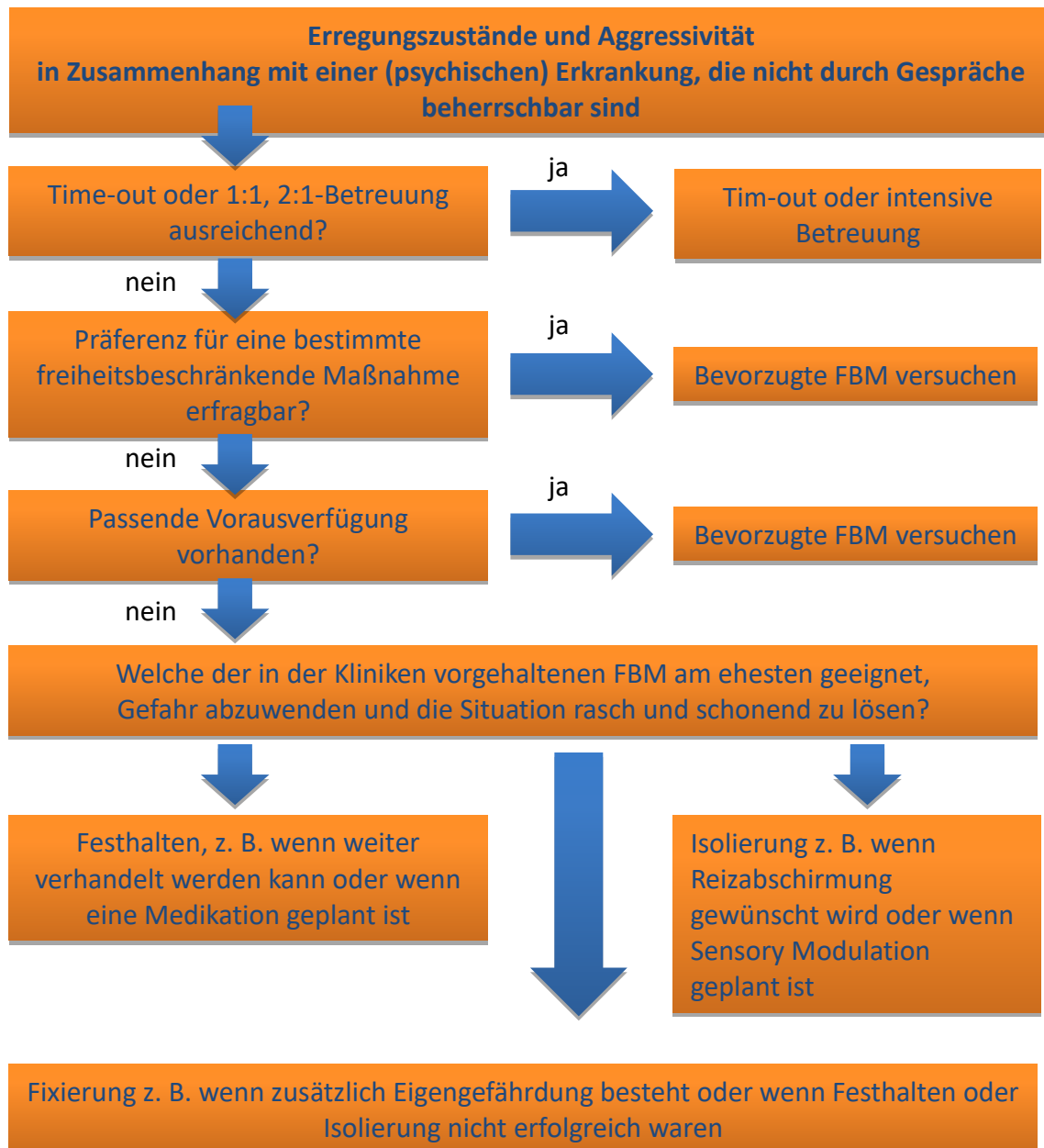


Abbildung 2: Ablauf bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

## 9. Überprüfung<sup>11</sup>

### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte. Sie müssen zuverlässig und vollständig im Hinblick auf Anlass, Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme dokumentiert werden. Dabei 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.

Bei psychisch erkrankten Menschen handelt es sich um eine besonders verletzbare Gruppe von Personen, die ihre Rechte nur in eingeschränktem Maße selbst wahrnehmen können. Weil freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Zwangsmedikation Eingriffe in die Grundrechte darstellen, sind die verschiedenen existierenden Einrichtungen zur externen Kontrolle notwendig und begrüßenswert. Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen, die eine richterliche Anordnung und eine Überprüfung von Entscheidungen und Beschwerdemöglichkeiten vorsehen (zum Teil etwas unterschiedlich in den einzelnen Bundesländern geregelt), sind folgende Einrichtungen von Bedeutung:

*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, um ggf. den Staaten Verbesserungen vorzuschlagen. Veröffentlichungen der Berichte über die einzelnen Staaten erfolgen in der Regel zusammen mit einer Stellungnahme des betreffenden Landes und sind im Internet ([www.CPT.coe.int](http://www.CPT.coe.int)) zugänglich.

*Nationale Stelle zur Verhütung von Folter*

Die Nationale Stelle hat die Aufgabe, zur Verhütung von Folter und Misshandlung regelmäßig Orte der Freiheitsentziehung im Sinne des Zusatzprotokolls zur UN-Antifolterkonvention (OPCAT) aufzusuchen. Sie soll auf vorgefundene Missstände aufmerksam machen und den betroffenen Behörden gegebenenfalls Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Die Nationale Stelle berichtet jährlich über ihre Tätigkeit an die Bundesregierung, die Landesregierungen, den Bundestag und die Länderparlamente. Darüber hinaus kann die Nationale Stelle auch Empfehlungen zu bestehenden oder im Entwurf befindlichen Rechtsvorschriften aussprechen.

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

An diesem Institut ist die Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland angesiedelt. Seit die Monitoring-Stelle Ende 2012 schwerwiegende Bedenken an die Bundesregierung bezüglich der Umsetzung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung äußerte, besteht eine in Fachzeitschriften und auf vielen Veranstaltungen ausgetragene Kontroverse über die Zulässigkeit einer Zwangsmedikation und die Bedingungen, unter denen diese erfolgen kann. Auch der UN-Sonderberichterstatter nahm dazu kritisch Stellung. Obwohl die Bedingungen inzwischen gesetzlich klar geregelt sind, kann die Kontroverse noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Konkrete Auswirkungen in Einzelfällen sind abhängig von weiteren Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts.

<sup>11</sup> (korrespondierende Kapitel in der Langversion: 15,16)

### *Petitionsausschüsse der Parlamente*

Sowohl der Bundestag wie auch die Parlamente der einzelnen Bundesländer haben entsprechende Gremien etabliert, an die sich jede Bürgerin und jeder Bürger wenden kann, falls Menschen- oder Bürgerrechte gefährdet sind oder missachtet wurden.

### *Besuchskommissionen*

Mittlerweile finden sich in 15 der 16 Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetzen der deutschen Bundesländer Festlegungen zur externen „Inspektion“ psychiatrischer Versorgungseinrichtungen. In der Mehrheit der Länder wird explizit die Vertretung von Psychiatrieerfahrenen und/oder deren Angehörigen in der Besuchskommission vorgeschrieben. Die Besuche in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, wozu Krankenhäuser und auch Heimeinrichtungen zählen, sollen in regelmäßigen Abständen und in der Regel unangekündigt stattfinden. Im Rahmen dieser Besuche und der dabei erfolgenden Beurteilung von Qualitätsstandards der Behandlung gilt besonderes Augenmerk der Durchführung und Dokumentation aller freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, um den Schutz von Patientenrechten zu gewährleisten.

### *Patientenfürsprecher*

Ein zweites Instrument für die „externe“ Inspektion ist die Ernennung von Patientenfürsprechern, die allerdings nur in einigen Bundesländern verankert ist. Die Verantwortung für die Ernennung liegt in der Regel bei der Ordnungsbehörde, die für das Versorgungsgebiet zuständig ist. In der Regel kündigen Patientenfürsprecher Präsenz- und Sprechzeiten in den Krankenhäusern so an, dass dies allen dort behandelten Patientinnen und Patienten bekannt sein sollte. Patientenfürsprecher haben das Recht, alle Teile eines Krankenhauses aufzusuchen und in direkter Weise mit allen Patientinnen und Patienten zu sprechen.

### *Unabhängige Beschwerdestellen*

Trägerübergreifende, regional zuständige Beschwerdestellen wurden vielfach eingerichtet, sind zum Teil auch in Landesgesetzen vorgesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hat dafür eine eigene Beratungsinstitution geschaffen ([www.beschwerde-psychiatrie.de](http://www.beschwerde-psychiatrie.de)).

#### **Empfehlung zur guten klinischen Praxis**

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

Abb. 3: Faktoren bei der Vermeidung von Zwang

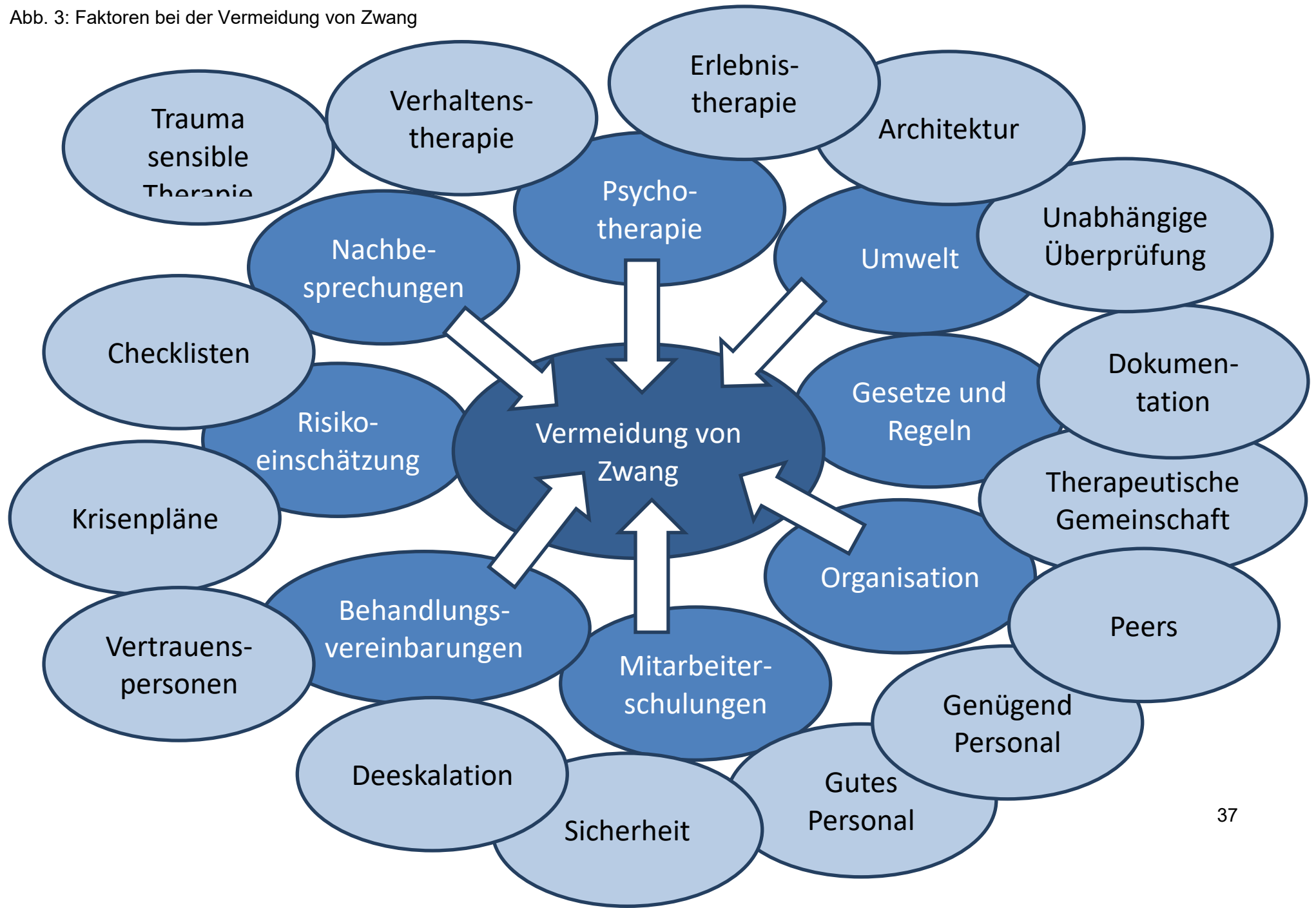


Abb. 4: Faktoren bei der Prävention von Gewalt

