

Bericht für das Projekt:

Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)

Teil 1: GESAMTPROJEKT

1. Titel und Verantwortliche

Titel des Projekts: **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem**

Förderkennzeichen: ZMV11-2515FSB407

Projektleitung:

Verantwortliche:

Matthias Rosemann

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV)
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn
projekt@bag-gpv.de, Tel.: 0228 390 76 37

Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
j.gallinat@uke.de, Tel.: 040 7410 52201

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
andreas.heinz@charite.de, Tel.: 030 450 517 002

Ulrich Krüger

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
krueger@apk-ev.de, Tel.: 0228 676740, 0177 5503995

Projektgruppe:

- *Prof. Dr. Thomas Bock*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Teilprojekt (TP) 2 & 3)
- *Katharina Fröhlich*, BAG GPV e.V. (TP1)
- *Kolja Heumann*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (TP 6)
- *Prof. Dr. Tania Lincoln*, Universität Hamburg (TP 6)
- *Dr. Lieselotte Mahler*, Charité – Universitätsmedizin Berlin (TP 4, 5 & 7)
- *Dr. Candelaria Mahlke*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (TP 2 & 3)
- *Linda Mische*, BAG GPV e.V. (TP 1)
- *PD Dr. Christiane Montag*, Charité – Universitätsmedizin Berlin (TP 4, 5 & 7)
- *Dr. Alexandre Wullschleger*, Charité – Universitätsmedizin Berlin (TP 4,5 & 7)

Die Laufzeit des Projekts dauert vom 15. August 2016 bis zum 31. Juli 2019.

2. Inhaltsverzeichnis

Teil 1 – Gesamtprojektbericht:

1. Titel und Verantwortliche	1
2. Inhaltsverzeichnis	2
3. Zusammenfassung	3
4. Einleitung und Definitionen	5
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik	16
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	19
7. Ergebnisse	24
8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	37
9. Gender Mainstreaming Aspekte	50
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	50
11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)	50
12. Publikationsverzeichnis	51

Teil 2 - Teilprojektberichte:

TP 1: Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang	52
TP 2: Einfluss von Peer-Begleitung auf die Rate von Zwangsmaßnahmen	307
TP 3: Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Rate von Zwangsmaßnahmen	321
TP 4: Einfluss von Recovery-Orientierung auf das Ausmaß des Zwangs	336
TP 5: Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen	354
TP 6: Alternativen zum Zwang – Befragung von Mitarbeitenden, Betroffenen und Angehörigen	376
TP 7: Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen	402

3. Zusammenfassung

Grundsätze und regionale Handlungsmöglichkeiten

Informationen über die Durchführung von Zwangsmaßnahmen (freiheitsentziehende Unterbringungen, andere freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsbehandlungen) liegen deutschlandweit nicht vor. In einzelnen Bundesländern werden für bestimmte Maßnahmen und definierte Rechtskreise Daten erhoben, die aber keinen Rückschluss auf die Gesamtsituation zulassen.

Erforderlich ist ein Monitoring, das die Datenerhebung nach möglichst einheitlichen Vorgaben auf der Ebene von Einrichtungen, Regionen und Bundesländern ggf. auch für die gesamte Bundesrepublik zusammenführt. Dies schafft Transparenz und kann wesentliche Hinweise für Ansatzpunkte zur Vermeidung und Minimierung von Zwang geben.

Entscheidend ist die Entwicklung von Strategien, die der Anwendung von Zwang frühzeitig entgegenwirken. Dazu muss ein entsprechendes Monitoring durch die wesentlichen Akteure des psychiatrischen Hilfesystems in einer regionalen Organisationsstruktur (z. B. Gemeindepsychiatrischer Verbund oder vergleichbare Struktur) eingeführt werden und dazu beitragen, dass konkrete Schritte der Vermeidung von Zwang auf der Basis reflektierter Prioritätensetzung unternommen werden.

Es hat sich gezeigt, dass in den Regionen – abhängig von der aktuellen fachlichen, rechtlichen und politischen Situation – die Ziel- und Prioritätensetzungen sehr unterschiedlich sein können. Daher müssen die Auswertung der aktuellen Datenlage und die möglichen Strategien und Interventionen zur Zwangsvermeidung in einem regionalen Diskurs erörtert und Maßnahmen beschlossen und umgesetzt werden. Dieser Prozess muss verstetigt, transparent gestaltet und kontinuierlich ausgewertet werden. Dazu ist ein obligatorisch einzusetzendes Monitoringsystem festzulegen und zu implementieren. Ein solches Monitoringsystem wurde entwickelt und liegt einsatzfertig vor.

Im politischen Raum können diese Diskurse befördert werden. Dazu bietet sich auf der gesetzlichen Ebene die Aufnahme des Ziels der „Zwangsvermeidung als Qualitätsprinzip“ in die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben des SGB V zur Qualitätssicherung an. So sollte der G-BA in den Richtlinien zur Qualitätssicherung Zwangsvermeidung als Qualitätsziel von Krankenhäusern beschreiben. Die gesetzliche Vorgabe für den G-BA, die besonderen Bedarfe psychisch Kranker zu berücksichtigen, ist hier handlungsleitend.

Vereinbarungspartner für Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege sollten dieses Ziel in den entsprechenden Rahmenvereinbarungen und in den Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern verankern.

Gesetzliche Regelungen zu Behandlungs-, Teilhabe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen sollten grundsätzlich so ausgestaltet sein, dass sie die angeführten Zielbestimmungen unterstützen. Entsprechende Vorschläge zu fachlichen und gesetzlichen Weiterentwicklungen wurden erarbeitet.

Es hat sich gezeigt, dass die Verfügbarkeit von Hilfen, die umfassend und rechtzeitig zur Verfügung stehen, geeignet ist, die Anwendung von Zwang zu mindern. Dies gilt auch für akute Krisensituationen, die sowohl aus akuten Erregungszuständen heraus, wie auch aus völligen Rückzugssituationen heraus entstehen können.

Auch hier sollte das gesetzgebende Handeln dazu beitragen, dass frühzeitige und umfassende Hilfen (rechtskreisübergreifend) von fachkundiger, einrichtungsübergreifender Seite zur Verfügung stehen.

Das Recht auf einen Behandlungsplan im Rahmen einer Krankenhausbehandlung bzw. auf einen Betreuungsplan im Falle einer Leistung zur Sozialen Teilhabe oder einer Pflegeleistung sollte gesetzlich verankert werden.

Institutionelle Handlungsmöglichkeiten

Auf der Ebene der Institutionen bestehen unter den vorhandenen Rahmenbedingungen Handlungsspielräume, die durch die Entscheidungen der verantwortlichen Leitung der Institutionen genutzt werden können.

Es hat sich gezeigt, dass

- strukturierte Nachbesprechungen geeignet sind, das Maß der Anwendung von Zwang zu mindern und zu einer Bewältigung des traumatischen Erlebens bei den betroffenen Personen beizutragen,
- der Einsatz von Expertinnen und Experten aus eigener persönlicher Erfahrung („Peers“) zur Minderung von Zwangsmaßnahmen beitragen kann,
- die Wahrnehmung des Einsatzes von milderem Mitteln zur Vermeidung von Zwang zwischen den betroffenen Menschen und den Anwendenden von Zwang divergiert und es daher erforderlich ist, darüber einen kommunikativen Austausch herzustellen,
- die Beratung in personenbezogenen Konferenzen geeignet ist, Alternativen zu beabsichtigten Zwangsmaßnahmen zu entwickeln und durchzuführen,
- der Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, sowohl in Institutionen als auch über Institutionsgrenzen hinweg, geeignet ist, Vertrauen zu bilden und damit Zwang zu reduzieren,
- Einrichtungen, die freiheitsentziehende Unterbringungen durchführen, auch mit offenen Türen geführt werden können und damit die tatsächliche Einschränkung auf ein Mindestmaß beschränken können,
- Fortbildungen inkl. Perspektivwechsel notwendig und die dafür neu erstellten Materialien dabei hilfreich sind.

Diese Maßnahmen können bereits heute von interessierten Einrichtungen und Diensten entwickelt, gefördert und angewandt werden, sofern sie über hinreichende personelle und strukturelle

Ressourcen verfügen. Durch geeignetes gesetzgeberisches Handeln können diese Strategien gefördert bzw. gefordert werden.

Personenbezogene Handlungsmöglichkeiten

Auf der Ebene der einzelnen betroffenen Personen hat sich gezeigt, dass Entscheidungen über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (einschließlich der Unterbringungen) nicht immer mit den erforderlichen umfassenden Betrachtungen aller Möglichkeiten zustande kommen.

Das gesetzgebende Handeln sollte darauf ausgerichtet sein, das gerichtliche Genehmigungsverfahren so zu qualifizieren, dass alle geeigneten und auch die bereits unternommenen Maßnahmen umfassend bewertet werden. Die Gesetzgebung (z. B. bei der Genehmigung von Zwangsmaßnahmen durch Gerichte) ist auf den Schutz der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte aber zugleich auch auf die Sicherstellung, Einbeziehung und Weiterentwicklung von gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Hilfen auszurichten. Dazu wurden differenzierte Vorschläge für die Gesetzgebung in verschiedenen Bereichen der Bundes- und Landesgesetzgebung und für Vereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern entwickelt.

Die Anwendung des Grundsatzes der unterstützten Entscheidungsfindung muss auf allen Ebenen systematisch gefördert und gefordert werden.

4. Einleitung und Definitionen

4.1 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht gliedert sich in zwei große Teile:

Teil 1 ist der Bericht über das Gesamtprojekt, dessen Kern in Abschnitt 7 die Empfehlungen als Schlussfolgerungen aus den Teilprojekten und in Abschnitt 8 einer Sammlung von Empfehlungen zur rechtlichen Umsetzung auf Bundes- und Landesebene und in der Zuständigkeit von Kosten- und Leistungsträgern enthält.

Diese Ergebnisse und Empfehlungen ergaben sich aus den Erörterungen der Teilprojekte und wurden in der Steuerungsgruppe und in anderen beteiligten Arbeitskreisen erörtert.

Teil 2 beinhaltet die Teilprojektberichte der beteiligten Projektpartner, die unterschiedliche Aspekte zur Zwangsvermeidung thematisieren und weitere eigenständige Empfehlungen enthalten.

4.2 Ausgangslage des Projekts

Ziel des Projektes war, Maßnahmen und Strategien zu identifizieren, die geeignet sind, die Anwendung von Zwang gegenüber Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer seelischen Behinderung zu vermeiden. Dieses Ziel erfordert, die Anwendung von Zwang differenziert zu betrachten, um geeignete Ansatzpunkte zu entwickeln. Zudem erforderten das Ziel und die Arbeitsweise in verschiedenen Teilprojekten, sich auf Definitionen und Begriffe zu verständigen.

Die Auseinandersetzung mit Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung war ein wesentliches Thema in den zurückliegenden drei Jahren, nicht nur in der Durchführung des Projekts ZVP, sondern auch in verschiedenen öffentlichen Erörterungen und in Urteilen und Beschlüssen maßgeblicher Gerichte.

Während der Arbeit an diesem Projekt beschäftigte sich der Deutsche Ethikrat (DE) mit der Frage nach der Hilfe durch Zwang und der ethischen Rechtfertigung der Anwendung von wohl-tätigem Zwang in der Psychiatrie, in der Kinder- und Jugendhilfe und im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe.¹

Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) setzte sich in diesem Zeitraum mit dem Thema ‚Zwang in der allgemeinen Psychiatrie für Erwachsene‘ auseinander und machte sie zu einem der Gegenstände der Berichts über die Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland für die Zeit von Juli 2017 bis Juni 2018 an den Deutschen Bundestag.²

Das zeigt, dass auch Institutionen außerhalb der eigentlichen psychiatrischen Versorgung die Bedeutung der damit verbundenen Fragestellungen wahrgenommen haben und eine politische und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den damit verbundenen vielfältigen Aspekten fordern. Gleichzeitig war das Thema auch Gegenstand vielfältiger fachpolitischer Diskussionen und Aktivitäten innerhalb der psychiatrischen Versorgung, als nur ein Beispiel sei die S 3 Leitlinie der DGPPN „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ genannt, die im Februar 2018 veröffentlicht wurde.

4.3 Definitionen von Zwang

Nach der Auffassung des DIMR liegt Zwang immer dann vor, wenn nicht zugelassen wird, dass eine Person selbstbestimmt über sich und ihre gesundheitliche Behandlung entscheidet. „Von formellen Zwangsmaßnahmen spricht man dabei, wenn gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person und zum Teil sogar gegen ihren körperlichen Widerstand bestimmte Maßnahmen durchgeführt werden“ (S. 59). „Ebenfalls zu Zwang zählen Formen informellen Zwangs, nämlich wenn die Zustimmung zu einer Behandlung oder Maßnahme durch Druck erwirkt wird, auf der Grundlage falscher, unvollständiger oder für die Person nicht verständlicher Informationen erfolgt oder jemandem die Unterstützung versagt wird, die er oder sie für eine Entscheidungsfindung benötigt“ (S. 59).

¹ Deutscher Ethikrat: Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung, Berlin 2018.

² Deutsches Institut für Menschenrechte: Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 - Juni 2018, Kapitel 3: Zwang in der allgemeinen Psychiatrie für Erwachsene, Berlin 2018.

Der Deutsche Ethikrat arbeitet mit einer Definition, nach der mit Zwang gemeint ist, „dass ein Akteur den Willen einer adressierten Person überwindet. Dabei reicht schon die Überwindung einer Abwehr aus, in der sich der juristisch sogenannte natürliche Wille des Adressaten (...) manifestiert“ (S. 27).

Diese Definition bedarf einiger Präzisierungen und Abgrenzungen. Daher erörtert der Deutsche Ethikrat im Folgenden zum einen den Begriff des „Willens“ sowie den Begriff des „Zwangs“. Der Begriff des „Willens“ ist dabei von herausragender Bedeutung, da er auch im rechtlichen Kontext, insbesondere bei der richterlichen Genehmigung von Maßnahmen des formellen Zwangs eine wesentliche Rolle spielt. Der Deutsche Ethikrat führt aus, dass der Begriff des Willens zwei Grundbedeutungen habe: „einerseits die generelle Fähigkeit des Menschen zu handeln, andererseits die konkrete Intention eines Akteurs zu einer bestimmten einzelnen Handlung“ (S. 27). Da Menschen in jedem Lebensalter, also auch schon kleine Kinder, grundsätzlich in der Lage sind, ihren Willen zu bekunden, ist es nach Auffassung des DE erforderlich, von einer „freiverantwortlichen“ und „damit in vollem Sinne selbstbestimmten Handeln“ einer Person zu sprechen. „Freiverantwortlich ist das Handeln einer Person dann, wenn sie selbst einer Handlungsoption zustimmen, sie ablehnen oder zwischen zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen kann, wenn sie versteht, was sie auszuführen bzw. zu unterlassen beabsichtigt (einschließlich der für sie absehbaren Folgen und Nebenfolgen), und sie ihre Entscheidung in den Kontext ihres Lebensentwurfs einordnen kann.“ (S. 28). Durch Alter, Krankheit oder eine körperliche bzw. psychische Beeinträchtigung könne eine Person „generell nicht oder nicht mehr oder auch nur vorübergehend nicht in der Lage“ sein, „ihre Lebenssituation angemessen zu verstehen, die Folgen ihrer Entscheidung bzw. ihres Handelns abzuschätzen oder danach zu entscheiden und zu handeln“ (S. 28).

Der DE weist darauf hin, dass Personen, die nicht freiverantwortlich handeln können, deshalb nicht willenlos seien und verweist in diesem Zusammenhang auf den juristischen Begriff des „natürlichen“ Willens“ hin.

Da jedes Handeln „inneren und äußeren Beschränkungen ausgesetzt“ sei und innerhalb sozialer Beziehungen stattfände, „die von hierarchischen Machtverhältnissen geprägt“ sein können, muss nach Auffassung des DE „die Grenze zwischen freiverantwortlichem und nicht freiverantwortlichem Handeln im Zweifel mit Blick auf eine konkrete Person in einer konkreten Situation durch Dritte bestimmt werden“ (S. 29). Allerdings sei Bedingung für eine ethische Angemessenheit einer Entscheidung darüber, dass „ihre Kriterien offengelegt und gerechtfertigt werden“ (S. 30).

Hinsichtlich des Zwangs unterscheidet der DE zwischen der Einwirkung auf eine Person durch Gewalt direkt und unmittelbar auf den Körper einer anderen Person, der mittelbaren Einwirkung auf den Körper einer Person, aber auch durch direkte oder indirekte Einwirkung auf die „psychische

Verfassung“ einer Person (S. 30). Er verweist auch auf die „strukturellen Zwänge“, die durch Abläufe von Institutionen die selbstbestimmte Alltagsgestaltung erschweren oder unmöglich machen (S. 30). Diese sind aber nicht Gegenstand der Ausführungen des DE zum sog. „wohltätigen“ Zwang.

Zwang und Gewalt sind zu unterscheiden. Nicht alle Maßnahmen von Zwang sind als

(physische) Gewalt zu qualifizieren. Gewalt kann auch mit psychisch wirksamen Mitteln (z. B. Drohungen) ausgeübt werden.

Definitionen von Zwangsmaßnahmen im Rahmen des ZVP-Projekts

Unter Zwang/Zwangsmaßnahmen werden alle Maßnahmen verstanden, die ohne (Zustand der Willenlosigkeit) oder gegen den Willen eines Menschen vollzogen werden.

In der Definition eingeschlossen sind alle rechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen sowie alle nicht rechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen.

Auf der Basis dieser Ausgangsdefinition wurden verschiedene Differenzierungen vorgenommen. Die Verwendung des Begriffs der „rechtlich legitimierte“ Zwangsmaßnahmen weist dabei auf eine große Nähe zum Begriff des „formellen Zwangs“, den das DIMR verwendet.

Zu unterscheiden sind dabei alle Maßnahmen des Freiheitsentzugs von denen der ärztlichen Zwangsmaßnahmen.

Zu den Maßnahmen des Freiheitsentzugs gehören:

Freiheitsentziehende Unterbringung in Krankenhäusern, Heimen oder anderen Wohnformen, unabhängig davon, in welcher Weise der Freiheitsentzug erfolgt, z. B. durch eine verschlossene Tür, durch Personen, die am Verlassen des Gebäudes oder Geländes hindern oder durch alleiniges Untersagen bei offenen Türen sowie

1. andere freiheitsentziehende Maßnahmen, insbesondere durch

- Fixierung, unter der zu verstehen ist, dass eine Person durch Einwirkung daran gehindert wird, die eigene Position in einem Raum zu verändern und die auf verschiedene Weise erfolgen kann, wie z. B. die Fünf-Punkt-Fixierung im Bett, das Festbinden auf einem Stuhl oder auch durch die Gabe von sedierenden Medikamenten,
- Festhalten durch eine Person, die Beschäftigte der Institution ist und das Ziel hat, die Bewegungsfreiheit der festgehaltenen Person einzuschränken,
- Einschluss in Käfigbetten oder Netzbetten, die verhindern, dass eine Person aus eigenem Willen das Bett verlassen kann,
- Isolierungen in einem Raum unter der Bedingung, dass die Person durch technische oder persönliche Mittel daran gehindert wird, selbst zu entscheiden, wann sie den Raum verlässt.

In manchen Landesgesetzen werden diese Maßnahmen auch als „sonstigen Sicherungsmaßnahmen“ bezeichnet.

Zu unterscheiden ist ggf. bei Einschluss in Teilen von Gebäuden, z. B. Teilen von Stationen eines Krankenhauses oder Heimes, ob es sich um eine Unterbringung oder um eine Isolierung handelt. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff der Isolierung verwandt, um die Absonderung einer Person von anderen Menschen der gleichen sozialen Umgebung

(Station, Heim) zu beschreiben. Isolierungen können folglich auch in mehreren Räumen eines Gebäudes stattfinden.

Bei allen Arten von sonstigen freiheitentziehenden Maßnahmen ist eine mögliche Differenzierung dahingehend vorzunehmen, ob sie mit oder ohne Begleitung durch eine therapeutische Bezugsperson oder mit oder ohne Beobachtung durch das Personal der Institution stattfindet (vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 - 2 BvR 309/15 -, Rn. (1-131)).

Zu den ärztlichen Zwangsmaßnahmen gehören

- die Untersuchung des Gesundheitszustands,
- medikamentöse Zwangsbehandlungen durch Gabe von Medikamenten, insbesondere von Neuroleptika, in oraler Form in täglicher Einnahme oder durch die Gabe von Depotpräparaten in oraler Form oder durch Verabreichung von Spritzen,
- die Behandlung mittels Elektrokrampftherapie, die bislang von keinem Gesetzgeber in Deutschland ausdrücklich ausgeschlossen wurde,
- die Zwangsernährung z. B. bei schweren Essstörungen sowie
- ggf. weitere, hier nicht näher beschriebene Behandlungsmethoden.

Unter rechtlich nicht legitimierten Zwangsmaßnahmen wurden zum einen alle Handlungen verstanden, die zwar nach den rechtlichen Voraussetzungen einer Genehmigung durch ein Gericht bedürfen, bei denen aber die Einholung einer formellen Anordnung durch die Betreuerin oder den Betreuer und die Genehmigung durch ein Gericht unterbleibt, da der Zwangscharakter der Maßnahme verschleiert wird. Hierzu gehören z. B. Sicherungssysteme an Türen, die so gestaltet sind, dass eine Person, die nicht über die erforderlichen taktilen oder kognitiven Fähigkeiten verfügt, die Tür nicht ohne Hilfe öffnen kann, z. B. durch Vertikalstellung eines Türgriffs oder durch Anbringen einer Tastatur, die die Eingabe eines Codes erfordert.

Zum anderen gehören zu den rechtlich nicht legitimierten Zwangsmaßnahmen alle Handlungen, die vom DIMR als informeller Zwang bezeichnet werden, wie etwa die Androhung einer Sanktion, einer Zwangsmaßnahme oder von Gewalt. Dazu sind aber auch verdeckte Maßnahmen zu zählen, etwa die Beimischung von Medikamenten in das Essen, die nicht vollständige oder gar fehlerbehaftete Information oder das Verweigern von Leistungen bzw. die Bindung von erforderlichen oder gewünschten Leistungen an ein gefordertes Verhalten in Gestalt von Auflagen oder Erwartungen.

Zu unterscheiden sind die Anwendung von rechtlich legitimierten Zwangsmaßnahmen zum einen hinsichtlich der Rechtsgrundlage, auf der sie genehmigt werden, und zum anderen hinsichtlich der Einrichtungen, in denen sie vollzogen werden.

4.4 Verschiedene Rechtssysteme

Grundsätzlich ist zwischen Zwangsmaßnahmen auf der Basis des Betreuungsrechts (Zivilrecht, BGB), des öffentlichen Rechts (PsychKG, PsychKHG, Unterbringungsgesetze der Länder) und der strafrechtlichen Unterbringung (Maßregelvollzug) zu differenzieren.

Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Anordnungsgründe und daraus folgend hinsichtlich der beteiligten Akteure, der Durchführung einschließlich der Legitimation der Anwendung von unmittelbarer Gewalt, den Auflagen, der Kontrolle und der Dokumentation.

Bei den Anordnungsgründen sind die Voraussetzungen eindeutig definiert. In allen Ländern werden als Rechtsgrund für eine freiheitsentziehende Unterbringung die Gefährdung der eigenen Person (Selbstgefährdung) und die Gefährdung anderer Personen (Fremdgefährdung) genannt. Unterschiedlich ist die Ausformulierung weiterer Gründe, z. B. der Gefährdung erheblicher Rechtsgüter Dritter.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung kann nach den zivilrechtlichen Bestimmungen nur

durch eine rechtliche Betreuerin oder einen rechtlichen Betreuer erfolgen, d. h. das Erfordernis einer Betreuung ist Grundvoraussetzung einer zivilrechtlichen Unterbringung. Eine Unterbringung kann nur zum sog. Wohl der oder des Betreuten erfolgen. Eine Unterbringung aus Gründen der Gefährdung Dritter ist auf der Grundlage des Betreuungsrechts (BGB) nicht möglich. Für die strafrechtliche Unterbringung sind das Vorliegen eines Delikts („rechtswidrige Tat“), das im Zustand der Schuldunfähigkeit bzw. verminderten Schuldfähigkeit begangen wurden sowie das Fortbestehen einer Gefährdung der Allgemeinheit durch erhebliche rechtswidrige Taten, die zu erwarten sind, definiert. Daneben müssen, je nach Anwendung der §§ 63 oder 64 StGB, weitere Bedingungen vorliegen.

a. Zwangsmaßnahmen nach den öffentlich-rechtlichen Gesetzen der Länder

Die beteiligten Akteure werden in den Ländergesetzen benannt und differieren zwischen den Bundesländern erheblich. Insbesondere die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste ist ganz unterschiedlich ausgestaltet (siehe Kapitel Beteiligte Akteure). In allen Bundesländern ist die Genehmigung der Gerichte vorgesehen, allerdings unterscheiden sie sich hinsichtlich des Zeitpunkts und des Anlasses, an dem eine gerichtliche Genehmigung einzuholen ist. Hinsichtlich der gutachterlichen Stellungnahme unterscheiden sich die Ländergesetze, so obliegt z. B. in Hessen den psychiatrischen Krankenhäusern die Entscheidung, ob ein Unterbringungsgrund vorliegt.

Im gerichtlichen Verfahren nehmen die landesrechtlichen Bestimmungen in der Regel Bezug auf die Verfahrensregelungen des FamFG, so dass sich hier nur wenige Unterscheidungen hinsichtlich der Beteiligten ergeben.

Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen obliegt nach den Länderregelungen den im jeweiligen Gesetz benannten Einrichtungen. Das sind in aller Regel Krankenhäuser, es können aber auch andere Einrichtungen (z. B. Heime) genannt sein (z. B. Berlin). Für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen werden die Einrichtungen von der zuständigen Landesbehörde mit hoheitlicher Gewalt beliehen. Daraus entsteht das Recht der Einrichtung bzw. der dort beschäftigten Mitarbeitenden, eine Zwangsmaßnahme durchzuführen.

Aufsichtsbehörden werden jeweils landesrechtlich bestimmt (Beispiel Berlin, dort sind das die Gesundheitsämter der Bezirke). In der Regel ist geklärt, auf welchen Aspekt sich die Kontrolle

bezieht (z. B. die Durchführung einer Unterbringung nach dem PsychKG, die zu unterscheiden ist von der Durchführung einer Behandlung in der Einrichtung).

Eine Maßnahme der Kontrolle sind in einigen Bundesländern auch die Besuchskommissionen, deren Zuständigkeit sich überwiegend auf die Einrichtungen bezieht, in denen öffentlich-rechtliche Unterbringungen durchgeführt werden.

Betroffene Personen können bei Gericht ggf. auch rückwirkend die Feststellung der Unrechtmäßigkeit einer angeordneten Maßnahme beantragen.

In den Ländergesetzen wird – sehr unterschiedlich – bestimmt, welche Auflagen bei der Durchführung einer Zwangsmaßnahme bestehen. So wird in einigen Landesgesetzen bestimmt, dass die Durchführung einer Zwangsbehandlung mit der davon betroffenen Person nachzubesprechen ist.

Auch die Dokumentationspflichten ergeben sich aus den Ländergesetzen und sind daher konkret bestimmt. Auch sie unterscheiden sich erheblich zwischen den Bundesländern.

Hinsichtlich der gerichtlichen Verfahren sind die Gerichte verpflichtet, „den zuständigen Behörden“ die Beschlüsse über freiheitsentziehende Unterbringungen zu übermitteln (§ 325 Abs. 2 FamFG).

Welche Behörden dies sind, bestimmen die Länder bzw. die Kommunen. In manchen Kommunen sind dies die Betreuungsbehörden, in anderen Kommunen sind dies z. B. die Sozialpsychiatrischen Dienste.

b. Zivilrechtliche Zwangsmaßnahmen für volljährige Menschen

Der Bundesgesetzgeber benennt als Akteure im materiellen Recht nur die Betreuerinnen und Betreuer sowie die Gerichte, deren Genehmigung einzuholen ist. Alle weiteren Regelungen sind im Verfahrensrecht (FamFG) enthalten und finden dort ihren Niederschlag.

Die Durchführung einer Zwangsmaßnahme obliegt dann der rechtlichen Betreuung. Hier ist ein sehr großer Unterschied zu den Zwangsmaßnahmen nach den öffentlich-rechtlichen Ländergesetzen festzuhalten. Die handelnde Person ist die Betreuerin oder der Betreuer, die oder der sich zu bestimmten Handlungen die Genehmigung durch das Betreuungsgericht einzuholen hat. Liegt diese vor, obliegt der Vollzug der rechtlichen Betreuerin oder dem rechtlichen Betreuer. Da diese/r nicht legitimiert ist, unmittelbare Gewalt anzuwenden, bedarf diese/r der Unterstützung durch die zuständigen Behörden. Das sind nach den betreuungsrechtlichen Bestimmungen die Betreuungsbehörden. Diese sind beauftragt, z. B. die Zuführung zu einer Unterbringung oder auch schon im Rahmen des Verfahrens, die Zuführung zu einer richterlichen Anhörung zu veranlassen.

Bedürfen sie dazu der Anwendung von unmittelbarer, körperlicher Gewalt, sind sie legitimiert (bzw. müssen sie), die Polizei zur Durchführung hinzuzuziehen.

Die weiteren Anordnungen, z. B. zur konkreten Umsetzung eines Freiheitsentzugs, treffen die rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer, die in aller Regel dazu mit der vollziehenden Einrichtung (Klinik, Heim) eine Vereinbarung, z. B. im Rahmen des Heimvertrags schließen (müssen). Einer externen Kontrolle unterliegt die zivilrechtliche Unterbringung nicht. Kontrollmöglichkeiten ergeben sich ausschließlich für die Betreute oder den Betreuten selbst durch die Anrufung des Gerichts und die Feststellung der Unrechtmäßigkeit der Maßnahme. Dies kann auch rückwirkend erfolgen.

Nur in wenigen Bundesländern beziehen sich die Aufgaben der Besuchskommissionen nach den PsychKGs auch auf zivilrechtliche Unterbringungen (z. B. in Baden-Württemberg und

Hessen). Weder die freiheitsentziehende Unterbringung bzw. die sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen noch die Zwangsbehandlung sind vom Gesetzgeber an Auflagen gebunden, z. B. die Durchführung von Nachbesprechungen.

Vorgaben zur Dokumentation bestehen keine. Es ist davon auszugehen, dass ein zivilrechtlicher Anspruch auf Dokumentation von Maßnahmen besteht, der sich ggf. aus den Patientenrechten bzw. aus anderen leistungsrechtlichen Verträgen der Leistungserbringer ergibt.

Unterschiedlich ist die Aufgabenstellung der Aufsichtsbehörden. Seit der Überführung des alten Heimrechts (des Bundes) in die Wohn-Teilhabe-Gesetze der Länder können die Aufsichtsbehörden der Länder auch freiheitsentziehende Maßnahmen erfassen. Soweit bekannt, erheben die Heimaufsichtsbehörden keine statistischen Daten über das Ausmaß an freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Die Gerichte übersenden die Beschlüsse über freiheitsentziehende Unterbringungen den „zuständigen Behörden“. Bei zivilrechtlich legitimierten Unterbringungen sind dies die Betreuungsbehörden. Dort liegen demnach Informationen über die Beschlüsse der Gerichte vor. Dies ist nicht gleichzusetzen mit der Umsetzung der Beschlüsse und deren Durchführung, die der jeweiligen rechtlichen Betreuung obliegt. Diese Betreuerin oder dieser Betreuer ist nicht verpflichtet, eine Umsetzung der richterlichen Genehmigung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

c. Besonderheiten im Rahmen der zivilrechtlichen Bestimmungen für Kinder- und Jugendliche

Wie im Betreuungsrecht die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, so sind im Familienrecht die Sorgeberechtigten des Kindes oder Jugendlichen (Eltern (-teil) oder Vormund) als Inhaber des Aufenthaltsbestimmungsrechts die „Prozessverantwortlichen“ und die Ansprechpartner für jede Institution. Diese können um eine Genehmigung zur geschlossenen Führung und anderen Freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Familiengericht des Wohnorts ersuchen (Isolierung, Fixierung, Festhalten, Festbinden, Schlafen in Betten, die nicht verlassen werden können etc. inklusive Gabe einer Medikation ausschließlich zur Freiheitsentziehung), aber nicht eine Anwendung von Zwang im Rahmen der Personensorge, wie medizinischen Behandlungen, Hygienemaßnahmen oder Zwangsernährung. Insoweit unterscheidet sich das Familienrecht im bürgerlichen Recht (§1631b BGB mit dem 2017 neu eingefügten Absatz 2) vom Betreuungsrecht (§1906 BGB).

Öffentlich-rechtliche Unterbringungen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (Psych-KGs) kommen nur dann zum Tragen, wenn Eltern sich gegen eine Unterbringung aussprechen, diese aber akut erforderlich scheint oder wenn Inhaber des Sorgerechts nicht verfügbar sind; und wenn die Voraussetzung einer Unterbringung aus Krankheitsgründen erfüllt sind. Immer werden die Familienrechte bestrebt sein, eine zivilrechtliche Unterbringung zu ermöglichen. Hierbei werden sowohl verbindliche Gespräche mit allen Beteiligten einschließlich des obligaten Verfahrensbeistands, weiterer Beteiligter des örtlich zuständigen Jugendamts geführt. Längerfristige Zwanganwendung und Freiheitsentziehung wurde auf 6 Monate, maximal 1 Jahr beschränkt; im Eilverfahren dürfen nur bis zu 6 Wochen genehmigt werden. Anders als in den Landesunterbringungsgesetzen sind weder Sorgeberechtigte noch Institutionen daran gebunden, eine Genehmigung auch umzusetzen, was im Umgang mit Kindern und Jugendlichen deutlich mehr Flexibilität ermöglicht.

d. Zwangsmaßnahmen auf der Basis einer strafrechtlichen Unterbringung

Die wesentlichen Vorschriften sind denen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung vergleichbar; sie sind im Wesentlichen von den gesetzlichen Bedingungen abhängig, die die Länder für den Maßregelvollzug geschaffen haben (Maßregelvollzugsgesetzen, bzw. in einigen Bundesländern im Rahmen der PsychKGs geregelt).

Hinsichtlich der Akteure im Vollzug ist allerdings zu beachten, dass Staatsanwaltschaften und die Strafvollstreckungskammern hier weitere Akteure im Verfahren sind.

Die Dokumentations- und Meldepflichten ergeben sich in der Regel aus den Vorschriften, die die zuständigen Landesbehörden gegenüber den Maßregelvollzugskliniken geschaffen haben.

4.5 Differenzierung hinsichtlich der Einrichtungen

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und insbesondere ihre Dokumentation unterscheiden sich wesentlich hinsichtlich der Art von Einrichtungen, in denen sie vollzogen werden.

Grundsätzlich sind freiheitsentziehende Unterbringungen in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern durch die Gesetzgebung differenzierter bestimmt als freiheitsentziehende Unterbringungen in Heimen. Dies ergibt sich zu einem wesentlichen Teil aus den ländergesetzlichen Bestimmungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung. Dort werden insbesondere auch die Vorschriften zur Dokumentation und Berichterstattung geregelt.

Für die Unterbringungen sowie für freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen, die sehr viel seltener auf einer öffentlich-rechtlichen Basis stattfinden und in weit höherem Umfang auf der Basis von zivilrechtlichen Verfahren stattfinden, sind die Vorschriften zur Kontrolle und Dokumentation nicht und in den Ländern wenig oder ebenfalls nicht geregelt. Daher sind die Daten zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen in den Einrichtungen über die psychiatrische Krankenhausbehandlung wesentlich besser zu erfassen als in den Heimen. Einige Bundesländer haben in den zuständigen Gesetzen (PsychKG, PsychKHG) differenzierte Regelungen zur Dokumentation und Auswertung von Krankenhausdaten geschaffen. Am weitesten geht hier das PsychKHG Baden-Württembergs, das eine zentrale Stelle zur Erfassung, Auswertung und Berichterstattung für die Daten der öffentlich-rechtlich legitimierten Zwangsmaßnahmen geschaffen hat (§ 10 PsychKHG Ba-Wü., vgl. DIMR, S. 78).

Vergleichbare Register bestehen für zivilrechtlich legitimierte Maßnahmen nicht. Die Informationen über zivilrechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen werden – soweit bekannt – in keinem Bundesland systematisch erfasst, ausgewertet und einer Berichterstattung zugeführt. In der Regel wird dies mit dem Mangel an einschlägigen rechtlichen Vorgaben begründet.

Es wird daher in der Fachöffentlichkeit erörtert, ob die Regelungen der PsychKGs bzw. PsychKHGs der Länder auch auf Einrichtungen angewendet werden können, die zivilrechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen durchführen.

Zivilrechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen werden in Krankenhäusern oder Heimen bzw. anderen Einrichtungen durchgeführt. Eine Ausnahme bilden die ärztlichen Zwangsmaßnahmen. Seit der Reform des Rechts der ärztlichen Zwangsmaßnahme im Rahmen des neuen § 1906a BGB können Zwangsbehandlungen nicht mehr in Heimen stattfinden, sondern ausschließlich in Krankenhäusern. Da die Bindung an eine Unterbringung nach § 1906 BGB entfallen ist, können ärztliche Zwangsmaßnahmen nach dem BGB auch in anderen als psychiatrischen

Krankenhäusern stattfinden und fallen dann nicht mehr unter die sich aus den Ländergesetzen (PsychKG, PsychKHG) ergebenden Dokumentations- und Erfassungsvorgaben.

Auch hinsichtlich der Heime muss differenziert werden. Unter dem Begriff der „Heime“ sind sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen, als auch stationäre Einrichtungen der Eingliederungs- und Jugendhilfe zu verstehen. Diese drei verschiedenen Einrichtungen unterliegen drei verschiedenen Kostenträgern. Es ist also auch zu prüfen, ob und wie weit sich aus dem Leistungs- bzw. Vertragsrecht Vorgaben hinsichtlich der Durchführung, Dokumentation und Berichterstattung zu freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen ergeben.

Fallen diese Einrichtungen unter die Regelungen der Ländergesetze (PsychKG, PsychKHG) gelten die entsprechenden Regelungen auch für diese Einrichtungen. Dieser Fall ist jedoch eher selten. Die ganz überwiegende Zahl von Heimen befindet sich nicht im Geltungsbereich der PsychKG oder PsychKHG. Insofern ist es eine Frage, ob die Vereinbarungspartner hierzu Regelungen getroffen haben, bzw. ob solche Regelungen in den Landesrahmenverträgen geschaffen wurden.

Ein Beispiel dafür ist das Land Berlin, das Leistungserbringer der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen Behinderungen verpflichtet hat, Standards bei der Durchführung von freiheitsentziehenden Unterbringungen nach § 1906 BGB einzuhalten und dem Land Berlin darüber auch Bericht zu erstatten.

Eine vergleichbare Vorgabe für Anbieter von stationären Pflegeleistungen ist nicht bekannt.

Es ist davon auszugehen, dass für Heime oder vergleichbare Einrichtungen nur in Ausnahmefällen (bekannt bisher nur aus Berlin) Vorgaben hinsichtlich der Durchführung, Dokumentation und Berichterstattung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bestehen. Aus diesem Grund liegen darüber auch nur wenige Informationen vor. Die Betreuungsbehörden verfügen allerdings über die Genehmigungen, die von Betreuungsgerichten erteilt werden (§ 325 Abs. 2 FamFG). Vorgaben zur systematischen Erfassung und Auswertung dieser Beschlüsse für die Betreuungsbehörden bestehen nicht.

4.6 Definitionen von Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Betroffenen

Mit dem Begriff der „Betroffenen“ sind in diesem Bericht die Menschen bezeichnet, die selbst unmittelbar eine Zwangsmaßnahme an sich erlebt haben. Von Zwangsmaßnahmen sind immer auch andere Menschen betroffen, z. B. Familienmitglieder, Nachbarn oder Beschäftigte von Einrichtungen und Diensten. Familienmitglieder und andere nahestehende Personen des persönlichen Umfelds der „Betroffenen“ werden in diesem Bericht als „Angehörige“ bezeichnet.

Die bisherigen Definitionen von Zwangsmaßnahmen sind aus außenstehender Sicht gefasst. Für betroffene Menschen sind die Differenzierungen nach Rechtsgrundlagen oder Einrichtungen etc. in der Regel wenig bedeutsam. Aus ihrer Sicht sind die Art des Eingriffs, die Tiefe des Eingriffs und die Umstände, wie sie sich im Rahmen des Eingriffs wahrgenommen fühlten, wesentlich bedeutsamer.

Für die Betroffenen ist das subjektive Erleben die entscheidende Dimension, die sich in rückblickender Betrachtung auch verändern kann.

Aus den Gesprächen und Erhebungen ergaben sich als Arbeitsgrundlage einige

Differenzierungen hinsichtlich der Einschränkung der Autonomie und Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten durch Einschränkungen der

- Bewegungsfreiheit (ich kann gehen, wohin und wann ich will),
- Entscheidungs-/Wahlfreiheit (ich habe die Wahl, mich für oder gegen etwas zu entscheiden und dies umzusetzen),
- körperliche Unversehrtheit (Recht auf physische und psychische Unversehrtheit),
- Meinungs-/Äußerungsfreiheit (freie Äußerung einhergehend mit der Akzeptanz des Gesagten durch Dritte),
- Verhaltensfreiheit (z. B. ist es möglich Medien zu nutzen, Aktivitäten auszuführen ohne Reglementierung/Zeiteinteilung?),
- Anspruchsfreiheit (z. B. Anspruch auf Verfügbarkeit einer zuhörenden Person, Anspruch auf Verfügbarkeit von Zeit).

Für alle Kategorien konnten Beschreibungen subjektiven Erlebens gegeben und Anregungen zur Vermeidung von Einschränkungen entwickelt werden.

4.7 Akteure der Zwangsanwendung und Adressaten von Handlungsempfehlungen

Die Beschreibung von Akteuren bei der Anwendung von Zwang führt notwendig zur Beschreibung von Abläufen. Die Betrachtung von Abläufen und Akteuren ist erforderlich, um Ansatzpunkte zu gewinnen, wie Zwangsanwendung vermieden werden kann.

Häufig anzutreffende Akteure sind:

- Mitarbeitende von psychiatrischen Einrichtungen und Diensten, die mit den Betroffenen in unmittelbarem Kontakt als Leistungserbringer stehen, wie z. B. Mitarbeitende von Kliniken oder Einrichtungen des Betreuten Wohnens,
- Mitarbeitende von Diensten, die aufgrund ihrer Funktion beteiligt werden oder werden könnten, hier vor allem Sozialpsychiatrische Dienste,
- Personen, die aufgrund anderer Funktion direkt mit den Betroffenen im Kontakt stehen, wie z. B. rechtliche Betreuerinnen und Betreuer,
- Personen, die aufgrund ihrer persönlichen Beziehungen mit den Betroffenen direkt oder mittelbar in Kontakt stehen, wie z. B. Angehörige, Freunde, Nachbarn,
- Einrichtungen und Dienste, die aufgrund ihres Auftrags mit den Betroffenen in eskalierenden Situationen in Kontakt kommen, wie z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste,
- Einrichtungen und Dienste, die aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags tätig werden müssen, wie z. B. Gerichte und Betreuungsbehörden.

Diese Akteure sind noch in anderen kategorialen Hinsichten zu betrachten:

Welcher Auftrag führt zum Handeln? Wer bestimmt den Auftrag?

In welchen Rahmenbedingungen bewegen sich die Akteure? Wie hoch ist der Gestaltungsspielraum innerhalb des Rahmens? Wer definiert die Rahmenbedingungen?

Welche Art der Beziehung besteht zwischen den Akteuren und den Betroffenen? Ergibt sie sich aus Lebenszusammenhängen (z. B. Familie) oder aus professionellen Leistungszusammenhängen (z. B. Hilfeleistung, Behandlung)?

Welche Beziehungen bestehen zwischen den Akteuren untereinander? Wer definiert diese Beziehungen? Welche Gestaltungsspielräume bestehen dabei für die Akteure? Welche Definitionen bestehen durch externe Vorgaben, wie z. B. Gesetzen und Verordnungen?

Diese Unterscheidungen sind zu betrachten, um Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu systematisieren. So richten sich die Fragen an die Gestaltungsspielräume innerhalb von Einrichtungen an diese selbst und berühren dort interne Vorgaben zu Abläufen und Prozessen aber auch die Frage der Entwicklung von Haltungen von Mitarbeitenden. Mit diesen Fragen beschäftigen sich einige der Studien in diesem Projekt.

Die Frage nach den Beziehungen zwischen den Akteuren und den Betroffenen führt zur Frage, wie Familien- und Freundschaftssysteme unterstützt werden können, um eskalierende Situationen zu vermeiden oder zu bewältigen. In professionellen Beziehungen verweisen sie auf die Einrichtungen und Dienste und ihre Gestaltungsspielräume.

Die Beziehungen zwischen den Akteuren sind entscheidend für die Frage nach Strukturen, die helfen können, Eskalationen zu vermeiden, ihnen rechtzeitig und wirkungsvoll zu begegnen oder Mittel zur Anwendung milderer Mittel zu finden. Sie sind stärker geprägt von rechtlichen Rahmenbedingungen, die von Gesetzgebern definiert werden und deren konkrete Umsetzung von zuständigen Stellen ausgestaltet werden müssen.

Die Fragen nach den Rahmenbedingungen für die Akteure und nach der Bestimmung des Auftrags führt zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen (z. B. BGB, PsychKG, Ordnungsrecht), aber auch der Frage der Ausstattung von Einrichtungen hinsichtlich personeller und räumlicher Bedingungen.

Interventionen an dieser Stelle richten sich eher an die Gesetzgeber oder die zuständigen Verwaltungen.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Übergeordnetes Ziel war die unbedingte Wahrung der Menschenrechte und die Vermeidung von Zwang und Gewalt im psychiatrischen Hilfesystem. Ziel des Projekts war es, Instrumente zu entwickeln, die diesem übergeordneten Ziel näher führen. Dazu gehörten

- die Darstellung aller Formen von Zwang; die Erkennung von Zwangsmaßnahmen ist Voraussetzung zu deren Vermeidung
- die Schaffung von Transparenz über Zwangsmaßnahmen; dadurch werden die Orte und Situationen von Zwanganwendung und damit Orte möglicher Interventionen zur Vermeidung von Zwang deutlich
- die Erhebung von Erwartungen und Erfahrungen von Patienten, Angehörigen und Profis bzgl. Alternativen zu Zwang

- die Darstellung von erfolgreichen Maßnahmen zu Vermeidung von Zwang mit institutionellem oder regionalem Bezug
- die Klärung durch welche strukturellen Maßnahmen freiheitsentziehende Unterbringungen abgewendet werden können inkl. Überprüfung einzelner Faktoren durch Pilotstudien
- die Erstellung von Empfehlungen, die in der Praxis von Einrichtungen angewendet werden können
- Empfehlungen von Instrumenten und Vorgaben, die die Beachtung des konsequenten Primats der Freiwilligkeit sicherstellen
- die Entwicklung eines Monitoringsystems zur Erfassung der Anwendung von Zwang und der Maßnahmen zu deren Vermeidung.

Alle Teilprojekte erfassten verschiedene Aspekte und Bemühungen um die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen sowohl hinsichtlich der verschiedenen freiheitsentziehenden Maßnahmen wie auch der Zwangsbehandlung sowohl unter strukturellen Aspekten wie auch unter den Aspekten der Haltung von Mitarbeitenden von Einrichtungen.

Daraus ergaben sich folgende konkreten Projektziele und Teilziele:

Ziele	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
<i>Informationen über die Dimensionen der Anwendung von Zwang und Gewalt zu bestimmten Erhebungszeitpunkten in ausgewählten Einrichtungen und /oder Regionen liegen vor.</i>	<i>Ergebnisse von Erhebungen geben ein belastbares Bild über die Anwendung von Zwang gegenüber psychisch erkrankten Menschen.</i>
<i>Es liegen Erkenntnisse über Faktoren vor, die die Anwendung von Zwang in Einrichtungen mindern und über solche, die sie erhöhen</i>	<i>Es wurden Studien durchgeführt, die Ergebnisse der Studien wurden zusammengetragen und ausgewertet.</i>
<i>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen der Einsatz von Peer-Begleitung zur Reduzierung von Zwang führt.</i>	<i>Eine eigene Pilot-Studie gibt Aufschluss, ob Peer-Begleitung auch psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreichen.</i>
<i>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Behandlungsvereinbarungen zur Reduzierung von Zwang führen.</i>	<i>Eine eigene Studie gibt Aufschluss über Implementierung und Wirkung von Behandlungsvereinbarungen</i>
<i>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Recovery-Orientierung zur Reduktion von Zwang beiträgt.</i>	<i>Eine eigene Studie gibt Anhaltspunkte zur Wirkung von Recovery-Orientierung auf objektiven Zwang und subjektives Erleben.</i>
<i>Es ist bekannt, ob und in wieweit strukturelle und therapeutische Aspekte das Erleben von Zwang maßgeblich bestimmen.</i>	<i>Eine eigene Studie gibt Hinweise über die Hintergründe des sehr unterschiedlichen Erlebens von Zwang.</i>
<i>Es ist bekannt, wie Alternativen zum Zwang von Betroffenen, Angehörigen und Profis bewertet werden.</i>	<i>Eigene vertiefte Analyse gibt Aufschluss über den Handlungsspielraum aus dialogischer Sicht.</i>
<i>Es ist bekannt, welche Maßnahmen erfolgreich in Regionen unternommen wurden, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu mindern.</i>	<i>Regionen wurden hinsichtlich ihrer Bemühungen um Vermeidung von Zwangsmaßnahmen miteinander verglichen. Der Vergleich ist von unterschiedlichen Fachexpertinnen und -experten und von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe bewertet.</i>
<i>Die Auswirkungen des systematischen Nachbesprechens von Zwangsmaßnahmen sind nachgewiesen.</i>	<i>Die durchgeführte RCT-Studie als Pilotstudie lässt Schlüsse auf erste anwendbare Maßnahmen und auf weiteren Forschungsbedarf zu.</i>
<i>Ein Monitoringsystem für die Erfassung einer Rate von Anwendung von Zwang für eine definierte Versorgungsregion liegt vor.</i>	<i>Die für die Beurteilung einer „Zwangsrate“ notwendigen Informationen sowie die verschiedenen Methoden zu ihrer systematischen Erhebung sind bekannt und können in einer Datenbank zusammengeführt werden. Ein erstes Instrument dazu ist erarbeitet.</i>

Zur Zielerreichung wurde in den einzelnen Teilprojekten geforscht. Des Weiteren wurden die

oben genannten etablierten Gremien zur gemeinsamen Abstimmung genutzt.

Aufgrund der Komplexität der einzelnen Teilprojekte werden Aussage zur Datenerhebung und Datenauswertung im jeweiligen Teilprojektbericht getroffen.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in die Darstellung und Ergebnisse des Gesamtprojekts und in die Berichte über die Teilprojekte.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

6.1 Projektstruktur (Aufbau, Strukturen, Verantwortlichkeiten)

Das Projekt wurde in sieben Teilprojekten durchgeführt, die unabhängig voneinander von den zuständigen Teilprojektleitungen verantwortet wurden. Erhebungsmethoden und Zwischenergebnisse wurden immer wieder erörtert. Die gemeinsamen Empfehlungen bilden die Schlussfolgerungen aus den Teilprojekten ab und wurden konsentiert.

In sieben Teilprojekten (TP) werden verschiedene Interventionsstrategien zur Vermeidung oder Verminderung von Zwangsmaßnahmen untersucht.

- TP 1: Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang (BAG GPV, APK)
- TP 2: Einfluss von Peer-Begleitung auf die Rate von Zwangsmaßnahmen (UKE)
- TP 3: Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Rate von Zwangsmaßnahmen (UKE)
- TP 4: Einfluss von Recovery-Orientierung auf das Ausmaß des Zwangs (Charité)
- TP 5: Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen (Charité)
- TP 6: Alternativen zum Zwang – Befragung von Mitarbeitenden, Betroffenen und Angehörigen (Uni HH & UKE)
- TP 7: Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen (Charité)

Die jeweiligen Teilprojektleiterinnen und Teilprojektleiter waren für ihr jeweiliges Teilprojekt verantwortlich.

Das Projekt startete wie geplant am 15.08.2016. Im Rahmen erster Projektleitertreffen wurden zunächst die inhaltlichen Schwerpunkte sowie die Vorgehensweise innerhalb des Projekts diskutiert und festgelegt. Zudem hat zu Beginn ein Projektleitertreffen mit dem zweiten vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „ZIPHER“ stattgefunden, um eventuelle

Überschneidungen zu identifizieren und aufzuteilen oder um gemeinsame Schnittstellen effektiv zu nutzen. Die Kooperationspartner wurden kontaktiert und in die weitere Projektplanung einbezogen. Vor dem Hintergrund eines äußerst starken Interesses am Projekt wurden diverse Akteure der psychiatrischen Versorgung über das Projekt informiert.

Die Gremien des Projekts bestanden aus der Projektleitung, der Teilprojektkonferenz (Projektmitarbeitende), der Steuerungsgruppe und dem gemeinsamen Fachbeirat mit dem ZIPHER-Projekt und waren wie folgt besetzt (Einladungslisten):

Projektleitung:

- *Matthias Rosemann*
Stellvertreter:
- *Prof. Dr. Jürgen Gallinat*
- *Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz*
- *Ulrich Krüger*

Regelmäßige Teilnehmende der Teilprojektkonferenz:

- *Prof. Dr. Thomas Bock*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- *Katharina Fröhlich*, BAG GPV e.V.
- *Kolja Heumann*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- *Ulrich Krüger*, Aktion Psychisch Kranke e.V.
- *Prof. Dr. Tania Lincoln*, Universität Hamburg
- *Dr. Lieselotte Mahler*, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- *Dr. Candelaria Mahlke*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- *Linda Mische*, BAG GPV e.V.
- *PD Dr. Christiane Montag*, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- *Matthias Rosemann*, BAG GPV e. V.
- *Dr. Alexandre Wullschleger*, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Steuerungsgruppe (beinhaltet alle Mitglieder der Teilprojektkonferenz und zusätzlich eingeladene Personen):

- *Dr. Valentin Aichele*, Deutsches Institut für Menschenrechte
- *Dr. Matthias Albers*, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste
- *Dr. Udo Frank*, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau
- *Jörg Holke*, Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden/ Gesundheitsministerkonferenz
- *Dr. Matthias Jäger*, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

- *Susanne Nöcker*, Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden/ Gesundheitsministerkonferenz
- *Hilde Schädle-Deininger*, Expertin in der Pflege
- *Prof. Dr. Renate Schepker*, Zentren für Psychiatrie, Südwürttemberg
- *Annette Schnellenbach*, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
- *Jörg Utschakowski*, Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden/ Gesundheitsministerkonferenz
- *Franz-Josef Wagner*, Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit e.V.
- *Peter Winterstein*, Betreuungsgerichtstag e.V.
- *Christian Zechert*, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Fachbeirat (beinhaltet alle Mitglieder der Steuerungsgruppe und zusätzlich eingeladene Personen):

- *Prof. Dr. Jürgen Armbruster*, Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.
- *Prof. Dr. Karl-Heinz Beine*, Arbeitskreis der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
- *Jurand Daszkowski*, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Hamburg e.V.
- *Iris Peymann*, Bundesverband Berufsbetreuer
- *Prof. Dr. Thomas Pollmächer*, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und Bundesdirektorenkonferenz
- *Dr. Katharina Ratzke*, Diakonie Deutschland
- *Prof. Dr. Martin Schäfer*, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
- *Lothar Flemming/Dr. Dieter Schartmann*, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- *Claudia Scheytt*, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
- *Gudrun Schliebener*, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- *Fabian Schwarz*, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

6.2 Durchführung

Folgende inhaltlichen Diskussionen wurden in den entsprechenden Gremien geführt:

Teilprojektkonferenz

Insgesamt haben zwölf Teilprojektkonferenzen stattgefunden, um sich fortlaufend über die Projekte auszutauschen. Der Fokus lag hierbei auf wechselseitiger Beratung, möglichen Überschneidungen, vermeidbaren Verdoppelungen sowie nutzbaren Synergieeffekten. Des Weiteren wurden Standardisierung und Schwierigkeiten bezüglich der herausfordernden

Operationalisierung ethisch- vertretbarer Studien im Umgang mit dem hochsensiblen Thema „Zwangsvermeidung“ diskutiert.

Wesentlich war in 2018 auch die zeitliche Prüfung der jeweiligen Teilziele. Erste Absprachen zur gemeinsamen Berichterstattung wurden vorgenommen.

Steuerungsgruppe

In den ersten beiden Sitzungen der Steuerungsgruppe im Jahr 2016 wurden die Teilprojekte vorgestellt und erste Anregungen von den Mitgliedern erfasst. In der zweiten Sitzung lag der Fokus konkret auf der Eingrenzung bzw. Definition des Zwangsbegriffs und der Zwangsbehandlungen/-maßnahmen.

Durch das interdisziplinäre Wissen der Gruppe, konnte ein umfassendes Konzept erarbeitet werden.

In der ersten Sitzung des Jahres 2017 der Steuerungsgruppe lag das Hauptaugenmerk konkret auf der Eingrenzung und Definition des Zwangsbegriffs und der Zwangsbehandlungen/-maßnahmen. Des Weiteren wurde die Operationalisierung der Messbarkeit des Zwangsbegriffs der diversen Teilprojekte ausführlich diskutiert. In der zweiten Sitzung drehte es sich thematisch, um die Verständigung der beteiligten Akteure und ihrer Wichtigkeit zur Vermeidung von Zwang. Es wurde zudem die Zusammenarbeit der Gemeindepsychiatrie mit dem Maßregelvollzug thematisiert sowie der Merkmalskatalog zur Recovery-Orientierung vorgestellt. In der dritten Sitzung gegen Ende des Jahres wurde das Projekt zur Betroffenenbefragung in Nordrhein-Westfalen vorgestellt und das Hauptaugenmerk der Vermeidung von Zwang auf das themenspezifische Feld Pflege gelegt. Ein erster Entwurf eines Monitoringsystems wurde diskutiert. Zur Vertiefung einzelner Schwerpunkte sind Sondertreffen mit unterschiedlichsten Akteuren in der Zwangsvermeidung und -ausübung im nächsten Jahr geplant, diese wurden in der Steuerungsgruppe benannt und teilweise vorgeplant.

In der ersten Sitzung des Jahres 2018 der Steuerungsgruppe lag der Fokus nochmals auf der Definition von Zwang. Ein weiterer Schwerpunkt war das Thema Datenerfassung. Hierfür wurde ein Teilbogen des Monitoringsystems aus dem Teilprojekt 1 zur Diskussion vorgelegt.

In der zweiten Sitzung stand die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Mittelpunkt der Diskussion, Besonderheiten beim Thema Zwang/Zwangsvermeidung wurden für diese Zielgruppe herausgearbeitet. Des Weiteren widmeten sich die Anwesenden der Rolle der Betreuungsbehörden zur Zwangsvermeidung. Erste Ergebnisse des Hamburger Teilprojektes (Alternativenbefragungen zum Zwang) wurden vorgestellt und beratend diskutiert.

Im Jahr 2019 wurden in der Steuerungsgruppe diverse Strategien zu Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug diskutiert. Des Weiteren gab es einen Schwerpunkt Zwangsmaßnahmen und deren Vermeidung bei psychisch kranken alten Menschen. In einer weiteren Sitzung war das übergeordnete Thema die aktuelle Betreuungsrechtreform sowie die inhaltliche und konzeptionelle Zusammentragung der Empfehlungen an das BMG.

Fachbeirat

Die Zusammensetzung des gemeinsamen Fachbeirats und die Tagesordnung der ersten Sitzung wurden mit der Leitung des Projekts ZIPHER abgestimmt. Die konstituierende Sitzung des Fachbeirats fand am 09. Februar 2017 im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn statt. Den 30 Teilnehmenden konnten in der einführenden Veranstaltung die Teilprojekte von ZIPHER und ZVP detailliert vorgestellt und dazu die Ziele und die geplante Umsetzung und Erreichung der Ziele erläutert werden. Die Mitglieder wurden ferner gebeten, ihre Ideen, Wünsche und Anmerkungen in das Projekt einzubringen

Eine zweite Sitzung des Fachbeirats fand am 21. März 2018 im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn statt. Die Organisation erbrachten erneut die Projektmitarbeitenden des ZVP. Die Tagesordnung der Sitzung wurde mit der Leitung des Projekts ZIPHER abgestimmt. Den Teilnehmenden wurden die aktuellen Projektentwicklungen zur Diskussion dargelegt. Des Weiteren wurden Berichte sonstiger Projekte/Initiativen gegeben (BAG GPV ZVP NRW Betroffenenbefragung, Stiftung Anerkennung und Hilfe, S 3 Leitlinie), außerdem erfolgte ein Kurzbericht über das Bundesverfassungsgerichts-Verfahren „Fixierungen im Rahmen öffentlich-rechtlichen Unterbringungen“ von den Anwesenden beim öffentlichen Teil des Verfahrens.

Die dritte Sitzung des gemeinsamen Fachbeirats fand am 26. März 2019 im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn statt. Die aktuellen Projektergebnisse wurden vorgestellt und eventuelle Fragestellungen diskutiert und gemeinsam weiterentwickelt.

Weitere Arbeitsgruppen

Neben den genannten Gremien fanden Treffen zu besonderen Fragestellungen mit dazu eingeladenen Personenkreisen statt:

Mit Vertreterinnen und Vertretern des Bundesweiten Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde zu zwei Terminen (16.03.2018, 15.06.2018) die besondere Rolle der SpDi im Zwangsvermeidungsprozess erörtert.

Mit Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrenen (13.07.2018) wurde die Frage von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen thematisiert.

Mit Angehörigen psychisch Erkrankter (06.04.2019) wurde die Rolle der Angehörigen bei der Zwangsvermeidung in den Mittelpunkt gestellt.

Zudem gab es im Mai 2019 ein Sondertreffen (29.05.19) mit ausgewählten Expertinnen und Experten, um juristische Fragestellungen zur Umsetzung von Zwangsvermeidung zu diskutieren.

6.3 Arbeits- und Zeitplan

Der Arbeits- und Zeitplan wurde zu Beginn des Projekts aufgestellt und nicht verändert (siehe Anlage). Im Gesamtprojekt konnte der angesetzte Zeitplan eingehalten werden.

Vertiefende Fragestellungen werden auch nach Projektabschluss in einzelnen Teilprojekten fortgeführt und bearbeitet. Aufgrund der Komplexität der einzelnen Teilprojekte werden Aussagen zum ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan im jeweiligen Teilprojektbericht getroffen.

7. Ergebnisse

Ziele	Zielerreichung
<i>Informationen über die Dimensionen der Anwendung von Zwang und Gewalt zu bestimmten Erhebungszeitpunkten in ausgewählten Einrichtungen und /oder Regionen liegen vor.</i>	<i>Die Anwendung von Zwang und Gewalt lässt sich qualitativ darstellen und differenzieren. Diese Differenzierung ist erforderlich, um zu regional zu systematischen Bewertungen der Ist-Situation und zu Verständigungen über Aktivitäten zur Veränderung der Ist-Situation zu kommen. Quantitative Daten können allenfalls regional erhoben werden. Ein Monitoringsystem dazu wird mit diesem Bericht vorgelegt (Teilprojekt 1).</i>
<i>Es liegen Erkenntnisse über Faktoren vor, die die Anwendung von Zwang in Einrichtungen mindern und über solche, die sie erhöhen.</i>	<i>Es hat sich gezeigt, welche Maßnahmen in Einrichtungen geeignet sind, die Anwendung von Zwang zu mindern oder zu vermeiden. Differenzierte Aussagen dazu finden sich in den Teilprojektberichten.</i>
<i>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen der Einsatz von Peer-Begleitung zur Reduzierung von Zwang führt.</i>	<i>a) Eine eigene Delphi-Befragung zeigt, dass unter Einsatz von Peers bei der Erstellung einer peergestützten Mitarbeiterschulung ein Schulungskonzept entwickelt wurde, das an den ursächlichen Faktoren von Zwangsmaßnahmen ansetzt, den Perspektiven aller Akteurinnen und Akteure Rechnung trägt und gleichzeitig den Transfer in die Praxis ermöglicht. Dabei meldeten insbesondere die beteiligten Mitarbeitenden zurück, dass der Austausch im Rahmen des Forschungsprozesses bereits zu Reflexionsprozessen bezüglich der Notwendigkeit Zwang zu reduzieren führte. b) Eine eigene Pilot-Studie gibt Aufschluss, ob Peer-Begleiterinnen und Begleiter auch psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreichen.</i>
<i>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Behandlungsvereinbarungen zur Reduzierung von Zwang führen.</i>	<i>(a) Eine Pilotstudie belegt den Einfluss der BV auf die Vertrauensbildung (b) Die Hauptstudie belegt die großen Schwierigkeiten, gerade Patientinnen und Patienten</i>

Ziele	Zielerreichung
	<p>mit Zwangsrisiko bzw. -erfahrung zu erreichen, und gibt Aufschluss, was zu beachten ist.</p> <p>(c) Eine zusätzliche Online-Befragung der Mitarbeitenden gibt Aufschluss über deren Vorbehalte bzgl. Implementierung und Wirkung von Behandlungsvereinbarungen.</p> <p>(d) Die Hauptstudie wird zeigen, welche Patientinnen und Patienten unter welchen Bedingungen von einer BV profitieren.</p>
<p>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Recovery-Orientierung zur Reduktion von Zwang beiträgt.</p>	<p>Es muss davon ausgegangen werden, dass trotz eines insgesamt hohen Grad an Recovery-Orientierung in den untersuchten Kliniken viele Stationsstrukturen und -abläufe den Standards einer am Konzept der Recovery-orientierten Therapie nicht entsprechen. Problembereiche ergeben sich u. a. hinsichtlich des therapeutischen Angebotes auf einer geschützten Station, der Zusammenarbeit mit Angehörigen, des Umgangs mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder der Beschäftigung von Peers. Die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung wurde herausgestellt.</p>
<p>Es ist bekannt, ob und inwieweit strukturelle und therapeutische Aspekte das Erleben von Zwang maßgeblich bestimmen.</p>	<p>Die systematische Analyse des subjektiven Erlebens von Zwangsmaßnahmen hat gezeigt, dass die Mehrheit der Betroffenen diese als von belastendem bzw. traumatisierenden Charakter erleben. Ein Anteil von 71% der Befragten zeigten eine peritraumatische Reaktion, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS darstellt, bei ca. 1/5 der Stichprobe ergab sich ein klinischer Verdacht auf eine PTBS. Weitere Aussagen auch zu strukturellen und therapeutischen Aspekten finden sich in Teilprojektbericht 5.</p>
<p>Es ist bekannt, wie Alternativen zum Zwang von Betroffenen, Angehörigen und Profis bewertet werden.</p>	<p>Es hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten und Pflegende gesprächsintensive, (psycho-)therapeutische, am individuellen Bedarf angepasste mildere Mittel als besonders nützlich einschätzen, um Zwang zu vermeiden.</p> <p>Es hat sich gezeigt, dass Pflegende in erfolgreich deeskalierten Situationen die betroffenen Patientinnen und Patienten signifikant häufiger</p>

Ziele	Zielerreichung
	<p><i>nach ihren Bedürfnissen fragen und Interesse signalisieren als in eskalierten, in Zwang endenden Situationen.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass eher aversive mildere Mittel (Drohung, Überzeugung) in konkreten Zwangssituationen relativ häufig angeboten werden.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten angeben, verhältnismäßig wenig mildere Mittel im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen zu erhalten während Pflegenden angeben, deutlich mehr mildere Mittel anzubieten.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass Patientinnen und Patienten angeben, im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen selten gesprächsintensive, (psycho-)therapeutische mildere Mittel zu erhalten, während Pflegenden angeben, diese häufig anzubieten.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass es einen Nachholbedarf in der Art & Anwendung gesprächsintensiver milderer Mittel im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen gibt, da die von Pflegenden gemachten Angebote betroffene Patientinnen und Patienten selten erreichen und aversive mildere Mittel dominanter wahrgenommen oder angeboten werden.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass Angehörige eine Vielzahl milderer Mittel als nützlich zur Prävention und Deeskalation von Zwangsmaßnahmen einschätzen; in akuten Eskalationssituationen aber insb. solche die den Gesprächsaufwand dem individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten anpassen.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass Angehörige psychisch Erkrankter einen erheblichen Spielraum in der Anwendung milderer Mittel sehen, vor allem bzgl. zeitlich und inhaltlich flexibler Angebote.</i></p> <p><i>Es hat sich gezeigt, dass es keine relevanten Zusammenhänge zwischen personenbezogenen oder strukturellen Faktoren und der Anwendung milderer Mittel im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen gibt</i></p>

Ziele	Zielerreichung
<i>Es ist bekannt, welche Maßnahmen erfolgreich in Regionen unternommen wurden, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu mindern.</i>	<i>Es wurden verschiedene Maßnahmen in verschiedenen Regionen erprobt. Die Ergebnisse und die Schlüsse, die aus den Erfahrungen gezogen werden können, sind als Bericht des Teilprojekts 1 Teil des vorliegenden Berichts.</i>
<i>Die Auswirkungen des systematischen Nachbesprechens von Zwangsmaßnahmen sind nachgewiesen.</i>	<i>Ein RCT zur Effektivität der strukturierten Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen im Vergleich zur Standardbehandlung ergab Hinweise auf eine positive Auswirkung der Nachbesprechung auf das subjektive Erleben von Zwang, und Hinweise ob Nachbesprechung traumafolgende Symptomen wie Intrusion und Hyperarousal reduzieren und die therapeutische Beziehung stärken könnte.</i>
<i>Ein Monitoringsystem für die Erfassung einer Rate von Anwendung von Zwang für eine definierte Versorgungsregion liegt vor.</i>	<i>Das Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (MoSy VeZ) liegt vor und ist diesem Bericht beigefügt. Es wurde in Teilen in verschiedenen Regionen erprobt.</i>

Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang sind für die beteiligten Akteure auch unter den aktuell herrschenden Rahmenbedingungen schon möglich und könnten häufiger eingesetzt werden, als sie in der Regel tatsächlich zur Anwendung kommen. Dies gilt für einzelne Einrichtungen und Dienste, die mittels der in diesem Bericht dargestellten Methoden und Mitteln, aber auch mittels anderer Instrumentarien wie z. B. dem Safewards-Konzept Handlungsspielräume entwickeln können.

Auch für die Akteure in der Zusammenarbeit innerhalb einer Versorgungsregion bestehen unter den herrschenden Rahmenbedingungen Möglichkeiten zur Vermeidung oder Verminderung von Zwang. Dazu gehört insbesondere die personenbezogene Kooperation verschiedener Einrichtungen und Dienste, die insbesondere unter dem Aspekt der Zwangsvermeidung systematisch entwickelt und verbessert werden kann und sollte.

In allen Kontexten hat es sich als sinnvoll erwiesen, Menschen mit eigener persönlicher Erfahrung mit dem psychiatrischen Hilfesystem („Peers“) und Angehörige psychisch erkrankter Menschen in die Erörterungen über geeignete Maßnahmen und Hilfen einzubeziehen.

Die Grundlage zur Entwicklung von Strategien zur Zwangsvermeidung ist jedoch, dass die verantwortlich Handelnden in den Einrichtungen und Diensten den Willen zur Zusammenarbeit und die Bereitschaft zur Betonung einer zwangsvermeidender Grundhaltung entwickeln und bekunden. Auch dies ist sowohl für Einrichtungen und Dienste in ihrer internen Arbeitsstruktur wie auch für die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit unabdingbar.

Es zeigt sich jedoch auch, dass geeignete Rahmenbedingungen den Einsatz von Zwang vermindern können. Eine ausreichende Zahl von Mitarbeitenden mit geeigneter Qualifikation ist für alle Einrichtungen und Dienste eine Mindestbedingung, um eine Kultur der Zwangsvermeidung mit geeigneten Methoden zu entwickeln und zu halten. Dazu gehört insbesondere die Ressource „Zeit“, die in den Einrichtungen und Diensten zur Verfügung stehen muss. Diese Ressource „Zeit“ ist auch in den Tagesrandzeiten und am Wochenende erforderlich, wenn Menschen in Krisensituationen nicht auf die üblichen Angebote von Hilfen zurückgreifen können.

Veränderte Rahmenbedingungen können auch durch Vorgaben von Leistungsträgern in Vereinbarungen mit Leistungserbringern, in den Rahmenvorgaben für diese Vereinbarungen und durch geeignete gesetzliche Vorgaben in Landes- und Bundesgesetzen gefördert werden. Der vorliegende Bericht zeigt eine Vielzahl von Handlungsoptionen für die Vereinbarungspartner und für die Gesetzgeber auf, die geeignet sind, den Einsatz von Zwang und Gewalt auf die wirkliche „ultima ratio“ zu begrenzen.

Über die Anwendung von Zwang liegen bundesweit keine oder nur wenig verlässliche Zahlen und Daten vor. Daher steht die Forderung nach einem Zwangsregister, das nach bundeseinheitlichen Kriterien geführt werden soll im fachöffentlichen Raum. Mit den vorgelegten rechtlichen Empfehlungen werden auch Hinweise gegeben, wie verlässliche Informationen erhoben werden können. Wesentlich bedeutsamer ist jedoch ein regionales Monitoring von Zwangsmaßnahmen, das auch die Datentransparenz erfasst, aber in seiner Struktur so angelegt ist, dass es die

fachliche Reflexion des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen mit der Entwicklung von regional verabredeten Strategien zur Verminderung von Zwangsmaßnahmen verbindet. Eine erstes entsprechendes Modell wird mit diesem Bericht vorgelegt (Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwang – MoSy VeZ).

Die Erörterung regionaler Strategien setzt regionale Kooperationsstrukturen voraus. In vielen Regionen könnten die bestehenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften oder vergleichbare Organisationsformen geeignete Orte zum Anstoß eines Reflexionsprozesses sein. Wirkungsvolle Maßnahmen, die einrichtungsübergreifend verabredet werden sollen, bedürfen jedoch einer Form von Verbindlichkeit, die über eine Kooperationsvereinbarung hergestellt werden muss. Es hat sich gezeigt, dass die Struktur von Gemeindepsychiatrischen Verbände geeignet ist, ganz verschiedenartige Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu verabreden und umzusetzen. Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. organisierten Verbände zeigen unterschiedliche Strukturen, deren zentrales verbindendes Element stets die Realisierung einer regionalen Versorgungsverpflichtung unter Berücksichtigung einer individuell bedarfsorientierten einrichtungsübergreifenden Hilfeleistung ist.

Sammlung von Empfehlungen, die in den Teilprojekten entwickelt wurden

Grundsatz von Haltung

Zwang muss kontinuierlich zum Thema gemacht werden. Viele psychisch erkrankte Menschen werden durch Zwangsmaßnahmen nachhaltig und wiederholt traumatisiert mit gravierenden Konsequenzen für die weitere Behandlung. Auch viele Mitarbeitende sehen sich durch Strukturen, die die Wahrscheinlichkeit von Zwang vergrößern, in ihrer Arbeits- und Lebensqualität beeinträchtigt. Um Zwang zu reduzieren ist es notwendig, die Akteure auf den jeweils passenden Ebenen miteinander ins Gespräch zu bringen. Es bedarf einer Prägung von Haltung durch die Leitungs- und Verantwortungsebene und der Sicherstellung der Umsetzung der Mitarbeitenden auf der Alltagsebene.

Dies gilt für regionale Konzepte ebenso wie für institutionelle Konzepte zur Gewaltvermeidung

- (1) Über die einzelnen institutionellen Strukturen hinaus sind verbindliche regionale Strukturen erforderlich, die dauerhaft auf Zwangsvermeidung orientiert sind (Teilprojekt 1).

Daraus ergeben sich grundsätzliche Anforderungen an das Hilfesystem

Um verbindliche regionale Strukturen zur Zwangsvermeidung zu entwickeln, muss das Hilfesystem einige grundsätzliche Anforderungen erfüllen. Diese sind nicht nur spezifisch zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen erforderlich, sondern grundsätzlich für ein Hilfesystem, das die Rechte der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt der Leistungen stellt. Sie wirken, sofern sie tatsächlich erfüllt sind, stets zwangsvermeidend.

- a. Hilfen in einem regionalen Hilfesystem sollen grundsätzlich personenzentriert, individuell und situativ passend leistungsträgerübergreifend geplant und erbracht werden (Anforderungen an das Hilfesystem, Teilprojekt 1). Die personenzentrierte Grundhaltung ist die Grundlage der Zwangsvermeidung. Diese Grundhaltung muss kontinuierlich gefördert werden.
 - b. Lücken in der Versorgung und insbesondere unerwünschte Abbrüche therapeutischer Beziehungen sollen vermieden werden. Daher sollen die Leistungserbringer gemeinsam und rechtskreisübergreifend die Versorgungsverpflichtung für die psychisch erkrankten Bürgerinnen und Bürger einer definierten Versorgungsregion übernehmen (Anforderungen an das Hilfesystem, Teilprojekt 1).
 - c. Zur Erfüllung der Aufgaben der individuellen Hilfeleistung und der Übernahme der Versorgungsverantwortung soll ein Gremium zur Steuerung individueller Hilfeleistungen geschaffen werden, z. B. in Gestalt von Hilfeplankonferenzen (Teilprojekt 1) oder Gremien zur Fallberatung/-steuerung mit Beteiligung der regional zuständigen Klinik (Teilprojekt 1). Der Aspekt der Zwangsvermeidung ist dabei inhaltlich und ggf. strukturell herauszuheben z. B. durch spezielle Fallkonferenzen zur Zwangsvermeidung (Teilprojekt 1).
 - d. Für jeden Nutzenden des Hilfesystems soll eine koordinierende Bezugsperson benannt sein, die leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifend für die Sicherstellung der Kommunikation der Akteure untereinander und mit der leistungsberechtigten Person verantwortlich ist (Teilprojekt 1).
- (2) Es sollen regionale Konferenz-, Beratungs- oder Konsultationsstrukturen entwickelt werden, in denen alle Menschen beraten werden, für die ein Beschluss einer freiheitsentziehenden Unterbringung in einer besonderen Wohnform vorbereitet wird oder bereits gefasst und genehmigt wurde (Teilprojekt 1).
 - (3) Es ist sicherzustellen, dass in Krisensituationen Hilfen unabhängig vom Wochentag oder der Uhrzeit auch aufsuchend zugänglich sind (Teilprojekt 1). Die Hilfsangebote sollen durch unterschiedliche Berufsgruppen erbracht werden und auch Leistungen der Behandlung beinhalten. Peers sollen einbezogen sein (Teilprojekt 1).
 - (4) Die Nahtstelle zwischen Behandlungssystem und Teilhabeleistungen soll besser informiert ausgestaltet werden (Teilprojekt 1). Dazu soll das Entlassmanagement für Menschen, die das Hilfesystem vor besondere Herausforderungen stellen, verbessert werden (Teilprojekt 1).
 - (5) Es sollen regelmäßige Besprechungen des psychiatrischen Hilfesystems und ggf. auch dialogische Fortbildungen mit anderen Diensten mit hoheitlichen Aufgaben (Rettungsdiensten, Polizei, Feuerwehr) durchgeführt werden. Auch gemeinsame Fallbesprechungen

oder Besprechungen über konkrete Situationen können in diesem Rahmen durchgeführt werden (Teilprojekt 1).

Einsatz von Peers (Genesungsbegleiterinnen und -begleiter)

Genesungsbegleiterinnen und -begleiter können aus ihrer subjektiven Sicht Menschen mit psychischen Erkrankungen begleiten und unterstützen. Als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter sind Personen bezeichnet, die selbst eine psychische Erkrankung erlebt und Behandlung erfahren haben. Zu ihrem Einsatz sind eine Ausbildung entweder im Rahmen einer EX-IN-Ausbildung oder in einem einschlägigen fachlichen Beruf sowie eine Einbindung in eine Gruppe mit anderen Peers sinnvoll, um die eigenen Erfahrungen und die anderer Peers reflektieren zu können. Peers können auch Menschen mit Zwangserfahrung und -risiko erreichen und können es auf dialogische Weise schaffen, diese Erfahrung zu thematisieren.

- (6) Peers sollen in den relevanten Phasen der Zwangsvermeidung beteiligt werden, d.h. bei der Prägung der Atmosphäre der Einrichtung und Dienste und bei der Bahnung partizipativer Entscheidungen und dialogischer Beziehungen (Teilprojekt 2, Teilprojekt 6). Auch deshalb sollen sie in Klinikambulanzen (PIA) sowie erst recht in weitergehenden aufsuchenden ambulanten Bereichen (§ 64b, StäB) mit eigenem Profil selbstverständlich beteiligt sein (Teilprojekt 2). Peers sollen selbstverständlicher Teil der Personalplanung für Akutstationen sein (Teilprojekt 2).

Behandlungsvereinbarungen

Behandlungsvereinbarungen sind als Instrument zur Bildung von Vertrauen zwischen Patientinnen und Patienten und Behandlungszentren (insbesondere Kliniken) seit vielen Jahren bekannt. Insbesondere aus Bielefeld wurden einschlägige Erfahrungen schon frühzeitig berichtet. Dennoch haben sie sich weder systematisch noch flächendeckend verbreitet. Vor dem Hintergrund, dass das Vertrauen der psychisch erkrankten Menschen zu den behandelnden Personen und Institutionen grundlegend für die Vermeidung von Zwang ist, muss dem systematischen Einsatz von Behandlungsvereinbarungen eine größere Bedeutung zugemessen werden.

- (7) Behandlungsvereinbarungen sollen Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung bzw. -risiko zum geeigneten Zeitpunkt (stationär oder ambulant) aktiv angeboten werden. Sie sollen selbstverständlicher Teil der Entlassplanung einer Krankenhausbehandlung sein und der personelle Aufwand soll entsprechend berücksichtigt werden. Behandlungsvereinbarungen sollen Teil der Klinikstrategie zur Reduktion von Zwang sein und im Rahmen von Zielvereinbarungen (auf Landes-, Träger- und Institutionsebene) politisch berücksichtigt werden (Teilprojekt 3).
- (8) Bei Behandlungsvereinbarungen soll im Behandlungskontext und in richterlichen Genehmigungen sichergestellt werden, dass sie in akuten Situationen bei fehlender Entscheidungsfähigkeit nicht allzu leicht als widerrufen betrachtet werden kann, zugleich muss auf fortlaufende Überprüfung auf Aktualität und Richtigkeit geachtet werden.

- (9) Behandlungsvereinbarungen sollen den Patientinnen und Patienten aktiv von den Mitarbeitenden angeboten werden. Sie können mit Gesprächen zur Aufarbeitung von Zwangsmaßnahmen verknüpft werden (Teilprojekt 3). Der günstige Zeitpunkt kann variieren und soll nach individuellen Bedürfnissen/Möglichkeiten festgelegt werden.
- (10) Behandlungsvereinbarungen sollen zum Zwecke der Zwangsvermeidung Nutzenden aus allen Bereichen des Hilfesystems angeboten werden. Es soll ein System der Hinterlegung entwickelt werden, dass diese allen davon berührten Akteuren zugänglich macht (Teilprojekt 1).

Nachbesprechung

Nachbesprechungen von Zwangsmaßnahmen können als allgemein bekannter Standard bezeichnet werden. Dennoch finden sie nicht systematisch oder nicht immer mit tauglichen Methoden statt.

Allerdings bieten Nachbesprechungen die Chance Folgen von Zwangsmaßnahmen aufzuarbeiten, wenigstens zum Teil das Gleichgewicht in der Beziehung zwischen erleidender Person und durchführendem Personal wiederherzustellen und damit den grundsätzlich traumatisierenden Folgen von Zwangsmaßnahmen entgegenzuwirken.

- (11) Die leitfaden-gestützte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen der klinischen Routine implementiert werden (Teilprojekt 7).
- (12) Der richtige Zeitpunkt der Nachbesprechung soll individuell festgelegt werden und es kann keine Pauschalempfehlung diesbezüglich ausgesprochen werden. Dabei sollte die emotionale Bereitschaft der betroffenen Patientinnen und Patienten besonders berücksichtigt werden. Daher soll die Nachbesprechung ggf. mehrfach bzw. regelmäßig angeboten werden (Teilprojekt 7).
- (13) Die Implementierung der Nachbesprechung soll eine ausführliche Schulung der Mitarbeitenden beinhalten. Dabei sollten die Grundlagen der Intervention erläutert werden sowie praktische Übungen stattfinden. Diese Schulung sollte in Form von Fortbildungen zum Thema Prävention von Zwang stattfinden (Teilprojekt 7).
- (14) Nach Durchführung einer Nachbesprechung soll auf die Möglichkeit der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung bzw. eines Krisenplans verwiesen werden, um möglicherweise erarbeitete Alternativen festlegen zu können (Teilprojekt 7).
- (15) Es soll ein umfassendes Nachsorgeangebot für Mitarbeitende, die mit Gewalt konfrontiert sind, vorhanden sein (Teilprojekt 4 und 5).

Aus- und Fortbildung

Die Anwendung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen begründet sich häufig in fehlenden alternativen Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden in psychiatrischen Institutionen. Handlungsfähigkeit kann durch verschiedene Formen von Aus-, Fort- und Weiterbildungen hergestellt werden. Zum Ausbildungsinhalt gehören verschiedene Formen der Auseinandersetzung mit psychisch erkrankten Menschen in verschiedenen Lebenslagen und –situationen. Dabei ist die Gestaltung der Bildungsprozesse bedeutsam. Es zeigt sich, dass Bildung auch die Einfühlung in die Situation der jeweils anderen Person einbeziehen muss, um wirksam zu sein.

- (16) Da Mitarbeitende in der Pflege im Prozess der Deeskalation eine bedeutsame Rolle zukommt und diese im Wesentlichen die Gruppe sind, die die milderen Mittel einsetzen, sollen Maßnahmen und Strategien zur Zwangsvermeidung in der Pflegeausbildung einen höheren Stellenwert bekommen. Dies könnte durch die Förderung der Fachpflegeausbildung, sowie des Studiums der Pflegewissenschaften gelingen (Teilprojekt 6).
- (17) Regelmäßige Schulungen in empathischer Gesprächsführung und Krisengesprächen: Die Ausbildung von allen psychiatrisch Tätigen soll in einem intensiven Umfang Schulungen zur Gesprächsführung und Krisenmanagement adressieren (u. a. durch Rollenspiele, auch aus Patientenperspektive) Notwendige Schulungsthemen sind der Einfluss von kontextuell und interaktionellen Aspekten, informierte Entscheidungsfindung, Patientenrechte, Vorsorgeinstrumente, geteiltes Risikomanagement, Orientierung an individuellen Genesungskonzepten, Patientensorientierte Stationsregeln und Behandlungsabläufe (Teilprojekt 2 und 6).
- (18) Es soll regelmäßige, über bestehende Deeskalationstrainings hinaus gehende Schulungen für Mitarbeitende in der psychiatrischen Akutversorgung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen geben. Fortbildungen zur Sensibilisierung hinsichtlich der Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen sollen die subjektive Perspektive von Betroffenen und Mitarbeitenden sowie den Perspektivwechsel notwendigerweise mit einbeziehen (Teilprojekt 2 und 6).
- (19) Es sollen regelmäßige einrichtungsinterne oder einrichtungsübergreifende Deeskalationstrainings durchgeführt werden (Teilprojekt 1).
- (20) Lehre und Forschung hinsichtlich Zwangsmaßnahmen sollen partizipativ gestaltet sein. Wissenschaftliche Projekte in denen Betroffenen einbezogen werden, kommen zu differenzierteren Ergebnissen und ermöglichen patientenorientierte Ergebnisse (Teilprojekt 2).

Gestaltung des therapeutischen Milieus

Das therapeutische Milieu in psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere in Kliniken, ist von Beginn der Behandlung an entscheidend für den Behandlungsverlauf. Die haltende verbindliche Beziehung zu einer festen Bezugsperson ist für die Patientinnen und Patienten oft die notwendige Voraussetzung, um sich wieder als Person zu erleben, um würdevolle Behandlung zu garantieren und so Zwangsmaßnahmen vorzubeugen.

- (21) In jeder Phase der Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, muss der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Gerade während und nach einer Zwangsmaßnahme soll eine intensive (während der ZM lückenlose) therapeutische Begleitung und nicht lediglich eine (Sicht-) Kontrolle oder Überwachung stattfinden. Diese kann nicht an externe Kräfte delegiert werden (Teilprojekt 4).
- (22) Dem Bedarf der Patientinnen und Patienten nach therapeutischen und pflegerischen Gesprächen während der Intensivbehandlung in der psychiatrischen Klinik muss entsprochen werden. Nur durch intensive Begleitung mit Patientinnen und Patienten kann eine gute Beziehung aufgebaut werden, die Zwangsmaßnahmen präventiv entgegenwirkt (Teilprojekt 6).
- (23) Es soll besonders auf die patientenbezogene Transparenz und Vermittlung der Begründung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen und deren Beendigung geachtet werden (inkl. der persönlichen/institutionellen Grenzen auf Behandelndenseite), da die Wahrnehmung der Gründe, die zu der Anwendung von Zwangsmaßnahmen führen, eine bedeutende Rolle in der subjektiven Wahrnehmung der Zwangsmaßnahme spielt (Teilprojekt 4 und 5).
- (24) Die Personalbesetzung stellt einen wesentlichen Faktor in der Anwendung von Zwang dar, insbesondere hinsichtlich der Suche nach und der Anwendung von Alternativen. Dies soll bei zukünftigen Verhandlungen über die Personalbesetzung von Kliniken besonders beachtet werden (Teilprojekt 4 und 5). Dazu gehört ferner die inhaltliche Qualifikation: in der Akutversorgung sollten ausschließlich Mitarbeitende eingesetzt werden, die eine hohe Bereitschaft haben, Kommunikation, Interaktion und Patientenbedürfnisse verstärkt in den Vordergrund zu stellen und entsprechend ausgebildet sind (Teilprojekt 6).
- (25) Die Teilnahme an Therapien soll flexibel und bedürfnisangepasst gestaltet werden. Die Erstellung des Therapieplans sowie die Festlegung der Behandlungsziele sollte gemeinsam mit dem Patienten erfolgen (Teilprojekt 4, 5 und 6).
- (26) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen soll intensiviert werden (Teilprojekt 6). Kontakte mit Angehörigen und Informationsvermittlung sollen immer dialogisch und für die betroffenen Patientinnen und Patienten transparent gestaltet werden. Dies wird von Patientinnen Patienten und Angehörigen gefordert und aktuell oft als Mangel erlebt. Dabei soll auch die eigene Belastung der Angehörigen berücksichtigt werden. Der Kontakt zu Angehörigen

sollte – unter Wahrung des wechselseitigen Datenschutzes – auch unabhängig von der Patientin oder dem Patienten möglich / abrechenbar sein (Teilprojekt 4 und 5).

- (27) Interkulturelle Angebote und die Berücksichtigung individueller kultureller und religiöser Gewohnheiten sollen entwickelt werden (Teilprojekte 4 und 5). Insbesondere in der stationären Behandlung von geflüchteten Menschen ist eine aktive Gestaltung – auch mit der Möglichkeit der „rooming-in“ zu empfehlen.
- (28) Es soll ein umfassendes, vielfältiges Therapieangebot für untergebrachte Patientinnen und Patienten bzw. Patientinnen und Patienten, die die Station nicht verlassen dürfen, vorhanden sein. Langweile und Unterforderung führen auch zu vermehrter Aggression und Zwang. Dabei soll das therapeutische Milieu die Selbstregulationsmöglichkeiten und Ressourcen der Betroffenen unterstützen und diese auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereiten. Visiten sollen als multiprofessionelle, ergebnis-offene, reflektierende Prozesse gestaltet werden (Teilprojekte 4 und 5).
- (29) Stationsregeln sollen flexibel gehandhabt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regeln soll regelmäßig unter Einbezug der Perspektive Betroffener (z. B. Peers, Patientinnen und Patienten) reflektiert und hinterfragt werden. (Teilprojekte 2, 4 und 5).
- (30) Freiheitsentziehende Unterbringungen sollen offen gestaltet sein (Teilprojekt 1).

Zwangsvermeidende räumliche Gestaltung

Auch die bauliche und räumliche Gestaltung von Einrichtungen kann Wirkung auf die Förderung oder Vermeidung von Zwangsmaßnahmen entfalten.

- (31) Räumlichkeiten sollen so gestaltet werden, dass sie den individuellen Bedürfnissen der Bewohnenden gerecht werden können (Platz, Licht, Klima, Zugänge, etc.) (Teilprojekt 1).
- (32) Die Klinik sollte räumlich derart gestaltet sein, dass sie eher zum Einsatz milderer Mittel einlädt als zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen (bspw. Fixierungsliegen nicht unmittelbar auf der Station erreichbar) (Teilprojekt 6). Die räumlichen Begebenheiten der Stationen sollen überdacht werden und es soll ggf. nach möglichen Verbesserungsansätzen gesucht werden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende mehrfach betont haben, dass räumliche Enge sowie die begrenzten Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Gartenflächen und die oft kaum vorhandenen Einzelzimmer die Wahrung der Privatsphäre erschweren und einen negativen Einfluss auf das Entstehen/Entgrenzen von Aggressionen und dementsprechend auf das Risiko von Zwang haben (Teilprojekt 2, 4 und 5).
- (33) Bei der Planung von räumlichen Begebenheiten sollen Betroffenenvertreter beteiligt sein (Teilprojekt 2).

Missbräuchlicher / informeller Zwang

Entsprechend der Definitionen des Projekts sowie vor dem Hintergrund der Differenzierung durch andere Studien, insbesondere der des Deutschen Ethikrates und des Deutschen Instituts für Menschenrechte wurden auch Fragestellungen des missbräuchlichen Zwangs in die Empfehlungen einbezogen. Auch hier zeigt sich ein Forschungs- und Informationsdefizit, das auch im Gegenstand selbst begründet liegt. Es handelt sich um ein Thema, das der öffentlichen Erörterung und einer wahrheitsgemäßen Berichterstattung aus Sicht der Einrichtungen entzogen ist.

- (34) Zum Bereich des missbräuchlichen Zwangs (Zwangmaßnahmen, die nicht durch gesetzliche Bestimmungen gedeckt sind) bedarf es grundsätzlicher Aufmerksamkeit und weiterer wissenschaftlicher Erhebungen (Zusatzprojekt illegaler Zwang).
- (35) Es soll auf alle Dimensionen der Anwendung von Zwang auf den Stationen geachtet werden, zu denen jegliche Formen von Druck und Beeinflussung gehören. Jede Art informellem Zwang kann ebenfalls zu einem „oppressiven Klima“ auf Station beitragen, das sich ebenso wie Zwangsmaßnahmen negativ auf das Erleben der Patienten auswirkt (Teilprojekt 2, 4 und 5).
- (36) Schulungsmaßnahmen für Mitarbeitende zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sollten informellen Zwang und seine Auswirkungen thematisieren und für dessen Anwendung im Stationsalltag sensibilisieren (Teilprojekt 2).
- (37) Die rechtliche Aufklärung muss auch den Patientinnen und Patienten auf Stationen auf denen potenziell Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden möglich und leicht zugänglich sein. Das erfordert Aufklärungsmaterialien auch in leichter Sprache und in verschiedenen Sprachen (Teilprojekt 2).

Die Förderung der personenzentrierten Grundhaltung und die Entwicklung der speziellen Maßnahmen zur Zwangsvermeidung ist als kontinuierlicher Prozess zu gestalten. Daraus ergibt sich:

- (38) Die Maßnahmen zur Zwangsvermeidung sind kontinuierlich zu entwickeln. Dafür ist ein verbindliches Monitoring einzuführen.

Weitere Ergebnisdarstellungen finden sich in den Teilprojektberichten.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Empfehlungen zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen

Die Daten- und Informationslage hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen ist unzureichend. Ursächlich dafür sind unterschiedliche Zuständigkeiten beim Bund und bei den Ländern sowie die unterschiedlichen Rechtskreise, insbesondere hinsichtlich des öffentlichen Rechts und des Zivilrechts. Wirksam sind aber auch die sehr unterschiedlichen Anforderungen an Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Dokumentations- und Meldeverpflichtungen.

Beschlüsse über freiheitsentziehende Unterbringungen werden nach § 325 Abs. 2 Satz 2 FamFG von den Gerichten der zuständigen Behörde bekannt gegeben: „Der Beschluss, durch den eine Unterbringungsmaßnahme genehmigt oder angeordnet wird, ist auch dem Leiter der Einrichtung, in der der Betroffene untergebracht werden soll, bekannt zu geben. Das Gericht hat der zuständigen Behörde die Entscheidung, durch die eine Unterbringungsmaßnahme genehmigt, angeordnet oder aufgehoben wird, bekannt zu geben.“

Dies bedeutet, dass alle Beschlüsse einer „zuständigen Behörde“ bekannt gegeben werden. „Zuständige Behörden“ sind im Fall einer Entscheidung im betreuungsrechtlichen Verfahren die Betreuungsbehörden. Im Fall einer Entscheidung in einem öffentlich-rechtlichen Verfahren auf der Grundlage eines Psychisch-Kranken-Gesetzes oder eines Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes eines Bundeslandes können je nach Landesrecht auch andere Behörden die Adressaten sein. Es liegt aber keine Verpflichtung der genannten zuständigen Behörden vor, diese Beschlüsse zu erfassen, sie auszuwerten und die Daten in aggregierter Form einer Landes- oder Bundesbehörde zur Verfügung zu stellen.

Viele Informationen, die aufgrund von landesrechtlichen Bestimmungen erhoben werden, werden bei den Leistungserbringern (i. d. R. Kliniken, Wohn- und Pflegeheime) abgefragt. Die damit gewonnene Qualität der Daten bestimmt sich aus der hinreichenden Konkretheit, in der die Informationen von den Leistungserbringern abgefragt werden. Erfahrungen liegen dazu in verschiedenen Bundesländern hinsichtlich der Erhebung von Zwangsmaßnahmen auf der Grundlage der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) bzw. der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKHG) vor. Diese werden – soweit ersichtlich – nur in Einrichtungen erhoben, die Unterbringungen und andere Zwangsmaßnahmen nach diesen Gesetzen durchführen und insoweit mit hoheitlicher Gewalt zumindest beliehen sind.

Es gibt nach den Recherchen des ZVP-Projekts keine systematische Datenerhebung von Landesbehörden oder kommunalen Behörden bei Leistungserbringern im Bereich der Leistungen zur Sozialen Teilhabe oder im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen. Teilweise werden Informationen durch die heimaufsichtlichen Kontrollen auf der Grundlage der Wohn-Teilhabe-Gesetze, den länderspezifischen Nachfolgegesetzen für das frühere Heimgesetz, erhoben (Beispiel: WTG NRW). Diese werden aber nicht ausgewertet.

Es ist erforderlich, systematische Verpflichtungen zur Dokumentation und Verpflichtungen zur Weitergabe von Daten in aggregierter Form mit dem Ziel einer Auswertung im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung oder der Führung eines Registers rechtlich für alle Maßnahmen der Zwanganwendung und in allen Einrichtungen und Diensten, die zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen autorisiert sind, auszugestalten.

Insgesamt bestimmt die Zielsetzung auch Art und Umfang der Datenerhebung. In Bezug auf die Minimierung von Zwangsmaßnahmen

- sollen die Daten Rückschlüsse auf die Qualität der Leistungserbringung zulassen. Sie sind insbesondere für die Aufsichtsbehörden oder für die Besuchskommissionen von Bedeutung. In Bezug auf die Finanzierung von Leistungsqualität sind diese Daten auch für Budget- und Vergütungsvereinbarungen von Relevanz.
- sollen die Daten an die Leistungserbringer im Sinne eines Benchmarkings zurückgespiegelt werden. Dazu liegen in Hessen und Baden-Württemberg unterschiedliche Beispiele bei der Erhebung von Krankenhausdaten auf der Grundlage des PsychKHG vor.
- ist eine Berichtspflicht nach Auswertung der Daten an Ministerien und Parlamente zu empfehlen.

Zu unterscheiden ist zwischen der Verpflichtung zur Dokumentation von Entscheidungen oder Handlungen und der Weitergabe der aus dieser Dokumentationsverpflichtung entstandenen Informationen an die zuständigen Behörden ggf. in aggregierter Form.

Dokumentation

Dokumentationsverpflichtungen sind in gesetzlichen Anforderungen und in Verträgen zwischen Leistungs- und Kostenträgern und Leistungserbringern zu verankern.

Die Anforderung an die Dokumentation muss zum einen so gestaltet sein, dass sie vermeidet, Routineformulierungen zu verwenden, zum anderen, dass sie Auswertungen über die Institution hinaus ermöglicht. Dabei ist die notwendige Datentiefe zu bestimmen.

Für Krankenhäuser sollten Dokumentationsverpflichtungen im SGB V unter dem Aspekt der Qualitätssicherung, im Krankenhausfinanzierungsgesetz und/oder in der Bundespflegesatzverordnung verankert werden. Ferner sind Anforderungen an Dokumentationsverpflichtungen in den Landeskrankenhausgesetzen und in den PsychKG / PsychKHG der Länder festzulegen. Für Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege sind die Dokumentationsanforderungen in den Wohnteilhabegesetzen und in den Landesrahmenverträgen gem. § 131 SGB IX bzw. § 75 SGB XI zu verankern.

Datenerhebung bzw. Meldepflichten

Eine Berichterstattung in aggregierter Form sollte auf kommunaler Ebene, auf Landesebene und auf Bundesebene stattfinden. Damit dies möglich wird, müssen einschlägige Voraussetzungen geschaffen werden. Dazu bieten sich verschiedene Möglichkeiten an.

1. Datenerhebung bei den Leistungserbringern

Die bei Leistungserbringern erhobenen Daten sollten sich auf Maßnahmen der Zwangsanwendung beziehen, die tatsächlich stattgefunden haben. Sie können zu vielfältigen Aspekten Auskunft geben, solange das Erfordernis der Dokumentation klar und eindeutig geregelt ist. Die Eindeutigkeit ist die zentrale Voraussetzung für den Vergleich von Daten

verschiedener Leistungserbringer, wenn diese stattfinden soll.

Die Datenerhebung bei Leistungserbringern setzt voraus, dass diese nicht nur zu Dokumentation verpflichtet sind, sondern auch zur Weitergabe der Daten an eine Institution, die berechtigt bzw. beauftragt ist, diese Daten entgegenzunehmen (Meldepflicht).

Grundsätzlich ist dabei in Erwägung zu ziehen, dass der Widerstand gegen die Auswertung und Weitergabe von Daten steigt, je aufwändiger für den Leistungserbringer die Aufbereitung der Daten ist. Insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Datenklarheit und Datenwahrheit müssen bei der Abfrage von Daten diese Aspekte berücksichtigt werden.

Institutionen, die Daten von Leistungserbringern entgegennehmen, müssen dazu legitimiert und beauftragt sein. Die Basis für die Legitimation ist gesetzlich zu schaffen.

Auch dazu bieten sich als Möglichkeiten die entsprechenden Bundes- und Landesgesetze, aber auch die vertraglichen Grundlagen, die die Zulassung zur Leistungserbringung bilden, an. Die PsychKGs in Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen und NRW beinhalten Dokumentations- und Meldepflichten. Welche rechtlichen Möglichkeiten dazu bestehen, wird im Abschnitt „Empfehlungen zu rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem“ ausgeführt.

2. Datenerhebung bei Behörden

Unter der Voraussetzung, dass tatsächlich die Beschlüsse der Betreuungsgerichte den zuständigen Behörden übermittelt werden, wäre eine Möglichkeit, diese zu verpflichten, den Landesstatistikämtern die Daten in aggregierter Form zur Verfügung zu stellen. Dazu müssten die Landesstatistikämter Vorgaben hinsichtlich der zu erhebenden Datensätze entwickeln. Dazu soll das Bundesstatistikamt eine Vorgabe an die Landesstatistikämter entwickeln. Für den Bereich der betreuungsrechtlichen Maßnahmen könnten entsprechende Regelungen in die Landesausführungsgesetze zum Betreuungsgesetz aufgenommen werden, für den Bereich der Maßnahmen nach PsychKG / PsychKHG in diese. Alternativ wären Regelungen in den Statistikgesetzen des Bundes und der Länder überlegenswert.

Die Beschlussstatistiken der Gerichte bleiben hinter den Informationen der zuständigen Behörden in der Qualität zurück, da sie nicht zwischen den Merkmalen der betroffenen Personen (Zugehörigkeit zu einer Personengruppe, Alter, Dauer etc.) differenzieren. Ggf. wäre auch dies ein Ansatzpunkt für eine differenziertere Erhebung von einschlägigen Anträgen, Verfahren und Beschlüssen.

Daten und Erhebungen sollten in ein regionales Monitoring von Zwangsmaßnahmen einfließen, um die Erarbeitung von geeigneten Maßnahmen der Zwangsvermeidung zu ermöglichen, laufend zu begleiten und die Auswirkungen der Maßnahmen zu evaluieren. (vgl. Monitoringsystem des Teilprojekts 1).

Empfehlungen zu rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem

Handlungsmöglichkeiten der Leistungsträger bzw. der Vertragspartner von Leistungserbringern

- 1) In den Rahmenverträgen nach § 131 SGB IX bzw. § 75 SGB XI soll vereinbart werden, dass die Aufnahme von Leistungsberechtigten mit einem freiheitsentziehenden Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB bzw. nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. PsychKG, § 1631 BGB) nur auf der Grundlage einer ausdrücklichen Vereinbarung mit dem Kostenträger möglich ist und diese an zu definierende Voraussetzung zu binden ist (Teilprojekt 1: Berlin). Die Länder sollen in dieser Hinsicht auf die Rahmenvertragspartner hinwirken.
- 2) **Ergänzung:** Der Bundesgesetzgeber könnte zur Sicherstellung der Aufnahme dieser Vereinbarung in den gesetzlichen Normen dazu Vorgaben an die Rahmenvertragspartner formulieren.
- 3) Versorgungsverpflichtung soll in den Rahmenverträgen nach § 131 SGB IX so definiert werden, dass die Gemeinschaft der Leistungserbringer für Menschen mit einer seelischen Behinderung in einer definierten Versorgungsregion (z. B. kommunale Gebietskörperschaft) gemeinsam die Verantwortung dafür trägt, dass kein Mensch wegen Art oder Schwere der Erkrankung oder Behinderung oder der Art oder des Umfangs seines Unterstützungsbedarfs ausgeschlossen wird. Versorgungsverpflichtung soll nicht als Aufgabe jedes einzelnen Leistungsanbieters verstanden werden, sondern als gemeinschaftliche Aufgabe (Teilprojekt 1: Berlin, Stuttgart).
- 4) Leistungserbringer, die leistungsberechtigten Personen eine Leistung anbieten, die auch unter der Anwendung von Zwangsmaßnahmen wie freiheitsentziehender Unterbringung, sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen oder ärztliche Zwangsbehandlungen durchgeführt werden, sollen über entsprechende rechtliche Grundlagen verpflichtet werden, die definierten Vorgaben zu erfüllen. Dazu gehört sich an einem regionalen Monitoring zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zu beteiligen, Zwangsmaßnahmen nach den in diesem Bericht dargelegten Maßstäben zu dokumentieren, dokumentierte Daten in aggregierter Form an dazu autorisierte Stellen weiterzugeben und die über die Umsetzung der in diesem Bericht dargestellten möglichen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen regelmäßig Bericht zu erstatten. Die Erfüllung der genannten Anforderung muss zur Bedingung der Zulassung zu einer Leistung gemacht werden bzw. zu Leistungsausschlüssen führen. Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen sind zu regeln.
- 5) Rechtliche Grundlagen für psychiatrische Krankenhäuser können sein: Landesgesetze für Hilfe- und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG / PsychKHG), Landeskrankenhausesetze oder bundesrechtliche Anforderungen über die Krankenhausfinanzierung

bzw. die Anforderung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung im SGB V.

- 6) Die rechtliche Verankerung der Verpflichtungen der Leistungserbringer aus dem Bereich der Eingliederungshilfe oder der Pflege sollten in den Länderheimgesetzen³, Rahmenverträgen und Verträgen mit den Leistungserbringern vollzogen werden.
- 7) Leistungsträger (Eingliederungshilfe / Pflege) sollten keine Kostenübernahme für eine freiheitsentziehende Unterbringung ohne Beratung in einer Hilfeplankonferenz oder einer vergleichbaren personenbezogenen Fallberatung in der jeweils verantwortlichen Region übernehmen. Leistungen zur sozialen Teilhabe bedürfen einer besonderen Begründung, wenn der Ausschluss von Sozialer Teilhabe durch Freiheitsentzug zur Befähigung zur sozialen Teilhabe dienen soll. Diese Verpflichtungen könnten in den Umsetzungsgesetzen zum Bundesteilhabegesetz und in den länderspezifischen Bestimmungen zum Gesamtplanverfahren ausgestaltet werden.

Empfehlungen zur Landesgesetzgebung

PsychKG bzw. PsychKHG, Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst, Landeskrankenhausgesetze, Länderheimgesetze

Zu verankern sind in den entsprechenden Landesgesetzen:

als Maßnahmen zur Dokumentation und Erhebung von Zwangsmaßnahmen:

- die Dokumentation der Durchführung von Zwangsmaßnahmen mit den in diesem Bericht beschriebenen Qualitätsstandards, ggf. durch gesetzliche Verankerung einer Rechtsverordnungsmöglichkeit der zuständigen Landesbehörde mit dem Ziel der Vorgabe von Dokumentationsstandards,
- die Verpflichtung zur Weitergabe von Informationen über durchgeführte Zwangsmaßnahmen in aggregierter Form zum Zweck der Berichterstattung,
- die Verankerung eines Systems zum Monitoring von Maßnahmen zur Zwangsvermeidung und die Benennung der dazu verantwortlichen kommunalen Behörde und der zuständigen Landesbehörde,
- die Bindung der Beleihung von Einrichtungen mit hoheitlicher Gewalt an die Beteiligung an einem verbindlichen regionalen Monitoring sowie der Durchführung von

³ Die Länder haben seit der Föderalismusreform 2007 die Aufgaben den ordnungsrechtlichen Teil der Heimgesetzgebung selbst zu regeln. Dazu gehören Fragen der Genehmigung und Aufsicht des Betriebs von Heimen oder anderen Wohnformen für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen, die personelle oder bauliche Ausstattung der Einrichtungen bzw. der Angebote, Qualitätsaspekte und Sanktionsmechanismen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorschriften. Diese Gesetze tragen in jedem Bundesland unterschiedliche Namen je nach Ziel und Herangehensweise an das Gesetz (siehe Anhang). Eine Übersicht findet sich auch unter <https://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/>

qualitätssichernden Maßnahmen zur Zwangsvermeidung,

- die angeführten Maßnahmen sollten auch schrittweise in den Länderheimgesetzen Eingang finden. Hier sind bisher Dokumentationspflichten nur begrenzt und nicht in allen Bundesländern verankert.

als Maßnahmen zur Zwangsvermeidung:

- die Verankerung eines Monitoringsystems zur einrichtungs- und rechtskreisübergreifenden Vereinbarung von Maßnahmen zur Zwangsvermeidung in einer definierten Versorgungsregion,
- die Verpflichtung zum Angebot von Behandlungsvereinbarungen bei den Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren mussten,
- die Verpflichtung, Sozialpsychiatrische Dienste in ausreichender personeller Besetzung vorzuhalten,
- Beachtung von Patientenverfügungen und Hinweis darauf, dass Behandlungsvereinbarungen eine Patientenverfügung beinhalten,
- die Verpflichtung, freiheitsentziehende Unterbringungen, wenn möglich ohne geschlossene Türen zu gestalten,
- die Einführung einer Pflicht zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen aller Art, auch bei Zwangsmaßnahmen auf Grundlage des BGB,
- die Verpflichtung, Zwangsmaßnahmen ausschließlich im therapeutischen Kontext und durch (vertrautes) fachlich qualifiziertes Personal durchzuführen,
- die Verankerung von unabhängigen Beschwerdestellen (Beispiele: Baden- Württemberg, Berlin).
- Krankenhäuser, die eine Behandlung anbieten, die mit Freiheitsentziehung oder Unterbringung verbunden sein oder zwangsweise durchgeführt werden kann, sind nach den Landeskrankenhausgesetzen zu verpflichten, Konzepte zur Vermeidung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen, freiheitsentziehenden Maßnahmen und Unterbringungen in personeller, sächlicher und baulicher Hinsicht zu entwickeln und in diesen Konzepten konkret zu beschreiben, in welcher Weise für welche Situationen sie diese Maßnahmen für unentbehrlich halten und wie sie in solchen Situationen mit welchem geschulten Personal ggf. eine solche Maßnahme durchzuführen planen. Sie sind für jeden Einzelfall der Anwendung solcher Maßnahmen zu einer entsprechenden Dokumentation zu verpflichten. Ggf. wäre dies mit der Frage von abgestuften Sanktionsmöglichkeiten (in Verbindung mit § 137 SGB V – siehe -Abschnitt SGB V) bei Nicht-Erfüllung von entsprechenden Standards zu verbinden.

- In den Länderheimgesetzen sind Vorgaben zur Zwangsvermeidung bzw. Gewaltschutzkonzepten zu verankern (bisher nur in NRW, Hamburg, Bremen). Diese müssen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in Bezug auf Zwang als Ultima Ratio in den Ländergesetzen umsetzen (bisher nur in NRW).
- In allen relevanten Landesgesetzen sind absolute untere Grenzen zu definieren, wie das Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafen.

Empfehlungen zur Änderung des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG)

Zivilrechtliche Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 Nr. 1 BGB zum Schutz betroffener Personen können von Bevollmächtigten und Betreuerinnen und Betreuern mit Genehmigung des Gerichts auch langfristig vorgenommen werden. Gerichtliche Genehmigungen können für 1 Jahr oder im Höchstfall für 2 Jahre erteilt werden und dies wiederholt. In der Praxis kommen so

mitunter Langzeitunterbringungen zustande, bei denen je nach Engagement von Bevollmächtigten, Betreuenden, Angehörigen oder ärztlichem oder pflegerischem Personal Freiheits- und damit Menschenrechte betroffener Personen massiv beschränkt werden können.

Die betroffenen Personen unterliegen aber nicht einer öffentlich-rechtlich begründeten Gewalt der Einrichtung. Die Einrichtung hat nur die Befugnisse, die ihr der Vertrag und die Einwilligung(en) des Vertreters verschaffen. Der Schutz der betroffenen Personen gegenüber der Einrichtung und ihrem ärztlichen und pflegerischen Personal ist daher zunächst eine Aufgabe des Vertreters.

Dementsprechend richtet sich der gerichtliche Rechtsschutz nicht gegen die Einrichtung, sondern auf Kontrolle des Vertreters durch das Betreuungsgericht. Die Einschaltung des Gerichts unterstützt und stärkt zugleich die Schutzfunktion des Vertreters.

Im Vorfeld des Vertragsschlusses sind immer Willen und Präferenzen der betroffenen Person abzuklären und zu dokumentieren. An der Erstellung des Vertrages sind die aufzunehmende Person und ihr Vertreter (Betreuer oder Bevollmächtigter) zu beteiligen. Die aufzunehmende Person ist in angemessener Form über ihr Recht zu informieren, neben ihrem Vertreter eine weitere Person ihres Vertrauens hinzuzuziehen. Der Vertrag sollte auch Absprachen zur Erreichbarkeit des Vertreters und für Notfälle enthalten.

Ziel der folgenden Vorschläge ist es, die Rechte der Betroffenen während der Unterbringung effektiver zu schützen. Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass stets beachtet wird, die Unterbringung, gleichgültig, wie lange sie schon andauert, als Eingriff in die Freiheitsrechte betroffener Personen ständig zu überprüfen, auf ihre Verkürzung hinzuwirken und eine mögliche Perspektive ohne Unterbringung zu entwickeln.

Eine Einrichtung, die geschlossenes, mit freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Unterbringung verbundenes Wohnen anbietet, ist im Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) zu verpflichten, im schriftlich zu schließenden Vertrag für die aufzunehmende Person einen

individuellen und zielorientierten Hilfeplan vorzuschlagen, der auch Regelungen von Ausgang, Umfang und Art von freiheitsentziehenden Maßnahmen und etwaigen Kontrollmaßnahmen zu enthalten hat. In dem Hilfeplan sind Maßnahmen zur Förderung von Selbständigkeit und Teilhabe und die Sicherstellung etwaig erforderliche Rehabilitations-, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen sowie ihre regelmäßige Überprüfung und notwendige Anpassung festzulegen. Als Standort im WBVG bietet sich § 6 „Schriftform und Vertragsinhalt“ an. Es könnte z.B. neu Absatz 4 hinzugefügt werden:

„(4) Leistet das Unternehmen Wohnen, das mit freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Unterbringung verbunden ist, muss der Vertrag einen individuellen und zielorientierten Hilfeplan, Regelungen zu freien Kommunikationsmöglichkeiten, Ausgang, Umfang und Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen und etwaigen Kontrollmaßnahmen sowie die Verpflichtung zur mündlichen Erläuterung und schriftlichen Information zu allen Maßnahmen einschließlich des Rechts auf Einsicht in die Dokumentation enthalten. Der Hilfeplan hat Maßnahmen zur Förderung von Selbständigkeit und Teilhabe und die Sicherstellung etwaig erforderliche Rehabilitations-, Behandlungs- und Pflegemaßnahmen sowie ihre regelmäßige Überprüfung und notwendige Anpassung zu enthalten.“

Empfehlungen zur Änderung des BGB im Bereich der Patientenrechte

Im Behandlungsvertragsrecht des BGB sollte in § 630c BGB „Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten“ ein Absatz 5 wie folgt angefügt werden:

„(5) Soll eine Behandlung stattfinden, die mit freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Unterbringung verbunden sein oder zwangsweise durchgeführt werden soll, bedarf der Behandlungsvertrag der Schriftform. Er hat einen individuellen und zielorientierten Behandlungs-, Förderungs- und Teilhabeplan, Regelungen zu freien Kommunikationsmöglichkeiten, Ausgang, Umfang und Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen und etwaigen Kontrollmaßnahmen sowie die Verpflichtung zur mündlichen Erläuterung und schriftlichen Information zu allen Maßnahmen einschließlich des Rechts auf Einsicht in die Dokumentation zu enthalten.“

Empfehlungen zur rechtlichen Ausgestaltung im Bereich des SGB V

- Aufnahme der Verpflichtung der GKV zur Beteiligung an einer regionalen gemeinsamen rechtskreisübergreifenden Krisenversorgung in pauschaler Form. Eine multiprofessionelle und mobile Ausrichtung ist sicherzustellen, die Schnittstelle zur Notfallversorgung ist verbindlich zu regeln.
- Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V ist zu stärken, um personenbezogene Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, soweit möglich unter Einbeziehung von beruflichen und sozialen Teilhabeleistungen, im Rahmen von Konferenzen oder Konsultationen zu fördern. Hier sollte auch im Abs. 4 die Pflicht zur Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsberatung bzw. den Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen

werden. Zugleich sollte ein partizipativ zu erstellender Behandlungs- und Rehabilitationsplan als individueller Anspruch verankert werden. Hier sollten auch schon getroffene Behandlungsvereinbarungen einfließen.

- In der Folge ist auch das Entlassmanagement nach § 39 SGB V insbesondere bei vorangegangenen Zwangsmaßnahmen zur Sicherstellung einer präventiv wirksamen sektorübergreifenden Behandlungs- Rehabilitations- und Pflegeplanung weiterzuentwickeln. Auch hier sollte ein Anspruch auf einen partizipativ zu erstellenden Plan verankert werden.
- § 135 a SGB V: Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung:
 - das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement muss Aspekte des Gewaltschutzes und der Zwangsvermeidung sowie einer entsprechenden Dokumentation umfassen. Diese betrifft auch die somatischen Krankenhäuser z.B. in der Versorgung von demenzerkrankten Menschen.
 - hier ist das patientenorientierte Beschwerdemanagement angeführt. Der Aspekt der Gewaltprävention bzw. Zwangsvermeidung/-minimierung muss niedrigschwellig Berücksichtigung finden.
- § 136a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen:
 - Die Richtlinien nach § 136 a SGB V sollten in Abs. 3 das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und das Beschwerdemanagement entsprechend präzisieren.
 - Über die im vorherigen Spiegelstrich hinaus sollte in Abs. 2 als Qualitätsindikator die Vorlage eines Gewaltschutz- und Zwangsvermeidungskonzeptes in der
 - „Insbesondere“-Aufzählung ergänzt werden. Formulierungsvorschlag: *Die qualitativen Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollten zu einer leitliniengerechten Behandlung und Zwangsvermeidung beitragen.*
- § 136b SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus: Qualitätsberichte Abs. 1 Punkt 3. In den Qualitätsberichten sollten insbesondere in Bezug auf die psychiatrische Versorgung differenziertere Vorgaben über die Aufnahme von Konzepten zur Zwangsvermeidung, Dokumentation und Beteiligung an einem regionalen Zwangsvermeidungsmonitoring verankert werden.
- § 137 SGB V: Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses:
Unter Bezug auf § 136 a sind
 - fehlende Gewaltpräventions- bzw. Zwangsvermeidungskonzepte
 - mangelhafte Dokumentation, Monitoring und Qualitätsberichte in Bezug auf Zwang und Zwangsvermeidung
 - und im Bezug auf Gewalterfahrung mangelhaftes Beschwerdemanagement bei der Kontrolle zu berücksichtigen und deren entsprechende Einführung und

Umsetzung mit dem abgestuften Instrumentarium durchzusetzen. Ein Vergütungsausschluss ist bei Pflichtversorgung das Ultima Ratio. Eine Abstimmung mit den Kontrollmechanismen der Ländergesetze ist zwingend geboten, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Empfehlungen zum Betreuungsrecht insbesondere zum Verfahrensrecht (FamFG)

Die folgenden Empfehlungen dienen dem Ziel einer Sicherung auch im gerichtlichen Verfahren, dass alle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang ausgeschöpft wurden

1. Es ist zu erwägen, ob im Rahmen der Anhörung der Beteiligten auch verankert werden könnte, dass zu den „nahestehenden Personen“ auch Menschen mit eigener Erfahrung („Peers“) gehören sollten. Sie müssen dann im Gesetzestext auch ausdrücklich genannt werden.

In diesem Zusammenhang könnte eine Vertrauensperson etabliert werden, die im gerichtlichen Verfahren angehört werden soll und die Auskunft über den mutmaßlichen Willen und die Wünsche der betroffenen Person Auskunft geben kann. Diese Person sollte – ohne Bevollmächtigte zu sein – über ein Beteiligungsrecht wie ein Vorsorgebevollmächtigter verfügen, solange aus dem Verhalten der zu betreuenden Person ein Vertrauensverhältnis wie bei einer Anscheinsvollmacht oder Duldungsvollmacht vermutet werden kann („vermutete Vollmacht“).

In § 274 Absatz 4 FamFG wird hinter den Worten „Person seines Vertrauens,“ angefügt:

„insbesondere nahestehende Personen aus dem sozialen Umfeld bei denen aus dem Verhalten des Betroffenen auf ein Vertrauensverhältnis geschlossen werden kann.“

2. Bei der Auswahl der Betreuung sollte das Wunsch- und Wahlrecht der zu betreuenden Person gestärkt werden. Es sollte grundsätzlich zum Verfahren gehören, den Wunsch der zu betreuenden Person hinsichtlich einer geeigneten Person ihres Vertrauens in Erfahrung zu bringen. Nur wenn der Umsetzung dieses Wunsches konkret zu benennende Bedenken entgegenstehen, darf das Betreuungsgericht hiervon abweichen und eine andere Person bestellen.

In § 275 FamFG könnte folgender neuer Absatz 2 angefügt werden:

„(2) Bei Einleitung des Verfahrens unterrichtet das Gericht den Betroffenen über den möglichen Verlauf des Verfahrens sowie darüber, dass er eine Person seines Vertrauens hinzuziehen und an welche Betreuungsbehörde oder welche örtliche Beratungsstellen einschließlich Selbsthilfeorganisationen er sich wenden kann.“

§ 278 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst: „Das Gericht hat den Umfang des Aufgabenkreises und die Frage, welche Person oder Stelle als Betreuer in Betracht kommt und hierbei insbesondere seine diesbezüglichen Wünsche und Vorstellungen mit dem Betroffenen zu erörtern.“

3. Wie in allen Betreuungsverfahren (§ 275 FamFG) ist die betroffene Person auch in allen Unterbringungsverfahren nach § 316 FamFG verfahrensfähig unabhängig von ihrer Geschäftsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit. Sie kann also bereits jetzt jederzeit das Betreuungsgericht anrufen, wenn sie meint, dass der Vertreter nicht pflichtgemäß handelt, also z. B. nicht ausreichend ihre Rechte gegenüber der Einrichtung durchsetzt.

Maßnahmen zur Regelung einzelner Angelegenheiten während des Aufenthalts in der Unterbringungseinrichtung, wie Einschränkung von Besuchen, des Schrift- und Telefonverkehrs sowie von Ausgängen, müssen auf einer entsprechenden Vereinbarung oder einer Einwilligung der betroffenen Person bzw. ihres Vertreters beruhen. Lehnt die betroffene Person diese Maßnahmen ab, hat aber der Vertreter ihnen zugestimmt, kann die betroffene Person das Betreuungsgericht anrufen und überprüfen lassen, ob der Vertreter dabei pflichtwidrig handelt (§§ 1837 Abs. 2, 1908i, 1901 BGB). Der Vertreter hat in diesem Verfahren dem Gericht zu berichten, wie die Wünsche, Ansprüche und Rechte der untergebrachten Person im konkreten Vertrag im Hinblick auf die beanstandeten Maßnahmen ausgestaltet sind und warum ein Einvernehmen mit ihr nicht erzielt worden ist.

Auch ist eine Rechtsbehelfsbelehrung für alle gerichtlichen Entscheidungen (§ 39 FamFG) und eine Unterrichtung über den möglichen Verlauf des Verfahrens (bei Unterbringungsverfahren (§ 319 Abs. 2 FamFG) vorgeschrieben.

Gleichwohl erscheint es sinnvoll, betroffene Personen unabhängig von der Einleitung eines Verfahrens auf Genehmigung einer Unterbringung oder einer freiheitsentziehenden Maßnahme auch über die Möglichkeit der Zuziehung einer Vertrauensperson und vorhandene außergerichtliche Beschwerdestellen und Beratungsangebote (z.B. Peers, Patientenfürsprecher, Selbsthilfvereine) ausdrücklich hinzuweisen.

Um klarzustellen, dass dies nicht erst bei der mündlichen Anhörung erfolgen sollte – dann können Vertrauenspersonen eventuell nicht rechtzeitig erscheinen – sollte diese Unterrichtung bereits bei Verfahrenseinleitung erfolgen und daher in § 316 FamFG bei der Verfahrensfähigkeit als Absatz 2 angefügt werden.

§ 316 Abs. 2 FamFG könnte z.B. lauten:

„(2) Bei Einleitung des Verfahrens ist der Betroffene darüber zu informieren, dass er sich jederzeit an das Gericht wenden kann, dass die Einrichtung verpflichtet ist, seine Beschwerden an das Gericht weiterzuleiten, dass er eine Person seines Vertrauens im Verfahren hinzuziehen kann und an welche Betreuungsbehörde oder welche örtliche Beratungsstellen und Beschwerdestellen nach Landesrecht er sich wenden kann, wenn er mit Maßnahmen des Vertreters oder der Einrichtung nicht einverstanden ist.“

4. Im Verfahren werden ärztliche Gutachten in Auftrag gegeben, die die Zweckmäßigkeit einer freiheitsentziehenden Unterbringung darlegen sollen. In den Gutachten werden regelhaft die Einschränkungen der unterzubringenden Person dargestellt. Weder aus der Beauftragung noch aus der ärztlichen Fachkompetenz ergibt sich, dass regelhaft geprüft wird, welche Alternativen zu einer freiheitsentziehenden Unterbringung bereits erprobt wurden, warum sie nicht ausreichend waren und welche anderen Alternativen grundsätzlich zur Verfügung stünden und tatsächlich zugänglich sind.

Es sollen daher zusätzlich vom Gericht Vertreter des regionalen Hilfesystems anzuhören sein, die erläutern, dass und warum ambulante oder offene Hilfsmöglichkeiten und -angebote nicht ausreichen und/oder nicht in der Lage sind, die für den Betroffenen bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Dazu sollte § 320 Satz 2 FamFG, in dem die Anhörung der zuständigen Behörde, also der örtlichen Betreuungsbehörde, durch das Gericht geregelt ist, ergänzt werden:

„Es soll die zuständige Behörde und Vertreter des regionalen Hilfesystems anhören.“

5. Im Rahmen des Unterbringungsverfahrens ist nach § 321 FamFG die Einholung eines Gutachtens über die "Notwendigkeit der Maßnahme" erforderlich. Das Gutachten hat daher auch darzulegen, warum die „ultima ratio“ Freiheitsentzug verhältnismäßig ist und welche Ziele des Behandlungsplans mit welcher Wahrscheinlichkeit erreichbar sind, sowie zur Einwilligungsfähigkeit des vom Freiheitsentzug betroffenen Menschen Stellung zu nehmen. Ergänzend sollte in die Begutachtung aufgenommen werden, ob die geplanten Teilhabe- und Fördermaßnahmen in der Einrichtung ausreichend sind.

§ 321 Abs. 1 Satz 3 FamFG (das Gutachten soll sich auch auf die voraussichtliche Dauer der Unterbringung erstrecken) könnte z.B. um folgenden Halbsatz erweitert werden: *„und zu den geplanten Teilhabe- und Fördermaßnahmen Stellung nehmen“*.

6. Gerichtliche Genehmigungen von freiheitsentziehenden Unterbringungen gehen oft einher mit weiteren Einschränkungen, die sich nicht aus dem Anlass oder der Selbstgefährdung herleiten, sondern aus der Art der Einrichtung, die die freiheitsentziehende Unterbringung durchführt. In der Regel ergeben sich diese aus der Art der Einrichtung wie z. B. Wohnortnähe, Lage, Größe, Zimmerausstattung, Selbstversorgungsmöglichkeiten, Hausordnungen oder übliche Hausregeln.

Wenn mit der freiheitsentziehenden Unterbringung nur das Ziel der Minderung der Selbstgefährdung verbunden sein soll, müssen weitergehende Einschränkungen betrachtet, abgewogen und mit den Beteiligten erörtert werden. Wesentliche Bestandteile dieser Regelungen müssen sich im zivilrechtlichen Vertragsbereich zwischen dem Betreuten und dem Leistungserbringer wiederfinden und müssen daher nicht Gegenstand des betreuungsrechtlichen Verfahrens sein.

Um sicherzustellen, dass aber diese Regelungen überhaupt wirksam getroffen werden, ist eine Erörterung im betreuungsrechtlichen Verfahren erforderlich.

§ 323 Absatz 1 Nr. 1 FamFG könnte hinter dem Wort „Unterbringungsmaßnahme“ um ein Komma und wie folgt ergänzt werden:

„insbesondere Anforderungen an die erforderlichen Teilhabe- und Fördermaßnahmen,“.

7. Bei langfristigen Unterbringungen von über 6 Monaten sollte neben dem Vertreter der betroffenen Person durch eine weitere neutrale Person eine Kontrolle der Unterbringung stattfinden. Hierzu könnte ein gesonderter Kontrollbetreuer als Kontrollleur eines Bevollmächtigten (§ 1896 BGB) bzw. ein gesonderter zweiter Betreuer (Gegenbetreuer) als Kontrollleur des Betreuers (§ 1899 BGB) bestellt werden. Man könnte aber auch für diese spezielle Situation die Aufgabe und Tätigkeit des Verfahrenspflegers ausnahmsweise über die Rechtskraft der Genehmigungsentscheidung des Gerichts hinaus ausdehnen und auf die Umsetzung der genehmigten Maßnahme erstrecken.

Hierzu könnte § 317 FamFG (Verfahrenspfleger) in Absatz 5 um einen Satz 2 ergänzen: *„Bei Unterbringungen nach § 312 Nr.1, die länger als 6 Monate dauern sollen, endet die Bestellung erst, nachdem der Verfahrenspfleger nach 6 Monaten den Betroffenen aufgesucht und dem Gericht Bericht erstattet hat.“*

8. Viele betroffene Personen wissen nicht, dass sie nach Einlegung einer Beschwerde einen gesonderten Antrag nach § 62 FamFG stellen müssen, um die Rechtswidrigkeit einer Unterbringungsmaßnahme feststellen zu lassen, wenn sich die Beschwerde z.B. durch Beendigung der Unterbringung erledigt hat. Dazu hat der BGH (Beschluss vom 20. Juni 2018 - XII ZB 489/17 -) gefordert, dass ein anwaltlich nicht vertretener Betroffener eines zivilrechtlichen Unterbringungsverfahrens im Fall der Erledigung der Hauptsache auf die Möglichkeit hingewiesen wird, seinen Antrag auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Unterbringungsanordnung umzustellen.

In solchen Fällen kann angenommen werden, dass die Person stets ein Interesse an der Feststellung hat, wenn sie nicht ausdrücklich darauf verzichtet. Daher sollte bei

Unterbringungsverfahren die „Statthaftigkeit der Beschwerde nach Erledigung der Hauptsache“ (§ 62 FamFG) bei Beschwerden der betroffenen Person ergänzt werden.

Hierzu könnte in § 336 FamFG (Einlegung der Beschwerde durch den Betroffenen) ein Satz 2 angefügt werden:

„Hat der Betroffene selbst Beschwerde eingelegt, ist diese nach Erledigung der Hauptsache wie ein Antrag nach § 62 Absatz 1 zu behandeln, es sei denn, dass der Betroffene nach Belehrung erklärt, dass er dies nicht wünscht.“

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Es wurde im Rahmen des Projekts darauf geachtet, sowohl die Situation der Frauen als auch der Männer zu berücksichtigen. Eigene Erhebungen wurden grundsätzlich soweit möglich geschlechtsdifferenziert durchgeführt. Bei den Sekundäranalysen und Literaturübersichten war das Vorgehen abhängig von der bestehenden Datenlage.

Aufgrund der Komplexität der einzelnen Teilprojekte werden Aussage zu Gender Mainstreaming Aspekten im jeweiligen Teilprojektbericht getroffen.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Auf Tagungen und in verschiedenen Zeitschriften im nationalen und internationalen Raum sind Veröffentlichungen vorgesehen.

11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Regionen, die sich am Teilprojekt 1 beteiligt haben, werden zu weiteren Treffen eingeladen, um die Nachhaltigkeit der begonnenen Prozesse zu erörtern und weitere Erfahrungen auszutauschen.

Das Monitoringssystem (MoSy VeZ) kann flächendeckend eingesetzt werden und muss zu diesem Zweck öffentlich verbreitet und publiziert werden.

Die Vorschläge zu rechtlichen Änderungen werden in die entsprechenden Gremien der Gesetzgebung eingebracht, vorrangig ist in der laufenden Legislaturperiode an den Gesetzgebungsprozess der Reform der Betreuungsrechts und an den Psychiatrie-Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit gedacht.

Alle Empfehlungen richten sich an unterschiedliche Adressaten, die sich teilweise gegenstandsbezogen überschneiden.

Viele der fachlichen Empfehlungen sind mindestens teilweise schon unter den heutigen Rahmenbedingungen umsetzbar und bedürfen dazu einer Entscheidung durch die Entscheidungsträger der Organisationen. Zu den Adressaten fachlicher Empfehlungen gehören sowohl Einrichtungen und Dienste des psychiatrischen Hilfesystems, aber auch die anderen Akteure, die an der Anwendung von Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, darunter insbesondere rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, Gutachtende, Richterinnen und Richter und Betreuungsbehörden. Dazu zu zählen sind aber auch die Kosten- und Leistungsträger, die über die Ausgestaltung der Verträge mit den Leistungserbringern die Möglichkeit haben, auf die Anwendung von Zwang Einfluss zu nehmen.

Diese Adressaten müssen auf verschiedenen Wegen erreicht werden, zu denen vorrangig

Publikationen in Periodika und auf Tagungen, sowie Fortbildungsveranstaltungen gehören werden.

12. Publikationsverzeichnis

Projekt-Website:

Für die Erstellung der Projekt-Website wurde im November 2016 das Unternehmen BodyHey! ocean GbR beauftragt.

Die Projektergebnisse werden nach Projektbeendigung auf der Website unter dem Link <http://bag-gpv.de> veröffentlicht und für jeden frei zugänglich einsehbar.

Die Publikationen sind in den verschiedenen Teilprojektberichten aufgeführt.

Teilprojekt 1:

Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang

1. Titel und Verantwortliche

Titel Teilprojekt 1: Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang

Projektleitung: Matthias Rosemann (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)), Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke)

Projektmitarbeiterinnen: Katharina Fröhlich (BAG GPV), Linda Mische (BAG GPV)

2. Inhaltsverzeichnis

3. Zusammenfassung
4. Einleitung
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung
9. Gender Mainstreaming Aspekte
10. Zielgruppenspezifische Exkurse zu Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
11. Verbreitung der Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse
12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)
13. Publikationsverzeichnis
14. Anhang

I. Regionenberichte:	Seite
• Projektbericht Berlin	75
• Projektbericht Ennepe-Ruhr-Kreis	86
• Projektbericht Main-Kinzig-Kreis	104
• Projektbericht Mayen-Koblenz/Koblenz	114
• Projektbericht Mönchengladbach	119
• Projektbericht Landkreis Saalfeld-Rudolstadt	133
• Projektbericht Solingen	137
• Projektbericht Stuttgart	153
• Projektbericht Kreis Viersen	192
II. Manual - Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem	212
III. Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ)	247

3. Zusammenfassung

Informationen über die Durchführung von Zwangsmaßnahmen (freiheitsentziehende Unterbringungen, andere freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsbehandlungen) liegen deutschlandweit nicht vor. In einzelnen Bundesländern werden für bestimmte Maßnahmen und definierte Rechtskreise Daten erhoben, die aber keinen Rückschluss auf die Gesamtsituation zulassen.

Erforderlich ist ein Monitoring, das die Datenerhebung nach möglichst einheitlichen Vorgaben auf der Ebene von Einrichtungen, Regionen und Bundesländern ggf. auch für die gesamte Bundesrepublik zusammenführt. Dies schafft Transparenz und kann wesentliche Hinweise für Ansatzpunkte für Vermeidung und Minimierung von Zwang geben.

Entscheidend ist die Entwicklung von Strategien, die der Anwendung von Zwang frühzeitig entgegenwirken. Dazu muss ein entsprechendes Monitoring durch die wesentlichen Akteure des psychiatrischen Hilfesystems in einer regionalen Organisationsstruktur (z. B. Gemeindepsychiatrischer Verbund oder vergleichbare Struktur) eingeführt werden und dazu beitragen, dass konkrete Schritte der Vermeidung von Zwang auf der Basis reflektierter Prioritätensetzung unternommen werden.

Es hat sich gezeigt, dass in den Regionen - abhängig von der aktuellen fachlichen, rechtlichen und politischen Situation - die Ziel- und Prioritätensetzungen sehr unterschiedlich sein können. Daher müssen die Auswertungen der aktuellen Datenlage und die möglichen Strategien und Interventionen in einem regionalen Diskurs erörtert und beschlossen werden. Ein solches Monitoringsystem wurde entwickelt und liegt einsatzfertig vor.

4. Einleitung

Zwangsmaßnahmen aller Art werden in der Regel von Einrichtungen, Diensten oder Behörden vollzogen. Insofern richtet sich das Augenmerk für die Durchführung und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in der Regel auf die Einrichtung, den Dienst oder die Behörde, die den Zwang, ggf. auch unter Anwendung von Gewalt, anwendet. Damit engt sich der Blick auf Zwangsmaßnahmen ein. Denn jeder Maßnahme gehen in der Regel verschiedene andere Interventionen voraus, bis es zur Anwendung von Zwang kommt. Die an diesen vorausgehenden Schritten beteiligten Akteure sind oft nicht immer die Mitarbeitenden der Einrichtung, die dann letztlich die Zwangsmaßnahme durchführen. Oft sind die davon betroffenen Menschen schon zuvor mit dem Hilfesystem in Berührung gekommen. Insofern gilt es, wenn Zwang vermieden werden soll, die Wege zur Zwangsanwendung systematisch und über die einzelne Einrichtung hinaus zu verfolgen. Dieser Blick löst sich von der einzelnen Akteurin oder vom einzelnen Akteur und betrachtet das Zusammenwirken der Beteiligten mit der Fragestellung, welche Intervention durch welche Akteurin oder welchen Akteur zu welchem Zeitpunkt geeignet wäre, um die Anwendung von Zwang zu vermeiden.

Grundsätzlich unterscheiden sich dabei die Situationen häufig hinsichtlich der Rechtssysteme, in denen sie stattfinden:

Maßnahmen im Geltungsbereich der öffentlich-rechtlichen Gesetzgebung (Psychisch Kranken-Gesetze oder Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer) finden häufiger in Konstellationen statt, die sich in sehr kurzer Zeit zuspitzen und in denen eine erhebliche Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder Gefährdung wesentlicher Rechtsgüter Dritter besteht. Maßnahmen in Geltungsbereich des Zivilrechts (Bürgerliches Gesetzbuch, Betreuungsrecht) hingegen werden oft längerfristig vorbereitet. So finden viele Unterbringungen nach den PsychKG/PsychKHG als vorläufige Unterbringungen statt, die erst durch eine gerichtliche Entscheidung in eine „ordentliche“ Unterbringung münden. Freiheitsentziehende Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen nach dem BGB setzen schon allein das Vorhandensein einer rechtlichen Betreuung voraus. Sie werden erst nach der Genehmigung durch ein Betreuungsgericht von der Betreuerin oder dem Betreuer umgesetzt und haben daher einen längeren Vorlauf.

Diese Unterscheidung ist für die Frage der Gestaltung von zwangsvermeidenden Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung. Haben sich z. B. Personenkonferenzen, wie Fallberatungen, Runder Tisch oder Hilfeplankonferenzen, als wirksame Strategie erwiesen, um im Falle einer auf der Grundlage des BGB durchgeführten freiheitsentziehenden Unterbringung in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung (z. B. Krankenhaus) eine andere Intervention entgegenzusetzen, so sind diese Maßnahmen im Falle der Zuspitzung einer akuten Krise mit Gefährdung von Dritten mit der Folge einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung weniger geeignet. Dort erweisen sich die Hinzuziehung von Fachkräften aus dem psychiatrischen Hilfesystem, die Intervention durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst oder einen Krisendienst als wirkungsvoller.

Die beiden Beispiele illustrieren, dass Zwangsmaßnahmen in sehr vielen verschiedenen Kontexten vorkommen, viele unterschiedliche Akteure betreffen und ganz unterschiedlicher Interventionen zur Zwangsvermeidung bedürfen.

Eine regionale Betrachtungsweise muss daher alle Kontexte und alle möglichen Beteiligten (Akteure) sowie die verschiedenen Rechtssysteme in den Blick nehmen. Eine Betrachtung, die nur ein Aktionsfeld (z. B. öffentlich-rechtliche Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus) in den Blick nimmt, aber bei Interventionen in diesem Feld nicht die Auswirkungen auf andere Bereiche betrachtet (z. B. freiheitsentziehende Unterbringungen auf zivilrechtlicher Basis oder strafrechtlicher Grundlage), würde stets zu kurz greifen. Es ist nicht davon auszugehen, dass Zwangsmaßnahmen grundsätzlich vermieden werden, wenn die Anwendung von Zwang in einem spezifischen Anwendungsbereich erschwert wird.

Ob die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Fixierungen in psychiatrischen Krankenhäusern zu einer Veränderung in der Zahl der Fixierungen führt ohne Ausweichen der anwendenden Einrichtung in andere Zwangsmaßnahmen (z. B. Isolierungen) muss für die Zukunft untersucht werden.

Die Anwendung von Zwang ist daher immer auch vor dem Hintergrund eines bestehenden regionalen Hilfesystems und unter Anwendung eines übergreifenden Blicks auf alle Bereiche der Anwendung von Zwang sowie auf alle beteiligten Akteure zu betrachten.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Projekt wurde deutschlandweit bekannt gemacht. Es wurde geworben, dass Regionen sich an dem Projekt beteiligen können, wenn sie das wünschen. Die Bekanntmachung erfolgte über Zeitschriften und Vorträge auf Tagungen und Veranstaltungen. Innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. wurde für die Teilnahme an dem Projekt geworben. Einzelne Regionen wurden gezielt angesprochen und auf das Projekt hingewiesen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wurde mit der Bitte um Weitergabe innerhalb der Bundesländer angeschrieben. Interessierte Regionen bekamen den Projektantrag mit der Beschreibung der Ziele des Teilprojekts zur Verfügung gestellt. Sie wurden gebeten, eine regionale Arbeitsgruppe einzurichten und sich dort über die aktuelle Situation der Region und mögliche Ziele für eine regionale Projektbeteiligung zu verständigen. Bei Interesse wurde darum gebeten, eine formlose Projektskizze an die Projektleitung einzureichen.

In den Regionen sollten nun konkrete Projektvorhaben entwickelt und durchgeführt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Projektziele konkrete Maßnahmen zur Zwangsvermeidung verfolgen sollten. Zugleich sollten die Regionen das zu entwickelnde Monitoringsystem zur Zwangsvermeidung erproben.

Die Regionen sollten in einen Austausch untereinander treten, um die Breite des möglichen Spektrums von Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu erfassen, durch den Austausch konkrete Hinweise auf mögliche Optimierungsmaßnahmen zu erhalten und gemeinsame zentrale Problemthemen zu identifizieren.

Auf ihren Wunsch hin wurden die Regionen von Projektbeteiligten besucht.

Jede Region wurde gebeten, einen Abschlussbericht zu erstellen und die gewonnenen Erkenntnisse zu dokumentieren.

Neben den Treffen mit den Regionen sollten noch weitere Expertenworkshops mit besonderen Akteuren der Zwangsvermeidung stattfinden, insbesondere mit Vertretenden der Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen und mit dem bundesweiten Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Es beteiligten sich regelmäßig folgende Regionen mit den genannten Hauptaspekten der Zwangsvermeidung (in alphabetischer Reihenfolge):

Berlin	(Runder Tische zur Vermeidung von freiheitsentziehender Unterbringung in Heimen)
Ennepe-Ruhr-Kreis	(Behandlungsvereinbarungen)
Main-Kinzig-Kreis	(Fallbetrachtungen nach BGB-Unterbringungen)
Mayen-Koblenz	(Standards zur Zwangsvermeidung)

Mönchengladbach	(freiheitsentziehende Unterbringungen im Krankenhaus und in Heimen)
Ravensburg	(Kinder und Jugendliche)
Saalfeld-Rudolstadt	(Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes)
Solingen	(freiheitsentziehende Unterbringung nach PsychKG, Kooperation und Krisenversorgung)
Stuttgart	(freiheitsentziehende Unterbringungen in Heimen)
Viersen	(freiheitsentziehende Unterbringungen nach PsychKG)

In weiteren Regionen wurde das Thema Zwangsvermeidung aufgegriffen und punktuell bearbeitet, ohne dass es zu einer kontinuierlichen Mitwirkung kam: Berlin-Reinickendorf, Gießen (Gestaltung der Zuführung zu Zwangsmaßnahmen), Herford, Mettmann, Weimar.

In allen Regionen bildeten sich Arbeitsgruppen, die die genannten Themen bearbeiteten. Über die Erfahrungen in der Bearbeitung der Projekte fanden Austauschtreffen der Regionen statt. Zu den Regionentreffen wurden regelhaft die Mitwirkenden aus der Steuerungsgruppe eingeladen, um einen externen Blick auf die Erfahrungen in den Regionen möglich zu machen. Ganz regelmäßig nahm ein Vertreter der Selbsthilfe an den Treffen teil, ebenso die Vertreterin der AG Psychiatrie der AOLG.

Übersicht über die Regionentreffen:

07.06.2017	Frankfurt	Austausch über Beitrag der Projektregionen im TP 1, Austausch Zusammenarbeit GPV und Maßregelvollzug, Vorlage Entwurf Monitoringsystem
14.11.2017	Frankfurt	Austausch über Beitrag der Projektregionen im TP 1, Vorstellung NRW-Betroffenenbefragung, Austausch über Zwangsmaßnahmen bei abhängigkeiterkrankten Menschen
26.04.2018	Frankfurt	Austausch zum Stand in den Projektregionen, Auswertung Datentransparenzbogen, Entwurf Bogen Leistungsangebote in der Region
06.09.2018	Frankfurt	Austausch zum Stand in den Projektregionen, Bearbeitung Monitoringsystem gesamt
19.12.2018	Frankfurt	Austausch über erste Berichterstattungen der Regionen, weitere Vorstellung und Diskussion des Monitoringsystem (Schwerpunkt: Bogen Individuelle Maßnahmen zur ZV)
19.02.2019	Frankfurt	Austausch über regionale Berichterstattungen, weitere Vorstellung und Diskussion des Monitoringsystems (Schwerpunkte: Ergänzungsbogen für Einrichtungen und Dienste, Ergänzungsbogen Datenerfassung)
13.06.2019	Frankfurt	MoSy VeZ, Erörterung der Empfehlungen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Die Struktur der Regionentreffen sah i. d. R. den Austausch der Regionen über ihren aktuellen Projektstand, die Erörterung spezifischer Themen und die Entwicklung des Monitoringsystems

zur Zwangsvermeidung vor.

Schon der Austausch über den aktuellen Stand der Entwicklung in den Regionen führte in aller Regel zu lebhaften Diskussionen spezifischer Aspekte der Zwangsvermeidung. Die übergreifenden Erfahrungen und Erkenntnisse wurden dokumentiert und flossen in die Ergebnisdarstellung ein.

In einem Treffen wurden die besonderen Aspekte der Zwanganwendung und -vermeidung bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen vertieft erörtert. Es zeigte sich in der Diskussion, dass einerseits die Entscheidungen über die Anwendung von Zwang, insbesondere im Blick auf freiheitsentziehende Unterbringungen mit dem Ziel eines Entzugs der Suchtmittel durch Freiheitsentziehung in hohem Maße heterogen gehandhabt wird und oft abhängig von der Einstellung von Gutachtenden und von Gerichten ist. So wurden aus einigen Regionen unterschiedliche, ja gegensätzliche Beschlüsse von Gerichten berichtet. Andererseits bestand der Eindruck, dass der Anteil der Menschen, die freiheitsentziehend in Heimen untergebracht werden, mit einer Suchtproblematik, oft ergänzend zu einer anderen psychischen Erkrankung, sehr hoch ist. Die beschriebenen und dokumentierten Erfahrungen wurden ausgewertet und in Empfehlungen zur Zwangsvermeidung gefasst. Diese Empfehlungen wurden in den Regionentreffen, in der Steuerungsgruppe und in Expertenworkshops erörtert und weiterentwickelt.

Immer wieder wurden die verschiedenen Akteure und die unterschiedlichen Rechtspraxis der verschiedenen Rechtssysteme erörtert. Daraus wurden Fragen entwickelt, die in der Steuerungsgruppe und in anderen Expertengruppen erörtert wurden. Ziel der Erörterungen war, Handlungsempfehlungen an Gesetzgeber, Verordnungsgeber und handelnde Akteure zu entwickeln, die geeignet sind, die Anwendung von Zwang zu vermindern oder zu vermeiden.

Monitoringsystem

Ein wichtiger Schwerpunkt der Regionentreffen war die Erarbeitung eines regional einsetzbaren Monitoringsystems zur Erfassung von und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Beginnend mit der Fragestellung, welche Informationen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen regional zur Verfügung stehen (Datentransparenz) zeigt sich deutlich, dass in aller Regel Informationen nur spärlich, überwiegend aus den Krankenhäusern und nur in Einzelfällen aus den kommunalen Betreuungsbehörden zur Verfügung stehen. Ob die Daten verfügbar gemacht werden, ist von der Auffassung der leitenden Personen der Institutionen abhängig. Keine Region war in der Lage, zu allen wesentlichen Bereichen der Anwendung von Zwang belastbare Daten zu erfassen. Auch die Datenqualität war in hohem Maße unterschiedlich.

Es zeigte sich in den Regionen, dass die Frage der vorliegenden Informationen nur bedingt wesentlich für die Entwicklung von Aktivitäten zur Zwangsvermeidung ist. Ein entscheidender Aspekt war stets die Verständigung in einer Region über die Frage, welche Themen von welchen Akteuren als vordringlich betrachtet werden und wie es gelingen kann, die unterschiedlichen Sichtweisen und Interessen zu einer gemeinsamen Zielbeschreibung zu bringen.

Das Monitoringsystem musste daher ermöglichen, die gesamte Breite von Interventionsmöglichkeiten in den Blick zu nehmen, diese sinnvoll zu systematisieren und einer Reflektion in einer

Arbeitsgruppe zugänglich zu machen. Auf der Basis dieser Erfahrungen wurde das Monitoringssystem (MoSy VeZ) systematisch entwickelt, erprobt und auf der Basis der Hinweise der Regionen überarbeitet.

Daher wurde das Monitoringsystem in vier verschiedene Kategorien – Datentransparenz, Individuelle Maßnahmen, Leistungsangebote und Zusammenarbeit in der Region – differenziert und der Grundsatz verankert, dass in den regionalen Arbeitsgruppen Ziele und Aktionen (Vorgehensweise und Zuständigkeiten) erörtert und vereinbart werden sollen, mit denen sich die Akteure in der näheren Zukunft beschäftigen wollen.

Hierzu erwies sich in allen Regionen der Zeitbedarf als sehr hoch. Gebildete Arbeitsgruppen mussten immer wieder neu zusammengesetzt werden, waren oft von der Initiative einzelner Akteure abhängig und gerieten durch Wechsel von handelnden Personen in Krisen. Ferner musste in vielen Regionen die handelnden Akteure definiert werden. So zeigte sich, dass nicht nur die Verantwortlichen von Institutionen (z. B. Chefärztinnen und -ärzte, Heimleitende, Dienststellenleitende) einen gemeinsamen Plan entwickeln mussten, sondern auch die im Alltag handelnden Personen (z. B. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter) für geeigneten Interventionen gewonnen werden mussten. Diese Prozesse erwiesen sich in allen Regionen als zeitaufwändiger als gedacht und geplant. Einige Sonderthemen wurden in unterschiedlichen Kreisen erörtert: Suchterkrankungen, forensische Psychiatrie, alte Menschen, Kinder- und Jugendliche waren Gegenstand der Beratungen in der Steuerungsgruppe und in den Regionenkonferenzen, wurden aber auch in anderen Expertenworkshops berührt.

Folgende gesonderte Expertenworkshops fanden statt:
mit Bundesweitem Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste (16.03.2018, 15.06.2018) mit Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (13.07.2018)
mit Angehörigen psychisch Erkrankter (06.04.2019)
mit juristischen Expertinnen und Experten (29.05.2019).

7. Ergebnisse

a. Erfahrung mit Zwangsvermeidung in den Regionen

Nur in seltenen Fällen ereignen sich zwangsförmige Handlungen ohne erkennbare längere Vorgeschichte. In den meisten Fällen geht der Anwendung einer Zwangsmaßnahme eine mehr oder weniger lange Entwicklungsphase voraus, bei deren näherer Betrachtung sich Ansatzpunkte für mögliche Weichenstellungen in den Interventionen zeigen. Zwang wird immer in oder durch eine Institution bzw. durch die dort tätigen Personen ausgeübt. Dennoch liegen die Interventionsmöglichkeiten oft nicht nur in der Institution selbst, sondern auch in den Entwicklungsprozessen, die zu der Beteiligung der Institution führt. So kann z. B. die Anwendung von Zwang durch ein Krankenhaus erfolgen, die Weichenstellungen aber, die zur Aufnahme in das Krankenhaus führen, liegen oft in den Lebensräumen, in den sich die betroffenen Menschen vor dem Krankenhausaufenthalt befinden. Welche Formen von Hilfen in welcher Art angeboten oder

zugänglich gemacht werden, bevor eine Situation so eskaliert, dass z. B. eine freiheitentziehende Unterbringung in einem Krankenhaus angeordnet wird und durch entsprechende Maßnahmen die Zuführung zum Krankenhaus erfolgen, entscheidet oft mit über die Notwendigkeit der Anwendung von Zwang. Oft sind mehrere Personen, manchmal auch mehrere Institutionen mit der auslösenden Situation befasst, zugleich liegen aber wichtige Fragen der Zwangsvermeidung in den Handlungen, Interventionen und Strategien zeitlich vor der auslösenden Situation.

Der Blick auf regionale Prozesse, auf das Vorgehen und Handeln, bevor es zu einer Eskalation kommt, hat sich daher als sinnvolle Strategie in allen beteiligten Regionen erwiesen.

Die Vorgehensweisen und Erfahrungen in den Regionen waren sehr unterschiedlich. In einigen Regionen wurden sehr schnell Arbeitsgruppen gebildet, in einigen Regionen dauerte dieser Prozess länger. Auch die Zusammensetzungen der Arbeitsgruppen variierten ebenso sehr stark, wie die Themen, zu denen sich die Arbeitsgruppen entschlossen. Es zeigten sich aber einige wesentliche Aspekte in allen Regionen.

Es hat sich gezeigt, dass das Thema „Zwang und Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem“ häufig ein Thema ist, über das nicht gern gesprochen wird. Wurde es in den Gremien der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Gemeindepsychiatrische Verbände) angesprochen, löste es umfangreiche Diskussionen aus. Nicht immer und nicht immer zeitnah konnten Übereinkünfte erzielt werden, Zwangsvermeidung tatsächlich zum Thema machen zu wollen. Auf der anderen Seite führt die Beteiligung an dem Projekt auch zu einer Schwerpunktsetzung zur Zwangsvermeidung in der Konzeption von Einrichtungen (Beispiel: Region Viersen).

Auch die Einigung über die vorrangigen Ziele und Schwerpunkte benötigte in einigen Regionen längere Zeit.

Grundsätzlich bedurfte es in allen Regionen, die sich am Projekt beteiligt haben, einer Gesprächskultur, die geeignet ist, sich auf grundsätzliche Haltungen zu verständigen. Wo dies nicht gelang, konnten sich Regionen nicht oder nur partiell an dem Projekt beteiligen.

Der Prozess, zu einer gemeinsamen Haltung zu finden, wurde in den Regionentreffen übereinstimmend als ein wichtiger Faktor bezeichnet, der darüber entscheidet, ob eine gemeinsame Zielbeschreibung gelingt. Zur Herausbildung von Haltungen haben sich verschiedene Strategien als möglich erwiesen. Beispiele: In der Region Stuttgart verständigten sich die Projektpartner darauf, eine Mitarbeiterin einer Einrichtung mit einigen Wochenstunden für das Projekt unter Fortzahlung ihres Gehaltes freizustellen und sie mit der Durchführung von Einzelinterviews von betroffenen Personen zu beauftragen. In der Region Viersen erwies sich der Besuch einer größeren Gruppe von in der Psychiatrie Tätigen in einer anderen Region als anregend und motivierend für die weitere Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Es hat sich gezeigt, dass zur Herausbildung einer gemeinsamen Haltung zur Zwangsvermeidung erforderlich ist, arbeitsfähige Gesprächskreise zusammen zu führen. Zum einen ist erforderlich, möglichst viele der wesentlichen Beteiligten an den Arbeitsgruppen zu beteiligen. Ferner

ist erforderlich, dass die Verantwortlichen von Institutionen (Chefärztinnen und -ärzte, Einrichtungsleitende, Dienststellenleitende, Geschäftsführende etc.) verbindliche Verabredungen treffen bzw. mittragen, die geeignet sind, Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu fördern. Dabei sind die Erfahrungen der Mitarbeitenden in den alltäglichen Routinen zu berücksichtigen. Umgekehrt benötigen diese die Grundentscheidung der Führungskräfte, um die Rückendeckung für die Erarbeitung und Erprobung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu haben.

In diesen Prozessen hat es sich als hinderlich erwiesen, wenn die Führungspersönlichkeiten oder die Mitglieder der Arbeitsgruppen häufig wechseln oder einzelnen Institutionen die Teilnahme an den Arbeitsgruppen oder Gesprächskreisen nicht möglich ist.

Je aktiver die Leitungspersonen waren, desto mehr Prozesse und Aktivitäten kamen in Gang (Beispiel: Region Viersen). Je länger der Prozess lief und je vertrauensvoller der Austausch in den Arbeitsgruppen und Gesprächskreisen war, desto enger und vertrauensvoller wurden die Kooperation und die Vernetzung (Beispiel: Region Stuttgart).

- *Der Kommunikationskultur in der Region ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um Haltungen und Aktionen zu entwickeln.*

Es hat sich gezeigt, dass auf der Ebene der konkreten Situation eines Menschen Zwangsmaßnahmen eher vermieden werden können, wenn verschiedene beteiligte Akteure zusammentreffen und einen Austausch miteinander und möglichst mit der betroffenen Person herbeiführen (Beispiele: Regionen Berlin, Main-Kinzig-Kreis, Mönchengladbach, Stuttgart).

Die Qualität einer Fallberatung hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, dass die beteiligten Akteure einander ohne Schuldvorwürfe und mit einer gemeinsamen Suchhaltung nach besseren Lösungen auf gleicher „Augenhöhe“ begegnen. Daher ist die Moderation solcher Fallberatungen sorgfältig zu planen und möglichst ohne eigene Beteiligung an den vorangegangenen Prozessen vorzunehmen (Beispiel: Region Berlin). Auch berufsgruppenspezifische Aspekte sind dabei zu beachten. In vielen Fällen haben sich grundlegende Sichtweisen z. B. zwischen ärztlichen Mitarbeitenden z. B. aus Kliniken und den Mitarbeitenden von anderen gemeindepsychiatrischen Diensten (z. B. aus ambulanten Betreuungsformen der Eingliederungshilfe) gezeigt. Es wurde berichtet, dass aus ärztlicher Perspektive häufiger die Verantwortung des Arztes oder der Ärztin bzw. der Kliniken für die betroffene Person beschrieben wurde, während Mitarbeitenden aus dem komplementären Hilfesystem eher die Verantwortung bei der betroffenen Person selbst akzentuierten. Dies korrespondiert auch häufig mit der rechtlichen Situation: Nahezu in allen Regionen obliegen den Kliniken und in vielen Bundesländern den Sozialpsychiatrischen Diensten die Versorgungsverpflichtungen zumindest nach dem PsychKG bzw. PsychKHG, während nur selten und überhaupt eher abstrakt die Versorgungsverantwortung der anderen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen beschrieben wird.

Berufsgruppenbezogen ist auch zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte häufig als Gutachtende angefragt werden und daher noch eine andere Perspektive mitbringen.

- *In personenbezogenen Fallberatungen müssen solche unterschiedlichen Perspektiven durch eine qualifizierte Moderation berücksichtigt werden. Dazu wurde es als hilfreich beschrieben, wenn durch gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Einführungen in das Versorgungssystem oder andere Maßnahmen die Kenntnis der Sichtweise der jeweils anderen Einrichtungen und Dienste befördert wurden (Beispiel:*

Region Viersen).

Es hat sich gezeigt, dass in regionalen Prozessen Personen benannt werden müssen, die das Thema der Zwangsvermeidung regelhaft immer wieder zur Sprache bringen (Beispiel: Region Ennepe-Ruhr-Kreis). Das können Personen sein, die für einen bestimmten Zeitraum einen Auftrag übernehmen, es können auch Dienststellen sein, die eine besondere Verantwortlichkeit übernehmen. Wichtig ist, dass diese Aufgabe einer Person oder einer Institution durch Akklamation der anderen beteiligten Akteure übertragen wird und nicht durch eine Form von Selbstermächtigung.

Den Kostenträgern kommt eine besondere Funktion in der Steuerung von Leistungen zu, auch wenn es um Zwanganwendung oder Zwangsvermeidung geht. Es hat sich gezeigt, dass in Regionen, in denen keine Maßnahme ohne Beratung in der Hilfeplankonferenz durch den Träger der Eingliederungshilfe bewilligt wird, die Steuerung in die Leistungsangebote, d. h. auch in Einrichtungen, die freiheitsentziehende Unterbringung durchführen, transparent ist. Diese Struktur führt dazu, dass die Menschen, die in einem Heim freiheitsentziehend untergebracht sind, dem Leistungsträger bekannt sind und dort auch die Weichenstellungen getroffen werden können, um mögliche Alternativen zu der freiheitsentziehenden Maßnahme zu treffen (Beispiel: Region Stuttgart). Dieses Grundprinzip ließe sich auch auf den Träger der Hilfe zur Pflege und damit auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen, die freiheitsentziehenden Unterbringungen durchführen, übertragen. Dabei ist die Ausgangslage oft umgekehrt: Genehmigt ein Gericht die Anordnung der Unterbringung durch einen Betreuer oder eine Betreuerin, liegt oft noch nicht die Kostenübernahme durch den Kostenträger vor, sondern diese wird erst nachträglich eingeholt. Aus diesem Umstand folgt oft, dass der Kostenträger in der Lage sein sollte, vor Erteilung eines Leistungsbescheides nachzufragen, ob auch andere Möglichkeiten mit milderem Mitteln zur Verfügung stehen, bzw. deren Inanspruchnahme zu initiieren. Denn das Gericht erteilt tatsächlich nur eine Genehmigung, über deren Vollzug entscheidet nur der rechtliche Betreuer oder die rechtliche Betreuerin. Diese bedarf dann der Kostenübernahme durch den zuständigen Kostenträger. In sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass bei einer freiheitsentziehenden Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die eigenen Einkünfte der betreuten Person nicht ausreichen und daher Hilfe zur Pflege beantragt werden muss.

- *Staatliche Stellen (Träger der Eingliederungshilfe, Träger der Hilfe zur Pflege) können bei dem Vollzug einer freiheitsentziehenden Unterbringung eine wesentliche Rolle übernehmen.*

Weitere Ergebnisse aus den Regionen sind (in Stichworten):

- Das Angebot von Hilfen, insbesondere aus dem Bereich der Eingliederungshilfe, aber auch im Bereich der Behandlung, wurden in einigen Regionen um neue Leistungen ergänzt oder intensiviert (Beispiel: Region Main-Kinzig-Kreis). Durch diesen Umstand konnten auch Menschen in Krisensituationen besser begleitet werden.
- Als hilfreich hat sich in zwei Regionen die Einbeziehung von Berufsbetreuerinnen und -

betreuen und Betreuungsbehörden erwiesen (Beispiele: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Gießen). Dort besteht in den Behörden eine enge Verbindung zwischen der Betreuungsbehörde und dem Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. der Psychiatriekoordination.

- Der Umstand, dass das Projekt durchgeführt wird, hatte in Stuttgart zur Folge, dass mit freiheitsentziehenden Unterbringungen achtsamer umgegangen wurde. Es gab über mehrere Monate keine Nachfrage nach Plätzen in Heimen mehr, die Freiheitsentzug ermöglichen.
- Der Umstand, dass freiheitsentziehende Unterbringungen in dafür besonders ausgerichteten Einrichtungen ermöglicht werden, hat zur Folge, dass Menschen, die keiner freiheitsentziehenden Unterbringung mehr bedürfen, diese Einrichtung verlassen müssen. Dadurch werden Beziehungsabbrüche hervorgerufen, die manche dort lebenden Menschen beängstigen und zu Handlungen verleiten, die einen erneuten Unterbringungsbeschluss nach sich ziehen. Um diesem Problem zu begegnen, hat eine Einrichtung mehrere Plätze so umgewandelt, dass Menschen auch ohne Unterbringungsbeschluss dort leben können (Beispiel: Region Stuttgart).
- In vielen Regionen stehen keine Einrichtungen zur Verfügung, die eine freiheitsentziehende Unterbringung möglich machen. Besteht der Bedarf nach einem solchen Angebot im Einzelfall, werden für diese Menschen Plätze in geeigneten Einrichtungen außerhalb der Heimatregion gesucht. Dies schafft vielfältige Probleme, insbesondere bei der Rückführung der betroffenen Menschen, wenn keine freiheitsentziehende Unterbringung mehr erforderlich ist. Es wurde daher in einigen Regionen über die Einführung von Möglichkeiten zur geschlossenen Unterbringung innerhalb der Region diskutiert, um eine Verbringung von Menschen in andere Regionen ohne organisierte Verantwortung für die Rückführung zu unterbinden (Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Main-Kinzig-Kreis).
- In einigen Regionen hat sich erwiesen, dass die Nahtstelle zwischen dem Behandlungssystem und dem System anderen Hilfen (Teilhabe, Pflege) nicht gut organisiert sind und besser gestaltet werden müssen. Daher wurden neue Besprechungsformen zwischen den Kliniken und dem komplementären Hilfesystem organisiert (Beispiele: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Viersen, Mönchengladbach, Mayen-Koblenz).
- In einer Region hat sich gezeigt, dass die spezifische Fachkompetenz und die zeitliche Verfügbarkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei vorläufigen Unterbringungen nach PsychKG zwangsvermeidend wirkt. Durch den systematischen Einbezug des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch bei vorläufigen Unterbringungsverfahren konnten Unterbringungen vermieden werden (Beispiel Region Saalfeld-Rudolstadt).
- Als ein besonderes Problem hat sich die unterschiedliche Rechtspraxis durch unterschiedliche Gerichte erwiesen. Dies berührt insbesondere Einrichtungen (Kliniken und

Heime), die mit mehreren Amtsgerichtsbezirken zu tun haben. Auch die einzelnen Richter neigen zu unterschiedlicher Auffassung. In einer Region muss sich ein Heimträger mit acht verschiedenen Regelungen aus drei Gerichtsbezirken zur Anwendung von freiheitsentsziehenden Maßnahmen auseinandersetzen (Beispiel: Region Mayen-Koblenz).

- b. Es wurde ein regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ) mit einem dazugehörigen Manual entwickelt.

Das Monitoringsystem umfasst vier Basisbögen:

- I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang
- II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang
- III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang
- IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Ergänzend existieren zwei Zusatzbögen:

- Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang
- Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Das MoSy VeZ dient als Impulsgebungsinstrument für die jeweilige Region. Vor Ort ist zu prüfen, welchen Themen in der Bearbeitung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollen. Das MoSy VeZ sollte fortlaufend in der Region Beachtung finden. Unterschiedliche Bearbeitungsthemen sind demnach nach Priorität festzulegen.

Das Monitoringsystem sowie das dazugehörige Manual sind als Anhang dem Bericht beigelegt.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Als Ergebnisse werden die Empfehlungen zu Maßnahmen der Zwangsvermeidung und das regionale Monitoringsystem zur Zwangsvermeidung (MoSy VeZ) betrachtet.

Die nachfolgenden Empfehlungen können auch unter den bereits aktuell gegebenen Bedingungen realisiert werden. Sie sind abhängig von der Bereitschaft der verantwortlichen Akteure in der Region (leitende Personen von Institutionen), sie tatsächlich umzusetzen. Durch veränderte Rahmenbedingungen, z. B. in Leistungsverträgen, Rahmenverträgen, landesrechtlichen Verordnungen, Landes- oder Bundesgesetzen kann und muss die Bereitschaft der beteiligten Akteure gefördert werden, sich an der Entwicklung von zwangsvermeidenden Maßnahmen zu beteiligen. Diese rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Mantelbericht zum ZVP-Projekt benannt und basieren zu wesentlichen Teilen auf den Erfahrungen des Teilprojekts 1.

Ein wesentlicher Grundsatz hat sich gezeigt:

1. Über die einzelnen institutionellen Strukturen hinaus sind verbindliche regionale Strukturen erforderlich, die dauerhaft auf Zwangsvermeidung orientiert sind. Dazu

ist ein regionales Monitoringsystem erforderlich, das der Ermittlung der tatsächlichen Durchführung von Zwangsmaßnahmen sowie der Reflexion, welche Aspekte zur Zwangsvermeidung in der Region innerhalb eines Zeitplans entwickelt werden sollen, dient.

Es hat sich in vielen Regionen gezeigt, dass das Thema der Anwendung von Zwang und die Vermeidung von Zwang bei vielen Akteuren in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auch affektiv besetzt ist. Zwang zum Thema in regionalen Strukturen zu machen, kann zu erheblichen Verwerfungen, Vorwürfen, gegenseitigen Beschuldigungen und anderen Konflikten führen. Dieser Faktor ist von entscheidender Bedeutung bei der Etablierung von entsprechenden Arbeitsgruppen. Durch die Moderation dieser Arbeitsgruppen muss sichergestellt werden, dass sich die Akteure frei von gegenseitigen Beschuldigungen und Vorwürfen begegnen. Nur eine offene und vorwurfsfreie Erörterung mit der Bereitschaft zur selbstkritischen Auseinandersetzung hat Aussicht auf Erfolg. Die Einnahme einer Position, dass einer oder mehrere Akteure stets am besten die Situationen beurteilen können (sog. „Deutungshoheit“) muss vermieden werden.

Sollen Zwangsmaßnahmen in der Region vermieden werden, sind einige grundsätzliche Anforderungen in der Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystems notwendig:

- Hilfen in einem regionalen Hilfesystem sind grundsätzlich personenzentriert, individuell und situativ passend leistungsträgerübergreifend zu planen und zu erbringen.
- Abbrüche in der Versorgung sind zu vermeiden, daher sollen alle Leistungserbringer gemeinsam und rechtskreisübergreifend die Versorgungsverpflichtung für die Bürgerinnen und Bürger einer definierten Versorgungsregion übernehmen. Dabei können Versorgungsregionen für unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Definitionen haben.
- Zur Erfüllung der Aufgaben der individuellen Hilfeleistung und der Übernahme der Versorgungsverantwortung ist eine gemeinsame Steuerungsfunktion in einem dafür gebildeten Gremium erforderlich, z. B. in Gestalt von Hilfeplankonferenzen (Beispiel: Region Stuttgart) oder Gremien zur Fallberatung/-steuerung (Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Berlin), möglichst immer mit Beteiligung der regional zuständigen Klinik.
- Für jeden Nutzenden des Hilfesystems ist die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson hilfreich, die leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifend für die Sicherstellung der Kommunikation der Akteure untereinander und mit der leistungsberechtigten Person verantwortlich ist.
- Es bedarf verbindlicher Kommunikationsstrukturen über die Institutionsgrenzen und die

Rechtskreise, auf deren Grundlage die Institution tätig sind, hinweg, um zu verlässlichen Absprachen und Handlungsstrategien zu kommen. Dazu hat sich die Struktur eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes bewährt.

Ferner haben sich folgende Einzelempfehlungen herauskristallisiert:

2. Es ist sicherzustellen, dass in Krisensituationen Hilfen unabhängig vom Wochentag oder der Uhrzeit auch aufsuchend zugänglich sind (Beispiel: Region Solingen). Die Hilfsangebote sollen durch unterschiedliche Berufsgruppen erbracht werden und auch Leistungen der Behandlung beinhalten. Peers sollen einbezogen sein.
3. Personenbezogene Konferenzen erwiesen sich als nützlich, in denen mit und für Menschen in Lebenssituationen beraten werden, deren Verhalten das Risiko von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Konferenzen (Teilnehmerkreis, Sitzungsdauer, Sitzungsort, Moderation etc.) muss regional vereinbart werden. Es haben sich sowohl retrospektive Betrachtungen („was hätte zur Zwangsvermeidung getan werden können“ Beispiel: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Mönchengladbach, Stuttgart) als auch aktuelle Beratungen vor einer konkreten Maßnahme (Beispiel: Regionen Viersen, Berlin) als zielführend erwiesen. Grundsätzlich aber sollen in allen Regionen solche Beratungs- oder Konferenzstrukturen etabliert werden. Es hat sich auch als sinnvoll erwiesen, solche personenbezogene Fallberatungen für rechtliche Betreuer und Betreuerinnen zu öffnen.

Zur Durchführung solcher personenbezogener Beratungen oder Konferenzen zeigte sich, dass ihre konkrete Ausgestaltung von großer Bedeutung ist. Es muss eine grundsätzliche Haltung des gemeinsamen Suchens nach geeigneten Lösungen herrschen und durch die Moderation sichergestellt werden, um Konflikte im Sinne von Beschuldigungen und Vorwürfen in der Beratung zu vermeiden (Beispiele: Regionen Berlin, Mönchengladbach, Viersen).

4. Für Menschen mit besonders herausfordernder Lebensgestaltung sollen Möglichkeiten zur Gestaltung eines sozialverträglichen Umfelds, das bedeutet in der Regel geeignete Orte zum Leben, gefunden werden (Beispiele: Regionen Berlin, Stuttgart, Mönchengladbach, Viersen, Main-Kinzig-Kreis).

Mit „geeigneten Orten zum Leben“ sind Lebensräume gemeint, die den besonderen Bedarfen dieser Menschen gerecht werden und sie möglichst wenig in Konflikte mit anderen Menschen,

z. B. Nachbarn, bringen. Menschen haben z. B. unterschiedliche Bedürfnisse nach Nähe, Distanz, Lärm, Ruhe, Wahrgenommen-Werden, Anonymität und vieles mehr. Werden diese Bedürfnisse nicht annähernd gedeckt, geraten Menschen mit psychischen Erkrankungen in innere Konflikte und Krisen. Der Gestaltung individueller Lebensräume kommt daher eine große Bedeutung zu.

5. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen auch in hoher Unterstützungsin-
tensität in ambulanter, möglichst auch aufsuchender Form zugänglich sein
(Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Viersen, Main-Kinzig-Kreis, Stutt-
gart).
Es gehört zu den vielerorts noch immer bestehenden Paradoxien der Hilfesys-
teme, dass insbesondere ambulant aufsuchende Hilfen nur in begrenzten Res-
ourcen zur Verfügung stehen und Menschen mit einem umfassenden Hilfebe-
darf oft auf stationäre Angebote verwiesen werden. Im Bereich der Eingliede-
rungshilfe hat der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz die Vorausset-
zungen geschaffen, dass dieser zwingende Bezug umfassender Hilfen zu statio-
nären Einrichtungen (Heimen) aufgehoben wird. Im Projektverlauf zeigten sich
dazu bereits erste Erfahrungen (Beispiel: Region Main-Kinzig- Kreis).
6. Besondere Behandlungsformen erreichen Menschen mit Hemmnissen, eine Klinik
aufzusuchen. Sie sollen entwickelt werden. Psychiatrische Behandlung wird von
psychisch erkrankten Menschen manchmal nicht in Anspruch genommen, weil
das Angebot der Behandlung (z. B. Klinik, Praxis) nicht den Bedürfnissen dieser
Menschen entspricht. Es bedarf daher einer kreativen Ausgestaltung von Behand-
lungsangeboten, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen (Beispiel: Region
Main-Kinzig-Kreis). Dazu gehört auch die stationsäquivalente Behandlung (Bei-
spiel: Region Viersen). Ziel soll sein, multiprofessionelle, langfristig arbeitende,
aufsuchende Teams unter Beteiligung von Genesungsbegleiterinnen und -beglei-
tern zu schaffen.
7. Menschen sollen nicht gegen ihren Willen wohnortfern in Einrichtungen freiheits-
entziehend untergebracht werden. Wo dies doch geschieht, soll die Rückführung
in die Heimatregionen gewährleistet und die Verantwortlichkeit dafür in der Hei-
matregion festgelegt werden (Beispiele: Regionen Mayen-Koblenz, Stuttgart,
Mönchengladbach).
Für die Festlegung der Verantwortlichkeit ist die Rolle der Kostenträger von we-
sentlicher Bedeutung, da diese immer involviert sind. Bei Rückführungen ist das
Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen Menschen zu beachten.
8. Die Nahtstelle zwischen dem psychiatrischen Behandlungssystem und dem Sys-
tem der Teilhabeleistungen soll besser informiert ausgestaltet werden (Beispiel:
Region Stuttgart). Eine Möglichkeit dazu stellt das Entlassmanagement für Men-
schen aus psychiatrischen Kliniken dar, die das Hilfesystem vor besondere Heraus-
forderungen stellen (Beispiel: Region Mayen-Koblenz). Dazu sind personenbezo-
gene Besprechungen mit der betroffenen Person und den involvierten Beteiligten
zur Ausgestaltung der nach-klinischen Hilfen und der weiteren ergänzenden Zu-
sammenarbeit im Hilfesystem erforderlich.

9. Es sollen regelmäßige Besprechungen des psychiatrischen Hilfesystems und mit anderen Diensten mit hoheitlichen Aufgaben (Rettungsdiensten, Polizei, Feuerwehr) - ggf. auch dialogisch gestaltete Fortbildungen - durchgeführt werden (Beispiele: Regionen Gießen, Solingen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Viersen). Auch gemeinsame Fallbesprechungen oder Besprechungen über konkrete Situationen können in diesem Rahmen durchgeführt werden. Gerade in besonderen Krisensituationen kommt den nicht-psychiatrischen Diensten eine hohe Bedeutung zu. Dabei sind sowohl die Aspekte der konkreten Deeskalierung einer akuten Situation wie auch die Aspekte der angemessenen Zuführung zu den möglichen Hilfsangeboten zu betrachten.
10. Wenn freiheitsentziehende Unterbringungen in Heimen durchgeführt werden, sollen die Einrichtungen so gestaltet sein, dass Menschen, die keiner geschlossenen Tür bedürfen, in der Einrichtung ohne Einschränkungen leben können. Die Einrichtungen sollen möglich machen, dass trotz einer gerichtlich genehmigten Unterbringung Menschen die Einrichtung frei verlassen können, wenn keine Gefährdung vorliegt (Beispiele: Stuttgart, Mayen-Koblenz). Ferner sollten die Einrichtungen auch für Menschen zugänglich sein, bei denen keine freiheitsentziehende Unterbringung angeordnet und genehmigt wurde.
11. Es soll eine grundsätzliche Bereitschaft im Gemeindepsychiatrischen Hilfesystem entwickelt werden, sich gegenseitig zu unterstützen, wenn einzelne Leistungserbringer an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit gekommen sind. Diese Unterstützung kann darin bestehen, Menschen aus anderen Einrichtungen in die eigenen Leistungsangebote zu übernehmen oder sich in anderer Weise gegenseitig zu unterstützen (Beispiele: Regionen Stuttgart, Mönchengladbach). Es zeigte sich immer wieder, dass insbesondere freiheitsentziehende Unterbringungen oder Maßnahmen erfolgen, wenn schon beteiligten Leistungserbringer keine andere Möglichkeit mehr sehen. Oft sind dann die handelnden Personen schon weit über ihre eigenen persönlichen Grenzen hinaus gegangen und entsprechend physisch und psychisch erschöpft. Gegenseitige Entlastung und Unterstützung können dazu beitragen, neue Ressourcen im Hilfesystem zu entdecken oder zu bilden und damit den Einsatz von Zwang vermindern.
12. Behandlungsvereinbarungen sollen zum Zwecke der Zwangsvermeidung Nutzen aus allen Bereichen des Hilfesystems angeboten werden. Es soll ein System der Hinterlegung entwickelt werden, dass allen davon berührten Akteuren zugänglich ist. Behandlungsvereinbarungen können auf Einrichtungen (z. B. Kliniken) bezogen sein, aber auch unabhängig von Einrichtungen sinnvolle Hilfen in besonderen Krisen im häuslichen Umfeld beschreiben. Notwendig sind eine verantwortliche Stelle oder verantwortliche Personen, die auf den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung achten (Beispiele: Ennepe- Ruhr-Kreis, Viersen, Mönchengladbach). Von besonderer Bedeutung ist die Sicherstellung, dass die Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung bekannt und zugänglich ist (Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis).

13. Deeskalationstraining ist für alle handelnden Personen im psychiatrischen Hilfesystem erforderlich. In der Region sollen entsprechende Angebote einrichtungsübergreifend angeboten werden (Beispiel: Region Mayen-Koblenz).

14. Erforderlich ist eine Klarstellung, dass bei freiheitsentziehenden Unterbringungen und anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen nach BGB die rechtlichen Betreuer und Betreuerinnen die handelnden Personen sind. Ihnen obliegt nach der gerichtlichen Genehmigung die Klärung, in welchem Umfang im Rahmen der richterlichen Genehmigung die Maßnahmen umzusetzen sind und darüber differenzierte Vereinbarungen mit der durchführenden Einrichtung zu treffen. Es hat sich gezeigt, dass nicht immer diese Eindeutigkeit und Klarheit der Verhältnisse hergestellt ist und dadurch manchmal die Einrichtungen selbst zu den aktiv entscheidenden Akteuren werden. Unstrittig ist, dass die Zustimmung der rechtlichen Betreuer und Betreuerinnen und auch die entsprechende Beantragung von freiheitsentziehenden Maßnahmen keinesfalls unabhängig von den Bedarfen des/der Betroffenen zur Aufnahmebedingung werden kann.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Es wurde im Rahmen des Projekts darauf geachtet, sowohl die Situation der Frauen als auch der Männer zu berücksichtigen.

Im vorgelegten Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (MoSy VeZ) wurde die Erfassung der geschlechtsspezifischen Ausprägung von Zwangsmaßnahmen berücksichtigt, soweit sich dies aufgrund der bisher vorhandenen Daten- und Informationslage abbilden lässt.

10. Zielgruppenspezifische Exkurse zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

10.1 Stellungnahme aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prof. Dr. Renate Schepker)

Deeskalation zur Zwangsvermeidung ist auch bei Kindern und Jugendlichen ein fest etabliertes Vorgehen im Alltag stationärer, teilstationärer und ambulanten Versorgung.

Zwangsanwendung kommt bei Kindern und Jugendlichen auch bei Schulvermeidung zum Tragen, indem Ordnungskräfte die Kinder zur Schule begleiten – eine Maßnahme, die ebenfalls vom Familiengericht verfügt werden kann, um die Eltern in ihrer erzieherischen Funktion – idealster selbstverständlich im Rahmen eines Gesamttherapieplans – zu unterstützen.

Geschlossene Jugendhilfeeinrichtungen sind nicht in allen Bundesländern in größerer Zahl etabliert und stellen per se die ultima ratio dar, wenn ein pädagogischer Zugang zu einem Kind oder

Jugendlichen anders nicht möglich ist. Ein Gutachter muss jeweils prüfen, ob auch andere öffentliche Hilfen anstelle einer geschlossenen Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen gegen dessen Willen geeignet wären, eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Diese Einrichtungen haben ein überregionales Einzugsgebiet, und bieten regelhaft ein gestuftes System der Verminderung von Zwangskontexten an. Auslandspädagogische Maßnahmen werden auch als eine Möglichkeit eingesetzt, um ohne freiheitsentziehende Maßnahmen Handlungen wie Weglaufen (im Wald und auf Inseln nicht möglich), Selbstverletzungen oder schädlichen Drogenkonsum (Nicht-Verfügbarkeit der entsprechenden Substanzen oder Instrumentarien) zu unterbinden – oft leider um den Preis der Entwurzelung aus der Heimatregion und aus der Herkunftsfamilie und Einschränkungen in der Schulbildung.

Daneben besteht die Möglichkeit von kostenintensiven „individualpädagogischen Maßnahmen“ im Inland für Kinder und Jugendliche, die nicht gruppenfähig sind und bei denen durch sehr enge Anbindung an einen oder mehrere Erwachsene eine neue Entwicklung ermöglicht werden soll.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe für intelligenzgeminderte Kinder verfügen in aller Regel über ein sehr breites Repertoire von Zwangs- und freiheitsentziehenden Maßnahmen. Da der § 1631b BGB festlegt, dass eine Genehmigung erforderlich ist, wenn „auf nicht altersgerechte Weise“ Freiheit entzogen werden soll, verbietet sich ein Rückbezug auf den Entwicklungsstand, und alle Maßnahmen geschlossener Führung (geschlossene Wohngruppentür), Vorrichtungen zur Sicherung eines ruhigen Schlafs (beim Betroffenen und den Mitbewohnern) oder zur Abwendung von Selbstverletzungen (Stulpen, Ganzkörperanzüge etc.) sind familiengerichtlich zu genehmigen, wobei die kürzest mögliche Dauer, die geringste Eingriffsintensität zu wählen und in aller Regel eine Entwicklungs-Perspektive zur Beendigung der Maßnahmen zu vereinbaren ist. Die Etablierung kinder- und jugendpsychiatrischer „Gemeindepsychiatrischer Verbände“ ist im Gegensatz zu denen für Erwachsene vor zusätzliche Hürden dadurch gestellt, dass in der „Hilfeplanung“ (festgelegt als Begriff im SGB VIII mit Zuständigkeit auch für infolge einer psychischen Erkrankung teilhabebeeinträchtigte Kinder und Jugendliche) der Jugendhilfe die Führungsrolle zukommt, während intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche (IQ unter 70) weiterhin im Rahmen der Eingliederungshilfe versorgt werden. Eine „Pflichtversorgung“, so wünschenswert sie ist, gilt für Einrichtungen und Träger der Jugendhilfe explizit nicht, sondern nur für kurzfristige Inobhutnahmen.

Dennoch bestehen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schulwesen und beruflicher Eingliederung eine Vielzahl von Arbeitskreisen, regionalen Absprachen, arbeitsteiligen Abläufen und gegenseitiger Hilfe auf regionaler Ebene. Die Region Ravensburg-Bodensee, die am Projekt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnahm, hatte für den Bodenseekreis einen jugendpsychiatrischen Verbund mit allen Trägern aus medizinischer jugendpsychiatrischer Versorgung, Jugendamt, Jugendhilfe, Schulverwaltung, Behindertenhilfe und Arbeitsagentur gebildet; gemeinsamen Hilfeplankonferenzen nach dem Vorbild des IBRP für Erwachsene wurden etabliert (aktuell ist der Rahmenvertrag in Überarbeitung durch das Jugendamt). In der Region wird seit Jahren ein enger Austausch zwischen den Jugendhilfeeinrichtungen im Einzugsgebiet, den Jugendämtern und der pflichtversorgenden Klinik gepflegt. Es bestehen vertraglich abgesicherte Absprachen mit den Einrichtungen, in denen auch ein aufsuchender Konsiliardienst durch die Institutsambulanz oder durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater etabliert ist, in

Bezug auf die Abwicklung von kurzfristigen Krisenaufenthalten und deren Vermeidung im Vorfeld. Niedergelegt ist etwa das Abprüfen von Alternativen, wie Verbringung in eine andere Gruppe der Einrichtung oder Einbezug der Leitung zur Vermeidung von Zwangsanwendung und -einweisung in die Klinik. Nur eine der Einrichtungen ist seitens des Landesjugendamtes autorisiert, auch selbst Zwang in Form sehr kurzfristiger Isolierungen ausüben zu dürfen – im wiederholten Falle müssten diese familiengerichtlich genehmigt werden.

Oft ist es möglich, eine Zwangsbehandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch zu vermeiden, dass seitens Eltern und Einrichtungen rechtzeitig gehandelt wird, d.h. auch mit einem widerstrebenden Kind oder Jugendlichen eine psychiatrische Vorstellung und erste Behandlung erfolgt. Des Weiteren sollte im Krisenfall seitens der Kliniken nicht aversiv, sondern gewinnend reagiert werden, und bei wiederholten freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne vitale Gefährdung des Betroffenen könnte es sich schlicht – z. B. aus familiendynamischen Gründen – um den falschen Zeitpunkt für eine Behandlung handeln.

10.2 Stellungnahme für die Zielgruppe der Menschen mit Demenz (Prof. Dr. Dr. Michael Rapp)

In einer Studie zu Zwangsmaßnahmen an 8 Kliniken wurden ärztliche Zwangsmaßnahmen in 11 von 37 Fällen bei Patientinnen und Patienten mit einer F0-Diagnose, wozu Demenzen gehören, angewendet. Sie waren nach Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose (Störungen des schizophrenen Formenkreises) die zweithäufigste Gruppe. Es kann also geschätzt werden, dass Menschen mit Demenz etwa ein Drittel der zwangsbehandelten Patientinnen und Patienten ausmachen (Adorjan et al. 2016). Köpke et al. (2012) konnten an einer Hamburger Stichprobe zeigen, dass bei 31,5% der Heimbewohner Zwangsmaßnahmen wie Bettgitter, fest verschraubte Tische an Pflegestühlen und Fixierungen durchgeführt wurden. In einer vergleichbaren Stichprobe waren aber nur etwa 50% dieser Maßnahmen richterlich genehmigt (Meyer et al. 2008). Darüber hinaus gibt es Studien, die zeigen, dass Antipsychotika in Altersheimen häufig unsachgemäß eingesetzt werden, so bei Patientinnen und Patienten mit Apathie, obwohl die Medikation das Zielsymptom verschlechtern kann (Majic et al. 2010). Hier besteht die Befürchtung, dass diese Medikation zur „Ruhigstellung“ erfolgt. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass verdeckte Medikamentengabe im Pflegeheim durchaus vorkommt: Rund 40 % der dementen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erhalten dauerhaft mindestens ein Neuroleptikum (Jacobs et al. 2017). „Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten mit Demenz ist wahrscheinlich mit einem erhöhten Risiko für Mortalität und für zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert. Die Behandlung soll mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen. Der Behandlungsverlauf muss engmaschig kontrolliert werden.“ (Quelle: LL Demenz). „Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird. Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, kann eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich sein.“ (LL Demenz). Bei einer Umfrage, die das Wissenschaftliche Institut der AOK 2017 unter 2500 examinieren Pflegekräften durchführte, gaben jedoch 27 % der Pflegekräfte an, regelmäßig und 57 % gelegentlich auf eine ärztliche Verordnung

von Psychopharmaka hinzuwirken. (Jacobs et al. 2017)

Komplexe, leitlinien-basierte Interventionen (Training, Unterstützung und Aktivitätstherapie) reduzieren Agitation und herausforderndes Verhalten bei demenzkranken Heimbewohnerinnen und -bewohnern (Rapp et al 2013) und sind somit auch zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen geeignet. Da diese Interventionen per se personalintensiv sind, sind allokationsethische Gesichtspunkte ebenso bedeutsam bei der Reduktion von Zwang an vulnerablen Menschen mit Demenz wie regulatorische Aspekte, die insbesondere angesichts der hohen Raten an Zwangsmaßnahmen in dieser Personengruppe zwingend erforderlich scheinen.

Literatur:

Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., ... & Falkai, P. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 88(7), 802-810.

Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Eds.). (2017). *Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer Verlag.

Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *Jama*, 307(20), 2177-2184.

Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Aichberger, M. C., Treusch, Y., Gutzmann, H., ... & Rapp, M. A. (2010). The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(18), 320.

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 981- 990.

Rapp, M. A., Mell, T., Majic, T., Treusch, Y., Nordheim, J., Niemann-Mirmehdi, M., ... & Heinz, A. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT trial): effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. *Journal of the American Medical Association*, 14(9), 690-695.

10.3 Stellungnahme aus Sicht der Forensischen Psychiatrie (Dr. Udo Frank)

Die bundesweiten Bemühungen, Zwangsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Einschränkungen zu erfassen, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu präzisieren und sie mit den verfügbaren Mitteln zu verhindern, sind überfällig und umfassend zu unterstützen. Der damit verbundene Diskurs geht damit einher, dass im Bereich der Allgemeinpsychiatrie die Bereitschaft schwindet, überhaupt Zwang anzuwenden. Insbesondere, wenn dieser der Abwehr von Gefahren für Dritte und nicht der in Behandlung befindlichen Person selbst dienen soll. Entsprechend mehren sich Aufnahmen in den Forensischen Kliniken nach § 63 StGB, bei denen sich die Frage stellt, ob die zugrundeliegenden schweren Gewaltdelikte durch Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Vorfeld zu verhindern gewesen wären.

Wissenschaftlich ist gut belegt, dass von der Gesamtheit der psychisch kranken Personen nicht mehr Straftaten verübt werden, als es dem allgemeinen Durchschnitt entspricht. Allerdings unterscheiden sich die Deliktarten zwischen den Diagnosegruppen markant. Während depressiv

Erkrankte eher zu selbstaggressiven Handlungen neigen, ist für Personen mit schweren Verläufen schizophrener Erkrankungen mit Substanzmissbrauch, fehlender Krankheitseinsicht, Ablehnung medikamentöser Behandlung und wiederholten unfreiwilligen Einweisungen in die Allgemeinpsychiatrie ein deutlich erhöhtes Gewalttatenrisiko gut dokumentiert.

Es gibt zu denken, dass die Platzzahlen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB bundesweit teilweise deutlich ansteigen und dabei zusätzlich der Anteil an schizophren Erkrankten zunimmt. Auch wenn die komplexen und von vielen Einflüssen bestimmten Einweisungsvorgänge nicht zulassen, monokausale Zusammenhänge zu formulieren, berichten die meisten Kliniken über Umstände im Vorfeld schwerer Delikte, die darauf hinweisen, dass nicht immer die verfügbaren Eingriffsmöglichkeiten angemessen genutzt wurden. Dies hat in jedem Einzelfall dramatische Folgen: für die Geschädigten dieser Gewalttaten, aber auch die psychisch kranken Täter, die neben der doppelten Stigmatisierung als psychisch krank und kriminell auch eine lang währende, potentiell lebenslängliche Freiheitsentziehung als Folge ihres krankheitsbedingten Handelns hinnehmen müssen.

Veränderungen bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Allgemeinpsychiatrie erfordern daher zwingend, dass auch die Auswirkungen auf die Belegung in Forensischen Kliniken sorgfältig im Blick behalten werden. Im Spannungsfeld zwischen Achtung der Menschenwürde psychisch Kranker auf der einen Seite und der Verhinderung teilweise absehbarer schwerer Gewaltdelikte auf der anderen sind unter ethischen Gesichtspunkten stets auch die beträchtlichen nachteiligen möglichen Folgen einer Vermeidung von Zwangsmaßnahmen abzuschätzen.

11. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände ist mehrfach angefragt, die Ergebnisse auf Tagungen zu berichten. Geplant ist eine Vermittlung der Ergebnisse innerhalb der BAG GPV, aber auch darüber hinaus.

In Erwägung gezogen wird eine Veröffentlichung in Buchform.

Es sollen weitere Formate der Verbreitung der Projektergebnisse entwickelt werden, z. B. um andere Akteure aus dem Bereich der Betreuung nach dem BGB zu erreichen.

12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Geplant sind weitere Treffen der beteiligten Regionen, um die Nachhaltigkeit und die Implementation des Monitoringsystems MoSy VeZ zu fördern.

Es sind im Rahmen des Gesamtprojekts differenzierte Hinweise auf die Förderung von Zwangsvermeidung durch verschiedene rechtliche Strategien erarbeitet worden (siehe Abschlussbericht des ZVP-Projektes). Diese werden ergänzt durch weitere Aktivitäten der Aktion Psychisch Kranke und der BAG GPV zur Umsetzung von rechtlichen Änderungen im Rahmen des

Projektes des BMG zum Psychiatrie-Dialog sowie im Rahmen der Beratungen zur Reform des Betreuungsrechts.

13. Publikationsverzeichnis

„Den Blick beim Thema Zwang erweitern“, Psychosoziale Umschau, 03/2016, 18-21.

„BMG hat Projekte zur Zwangsvermeidung auf den Weg gebracht“, Psychosoziale Umschau, 01/2017, 36.

„Wie kann Zwang im psychiatrischen Hilfesystem vermieden werden?“, Psychosoziale Umschau, 04/2018, 20.

„Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang“, Kerbe, 01/2019, 42.

14. Anhang

Anlage I Regionenberichte

Anlage II Manual - Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

Anlage III Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ)

Anlage I: Regionenberichte

Der „Runde Tische § 1906 BGB“ in Berlin

1. Ausgangslage in Berlin

Freiheitsentziehende Unterbringungen werden im Land Berlin auf der Rechtsgrundlage nach Berliner PsychKG ausschließlich in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die von der zuständigen Senatsverwaltung dazu mit hoheitlicher Gewalt beliehen sein müssen. Zwar sieht das PsychKG in der alten ebenso wie in der neuen, seit 29.06.2016 geltenden Fassung vor, dass auch andere Einrichtungen Unterbringung nach PsychKG durchführen können, jedoch hat die zuständige Senatsverwaltung keine andere Einrichtung mit hoheitlicher Gewalt beliehen.

Unterbringungen nach BGB werden sowohl in Krankenhäusern wie auch in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sind in Berlin nach Personenkreisen unterschieden. Für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung wurden und werden bisher keine freiheitsentziehende Unterbringung in Berlin durchgeführt. Für den Personenkreis der Menschen mit einer geistigen Behinderung gibt es Angebote, die auch die Freiheitsentziehung möglich machen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten „geschützte Bereiche“ an, d.h. Bereiche, die freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1906 BGB möglich machen. Adressiert sind diese Bereiche überwiegend an Menschen mit Demenzerkrankungen, die aufgrund der Erkrankung örtlich und räumlich desorientiert sind und deshalb vor einer erheblichen Selbstgefährdung geschützt werden müssen.

Vor dem Hintergrund dieser Situation wird seit mehreren Jahren immer wieder diskutiert, ob das Land Berlin Sorge tragen müsse, dass ein freiheitsentziehende Unterbringung auch im Leistungsbereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung möglich sein sollten. Als Begründung wird genannt, dass der Mangel dieses Angebots dazu führe, dass Menschen, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, entweder länger als notwendig im Krankenhaus verbleiben oder in stationäre Pflegeeinrichtungen oder in Einrichtungen außerhalb Berlins untergebracht werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind nicht immer das geeignete Leistungsangebot und auswärtige Unterbringungen schaffen Probleme bei der Rückführung der betroffenen Menschen nach Berlin.

Belastbare Zahlen über freiheitsentziehende Unterbringungen in stationären Pflegeeinrichtungen oder außerhalb Berlins liegen bisher nicht vor. Pflegeheimbetreiber und Krankenhäuser berichten, dass sich in den sog. geschützten Bereichen der stationären Pflegeeinrichtungen auch jüngere Menschen befinden, die nicht der Zielgruppe der Menschen mit Demenz entsprechen.

Verschiedenen Arbeitskreise im Kreise der Anbieter verschiedener Leistungen für psychisch erkrankte Menschen erörterten die Situation und den Bedarf, auch unter Beteiligung des für Psychiatrie zuständigen Referats der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung, um Anhaltspunkte für geeignete Maßnahmen zu finden.

Auch daraus entstand eine Initiative von Akteuren in der Fachgruppe Psychiatrie des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Landesverband Berlin. Diese Fachgruppe repräsentiert rd. 80% der außerklinischen Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht mitgerechnet).

Ziel dieser Initiative war, ein Angebot als Alternative zur freiheitsentziehenden Unterbringung zu schaffen.

Zeitgleich wurde in der Vertragskommission Soziales im Land Berlin, die den Berliner Rahmenvertrag gemäß § 175 SGB XII mit seinen Anlagen verhandelt, eine Neufassung der Leistungsangebote für Menschen mit seelischer Behinderung beschlossen. In den Leistungstypbeschreibungen für Übergangsheime, Heime und für Verbände von betreutem Wohnen wurde aufgenommen, dass Anbieterinnen und Anbieter mit Verträgen, die sich auf diese Leistungsbeschreibungen gründen, freiheitsentziehende Unterbringungen nur unter definierten Bedingungen durchführen dürfen.

Zu den spezifischen Bedingungen gehören:

„Unterbringungen nach § 1906 BGB werden mit differenzierten und abgestuften Konzepten realisiert. In der Einrichtung / dem ambulanten Dienst werden höchstens 10 % der an einem Standort vom Träger der Einrichtung betreuten Menschen aber nicht mehr als 7 Personen mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB im selben Wohnumfeld betreut.

Der Träger (oder die Träger), der solche Plätze anbieten will, gründet auf Bezirksebene einen externen Fachbeirat, der sich aus geeigneten Personen mit Erfahrungen/ Kenntnissen im psychiatrischen Hilfesystem zusammensetzt. Der zuständige Psychiatriekoordinator des Bezirks, in dem die Einrichtung/der Dienst arbeitet, ist einzuladen. Zusätzliche Experten z.B. mit betreuungsrechtlichem Sachverstand können einbezogen werden. Alle Einzelfälle mit Unterbringungsbeschluss werden vorgestellt und erörtert. Der Beirat berät den Träger bezüglich der Durchführung der Unterbringung bzw. des Freiheitsentzuges und dabei insbesondere die getroffenen Maßnahmen, die geeignet sind, Unterbringungen oder Freiheitsentziehungen zu beenden. In Abstimmung mit dem Träger (oder den Trägern) kann das bezirkliche Steuerungsgremium, oder Teile davon, die Funktion des Fachbeirates übernehmen.

Im Konzept der Einrichtung ist zu beschreiben:

- *die Orte (Wohnungen, Zimmer, Gebäude etc.), an denen freiheitsentziehende Unterbringung durchgeführt werden,*
- *mit welchen Mitteln und Methoden Freiheitsentziehungen oder –Beschränkungen durchgeführt werden können, ohne dass andere Mitbewohner und Mitbewohnerinnen in ihren Freiheitsrechten beeinträchtigt werden*
- *wie die tägliche Begleitung des untergebrachten Leistungsberechtigten sowie die Teilnahme an Sport und Bewegung möglich gemacht werden*
- *in welcher Weise die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch während freiheitsentziehender Maßnahmen gewährleistet werden soll.*

Alle Maßnahmen der Freiheitsentziehung sind hinsichtlich ihrer Anordnung, des Anordnungsgrundes, der Dauer, ihrer personellen Begleitung und der zur Beendigung führenden Gründe zu dokumentieren. Bei Besuchen durch die für die Aufsicht zuständigen Stellen oder ggf. durch eine Besuchskommission des Landes Berlin sind diese Dokumentationsunterlagen auf Nachfrage vorzulegen. Dem zuständigen Fachbereich der Senatsverwaltung ist auf Nachfrage in kumulierter Form Bericht zu erstatten.“

„Bei leistungsberechtigten Personen, bei denen ein Beschluss eines Betreuungsgerichtes zur Unterbringung und Freiheitsentziehung nach § 1906 BGB vorliegt, sind folgende Bedingungen zu gewährleisten:

- Der vorhandene Behandlungs- und Rehabilitationsplan wird geprüft und bei Bedarf angepasst.*
- Das zuständige Steuerungsgremium ist zu informieren.*
- Auf eine enge Abstimmung mit dem rechtlichen Betreuer der untergebrachten leistungsberechtigten Person insbesondere mit Blick auf die Beendigung der Unterbringung ist hinzuwirken.*
- Auf externe Beschwerdemöglichkeiten sind die untergebrachten Leistungsberechtigten hinzuweisen, der Zugang zu Kommunikationsmitteln, die für die Abgabe einer Beschwerde erforderlich sind, ist zu gewährleisten.“*

(zitiert aus:“ Leistungsbeschreibung für therapeutische betreute Heime für seelisch Behinderte Stand April 2015“ <https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/vertraege/sgb-xii/kommission-75/berliner-rahmenvertrag/anlage-1/>, Abruf 03.07.2019).

Damit haben die Vereinbarungspartnerinnen und -partner im Land Berlin mit dem Prinzip der „eingestreuten Plätze“ zum einen den Weg geöffnet, dass entsprechende Angebote gemäß den vielfach geäußerten Forderungen geschaffen werden können, zugleich aber über die rahmenvertraglichen Regelungen verhindert, dass Angebote zur freiheitsentziehenden Unterbringung ohne Vereinbarung mit dem Land Berlin bzw. der ausdrücklichen Genehmigung eines entsprechenden Konzepts entstehen können. Damit wurde verhindert, dass ein ungeregelter Markt von Angeboten ohne ausreichende Transparenz entsteht.

Für die Zukunft über das Jahr 2019 hinaus wurden diese Regelungen in modifizierter Form in den neuen Berliner Rahmenvertrag mit Geltung ab 01.01.2020 übernommen (Zitate aus: Berliner Rahmenvertrag gemäß § 131 Abs. 1 SGB IX für Leistungen der Eingliederungshilfe (- BRV -) vom 05.06.2019, Anlage 4 Assistenz):

„Soweit Leistungen für Menschen erbracht werden, für die nach BGB §1906 ein Unterbringungsbeschluss vorliegt, sind spezifische Aussagen erforderlich

- a. an welchen Standorten und in welchen Räumen die freiheitsentziehenden Unterbringungen durchgeführt werden,*
- b. mit welchen Mitteln und Methoden Freiheitsentziehungen oder Freiheitsbeschränkungen durchgeführt werden können, ohne dass andere Mitbewohner und Mitbewohnerinnen in ihren Freiheitsrechten beeinträchtigt werden*

- c. *wie die tägliche Begleitung des untergebrachten Leistungsberechtigten sowie die Teilnahme an Sport und Bewegung möglich gemacht werden*
- d. *in welcher Weise die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch während freiheitsentziehender Maßnahmen gewährleistet werden soll“ (Anlage 4 Teil 2 Qualität § 12 Strukturqualität).*

„Unterstützungsleistungen für Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB werden inklusiv erbracht; d.h. heißt an einem Standort vom Leistungserbringer betreuten Menschen leben höchstens 10 % der Gesamtzahl leistungsberechtigter Personen, aber nicht mehr als 7 Personen mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB. Leistungserbringer, die Personen mit einem Unterbringungsbeschluss nach §1906 BGB betreuen, gründen auf Bezirksebene einen externen Fachbeirat, der sich aus geeigneten Personen mit Erfahrungen / Kenntnissen im psychiatrischen Hilfesystem zusammensetzt. Der zuständige Psychiatriekoordinator des Bezirks, in dem der Leistungserbringer / der Dienst arbeitet, ist einzuladen. Zusätzliche Experten zum Beispiel mit betreuungsrechtlichem Sachverstand können einbezogen werden. Alle Einzelfälle mit Unterbringungsbeschluss werden vorgestellt und erörtert. Der Beirat berät den Leistungserbringer bezüglich der Durchführung der Unterbringung beziehungsweise des Freiheitsentzuges. Insbesondere geht es dabei auch um die Abstimmung von Maßnahmen, die geeignet sind, Unterbringungen oder Freiheitsentziehungen zu beenden. In Abstimmung mit dem Leistungserbringer kann das bezirkliche Steuerungsgremium oder Teile davon die Funktion des Fachbeirates übernehmen“ (Anlage 4 Teil 2 Qualität, § 13 Prozessqualität, 1. Kooperation und Vernetzung).

2. Die Projektentwicklung

Auch um die nun möglichen neuen Angebote zu flankieren, wurde im Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V., eine Projektgruppe gebildet, die sich mit der Vermeidung von geschlossener Unterbringung in Heimen innerhalb und außerhalb Berlins beschäftigte.

Nach Beratungen in der Projektgruppe und mit anderen Akteuren aus allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung (u.a. Klinikvertretende, Selbsthilfeverbänden von Menschen mit eigener persönlicher Erfahrung, Landesverband der Angehörigen, Psychiatriekoordinatoren, Sozialpsychiatrische Dienste, Betreuungsrichter) wurde ein Angebot zu bezirksübergreifenden Beratung von Menschen geschaffen, bei denen die Frage einer freiheitsentziehenden Unterbringung im Raum steht.

Dazu wurde zur Vorbereitung und Organisation ein Organisationsteam geschaffen. Dieses Team nimmt die Anfragen entgegen, trifft alle Vorklärunen und organisiert die Beratungssitzung der Expert*innenrunde. Aus dem Organisationsteam nehmen auch Beteiligte an den Beratungen teil. Die Moderation der Sitzung wird aus dem Organisationsteam geleistet.

Die Expert*innenrunde soll möglichst viele verschiedene Perspektiven zusammenführen. Es sollen die Sicht aus dem Behandlungsbereich ebenso vertreten sein, wie die Sicht von Leistungserbringenden, Kostenträgerinnen und -träger, Psychiatriekoordinationen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Angehörigen und Peers zusammengeführt werden.

Auch verschiedene berufliche Hintergründe (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen,

Sozialarbeitende, Pflegende, Mitarbeitende aus anderen therapeutischen Berufsgruppen, Mitarbeitende aus Verwaltungen) sollen in der Expertenberatung repräsentiert werden.

Für jede Beratung wird die Expertenrunde neu zusammengesetzt, um sicherzustellen, dass im Kreis der Expertinnen und Experten möglichst nicht diejenigen zusammentreffen, die in dem Herkunftsbezirk des Menschen, um den es geht, tätig sind und die Person und die Situation bereits kennen.

Das Grundprinzip des „Runden Tisches § 1906 BGB“ ist, Experten- und Erfahrungswissen aus allen Bereichen Berlins zusammenzuführen, um einen neuen Blick auf die Person und die Situation mit anderen Erfahrungshintergründen zu ermöglichen. Dies beruht auf der Erkenntnis, dass nicht nur einzelne Einrichtungen oder Leistungserbringende, sondern auch ganze Systeme von Akteuren in einen Zustand von Hilflosigkeit oder Ratlosigkeit geraten und Ausgrenzungsstrategien entwickeln können.

Ein Blick von „außen“, der erfahrungsbasiert, akzeptierend, solidarisch und in der Haltung einer gemeinsamen Suchbewegung gestaltet sein muss, kann ggf. zur Unterstützung und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen beitragen.

3. Grundprinzipien des „Runden Tisches § 1906 BGB“

Daher waren für die Entwicklung des „Runden Tisches § 1906 BGB“ einige Grundprinzipien zu entwickeln:

- Die Moderation muss eine klare Struktur haben, um einen angemessenen Umgang mit den Vorstellenden zu finden und der den Akteuren üblicherweise innewohnenden Haltung der persönlichen „Deutungshoheit“ entgegenzuwirken. Nicht das bessere Wissen oder Können der einzelnen Expertinnen und Experten ist gefragt, sondern die gemeinsame solidarische Suche nach möglichen Lösungswegen, die ggf. auch abseits gewohnter und etablierter Leistungsplanung liegen können.
- Es ist sicher zu stellen, dass die Menschen, deren Situation beraten wird, von diesem Beratungsprozess wissen. Daher ist eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.
- Der „Runde Tisch“ stellt keine Alternative zur in Berlin üblichen und gesetzlich wie auch vertraglich vereinbarten bezirklichen Versorgungsverpflichtung dar. Er soll nicht dazu genutzt werden können, bezirkliche Strukturen, die einzelnen Akteuren unangenehm sein mögen, umgehen zu können. Daher muss sichergestellt werden, dass die Person und die Situation, die beraten werden soll, im zuständigen Bezirk hinreichend bekannt ist und dort keine anderen Unterstützungsmöglichkeiten mehr gesehen werden, als die einer freiheitsentziehenden Unterbringung.
- Die Expertinnen- und Expertenrunde wird für jede Beratung neu zusammengestellt, um möglich zu machen, dass alle relevanten Sichtweisen und Erfahrungshintergründe repräsentiert sind und um zu gewährleisten, dass nicht

schon involvierte Akteure als Expertinnen und Experten an der Beratung teilnehmen.

- Als Termin wurde grundsätzlich ein Mittwoch in der Zeit von 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr festgelegt, um den Expertinnen und Experten die Planung zu erleichtern.

Nach der Etablierung dieser Prinzipien wurde ein Flyer erstellt und das Projekt berlinweit bekannt gemacht. Im Juni 2017 fand die erste Beratung statt. In die Auswertung im Frühjahr 2019 fanden 14 Beratungen Eingang. Die Auswertung wurde sowohl dem Landesbeauftragten für Psychiatrie, als auch im Kreis der Psychiatrie- und Suchthilfekordinierenden vorgestellt. Ferner fand ein Auswertungsgespräch mit den Expertinnen und Experten statt, die alle eingeladen waren, aber nur zu einem Teil der Einladung folgten.

4. Zwischenauswertung des Pilotprojekts

Tabellarische Ergebnisübersicht von 14 bis zum Auswertungszeitpunkt durchgeführten Beratungen:

Tab. 1 Beteiligung der Bezirke von Berlin

Bezirk	Anfrage	Zuständigkeit
Mitte	2	1
Friedrichshain-Kreuzberg	0	0
Pankow	2	2
Charlottenburg-Wilmersdorf	1	1
Spandau	3	2
Steglitz-Zehlendorf	1	1
Tempelhof-Schöneberg	0	2
Neukölln	1	2
Treptow-Köpenick	0	0
Marzahn-Hellersdorf	2	1
Lichtenberg	0	0
Reinickendorf	2	2

Tab. 2 Zusammensetzung der Expertinnen- und Expertengruppen nach beruflicher Institution

Betreutes Wohnen	9
Sozialpsychiatrischer Dienst	13
Fallmanagement	10
Psychiatriekoordination	6
Klinik	4
Psychiatrie-Erfahrene	6
Angehörige	7
Organisationsteam	36
Niedergelassener Arzt	2

Tab. 3: Zusammensetzung der Expertinnen- und Expertengruppe nach Berufsgruppe

Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter	37
Psychologin/Psychologe	16
Ärztin/Arzt	7
Fallmanagement	10
Psychiatriekoordination	6
Psychiatrie-Erfahrene	6
Angehörige	7
Pflege	1
Ergotherapeutin/Ergotherapeut	1
Niedergelassene Ärztin/Arzt	2

Tab. 4 Fachliche Übersicht der Beratungen:

Nr.	M/W	Alter	Fragestellung	Beratungs-empfehlung	Bemerkung	Rückmeldung nach Beratung
1	Frau	k.A.	Alternativlosigkeit und Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Einrichtungswechsel	Einrichtungswechsel
2	Mann	34	Perspektive nach Auslauf der ges. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
3	Mann	26	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Einrichtungswechsel	Einrichtungs- und Bezirkswechsel
4	Frau	52	Perspektive nach Auslauf der geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Alternativen zu EGH	keine geschl. Unterbringung
5	Mann	66	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	MRV
6	Frau	49	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
7	Mann	63	Alternativlosigkeit	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
8	Mann	39	Alternativlosigkeit	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	Situation unverändert
9	Frau	k.A.	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	HK und diverse Empfehlungen	Helferkonferenz

Nr.	M/W	Alter	Fragestellung	Beratungs-empfehlung	Bemerkung	Rückmeldung nach Beratung
10	Mann	61	Alternativlosigkeit	keine geschl. Unterbringung	Diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
11	Frau	62	Alternativlosigkeit	keine geschl. Unterbringung	HK und diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
12	Frau	27	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	HK und diverse Empfehlungen	keine Rückmeldung
13	Frau	29	Vermeidung geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Einrichtungswechsel und diverse Empfehlungen	Einrichtungswechsel
14	Mann	k.A.	Perspektive nach Auslauf der geschl. Unterbringung	keine geschl. Unterbringung	Einrichtungswechsel, stationäre Pflegeeinrichtung	keine Rückmeldung

5. Fachliche Erkenntnisse

- Die Gespräche über die tabellarische Ergebnisübersicht führten zu folgenden Bewertungen und Erkenntnissen:
- Der Runde Tisch ist grundsätzlich geeignet, interdisziplinäre Fallberatung für Menschen in besonderen Situationen durchzuführen. Es gab Rückmeldungen, dass die Beratung als hilfreich erlebt wurde. Vorschläge des Runden Tisches wurden in tatsächliches Handeln umgesetzt.
- Nicht in einem einzigen Fall wurde in der Beratung eine freiheitsentziehende Unterbringung als eine hilfreiche oder notwendige Lösung bewertet. Es wurden zum Teil konkrete Vorschläge für andere Leistungen entwickelt, zum Teil wurde die intensive Auseinandersetzung der beteiligten Akteure zu bestimmten Aspekten der Person und ihrer Situation angeregt.
- Auch das Ergebnis, dass die Beratung des Runden Tisches keine neuen Erkenntnisse befördern konnte, konnte als hilfreich wahrgenommen werden. Die

Bestätigung, dass auch diese Runde keine „bessere“ Leistung finden konnte, trug vereinzelt zur Entaktualisierung bei und beförderte die Erkenntnis, dass manche Situationen so ausgehalten werden müssen, wie sie sind.

- Nicht alle Beratungen wurden als hilfreich erlebt. Es zeigte sich, dass die Qualität der Beratungen von verschiedenen Faktoren abhängig ist.
- Eine strukturierte Moderation ist von herausragender Bedeutung. Sie muss zu Beginn das Vorgehen und das Ziel der Beratung klären, sie muss sicherstellen, dass weder Tribunale noch Vorträge über „richtiges“ oder „falsches“ Handeln stattfinden dürfen und sie muss klären, wer die Anregung zur Beratung gegeben hat und ob die Vorstellenden mit den Anregenden gleiche oder unterschiedliche Anliegen verfolgen.
- Es zeigte sich, dass die konzeptionelle Vorgabe zur Moderation angepasst werden musste, wenn die Betroffenen dabei waren. Dabei war es eine wichtige Erfahrung, dass die Beratungen auch sinnvoll sein können, wenn die Personen, deren Lebenssituation beraten werden soll, selbst zumindest zeitweise anwesend sind.
- Die Expertenrunde muss eine gewisse Mindestgröße erreichen, um mögliche Dominanzen Einzelner zu vermeiden.
- Wichtig ist am Ende der Besprechung die Rückfrage an die Vorstellenden und mögliche involvierte Anwesende, wie sie die Beratung erlebt haben. Diese Rückfrage soll auch schon zu Beginn angekündigt werden, um damit von Beginn an einen konstruktiven Beratungsprozess zu befördern.
- Die Grundhaltung, keine kann es am besten wissen, muss bei allen Expertinnen und Experten vorhanden sein. Es muss eine gemeinsame Suchbewegung entstehen.

6. Organisatorische Erkenntnisse

- Die Zusammenführung der einzelnen Beratungsrunden stellt einen hohen Organisationsaufwand dar, da nicht immer alle Expertinnen und Experten tatsächliche zur Verfügung standen und es gelegentlich kurzfristige Absagen gab.
- Nicht alle Berufsgruppen waren gleichermaßen vertreten. Es bedarf mehr Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen und Einrichtungen, die an der Beratung teilnehmen. Zwar waren immerhin bei 7 Beratungen Ärztinnen und Ärzte beteiligt, aber eben auch nur bei der Hälfte der Beratungen. Noch auffallender ist der Mangel an Pflegekräften. Auch die institutionelle Breite der Zusammensetzung konnte nicht immer in gewünschter Form erreicht werden. Insbesondere Mitarbeitende von Kliniken waren eher selten zur Teilnahme zu gewinnen.
- Dabei zeigt sich, dass das Expertenpanel nicht ausreichend breit und zahlreich genug besetzt ist. Hier ist eine Ergänzung erforderlich.
- Dazu ist auch erforderlich, eine hinreichende Bereitschaft zu entwickeln, an wenigstens drei oder vier Beratungen im Jahr teilzunehmen, um sicher zu stellen, dass die Organisierenden nicht übermäßig viel Zeit dafür aufwenden müssen.

- Eine klarere Dokumentation muss erarbeitet werden, die sich an den noch weiter zu entwickelnden Zielen des Projekts orientieren muss.
- Es bedarf einer grundsätzlichen Ausrichtung, wer beraten werden soll. Wenn die Adressaten die Akteure des Hilfesystems sind, ergeben sich andere Beratungskontexte und Dokumentationsanliegen, als wenn sich der „Runde Tisch § 1906 BGB“ als Instrument zur Beratung von rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern oder der Betreuungsgerichte etablieren will.

7. Perspektive

Als Perspektive ist beabsichtigt, die Organisation zu verbessern, in dem eine Mitarbeitende einer Organisation mit einem Stundenkontingent für diese Aufgabe freigestellt wird. Dazu wird eine finanzielle Förderung angestrebt.

Wenn die Voraussetzungen für eine regelhafte Durchführung der Beratungen vorliegen, wird die Projektgruppe gemeinsam mit den Akteuren im Berliner Hilfesystem die weitere Zielrichtung des Projekts beraten und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit durchführen.

Projekt: Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

Hier: Skizze des Schwerpunktes im GPV Ennepe-Ruhr-Kreis „Behandlungsvereinbarungen“

Im GPV des Ennepe-Ruhr-Kreises haben sich zusammengeschlossen:

- die beiden Kliniken im Kreisgebiet, die sich die Pflichtversorgung teilen, mit den Bereichen Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz
- die zusätzliche Tagesklinik im Südkreis mit deren Institutsambulanz
- alle psychiatrischen Wohnheime im Kreisgebiet
- alle großen Anbietende des Betreuten Wohnens für psychisch Behinderte
- die 3 sektoriert arbeitenden Tagesstätten
- die 3 sektoriert arbeitenden Kontaktstellen
- die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen
- die 3 Selbsthilfekontaktstellen
- die 3 sektoriert arbeitenden Teams des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- die Psychiatriekoordination des Kreises

Mit dem NeuroNetzwerk der niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte konnte eine entsprechende Kooperation vereinbart werden.

Strukturell wird der GPV durch einen Sprecherrat vertreten.

Dem geschäftsführenden Sprecherrat gehören die Chefärztin der psychiatrischen Versorgungsklinik in Herdecke, der Geschäftsführer des größten Anbieters im Kreis für BeWo, Tagesstätte und Kontaktstellen und der Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes an.

Dazu kommen im Sprecherrat noch der Chefarzt der anderen Versorgungsklinik in Hattingen, die Geschäftsführerin des Paritätischen, der Geschäftsführer von „Bethel vor Ort“ (Wohnheime und BeWo), die Leiterin der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, die Psychiatriekoordinatorin und eine Vertreterin der Psychiatrieerfahrenen und ein Angehörigenvertreter.

Behandlungsvereinbarungen haben sich in Einzelfällen als wichtiges Mittel erwiesen, in Krisensituationen entsprechend der gemeinsam vereinbarten Strategie zu handeln und so Zwang zu vermeiden.

Überwiegend sind bisher nur Behandlungsermächtigungen zwischen einer Klinik und den Betroffenen bekannt. Gerade in der klinischen Akutsituation sind aber viele Betroffenen noch nicht in der Lage oder willens, sich mit dem Vorbeugen für spätere mögliche Krisen zu beschäftigen. Daher werden noch viel zu wenige Behandlungsvereinbarungen

geschlossen. Außerdem würden sie nur für diese eine Klinik gelten, nicht für ggf. andere im Kreis- oder Stadtgebiet.

Im Ennepe-Ruhr-Kreis wurde stattdessen eine gemeinsame Behandlungsvereinbarung entwickelt, die für alle GPV-Mitglieder gilt, also für die beiden Versorgungskliniken im Kreis, die 3 Tageskliniken im Kreis und alle ambulanten Angebote mit Versorgungsverpflichtung.

Sie kann auch nicht nur in den Kliniken, sondern auch im ambulanten Bereich mit den Betroffenen vereinbart werden, also z.B. im Sozialpsychiatrischen Dienst, bei den Fachdiensten Betreutes Wohnen, in Tagesstätten, in Kontaktstellen, in der Werkstatt, usw. So können wesentlich besser die länger Betreuten angesprochen werden als während der Klinikaufenthalte.

Eine weitere Besonderheit ist, dass die Vereinbarung auch regelt, welche ambulanten Hilfen im Krisenfall möglichst eine stationäre Unterbringung verhindern können. Gerne würden wir diese Form weiter verbreiten. Es entstehen aber durch diese Öffnung natürlich deutlich mehr Schnitt-/ Nahtstellen. Ziel war es, erfolgreiche Strukturen dazu aufzubauen, die auch übertragbar auf andere Regionen wären.

Interessante Fragestellungen aus unserer Sicht waren:

- Wie kann sichergestellt werden, dass alle Kliniken über das Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung informiert sind, und diese auch in der Aufnahmesituation z.B. in der Nacht oder am Wochenende berücksichtigt wird. Die Betroffenen selbst werden die Vereinbarung in der Krise ja eher nicht dabei haben, manchmal nicht mal darauf hinweisen. Also muss der Transfer vorher erfolgen. Hilft ein „Krisenpass“ im Scheckkartenformat mit Hinweis auf das Vorliegen?
- Wie ist eine Einbeziehung der Ordnungsämter möglich, denen sonst die sofortige Unterbringung nach PsychKG obliegt? Auch sie müssen ja über mögliche Alternativlösungen zur Vermeidung von Zwang informiert sein.
- Wie kann die Einbindung der rechtlichen Betreuenden erfolgen? Nach unserer Meinung soll dieses Instrument nicht nur den Zwang bei PsychKG-Unterbringungen, sondern auch bei Unterbringungen nach BGB möglichst vermeiden oder reduzieren.
- Wie gelingt die Einbeziehung der niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte und Institutsambulanzen beim Versuch der Vermeidung der Unterbringung im erneuten Krisenfall. Auch sie müssten zu zeitnahe handeln unabhängig von den üblichen Praxisstrukturen bereit sein.

Erfahrungen bei der Einführung:

Es gab zunächst nur in wenigen Einzelfällen Erfahrungen mit dem Instrument der Behandlungsvereinbarung.

Erste Aufgabe war, dieses Instrument überhaupt bekannt zu machen und für eine Verbreiterung der Nutzung zu werben. Die vorherige Erfahrung in den Kliniken war auch eher, dass Betroffene nach Abklingen der Akutsymptomatik sich nicht mit potenziellen zukünftigen Krisen gedanklich beschäftigen wollten, sondern eher auf baldige Entlassung aus der Klinik drängten.

Von daher wurde die Idee einer übergreifenden Behandlungsvereinbarung, die auch im ambulanten Bereich vorbereitet und erstellt werden kann, von allen Seiten positiv aufgenommen.

Auch der Vorschlag, nicht nur einen möglichen Klinikaufenthalt, sondern auch ambulante Hilfen im Vorfeld gemeinsam mit den Betroffenen abzustimmen - um eine Klinikaufnahme insbesondere unter Zwangsbedingungen möglichst zu vermeiden - fand überall Zustimmung.

Ein erster Entwurf für eine kreisweite Behandlungsvereinbarung wurde erstellt und im Gemeindepsychiatrischen Verbund unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen diskutiert. Das Grundmodell fand große Zustimmung, der erste Umfang mit fast 20 Seiten wirkte aber nicht niedrigschwellig für Betroffenen sondern eher erschlagend.

Daher wurde die Vereinbarung auf die Hälfte verschlankt und fand so eine deutlich größere Akzeptanz. Das Angebot eines Psychiatrieerfahrenen, den Inhalt so beizubehalten, aber das Layout freundlicher zu gestalten, konnte wegen einer erneuten Erkrankung bei diesem Betroffenen leider noch nicht umgesetzt werden.

Das Muster der Behandlungsvereinbarung wurde an den unterschiedlichen Bausteinen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes erprobt und erwies sich überall als praxistauglich. So wurde sie verbindlich für den gesamten GPV verabschiedet.

Es bestätigte sich die Annahme, dass die Schwelle bei Betroffenen zum Erstellen im ambulanten Bereich niedriger ist als im stationären Bereich. Auch konnten teilweise Krisen im ambulanten Bereich mit Hilfe der Vereinbarung abgefangen werden, ohne dass es zu Krankenhausaufnahmen kommen musste.

Für Betroffene war die Haltung wichtig, dass das Erstellen auf Augenhöhe stattfindet, und sie selber als „Expertinnen und Experten“ in der eigenen Krisenbewältigung angesprochen wurden. In der Vergangenheit hatten sie sich in Krisensituationen eher als Objekt einer Maschinerie erlebt, in der sie kaum bis gar keine Einflussmöglichkeiten hatten. Die andere Haltung trägt unseres Erachtens nach sehr zu größerer Verantwortung und Selbstwirksamkeit bei.

Bei langjährigen Begleitungen im ambulanten Bereich bestand manchmal die Überzeugung der Helfenden, dass sie sowieso wüssten, welche Krisenwarnzeichen bei den Betroffenen bestünden, was dann eher helfen bzw. eher schaden würde, was die Betroffenen sich wünschen würden. Die gemeinsame Bearbeitung der Behandlungsvereinbarung führt teilweise zu Überraschungen und zeigte Hilfsmöglichkeiten auf, die den Begleitenden zuvor nicht bekannt waren.

Eine Gruppe, bei der ähnliche Überzeugungen vorlagen war die der rechtlichen Betreuenden. Daher sind gerade für diese mehrere große Informationsveranstaltungen, teils im ganzen Kreisgebiet, teils in den einzelnen Versorgungsregionen zur Behandlungsvereinbarung gemacht worden. Das Echo war hier heterogen zwischen „Der Bogen ist eine wesentliche Bereicherung und ich setze ihn ganz oder in Teilbereichen ein“ über „Ich kenne eh die Wünsche meines Betreuten und bemühe mich danach zu handeln“ bis zu „Als rechtlicher Betreuer insbesondere mit den Bereichen „Gesundheitsfürsorge“ und „Aufenthaltsbestimmungsrecht“ entscheide ich eh über alle Maßnahmen und ggf. über Zwang und muss das weder mit den Betreuten noch mit sonst jemandem abstimmen“.

Wie vorher erwartet führte unsere Form der kreisweiten Behandlungsvereinbarung zu Schnittstellenproblemen. Sehr unglücklich war das Beispiel einer Betroffenen, mit der die entsprechende Behandlungsvereinbarung erstellt wurde, diese auch in der Klinik vorlag - aber der Aufnahmearzt bei einer nächtlichen Krise nicht daran gedacht hatte, ob eine Behandlungsvereinbarung vorlag, und entsprechend nicht nach den abgesprochenen Wünschen handelte.

Wichtig ist es, dieses Instrument auf allen Ebenen immer wieder präsent zu halten und auch in den Kliniken organisatorische Sicherheiten einzubauen, z.B. bei Eingabe der Daten in den PC ploppt sofort ein Feld auf, das eine Behandlungsvereinbarung vorliegt, und zeigt den Inhalt bzw. den Ort, wo sie vorliegt.

Positiver als zuvor gedacht gestaltete sich die Einbeziehung der nicht primär psychiatrischen Dienste, die am möglichen Unterbringungsgeschehen beteiligt sind: Ordnungsämter, Polizei, Feuerwehr. Hier wurden ebenfalls Informationsveranstaltungen durchgeführt und es gab großes Interesse an diesem Thema. Das Ordnungsamt möchte gern bereits bei einer möglichen Zuführung wissen, ob und mit welchem Inhalt eine Behandlungsvereinbarung vorliegt, um entsprechen darauf Rücksicht nehmen zu können, z.B. die gewünschten Bezugspersonen für die Begleitung hinzuziehen zu können. Ähnliches wurde von der Polizei und den Rettungsdiensten geäußert.

Das geht natürlich gut, wenn die Betroffenen in der Krise sagen können, dass eine Behandlungsvereinbarung vorliegt und sie vorlegen können. Was ist aber, wenn sie das gerade in der Krisensituation nicht mehr sagen können.

Wir haben uns bemüht, dafür bei der Kreisverwaltung einen sicheren Server einzurichten, auf den all diese Dienste im Notfall zurückgreifen können, zum einen um sofort zu erfahren, ob eine Behandlungsvereinbarung vorliegt, um die Betroffenen darauf

ansprechen zu können, zum anderen sollten die Behandlungsvereinbarungen mit Entbindung von der Schweigepflicht durch die Betroffenen auch hier direkt elektronisch hinterlegt werden können.

Im Rahmen der neuen Datenschutzverordnung mussten wir diese Idee aber als nicht mehr umsetzbar verwerfen und haben nach Alternativen gesucht.

Entschieden haben wir uns für einen Krisenpass im Scheckkartenformat, der in der Geldbörse gemeinsam mit der Krankenkassenkarte aufbewahrt werden kann. Neben der Tatsache, dass und wo eine Behandlungsvereinbarung vorliegt, sind hier Angaben zu Vertrauensperson, behandelnder Ärztin/behandelndem Arzt, Medikation, ggf. Ort des Wohnungsschlüssels und bei Krankenhausbehandlung zu regelnden Angelegenheiten möglich. Kurz ist auch eine Rubrik, was in Krisen hilfreich ist - und was Krisen in der Regel verschlechtert.

Insgesamt hat sich die Kooperation zu den Ordnungsämtern, zur Polizei und zu den Rettungsdiensten deutlich verbessert. So führen wir inzwischen jeweils halbjährige Treffen mit diesen Institutionen, den beiden Versorgungskliniken, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den Amtsrichterinnen und -richter und der Betreuungsstelle durch. Die jeweiligen Arbeitsprinzipien wurden viel klarer, Schnittstellenprobleme können angesprochen und gelöst werden, teils kommt es zu gemeinsamen Fallbesprechungen - falls keine Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt auch anonym möglich. Einzelne „Netzprüfende“ sind auch über diesen Weg z.B. vom Ordnungsamt in die Hilfeplankonferenz eingebracht worden und in adäquatere psychiatrische Hilfe im GPV überführt worden. Diese Übernahme gelang auch nur über die freiwillige Versorgungsverpflichtung im GPV, bei der jeder bereit sein muss auch über das Tätigkeitsfeld, für das er eigentlich zuständig ist, im Einzelfall hinauszugehen.

Für 2019 hat der Sprecherrat im GPV das Thema „Behandlungsvereinbarung“ nochmal zum Schwerpunktthema gemacht:

Der Krisenpass geht in Druck und soll verbreitet werden, möglichst als Kurzfassung der erstellten Behandlungsvereinbarung mit Hinweis, wo die Behandlungsvereinbarung vorliegt. Er wäre aber auch im Einzelfall für Betroffene nutzbar, die sich zum Ausfüllen der gesamten Vereinbarung noch nicht motivieren lassen.

Daneben wurde in Kooperation mit einem EX-IN Genesungsbegleiter ein Flyer erstellt, der zur Zeit mit allen GPV-Mitgliedern in der Abstimmung ist. Er soll nach Verabschiedung in allen Einrichtungen des GPV ausliegen und zu diesem Thema sensibilisieren. Auch soll er auf den jeweiligen Homepages der GPV-Mitglieder eingestellt werden und im Selbsthilfespiegel der 3 im Kreis vertretenen Kontaktstellen für die Selbsthilfe, die jeweils auch GPV-Mitglied sind.

An die Behandlungsvereinbarungen und die Materialien soll erneut durch Vorträge im Kreis der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer, der Anbietenden Betreuten Wohnens, der Selbsthilfegruppen, ggf. auch in den Psychoseseminaren erinnert werden.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst ist die Behandlungsvereinbarung für 2019 für die meisten Mitarbeitende als Schwerpunktziel in der Leistungsorientierten Bezahlung vereinbart, dabei geht es um die Auseinandersetzung mit den Inhalten der Behandlungsvereinbarung, die Erarbeitung von weiteren Behandlungsvereinbarungen mit Betroffenen und insbesondere um die Auswertung der Schnittstellen.

Es ist Ziel, eine Pressemitteilung zum Thema Behandlungsvereinbarung zu erstellen, um auch die Bevölkerung zu erreichen und über diese Möglichkeit zu informieren, die bislang noch keinen Kontakt zu den Einrichtungen des GPV hat. Auch soll in der Presse geworben werden, dass auch Interessierte, die bislang nicht Klientinnen oder Klienten im SpDi oder in den anderen Einrichtungen des GPV sind, sich an den SpDi wenden können und von diesem beim Erstellen der Behandlungsvereinbarung unterstützt werden - auch wenn sie nicht zur eigentlichen Kernklientel des Dienstes gehören.

Die breiter angelegte Behandlungsvereinbarung ist auch mit einem Vortrag bei den „Sozialpsychiatrischen Fachgesprächen“ der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW vorgestellt worden. Gerade die Möglichkeit, die Vereinbarung zunächst auch unabhängig von der Klinik entwickeln zu können, und der Einbezug von Absprachen, eine stationäre Unterbringung möglichst im Vorfeld noch vermeiden zu können, waren wichtige Diskussionspunkte. Einzelne Kommunen haben sich später auch noch mit Fragen hierzu gewendet bzw. haben um Übersendung der Bögen gebeten um diese als Grundlage für eine mögliche Einführung auch in der eigenen Region zu nutzen.

Fazit:

Behandlungsvereinbarungen sind gute Instrumente, um im Einzelfall Zwang zu vermeiden oder zumindest zu minimieren, indem auf mildere Mittel zurückgegriffen werden kann. Auch bieten sie in Krisensituationen die Möglichkeit Betroffene auf das zu verpflichten, was sie in guten Zeiten gewollt und unterschrieben haben. Dies ist eine deutlich höhere Verbindlichkeit als nur mündliche Absprachen.

Die hiesige Form mit Möglichkeiten, überall im GPV an die Behandlungsvereinbarung anzudocken, senkt die Schwellen für die Nutzung. Auch wird positiv empfunden, dass nicht nur eine Möglichkeit der Klinikbehandlung vereinbart wird, sondern mindestens ebenso wichtig die ambulante Krisenverminderung ist. Diese Form bietet auch die Möglichkeit Absprachen für eine mögliche Nachsorge nach stationärer Behandlung verbindlich zu vereinbaren, da das übliche Entlass - Management für psychische Erkrankungen so in der Regel nicht passt.

Für die Betroffenen ist diese Form der Vereinbarung auf Augenhöhe ein gutes Modell in Bezug auf Verantwortungsübernahme und Empowerment.

Für die Profis kommt es zur Sicht der Betroffenen als Verhandlungspartnerinnen und -

partner, mit denen gleichberechtigt manchmal Kompromisse gesucht und gefunden werden und zum Entdecken von Coping-Strategien bei den Betroffenen, die manchmal zuvor unbekannt waren.

Trotz dieser positiven Effekte sind Behandlungsvereinbarungen aber noch keine Selbstverständlichkeit und auch in diesem niedrigrschwelligem Setting bei vielen Betroffenen (noch) nicht umsetzbar. Weitere Aufklärungsarbeit ist von Nöten.

Und diese Form benötigt „Kümmernde“, die für diese Vereinbarung immer wieder werben. Durch großen Zeitmangel beim Initiator und das Ausscheiden zweier wichtiger Mitstreiterinnen kam es zwischenzeitig eher zum Stillstand in der weiteren Implementation und Verbreiterung - es ist noch kein Selbstläufer!

Als sinnvoll angesehen wird auch, wenn in jeder der Versorgungskliniken jeweils eine konstante Verantwortliche/ein konstanter Verantwortliche hier als „Kümmernde“ Hauptansprechpartnerin/-partner ist und die neuen Assistenzärztinnen/-ärzte immer wieder in die Behandlungsvereinbarung und die Grundhaltung einführt und anleitet.

Jörg Kalthoff

Behandlungsvereinbarung

Erklärungen und Absprachen für den Fall einer Behandlung zwischen

Frau / Herrn

(ambulanter Dienst)

(psychiatrisches Krankenhaus)

Vorwort

Wir möchten mit diesen Absprachen die Erfahrung der Psychiatrie-Erfahrenen nutzen, um in Krisensituationen adäquater zu helfen. Psychiatrie-Erfahrene möchten zunehmend, dass ihre Erfahrungen mit ihren Krisen beachtet und im Rahmen einer zukünftigen Behandlung genutzt und umgesetzt werden.

Diese Behandlungsabsprachen dienen der **gegenseitigen Vertrauensbildung**. Sie enthalten wichtige Hinweise für eine individuell angemessene Behandlung. Die getroffenen Absprachen bilden keinen rechtlich einklagbaren Vertrag.

Diese Absprachen und Erklärungen haben für Psychiatrie-Erfahrene den Vorteil, sich im Vorfeld mit ihrer sozialen Situation (Umfeld, Gründe für die Entstehung von Krisen usw.) auseinander zu setzen.

Die Helferinnen und Helfer verpflichten sich:

- für die Einhaltung der Absprachen konkret Sorge zu tragen, auch bei einer Unterbringung im Rahmen des PsychKG oder des Betreuungsgesetzes.
- auf der Grundlage der Dokumentation über ihr Vorgehen Rechenschaft abzulegen - insbesondere für den Fall, in dem sie sich nicht an die Absprachen halten konnten.

Von den Absprachen in der Klinik darf nicht abgewichen werden, wenn nicht zuvor die/der zuständige Oberärztin / Oberarzt bzw. der ärztliche Hintergrunddienst eingeschaltet wurde und zugestimmt hat. Wenn im Einzelfall von den Behandlungsabsprachen abgewichen wurde, ist dies ausführlich zu begründen und mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen, wenn diese/r es wünscht.

Das Vorwort ist Bestandteil der nachfolgenden Absprachen.

Meine Ärztinnen/Ärzte sind:

Hausärztin/-arzt:

Psychiaterin/Psychiater:

b) Medikamente

Ich nehme zum Zeitpunkt der Vereinbarung folgende Medikamente: 1.

1.

2.

3.

In der Krise waren bisher folgende Medikamente hilfreich:

Nicht geholfen haben

Ich lehne die Einnahme folgender Medikamente ab:

Bei der Medikamenteneinnahme bevorzuge ich folgendes:

Tabletten/Dragees Tropfen

Spritzen Depot

Besondere Vereinbarungen für die medikamentöse Behandlung

c) Wer soll mich zuhause aufsuchen, wenn ich in der Krise selbst nicht Hilfen aufsuchen kann?

Name, Adresse, Telefonnummer

Ein Wohnungsschlüssel ist bei ----- hinterlegt, erreichbar unter Telefon -----

Welche Aktivitäten haben mir bisher in schwereren Krisen geholfen?

Wer sollte in einer Krise informiert werden, falls eine Krankenhausbehandlung notwendig wird?

Was ist dann zu regeln und wer kümmert sich?

Versorgung eigener Kinder:

Versorgung anderer Angehöriger:

Haustiere:

Wohnung:

2. bei psychiatrischer Krankenhausbehandlung

a) Besuch

Von folgenden Personen möchte ich Besuch haben:

Von folgenden Personen möchte ich keinen Besuch haben:

Weitere Besuchs- und Kontaktabsprachen:

b) Aufnahme und Behandlung

Bei Aufnahmen sollen unverzüglich benachrichtigt werden.

Zurzeit behandelnde Psychiaterin/behandelnde Psychiater und ambulante Dienste sind.

Als **Bezugspersonen** aus dem Stationsteam sind gewünscht.

In der Aufnahmesituation ist für mich folgendes hilfreich (z.B. in Ruhe gelassen werden, möglichst nicht allein sein, Gespräche):

Ich möchte möglichst von weiblichen / männlichen Mitarbeitenden aufgenommen und behandelt werden.

Hilfreich in der akuten Phase meiner Erkrankung ist darüber hinaus:

c) Medikamente (siehe 1 b)

d) Zwangsmaßnahmen

Um psychiatrische Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, soll vorher unbedingt Folgendes versucht werden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vertrauensperson hinzuziehen | <input type="checkbox"/> Spaziergang mit |
| <input type="checkbox"/> Bad | <input type="checkbox"/> Gespräch |
| <input type="checkbox"/> Musik hören/Musik machen | <input type="checkbox"/> Rückzug in reizarme Umgebung |
| <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung durch Sitzwachen | <input type="checkbox"/> Bewegung (z.B. Laufen, Sandsack) |
| <input type="checkbox"/> Essen anbieten | <input type="checkbox"/> Rauchen |

Falls Zwangsmaßnahmen aus der Sicht der Klinik unumgänglich sind, soll folgendes aufgrund meiner Erfahrungen beachtet werden:

Dies ist keine Zustimmung von mir im Voraus zu diesen Maßnahmen. Eine Zustimmung im Voraus ist auch rechtlich nicht zulässig.

Bei Zwangsmaßnahmen sollen benachrichtigt werden:

- Die vorhandene Dokumentation über die Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen einer Nachbesprechung gemeinsam eingesehen und besprochen werden.

e) Unterbringung nach richterlichem Beschluss nach PsychKG und Betreuungsrecht

Wer soll mich möglichst auch in einer solchen Zwangseinweisungssituation begleiten?

Wer soll mich möglichst nicht in einer solchen Zwangseinweisungssituation begleiten?

- Falls ich infolge eines Beschlusses nach dem PsychKG in die Klinik zwangseingewiesen werde, soll mir schnellstmöglich eine **Freiwilligkeitserklärung** vorgelegt werden.

f) Soziale Situation

Die Psychiatrische Klinik bemüht sich, im Rahmen der Möglichkeiten ihrer Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, sich um die nachfolgenden sozialen Angelegenheiten zu kümmern, ggf. in Zusammenarbeit mit der Vertrauensperson/den Betreuenden oder anderen Diensten (Soziale Dienste, Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungs- und Betreuungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege). Bei mir könnte folgendes zu klären sein:

- Finanzen -

- Anstehende Ratenzahlungen Rückgängigmachen von Kaufverträgen
 Überziehung des Bankkontos, Absprachen mit der Bank

- Fahrzeuge -

- Absichern und zwar PKW Motorrad Mofa

- Wohnung -

- Situation im Haus mit Vermietern/drohende Kündigung/Nachbarn/Hausfrieden
 Ist die Wohnung abgeschlossen/aufgebrochen?
 Licht Gas Wasser Strom Inventar Pflanzen
 Tiere

- Arbeitgeber/Schule -

- Der Kontakt mit dem Arbeitgeber soll wie folgt aufgenommen werden:

- Kinder -

- Meine Kinder (Name/Alter)

- Für die Kinder ist folgende Betreuungsmöglichkeit vorgesehen:

g) Sonstige Absprachen

h) Nachsorge

Wer soll an der Entlassplanung beteiligt werden?

Folgende Personen sollen von meiner geplanten Entlassung informiert werden:

Wo soll die Kontaktaufnahme stattfinden (Krankenhaus, Wohnung, Dienst)?

Wer soll eine Kopie des Arztbriefes erhalten?

i) Unterschriften

Diese Absprachen können jederzeit auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Sollten sich bei einem der Vereinbarungspartner/-partnerin grundlegende Dinge ändern, wird er sich mit dem anderen in Verbindung setzen.

Datum _____

Patientin / Patient

Vertrauensperson

Gesetzliche Betreuerin/Gesetzlicher Betreuer

Ärztlicher Dienst

Pflegedienst

Psychosozialer Dienst

Am Vereinbarungsgespräch nahmen weiterhin teil:

Ggf. Anlage Bevollmächtigung einer Vertrauensperson



Ich habe eine
Behandlungs-
vereinbarung

	Vereinbarung liegt bei	Behandelnder Arzt
_____ Name, Vorname	_____ Name oder Institution	_____ Name
_____ Geburtsdatum	_____ Telefon	_____ Telefon
_____ Adresse	_____ Telefax	_____ Telefax
_____ Telefon	_____ Email	_____ Email
_____ Unterschrift		



Ich habe eine
Behandlungs-
vereinbarung

	Vereinbarung liegt bei	Behandelnder Arzt
_____ Name, Vorname	_____ Name oder Institution	_____ Name
_____ Geburtsdatum	_____ Telefon	_____ Telefon
_____ Adresse	_____ Telefax	_____ Telefax
_____ Telefon	_____ Email	_____ Email
_____ Unterschrift		

Im Krisenfall bitte
benachrichtigen:

Name

Telefon

Wohnungsschlüssel bei:

Name

Telefon

Medikation
(Name, Dosis)

In der Krise ist für mich
hilfreich:

Folgendes verschlechtert die
Situation:

Bei Krankenhausbehandlung
ist zu regeln:

Versorgung von Ange-
hörigen

Haustiere

Wohnung

Sonstiges

Im Krisenfall bitte
benachrichtigen:

Name

Telefon

Wohnungsschlüssel bei:

Name

Telefon

Medikation
(Name, Dosis)

In der Krise ist für mich
hilfreich:

Folgendes verschlechtert die
Situation:

Bei Krankenhausbehandlung
ist zu regeln:

Versorgung von Ange-
hörigen

Haustiere

Wohnung

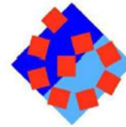
Sonstiges

In guten Zeiten für schlechte Zeiten vorsorgen - Wie Sie das tun können!

Die Behandlungsvereinbarung - eine sinnvolle Möglichkeit der Vorsorge.

Im Falle einer möglichen Krise regelt sie z.B., welche Vertrauenspersonen benachrichtigt werden sollen, welche Form der Behandlung Sie wünschen und einiges mehr.

Sie dient der gegenseitigen Vertrauensbildung und soll zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit führen, um Ihnen in der Situation bestmöglich helfen und gerecht werden zu können.



Ennepe-Ruhr-Kreis

FACHBEREICH SOZIALES UND GESUNDHEIT

Sie haben die Möglichkeit, wichtige und individuelle Behandlungswünsche zu vereinbaren, wie z.B.:

- Wer soll mich in der Situation begleiten, mir helfen und mich unterstützen?
- Was sind Frühwarnzeichen einer Krise bei mir?
- Welche Medikamente helfen mir?
- Was hilft mir bei Problemsituationen?
(z.B. Aktivitäten, Hobbys, Gespräche etc.)
- Wer soll sich um meinen Haushalt kümmern?
(z.B. Haustiere, Pflanzen, ...)
- Worauf soll bei einer Aufnahme und einer Behandlung Rücksicht genommen werden?

Verpflichtungen der Kliniken und Ärzte:

- Alle getroffenen Absprachen sollen möglichst eingehalten werden.
- Die getroffenen Behandlungsabsprachen sollen auch bei Notaufnahmen den behandelnden Ärzten und Stationsteams zugänglich sein.

Verpflichtungen der Psychiatrie-Erfahrenen:

- Bei einer Aufnahme darauf hinweisen, dass eine Behandlungsvereinbarung besteht.
- Die getroffene Behandlungsvereinbarung ist zu aktualisieren, wenn sich wichtige Änderungen ergeben z.B. bei Medikamenten, Vertrauenspersonen,...

Die Behandlungsvereinbarung kann mit einem **Krisenpass** im **Scheckkartenformat** kombiniert werden.

- Dieser ist mit geringem zeitlichem Aufwand auszufüllen.
- Allein die Informationen über die gewünschte Medikation, der Hinweis auf die zu benachrichtigenden Personen oder der auf hilfreiche Strategien kann eine nicht zu unterschätzende Linderung der Krise zur Folge haben.
- Er verweist auf die Behandlungsvereinbarung und kann in den Geldbeutel oder die Handtasche gesteckt werden, so dass man ihn immer bei sich tragen kann.

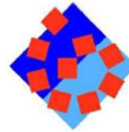
Kosten für eine Behandlungsvereinbarung

- Das Erarbeiten und Abschließen der Behandlungsvereinbarung ist für Sie kostenlos.
- Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Erfahrungen mit Behandlungsvereinbarungen gibt es in vielen psychiatrischen Kliniken.

Die Behandlungsvereinbarung dient dazu Zwangsmaßnahmen möglichst zu verhindern.

Sie soll eine Behandlung auf Augenhöhe ermöglichen.



Ennepe-Ruhr-Kreis

FACHBEREICH SOZIALES UND GESUNDHEIT

Bei Interesse an einer Behandlungsvereinbarung können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre Ansprechperson(en):

Herr Dr. Jörg Kalthoff

E-Mail: J.Kalthoff@en-kreis.de

Tel: 02336 932781



Abschlussbericht Main-Kinzig-Kreis

**des Projektes der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. BAG GPV, zum Projekt
„Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“**

Erarbeitet von:

Bernd Kaltschnee – Psychiatriekoordinator Main-Kinzig-

Kreis Lisa Hofmann – Mitarbeiterin Psychiatriekoordination

Lea Marks – Praktikantin der Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitsmanagement

Inhaltsverzeichnis

Präambel

1. Projektbeschreibung
2. Durchführung einer Betroffenenbefragung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem
 - 2.1 Zusammenfassung der Rückmeldungen von den interviewten Personen
 - 2.2 Einzelfallbeschreibung – Strukturen, die zu einer Vermeidung von Zwangsmaßnahmen führten
 - 2.3 Zusammenfassung
3. Entwicklungen im MKK nach Einführung des PsychKHG

Präambel

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. führt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Projekt Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem ZVP durch.

In sieben Teilprojekten werden verschiedene Interventionsstrategien zur Vermeidung oder Verminderung von Zwangsmaßnahmen untersucht. Im Rahmen des Teilprojektes 1 „Entwicklung eines Monitoringsystems“ konnten verschiedene Mitgliedsverbände der BAG GPV gewonnen werden, die aus unterschiedlichen Blickwinkeln und Zielsetzungen Aspekte der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in ihrer jeweiligen Region untersuchen und auswerten sollen. Gerade die konkreten regionalen Erfahrungen und Erkenntnisse der teilnehmenden Verbände sollen unterschiedlichen Bausteine zum Gesamtergebnis des Projektes der BAG GPV beitragen.

Die Region Main-Kinzig-Kreis, Mitgliedsverbund in der BAG GPV, hat sich zum Ziel gesetzt, die gemeindenahe, angemessene Behandlung, Betreuung und Rehabilitation aller Menschen mit psychischer Erkrankung und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie am Arbeitsleben sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Um diesen Anspruch zu gewährleisten, wurde im Jahre 2008 ein „Gemeindepsychiatrischer Verbund Main-Kinzig-Kreis“ gegründet, in dem alle am Behandlungs-, Betreuungs- wie Rehabilitationsprozess beteiligten Leistungsträger der Region vertreten sind. Zentrale Leitziele des Verbundes, verankert in der von allen Leistungsträgern ratifizierten Kooperationsvereinbarung, bilden die regionale Versorgungsverpflichtung (wohnnaher Leistungserbringung) sowie die Sicherstellung der selbstbestimmten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in einer von Respekt und Wertschätzung geprägten sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Dies impliziert, dass selbst in krisenhaften Notsituationen die Ausübung von Zwang und Gewalt lediglich als ultima ratio indiziert sein kann und strengen Überprüfungen betreuungsgerichtlicher Instanzen bedarf.

1. Projektbeschreibung Main-Kinzig-Kreis

Als wesentlicher Projektinhalt in der Region Main-Kinzig sollte die Zielgruppe der durch Beschluss der zuständigen Betreuungsgerichte nach § 1906 f. BGB untergebrachten Menschen näher betrachtet werden. Bedingt durch enge Kooperation und Abstimmung der Betreuungsbehörde des MKK, der zuständigen Betreuungsgerichte Hanau und Gelnhausen, sowie der für dieses Projekt federführenden Psychiatriekoordination konnten Daten dieses Personenkreises innerhalb der Behörde erhoben werden. Konkret sollten alle Personen, die im Jahre 2017 nach § 1906 f. BGB zwangsweise aufgrund eines richterlichen Beschlusses in einem psychiatrischen Krankenhaus durch die Betreuungsbehörde untergebracht werden mussten, nach ihren Erfahrungen zum Unterbringungsprozess befragt werden. Von den 27 angeschriebenen Personen erklärten sich 4 bereit. Mit ihnen wurde im Herbst 2018 ein leitfadengestütztes Interview geführt.

Für die Durchführung des Projektes konnte eine Praktikantin, Frau Lea Marks, der Hochschule Fulda, Fachbereich Gesundheitsmanagement gewonnen werden. In enger Zusammenarbeit mit der Psychiatriekoordination und in Rückkopplung anderer Projektregionen konnte ein Fragenkatalog sowie ein Interviewleitfaden entwickelt werden. Die Durchführung und Bearbeitung der Interviews übernahm Frau Marks, da sie als „neutrale Person“ einen anderen, unbefangenen Zugang zu den betroffenen Personen aufbauen konnte.

Im Text sind Namen erwähnt, die frei erfunden sind und keinerlei Rückschlüsse auf die

tatsächliche Person zulassen.

2. Durchführung einer Betroffenenbefragung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem

Der Main-Kinzig-Kreis ist Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV). Die BAG GPV nimmt an einer durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem teil. Das übergeordnete Projektziel ist die unbedingte Wahrung der Menschenrechte und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Gewalt im psychiatrischen Hilfesystem.

Im Verlauf einer psychischen Erkrankung kann es vorkommen, dass betroffene Menschen Zwangsmaßnahmen, wie z.B. zwangsweise Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, Ausgangsbeschränkungen, Zwangsmedikation, Isolierung und Fixierung erleben müssen. Laut Gesetz darf Zwang erst dann angewendet werden, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichen, um eine Gefährdung Dritter oder der eigenen Person auszuschließen.

Im Fokus dieser Untersuchung steht, wie Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem vermieden werden können. Es soll einerseits herausgefunden werden, welche Maßnahmen im Vorfeld einer Unterbringung für Betroffene hilfreich gewesen wären, bzw. welche eher schädlich waren. Andererseits sollen Strategien entwickelt werden, die weitere Zwangsmaßnahmen möglichst erübrigen bzw. reduzieren.

In diesem Zusammenhang soll die Studie die Sichtweise und das Erleben der Betroffenen erheben, die solche Erfahrungen gemacht haben. Dazu werden Daten zu Zwangsmaßnahmen bzw. Unterbringungen, anhand von Interviews mit Betroffenen erhoben.

2.1 Zusammenfassung der Rückmeldungen von den interviewten Personen

Die Rückmeldungen basieren auf den Aussagen der Menschen, die im Rahmen des Projektes interviewt wurden.

„Vertrauensvolles Verhältnis zwischen Pflegepersonal, Arzt und Patient sowie Wissen über den Patienten verhindern Zwangsmaßnahmen.“ (Mareike Müller)

„Hätte mehr Zwangsmaßnahmen gegeben wenn ich nicht den Mut gehabt hätte mehr von mir zu erzählen.“ (Mareike Müller)

Einfühlungsvermögen des Klinikpersonals, sowie ein Verständnis für die Erkrankung verhindern erneute Ausübung von Zwang. Ebenso Einschätzungsvermögen für die Patientin oder den Patienten, das setzt aber ein gewisses gegenseitiges Vertrauensverhältnis voraus. Gleichzeitig braucht es aber auch den Wunsch der Betroffenen selbst, Hilfe zu akzeptieren und an den Therapieangeboten mitzuarbeiten. Häufiger Wechsel des Klinikpersonals verhindert den Prozess des Beziehungsaufbaus und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit von Zwangsmaßnahmen.

„Zugang zu ganz einfachen Sachen (z.B. Wasserspender) verhindern Zwangsmaßnahmen.“ (Mareike Müller)

Der Wunsch der betroffenen Person ist es, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, u.a. jederzeit

Flüssigkeit zu sich zu nehmen oder auch die Toilette aufsuchen zu können. Im Rahmen der Behandlung ist abzuwägen, was den Betroffenen gestattet werden kann oder nicht, allerdings kann die Befriedigung von Grundbedürfnissen der betroffenen Personen im Rahmen des Behandlungssettings Zwang vermeiden. Die Frustration über die Verhinderung von freiem Zugang zu Wasser und Toilette kann zu Übersprunghandlungen führen, die dann in Zwangsmaßnahmen enden.

„Einsetzen der erworbenen psychotherapeutischen Tools.“ (Mareike Müller)

„Kooperation in der Klinik um Zwang zu vermeiden.“ (Mareike Müller)

„Wahrscheinlichkeit von Zwangsunterbringung sinkt mit der Selbsterkenntnis und steigendem Grad der Selbstversorgung.“ (Mareike Müller)

Mithilfe von erlernten therapeutischen Maßnahmen die Selbstregulation fördern und damit auch die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Die Erkenntnis über den psychischen Zustand der betroffenen Person selbst und den Wunsch der Veränderung zusammen mit dem Klinikpersonal erleichtert die Behandlungssituation und damit auch die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

„Im Einklang mit sich selbst und in erlernter Umgebung werden keine Zwangsmaßnahmen mehr notwendig.“ (Mareike Müller)

„Wäre er zum Psychiater gegangen, hätte seine Tabletten eingenommen und seine Beiträge gezahlt, Arbeitslosengeld beantragt, hätte er die Unterbringung vermeiden können.“ (Klaus Peter)

Nach Aussage der betroffenen Person wäre die Unterbringung zu vermeiden gewesen, wenn die betroffene Person selbst mehr nach ihren sozialadministrativen Angelegenheiten geschaut hätte. Ihr eigenständiges Handeln wird als Grundlage zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen genannt.

„Keine Zwangsmaßnahmen tatsächlich erfolgt, da er sich entschieden hat Medikamente einzunehmen. Zudem habe er gemacht, was der Arzt gesagt hat, da er das für sinnvoll erachtet hat.“ (Klaus Peter)

Die betroffene Person hat sich den Behandlungsmaßnahmen angepasst, ist diesen gefolgt, somit blieben ihr weitere Unterbringungsmaßnahmen erspart. Sie hat sich dem System „hingegen“, da sie es in dem Moment und im weiteren Verlauf als hilfreich angesehen habe.

„Besuch bei einem Therapeut verhindert zukünftige Klinikaufenthalte.“ (Wilhelm Schmidt)

Der Besuch von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten wurde als hilfreiche Methode angesehen, künftige Zwangseinweisungen in eine psychiatrische Klinik zu vermeiden.

2.2 Einzelfallbeschreibungen – Strukturen, die zu einer Vermeidung von Zwangsmaßnahmen führten

2.2.1 Exemplarisch für die durchgeführten Interviews soll folgend eine befragte Person näher skizziert werden, deren lebensgeschichtlicher Verlauf wie verschiedene Begleitumstände erfahrener Krisensituationen die oben beschriebenen Aussagen verdeutlichen sollen.

Geschlecht	Weiblich
Alter:	42 Jahre alt
Staatsangehörigkeit:	Deutsch
Beruf:	Pfarrerin in Ruhe
Psychiatrische Diagnosen:	- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung - depressive Störung
Erstmalige Behandlung bei ärztlichem Fachpersonal:	2005 wegen Depression
Erstmaliger Aufenthalt in Psychiatrischer Klinik:	2005
Unterbringungen:	Bereits mehrere Unterbringungen. Im Jahr 2018 bisher drei: - 1. zwei Wochen - 2. vier Wochen - 3. vier Wochen
Professionelle Hilfe vor der letzten Unterbringung:	- Psychiaterin (seit 2005) Psychotherapie (auch, außer in Pausejahren/ <i>gibt es seit 2017?</i>)
Durchgeführte Zwangsmaßnahmen nach Aussage der Befragten:	- Unterbringung - Fixierung - Einschränkung des Ausgangs - Einschließen in das Zimmer - Bad abschließen - Schrank abschließen
Behandlungsvereinbarung:	ja
Übergang nach Klinikaufenthalt:	Schrittweise / tageweise über Nacht nach Hause
Hilfestellung aus sozialem Umfeld nach Entlassung:	keine
Veränderungen im Umfeld oder weitere Hilfestellungen nach der Entlassung:	Tagesstätte sonst keine

2.2.2 strukturelle Kooperationen in Einzelfällen

Im Rahmen der Rückkopplung der Projektergebnisse in die regionale Steuerungsgruppe GPV im Kontext aktueller Versorgungsnotwendigkeiten von schwerstpsychisch kranken Menschen mit hohem (stationären) Hilfebedarf aus der Klinik in das komplementäre, regionale Eingliederungshilfesystem, entwickelte sich eine Arbeitsgruppe "AG regionale Versorgung". Darin sind alle relevanten Leistungserbringer der Region, der überregionale Kostenträger, die beiden Psychiatrischen Kliniken sowie die geschäftsführende Psychiatriekoordination vertreten. Ziel

der „AG Regionale Versorgung“ war und ist es, Personen mit komplexem Hilfebedarf, chronischen Krankheitsverläufen und meist sozial auffälligen Verhalten, ein individuelles, auf die Bedürfnisse der Person zugeschnittenes Angebot zu entwickeln. Dieser Personenkreis verfügt mitunter über ein hohes Konfliktpotential verbunden mit entsprechenden richterlichen Beschlüssen für langfristige Unterbringungen in Facheinrichtungen. Diese hochspezifizierten Plätze sind einerseits bundesweit kaum verfügbar und müssen in der Praxis auf den Einzelfall entsprechend abgestimmt sein. Aufgrund nicht vorhandener Kapazitäten in der Eingliederungshilfe werden diese Personen oft in Akut-Kliniken versorgt, teilweise ohne entsprechende Indikation.

Vereinbart wurde in der AG Regionale Versorgung, dass pro Treffen max. 2 Personen, meist eine Person aus der Klinik in Hanau sowie eine Person aus der Klinik in Schlüchtern, vorgestellt werden. Bedingung ist, dass zuvor zumindest eine ‚erfolglose‘ Vorstellung in der HPK stattgefunden haben muss und kein verfügbares Versorgungsangebot in der Region sowie überregional vorliegt. Im Rahmen der Tätigkeit der AG konnte folgende Person (anonymisiert) vorgestellt und wohnortnah vermittelt werden:

Fallbeschreibung:

Herr K., männliche Person, Ende 50, geboren und aufgewachsen in der Region Hanau. Erstmals in einem Psychiatrischen Krankenhaus behandelt im Alter von Anfang 20 Jahren. Progredienter Verlauf mit Langzeitversorgung in verschiedenen psychiatrischen Landeskliniken, teilweise ununterbrochen mit 7-jähriger Behandlung in einer Klinik von 1983 bis 1990. Erstmalige Vermittlung in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe im Jahre 1991. Nach 2-jährigem Aufenthalt in der Einrichtung erneute Aufnahme in verschiedenen psychiatrischen Kliniken. Verfügbares Erstgutachten eines Facharztes im Jahre 1994. Darin heißt es: „(Der Betroffene leidet an einer) starken psychischen und seelischen Behinderung bei Zustand nach jahrzehntelanger, chronifizierter paranoider Psychose, zeitweise hochgradige Verhaltensproblematik mit Fremdaggression und dissozialem Verhalten. Hinweise für intellektuelle Minderbegabung sowie Zustand nach erheblichem Alkoholabusus.“ Erstmals wird in diesem Jahr eine umfassende, gesetzliche Betreuung eingerichtet, die zunächst von einem Bruder des Betroffenen wahrgenommen wird.

Im Laufe des gleichen Jahres 1994 erfolgt die Wiederaufnahme des Betroffenen in einem Wohnheim des gleichen Trägers. Dort fühlt er sich lange Zeit recht wohl, ist integriert und nimmt verschiedene Angebote des Trägers wahr. Im Laufe des Jahres 2012 verweigert er die Werkstatttätigkeit, lehnt sämtliche Angebote der Tagesstrukturierung ab und isoliert sich zusehends. Gleichzeitig steigt der Alkoholkonsum des Betroffenen und er lehnt jegliche medizinische Behandlung ab. Im Frühjahr 2015 kommt es erneut zu einem (freiwilligen) Klinikaufenthalt mit relativer Remission. Danach erneute Dekompensation der psychischen Erkrankung bei Diagnose einer paranoiden, halluzinatorischen Psychose sowie Anpassungsstörung. Im Sommer 2015 wird der Betroffene aufgrund eines Beschlusses nach § 1906 f. BGB betreuungsgerichtlich untergebracht, zunächst für 6 Wochen. Es folgt eine längerfristige klinische Behandlung, jeweils gem. Unterbringung nach BGB. Im Juni 2016 kommt es zur Kündigung des Heimplatzes, begründet mit vorgefallenen aggressiven Durchbrüchen gegenüber anderen Bewohnern wie Betreuungspersonal.

Nachdem im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine Rückkehr des Betroffenen in die bisherige Einrichtung ausgeschlossen ist, sucht der Soziale Dienst der Klinik nach Unterbringungsalternativen, immer basierend auf einem Unterbringungsbeschluss. Sämtliche Anfragen im hessischen Raum scheitern, sodass bundesweit nachgefragt wird. Im Januar 2017 erklärt

sich eine soziotherapeutische Einrichtung in der Nähe von Berchtesgaden (Entfernung ca. 550 km) bereit, ein Probewohnen zu testen. Da für den Betroffenen ein gültiger Unterbringungsbeschluss vorlag, ordnete das zuständige Betreuungsgericht gem. § 326 Abs.2 FamFG an, dass einerseits bei der Überbringung nach Berchtesgaden Gewalt angewendet werden darf und die polizeilichen Vollzugsorgane den Transport begleiten müssen. Unabhängig vom logistischen Aufwand (Fahrt im Rettungswagen, in Anwesenheit eines Polizisten begleitet von einem Polizeiauto über Bundeslandgrenzen hinweg) war dies vom Betroffenen nicht gewollt, da er sich in der Region inzwischen wohlfühlte. Schon nach wenigen Wochen scheiterte der Versuch der komplementären Versorgung und der Betroffene musste wieder zurück in die 550 km entfernte Klinik, also in seine Ursprungsregion.

Im April 2017 wurde ein erneuter Versuch gestartet und der Betroffene Herr K. hatte die Chance des Probewohnens in einer ca. 80 km entfernten Wohneinrichtung. Aber auch dieser Versuch scheiterte nach wenigen Tagen, da Herr K. in der Einrichtung bedrohliches Verhalten zeigte. Sämtliche Versuche des Sozialdienstes der Klinik bzw. des inzwischen bestellten Berufsbetreuenden, ein passendes Betreuungsangebot für Herrn K. zu finden, waren danach erfolglos. Lediglich eine Einrichtung der Altenhilfe mit beschützender Abteilung signalisierte Aufnahmebereitschaft, was wiederum (zum Glück) von der Klinikleitung abgelehnt wurde.

U.a. aus dieser für alle Seiten unbefriedigten Situation entwickelte sich die oben erwähnte „AG Regionale Versorgung“, die genau dieser Zielgruppe ein entsprechendes Angebot entwickeln soll. Nach sehr intensiven Gesprächen zwischen den Beteiligten konnte im Sommer mit Hilfe des zuständigen Kostenträgers (LWV Hessen) ein sehr individuelles Angebot verabredet werden. Herr K. wurde in einer offenen, soziotherapeutischen Einrichtung, mit originärem Schwerpunkt für Suchpatientinnen und Suchtpatienten, aufgenommen, mit sehr intensiven Betreuungsleistungen, weit über das übliche Maß hinaus. Die Überleitung in die Einrichtung wurde seitens der Klinik sehr intensiv begleitet und vorbereitet. Verschiedene geplante Besuche mit Probeübernachtungen wurden vereinbart und sehr eng sowohl seitens der Klinik wie der Einrichtung pädagogisch betreut. Im August 2018 erfolgte dann die reguläre Aufnahme von Herrn K. in der Einrichtung, die nur wenige Kilometer von der Klinik entfernt liegt. Dies war nur möglich, da eine sehr enge Kooperation zwischen der Klinik und der aufnehmenden Einrichtung bestand und für beide Seiten belastbar existierte. Die Klinik garantierte die unkomplizierte Aufnahme bei auftretenden Problemen und die Einrichtung mit sehr hohem Betreuungsaufwand diesen wiederum vom Kostenträger erstattet bekommt. Auch wenn die Betreuungspraxis seit August 2018 mit Höhen und Tiefen versehen ist, so funktioniert diese bis heute. Herr K. hält sich im Groben an bestehende Regeln im Haus, auch wenn er es nicht schafft, völlig abstinent zu leben. Auch sein massiver Konsum an Kaffee sowie Zigaretten muss unmittelbar immer gestillt werden, was nachts in der Einrichtung schon zu häufigen Komplikationen bei Mitbewohnern geführt hat.

Festzuhalten bleibt: hier konnte eine sehr individuelle, trägerübergreifende, wohnortnahe und letztendlich von dem Betroffenen akzeptierte Lösung gefunden werden, die u.a. zu keiner (Zwangs)Aufnahme des Herrn K. in der Klinik führte. Auch wenn die Betreuungspraxis alle Beteiligten immer wieder vor große Herausforderungen stellt, funktioniert diese und kann als ein Baustein zur Vermeidung von Zwang und Gewalt im sozialpsychiatrischen Betreuungssystem gesehen werden.

2.3 Zusammenfassung

Konkret konnte keine Methode, Struktur zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsverringerung durchgeführt werden, aber es gibt Ideen von den betroffenen Personen, welche Maßnahmen für sie in Zukunft hilfreich sein können.

Im Interview mit der oben genannten Person (siehe Punkt 2.2.1) wurde immer wieder deutlich, dass die Kombination der Behandlung aus Psychotherapie und fachärztlich psychiatrischer Betreuung Zwangsmaßnahmen verringern konnten. In dem Zusammenhang ist zu sagen, dass seit April 2017 eine durchgängige psychotherapeutische Begleitung aufgrund der neuen Psychotherapie-Richtlinie nicht mehr möglich ist. Wenn das Höchstmaß von Therapiestunden aufgebraucht wurde, muss ein so genanntes „Pausenjahr“ eingelegt werden, bis erneut Therapiestunden beantragt werden können. Bei der oben interviewten Betroffenen führte dieser Zeitraum zu vermehrten Klinikaufenthalten mit Zwangsbehandlung.

Ein weiterer Punkt in der stationären Behandlung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ist der zeitliche Faktor. Die betroffene Person weist immer wieder darauf hin, dass Gespräche und Einfühlungsvermögen in der Behandlung wichtig sind. Therapierende und Ärztinnen und Ärzte sollen sich Zeit nehmen, zuhören und Verständnis für die Situation der betroffenen Person aufbringen. Erklärungen, warum manche Maßnahmen während der Behandlungen vollzogen werden, würden beim Verständnis der betroffenen Person helfen.

Eine ambulante Struktur, die auch bis zu einem gewissen Punkt in Krisensituationen vor Ort (also bei den betroffenen Personen Zuhause) begleiten kann, wird als Punkt gesehen, der Zwang vermeiden kann. Die betroffenen Personen werden nicht aus ihrem gewohnten Umfeld rausgerissen, können in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Anders in der Klinik, dort muss erst ein Prozess erfolgen, man muss sich erst an den Klinikalltag gewöhnen. In Krisensituationen zuhause bei den betroffenen Personen fehlt eine schnelle Ansprechperson. Jemand, den man anrufen kann, der auch erreichbar ist und mit dem man sich austauschen kann. Da unser System aktuell diese Leistung nicht erbringen kann, kommt es zur Zuspitzung der Krisensituation und dann zur Einweisung in die Klinik mit Zwang.

„Pseudozwang“ kann man darunter auch verstehen, wenn betroffene Personen nicht in die Klinik wollen, aber dann doch freiwillig mitgehen, denn wenn sie dies nicht tun würden klar ist, dass die Polizei dann gerufen wird und sie in die Klinik begleiten.

Struktur und Alltag im Leben von betroffenen Personen kann helfen, in akuten Krankheitsphasen stabil zu bleiben. Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe, z.B. Tagesstätte, ambulant betreutes Wohnen, stationäres Wohnen.

3. Entwicklungen im MKK nach Einführung des PsychKHG

Am 1. August 2017 ist das neue Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz nach der dritten Lesung im Hessischen Landtag in Kraft getreten. Das PsychKHG löst das zuvor geltende Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (HFEG) von Mai 1952 ab.

Das PsychKHG regelt Hilfen für Personen und die Unterbringung und Behandlung von Personen, die infolge einer psychischen Störung funktionseingeschränkt, krank oder behindert sind oder bei denen Anzeichen für eine solche Funktionseinschränkung, Krankheit oder Behinderung besteht (§1 PsychKHG).

Im Rahmen der Einführung des Gesetzes ist die Durchführung einer jährlichen Kooperationsveranstaltung im Gesetz vorgeschrieben, um die psychiatrische Versorgung und die Hilfsangebote vor Ort zu analysieren mit dem Ziel, Unterbringungen zu vermeiden und die psychiatrische Versorgung und die Hilfsangebote vor Ort anzupassen und weiterzuentwickeln (§6 Abs. 3 PsychKHG).

Es hat sich ein Austausch zwischen den Berufsgruppen entwickelt, den es zuvor im Austausch so nicht gegeben hat. Amtsgerichte, Polizei, Ordnungsbehörden, psychiatrische Krankenhäuser, Sozialpsychiatrischer Dienst, Unabhängige Beschwerdestelle, Rettungsleitstelle sowie Angehörigen- und Betroffenenvertreter sind bei dem Austausch eingeladen.

Da es in einer großen Runde schwierig ist Einzelfälle im Austausch zu besprechen, haben sich kleinere Arbeitsgruppen gebildet, wo es um die gemeinsame Betrachtung von „schwierigen“ Fällen geht und um die weitere gemeinsame Bearbeitung. Der Austausch und die vertrauensvolle Zusammenarbeit haben sich verbessert, was sich auch in der qualitativen Bearbeitung gemeinsamer Fälle widerspiegelt.

Das PsychKHG gibt die Grundlage vor und das psychiatrische Hilfesystem versucht auf dieser Grundlage eine gemeinsame Basis im Sinne der betroffenen Menschen zu finden. Der Main-Kinzig-Kreis versucht sich nach Einführung des neuen Gesetzes gut aufzustellen, der Prozess läuft und die beteiligten Berufsgruppen sind bemüht, allerdings braucht es auch noch Zeit. Dennoch ist eine positive Entwicklung im Sinne der betroffenen Menschen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen durch neue Absprachen und einen intensiveren Austausch zu verzeichnen. Wünschens- und erstrebenswert im Sinne der betroffenen Personen ist die Schaffung einer Kommunikationsgrundlage, insbesondere zwischen psychiatrischen Kliniken und dem Sozialpsychiatrischen Dienst, da es hier noch Defizite in der Kommunikationsgrundlage gibt.

Der präventive Charakter wird im PsychKHG als wichtiger Punkt herausgearbeitet. Dementsprechend nehmen die ambulanten Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes einen zentralen Stellenwert im Gesetz ein. Explizit werden die Hilfen in § 5 PsychKHG benannt. Hier wird beschrieben, welche Rahmenbedingungen das PsychKHG den Sozialpsychiatrischen Diensten bietet. Verschiedene Stufen der Eingriffsverwaltung werden erläutert, die dem Sozialpsychiatrischen Dienst neue Handlungsspielräume eröffnen um Zwang für die betroffenen Personen in der Folge zu vermeiden oder zu minimieren.

BAG GPV Projekt „Vermeidung von Zwang“

Beitrag GPV Mayen-Koblenz/Koblenz

Schriftliche Rückmeldungen aus den Regionen

„Es ist bekannt, welche Maßnahmen erfolgreich in den Regionen unternommen wurden, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu mindern“

Beschreiben Sie hierzu bitte konkrete regionale Erfahrungen, die zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen führen.

Welche Bedingungen sind dafür in den Regionen notwendig?

- Gute Vernetzung der Einrichtungen und Angebote, guter fachlicher Austausch, „Ehrlichkeit“ im Umgang miteinander hinsichtlich der Darstellung der Klientinnen und Klienten (bzw. deren Problematiken) und der eigenen Möglichkeiten und Ressourcen
- Gemeinsame Planung und Absprachen hinsichtlich der Unterbringung „kritischer“ Klientinnen und Klienten – in der Teilhabekonferenz
- Keine „Zwangsbelegung“ von Einrichtungen des GPV mit „Problemklientinnen und -klienten“ (als falschverstandene Konsequenz aus der Versorgungsverpflichtung)
- Bestimmte Haltungen der Mitarbeitenden in den Einrichtungen und Kenntnisse in Deeskalationsstrategien
- Vorhandensein von Angeboten / Diensten / Einrichtungen mit unterschiedlichem Profil, unterschiedlicher Lage, unterschiedlichem räumlichen Angebot usw. Eine Einrichtung mit geschlossenem Setting in Kliniknähe
- Klare, einvernehmliche Haltung aller Verfahrensbeteiligten, dass Zwang das letzte Mittel ist und kein „Regelverfahren“ in der sozialpsychiatrischen Arbeit sein kann

Welche Methoden führen bei Ihnen zur Zwangsvermeidung?

- Gute Schulung und „Zurüstung“ der Mitarbeitenden hinsichtlich eigener professioneller Haltung, Menschenbild, Umgang mit Krisen und Deeskalationstechniken
- Klare Regelungen zum Umgang mit Zwangs- und freiheitsentziehenden Maßnahmen und wann diese angewendet werden müssen
- Bereitstellung und Zulassen von „Rückzugsräumen“ in den Einrichtungen
- Stetige Möglichkeit, Tagesstruktur und Belastung entsprechend gefährdeten Klientinnen und Klienten zeitnah und individuell anzupassen
- Professioneller Austausch über „Problemfälle“ auch über Einrichtungsgrenzen hinweg u.a. in der Teilhabekonferenz
- Die Möglichkeit, Klientinnen oder Klienten, bei denen eine „Zuspitzung“ droht, vorübergehend in einer anderen Einrichtung im GPV unterzubringen
- Die Möglichkeit, beurlaubte Forensik-Klientinnen und Klienten, zeitnah zur vorübergehenden Behandlung einvernehmlich wieder in die Forensische Klinik Nette-Gut aufzunehmen, ohne dass dadurch automatisch der Platz verloren geht

- Einbeziehung der forensischen psychiatrischen Institutsambulanz (FPIA) in die Behandlung forensischer Klientel im Rahmen der Führungsaufsicht. Beratende Unterstützung durch die FPIA für bereits Entlassene
- Die Option der aufsuchenden Behandlung von Klientel und Bewohnenden durch die PIA bzw. die FPIA der Rhein-Mosel-Fachklinik sowie der Beratung der Einrichtungen

Besonders von Interesse sind auch die Kooperationen im Einzelfall.

- Die Überführung von Forensik-Patientinnen und Patienten in die Eingliederungshilfe im Rahmen der Kooperation mit der Forensischen Klinik Nette-Gut gelingt hier recht gut (zunächst über Beurlaubung im Rahmen der Lockerungsstufe, dann über Bewährung ...). Es gibt zahlreiche erfolgreich verlaufene Fälle. Eine Präsentation hierzu von den Forensik-Tagen 2015 der Forensischen Klinik Nette-Gut ist beigefügt, sozusagen als Illustration (Anlage: Vortrag Schulze Thomas Ost Forensik-Tage 2015)

Wir bitten außerdem um eine Einzelfallbeschreibung aus jeder Region, die verdeutlicht, mit Hilfe welcher Strukturen die Vermeidung bzw. Verringerung von Zwang möglich wurde.

- ☐ Es gibt Fälle, bei denen die Vermeidung bzw. Verringerung von Zwang durch entsprechende Strukturen möglich wurde. Dokumentationen von Einzelfällen liegen allerdings nicht vor. Diese können vorbereitet und evtl. nachgeliefert werden

Standards zum Umgang mit Zwang / Freiheitsentziehenden Maßnahmen

Präambel

Zwangsbehandlungen sind seit jeher ein Bestandteil in der psychiatrischen Akutversorgung, an dem sich kontroverse Diskussionen reiben.

Zwangsbehandlung stellt für die Betroffenen eine einschneidende negative Erfahrung dar, die sich häufig verbündet mit Trauer, Hilfslosigkeit, Angst und Wut. Oft wird Zwang von den Patientinnen und Patienten als Demütigung erlebt.

Für die Akteure im psychiatrischen Betreuungssystem stellen Zwangsmaßnahmen ebenfalls eine Belastung dar, auch in Form eines ethischen Dilemmas.

Ausgehend von einem Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem hat die Arbeitsgruppe des GPV Mayen-Koblenz/Koblenz ein eigenes Projekt initiiert. Angewendete Zwangsmaßnahmen in der Region werden mit dem Ziel reflektiert, sich innerhalb des GPV auf verbindliche Standards zu verständigen. Diese orientieren sich an aktuellen fachlichen Standards sozialpsychiatrischer Arbeit sowie den Qualitätskriterien aus der Versorgungsvereinbarung des GPV Mayen-Koblenz/Koblenz.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe im November 2018

Otto Jens, Barmherzige Brüder, Saffig
Anke Kahmeier, Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Paul Kreutz, Kreisverwaltung Mayen-Koblenz, Koblenz
Alexander Nötzel, Barmherzige Brüder, Saffig
Michaela Plümecke, Case Project, Wanderath
Karlheinz Saage, Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Ralf Schulze, Haus an der Christuskirche, Koblenz

haben nachstehende Standards entworfen, die für den GPV verbindlich umzusetzen sind.

Standards zum Umgang mit Zwang / freiheitsentziehenden Maßnahmen

Die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mayen-Koblenz / Koblenz stimmen darin überein, dass ...

- das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und die Unverletzlichkeit der Freiheit der Person (Art 2 Grundgesetz) ein sehr hohes Rechtsgut darstellen.
- ein modernes personenzentriert arbeitendes psychiatrisches Versorgungssystem zum Ziel haben muss, Zwangs- und freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterlassen.
- es gerade im psychiatrischen Feld leider immer wieder zu Situationen kommt, in denen Klientel / Bewohnende / Betreute vor sich selbst oder auch Dritte vor diesen geschützt werden müssen. Hier sehen sich die Mitglieder des Verbundes insbesondere in der Verpflichtung ihrem Auftrag der Hilfe nachzukommen, auch wenn hierzu unmittelbarer Zwang angewendet werden muss.

- in solchen Situationen die Anwendung von Zwang und freiheitsentziehenden Maßnahmen in ihrer Häufigkeit, ihrer Durchführung und zeitlichen Begrenzung und in der Wahl des Mittels auf das absolut notwendige Minimum zu begrenzen ist.

Erzieherische und pädagogische Interventionen auf die Klientel und Bewohnenden sind professionelle Maßnahmen des betreuerischen Alltags. Sie geschehen durchaus zunächst im Dissens zwischen Betreuten und zu Betreuenden. Dieser ist Ausdruck eines fehlenden Verständnisses und der realistischen Einschätzung der Situation. Das Bestehen auf die Umsetzung der Maßnahme, der Zwang, verfolgt zum einen den Schutz der Betreuten und zum anderen die Erlangung des Verständnisses. Als Zwangsmaßnahme anzusehen ist hingegen jede Anwendung unmittelbaren Zwangs, soweit sie im Sinne von und nach den Regeln von §19 PsychKG RLP geschieht. Weiterhin verstehen wir als Zwangsmaßnahmen im Einzelnen die unter §17 (2) PsychKG RLP aufgeführten „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ und die „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ im Sinne des §1906 (4) BGB, nämlich:

1. die Wegnahme oder das Vorenthalten von Gegenständen
2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien
3. die Absonderung in einem besonderen Raum (Isolierung)
4. die Fixierung
5. die Ruhigstellung durch Medikamente, soweit die dabei eingesetzten Medikamente nicht bereits der Behandlung der Grunderkrankung dienen
6. die insbesondere bei gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten eingesetzten Maßnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit wie Bettgitter und Seniorenstuhl und
7. die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten zur Behandlung der Grundkrankheit

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist ultima ratio. Im Vorfeld ist immer zu prüfen, ob mildere Mittel ausreichend sein können und wenn ja, und verfügbar, sind diese anzuwenden.

Bei der Umsetzung egal welcher Maßnahme werden alle gesetzlich vorgegebenen Rahmen / Regularien eingehalten. Insbesondere wird die richterliche Prüfung gemäß § 1906 BGB unverzüglich eingeleitet.

Die Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert. Aus der Dokumentation ist ersichtlich,

- wer die Zwangsmaßnahme angeordnet und wer sie umgesetzt hat,
- Art und Dauer der Maßnahme,
- warum die Maßnahme notwendig wurde
- dass Alternativen geprüft wurden und nicht verfügbar oder wirksam waren,
- wie der Zustand der Klientel/Bewohnenden vor, während und nach der Maßnahme war,
- wie die Maßnahme gewirkt hat.

Jeder Leistungsanbieter verpflichtet sich, ein Regelwerk / Instrumentarium zu einem systematischen Deeskalationsmanagement vorzuhalten.

Alle Mitarbeitenden, welche unmittelbar an der Betreuung und Pflege mitwirken werden / sind geschult im

- Deeskalationsmanagement grundsätzlich
- Kennen die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu FEM und Zwangsmaßnahmen.

- Im Umgang mit verwendeten Fixiermaterialien und –Techniken, wenn FEM in der Einrichtung angewendet werden.

Andernach, im November 2018

**Bericht
der Arbeitsgruppe des GPV-Mönchengladbach
zum Projekt ZVP der BAG GPV**

**Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
im psychiatrischen Alltag**

Inhaltsverzeichnis

1. Projektauftrag	122
2. Die Operationalisierung im GPV-Mönchengladbach	123
2.1. Der GPV-Mönchengladbach	123
2.2. Bildung einer Projektgruppe	123
2.3. Fokussierung der Problemlage	124
3. Welche Maßnahmen wurden in Mönchengladbach unternommen, um die Anwendung von freiheitentziehenden Maßnahmen zu mindern?	126
3.1. Die AG Fallberatung	127
3.2. Veranstaltung zum Thema Behandlungsvereinbarungen, Pati- entenverfügungen und Anti-Suizidkontrakt	129
3.3. Positive Erfahrungen in der LVR-Klinik mit Behandlungs- Vereinbarungen	129
3.4. Gemeinsames Deeskalationstraining im GPV	131
3.5. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit LVR-Klinik Viersen	131
3.6. Maßnahmen und Standards einzelner Organisationen	132

Abkürzungsverzeichnis

GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
BeWo	Betreutes Wohnen
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
ZVP	Zwangsvermeidungsprojekt

1. Projektauftrag

Für das vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierte Projekt beschreibt die BAG GPV folgende Vorhaben:

- 1.1. eine qualitative Analyse der mit der Anwendung bzw. Vermeidung von Zwangsmaßnahmen assoziierten Faktoren und Maßnahmen in ausgewählten Regionen
- 1.2. die Gewinnung und Verarbeitung von Erfahrungen mit geeigneten Interventionen zur Vermeidung von Zwang mit dem Ziel auf der Ebene von Einrichtungen und Organisationen, hinsichtlich der Einstellung und Haltung von Mitarbeitenden sowie im Rahmen von regional definierten Hilfesystemen,
- 1.3. die Entwicklung eines Monitoringsystems zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen und Maßnahmen zu deren Vermeidung
- 1.4. die Erarbeitung von Empfehlungen zur Optimierung des psychiatrischen Hilfesystems, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden (Prävention). Dazu werden qualitative Erhebungen, Literaturstudien, Pilotstudien, sowie Abstimmungen mit Fachleuten aus Psychiatrieplanung und -steuerung sowie Leistungserbringung durchgeführt; Psychiatrieerfahrene, Angehörige psychisch Kranker und Fachleute mit einschlägiger juristischer Kompetenz werden durchgehend einbezogen.

Hieraus wurden von der BAG GPV die nachfolgend beschriebenen Ziele zur Beschreibung, Untersuchung und Erprobung für die teilnehmenden Regionen beschrieben:

- die Schaffung von Transparenz über Zwangsmaßnahmen; dadurch werden die Orte und Situationen von Zwanganwendung und damit Orte möglicher Interventionen zur Vermeidung von Zwang deutlich
- die Darstellung von erfolgreichen Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang mit institutionellem oder regionalem Bezug
- die Klärung durch welche strukturellen Maßnahmen freiheitsentziehende Unterbringungen abgewendet werden können inkl. Überprüfung einzelner Faktoren durch Pilotstudien
- die Erstellung von Empfehlungen, die in der Praxis von Einrichtungen angewendet werden können
- Empfehlungen von Instrumenten und Vorgaben, die die Beachtung des konsequenten Primats der Freiwilligkeit sicherstellen

Der Auftrag der BAG GPV an die Teilnehmerregionen bezieht sich auf eine möglichst konkrete Beschreibung von erprobten Maßnahmen, Methoden und Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu vermeiden bzw. zu verringern.

2. Die Operationalisierung im GPV-Mönchengladbach

2.1. Der GPV-Mönchengladbach

Der GPV-Mönchengladbach wurde im Jahr 2010 gegründet. Gründungsmitglieder waren

- die LVR-Klinik Mönchengladbach
- die Stadt Mönchengladbach mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst
- der Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e. V.
- die Intres gGmbH

Nachdem es kurz nach der Gründung gelungen war, den Landschaftsverband Rheinland als kooperierenden Leistungsträger verbindlich in die GPV-Struktur einzubinden, ist die Zahl der Mitgliedsorganisationen aktuell auf 20 angewachsen, die sich monatlich in der Trägerkonferenz treffen. Die Mitgliedschaft in der BAG GPV wurde direkt nach der Gründung realisiert. Der GPV-Mönchengladbach ist durch seine beiden Sprechenden in den Mitgliederversammlungen der BAG GPV vertreten. Einer der Sprechenden ist Mitglied im erweiterten Vorstand der BAG GPV.

2.2. Bildung einer Projektgruppe

Das ZVP wurde in der Trägerkonferenz vorgestellt und diskutiert. Das Thema stieß auf sehr hohes Interesse. Daraufhin wurde beschlossen, sich an dem Projekt zu beteiligen, eine Projektskizze zu entwerfen und diese an die BAG zu schicken. In dieser Skizze wurde beschrieben, dass die Anzahl der Klinikeinweisungen nach dem PsychKG NRW im Vergleich zu anderen vergleichbaren Regionen extrem hoch ist. Erklärbar, nachvollziehbar und transparent ist dieser Zustand nur bedingt. So kann beobachtet werden, dass

- die Unterbringungen bis 16 Uhr mehr oder weniger geordnet ablaufen,
- die Unterbringungen zwischen 16-22 Uhr in der Regel durch andere Institutionen, wie z. B. Heime, veranlasst sind und
- die Unterbringungen nach 22 Uhr in erster Linie von Angehörigen veranlasst werden und ungeordnet verlaufen:

Es war klar, dass hier ein Schwerpunkt unserer Arbeit liegen sollte. Die im Anschluss gegründete Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der LVR-Klinik, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und verschiedenen ambulanten Akteuren, erarbeitete zwei Ansatzpunkte:

- *das Untersuchen von Zwangsmaßnahmen im Vorfeld der stationären Einweisungen und*
- *die Begutachtung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Klinikbehandlung.*

Ein sehr günstiger Begleitumstand war, dass es in der LVR-Klinik bereits eine offene Kommunikation und Transparenz in Bezug auf besonders schwierige Situationen, in denen es häufig zu Zwang und Gewaltanwendung kommt, gibt. Zusätzlich gibt es zu diesem Themenschwerpunkt eine gesonderte Datenerfassung und Konzeptentwicklungen, die in Richtung Zwangsvermeidung gehen (z. B. regelmäßige Nachbesprechungen von Zwangssituationen und Gewaltanwendung, Behandlungsvereinbarungen etc.)

Bzgl. der *Zwangsmaßnahmen im Vorfeld* einer stationären Einweisung wurden folgende Fragestellungen erarbeitet:

- Wie hoch war die Anzahl der Unterbringungen in den Jahren 2014-2016?
- Bewertung: gab es Trends, besondere Vorkommnisse etc.?
- Bei wie vielen Fällen gab es eine ambulante Betreuung durch z.B. BeWo?
- Zu welchen Uhrzeiten erfolgten die Einweisungen?
- In wie vielen Fällen war der SPDi beteiligt?
- Verhältnis von bestätigten und unbestätigten PsychKG Fällen?
- Wer waren die Auftraggebenden?
- Auswertung einzelner Fälle durch Fallbesprechungen!

Bzgl. der *Anwendung von Zwang bei der Klinikbehandlung* sollte die Fokussierung auf den Aspekten:

- Freiheitsentziehungen durch Fixierungen und Isolierungen sowie
- Medikamentöse Zwangsbehandlung liegen.

2.3. Fokussierung der Problemlage

Das Auftakttreffen der Projektgruppe findet unter Beteiligung von Herrn Matthias Rosemann, Vorsitzender der BAG GPV, statt. Herr Dr. Rinckens erläutert, dass es in der Klinik, wie oben schon erwähnt, bereits in 2016 eine Erhebung zu den relevanten Rahmenbedingungen von Aufnahme, Behandlung und Entlassung aller im II. Quartal aufgenommenen Patientinnen und Patienten gegeben hat. Für diesen Zeitraum stehen von daher auch umfassende statistisch auswertbare Informationen zu den Themen Zwang und Gewalt zur Verfügung.

Aufgrund dieser Ausgangslage wollen wir in der Arbeitsgruppe die These verfolgen, dass konsequente Nachbesprechungen von Situationen, bei denen es zu Anwendung von Gewalt und/oder Zwang kam, mit Beteiligung durch außerklinische Mitarbeitenden in mehrfacher Hinsicht zur Vermeidung oder Verringerung von Zwang und/oder Gewalt im psychiatrischen Alltag führen können:

Erstens kann es auf Basis der gemachten Erfahrungen zu einheitlichen Standards, verbindlichen Absprachen und beschriebenen Prozessen kommen, die allen beteiligten Akteuren Handlungssicherheit geben.

Zweitens können solche gemeinsamen Aktionen, die kontinuierlich und nachhaltig sein müssen, mittelfristig zu Veränderungen von Sichtweisen und Haltungen führen.

Der Arbeitsgruppe ist das gemeinsame Lernen von klinischen und außerklinischen Beschäftigten ein wichtiges Anliegen, da Vertrauen, Kenntnis der gegenseitigen Arbeit und gegenseitige Wertschätzung, wichtige Bestandteile für den Erfolg des Vorhabens sind. Nur derart kann es, wie von Herrn Rosemann gefordert, gelingen, die eigene, einrichtungsspezifische Sicht in eine einrichtungsübergreifende Sicht zu verändern und so zu einem veränderten Situationsverständnis zu gelangen. Aus diesen Gründen soll zur Verifizierung der oben erwähnten Annahme ab Dezember 2018, zunächst beispielhaft, später dann möglichst institutionalisiert, mit Nachbesprechungen, unter Beteiligung externer Fachkräfte, begonnen werden.

Die Erfassung und die Analyse von Unterbringungsdaten aus der LVR-Klinik kristallisierten sich dementsprechend als ein weiterer Arbeitsauftrag heraus. Auf Basis dieser Daten sollten in einem nächsten Schritt Filterkriterien herausgearbeitet werden, anhand deren sich Einzelfälle identifizieren lassen. Die Gruppe hat sich in der Folge auf die Daten aus den ersten beiden Quartalen des Jahres 2017 beschränkt. Hieraus wurden folgende relevante Informationen ermittelt:

- Unterscheidung der Zwangsunterbringung nach PsychKG und BGB § 1906
- Erstunterbringung oder Folgeunterbringung
- Gibt es eine gesetzliche Betreuung?
- Gibt es bereits eine ambulante Versorgung (Vor- und Nachsorge) z.B. BeWo?
- Tag und Zeitpunkt der Unterbringung
- War der SPD i beteiligt?
- Beteiligung von bzw. „Verlegung“ aus Institutionen
- Beteiligung des sozialen Umfelds (Angehörige, Freunde, etc.)
- Beteiligung und ggfs. Wirkung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements (wurden Absprachen getroffen, Maßnahmen vereinbart?)
- Liegen Behandlungsvereinbarungen vor?
- Anlass der Unterbringung
- Kontext der Unterbringung
- Gab es Gewalt im Vorfeld, evtl. eine forensische Unterbringung?
- Gab es Gewalt während der Behandlung in der Klinik?
- Waren vorherige Klinikaufenthalte freiwillig oder unfreiwillig?

Es wurde eine standardisierte Abfragedatei erstellt, aus der anschließend die gesammelten Daten kumuliert dargestellt werden konnten.

Die Arbeitsgruppe ging zunächst von dem ehrgeizigen Ziel aus, ca. 10 % der Fälle zu beraten. Geschätzt wären dies zwischen 30-40 Fälle.

Nachdem sich zeigte, dass das Prozedere bei der Datensammlung, -bearbeitung und -filterung zeitaufwendiger war als angenommen, mussten wir unsere vormalige Zielsetzung korrigieren. Bei der Datenauswertung zeigte sich, dass es bei den ausgewerteten Fällen, so gut wie keine Beteiligung des außerklinischen Umfelds, inkl. Freunden und Angehörigen, gab. Allein dieser Zustand bedarf einer gesonderten

Fokussierung, was allerdings in den nächsten Monaten nicht zu leisten sein wird. Aus diesem Grund ist sich die Gruppe darüber im Klaren, dass diese Themensetzung nur eine von vielen möglichen ist, um sich mit dem Thema „Vermeidung von Zwang und Gewalt im psychiatrischen Alltag“ zu befassen. Andere Ansatzpunkte könnten sein:

- Erprobung der Wirkungen von Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen
- Untersuchungen darüber, warum es so wenig Anwendung dieser Instrumente gibt (obwohl sie immer und überall gelobt und ihre positive Wirkung hervorgehoben wird)
- regelmäßige Beteiligung von außerklinischen Beschäftigten oder Bezugspersonen aus dem persönlichen Umfeld bei der zwangsweisen Unterbringung nach PsychKG oder BGB
- Aufbau eines regionalen, berufsgruppenübergreifenden Krisendienstes, z. B. für den gesamten GPV-Mönchengladbach
- regelmäßige Treffen und Beratungen in einem sog. Runden Tisch unter Beteiligung möglichst aller Beteiligten (Ordnungsbehörden, Polizei, Ämter und Gerichte, Betroffene, Angehörige, psychiatrisch Tätige, gesetzlich Betreuende ...)

Alle diese aufgezeigten Möglichkeiten benötigen aber eine wesentlich längere Vorlaufzeit, als die vorgegebene Projektlaufzeit, da die entsprechenden Rahmenbedingungen hierfür noch nicht gegeben sind. Die Mitarbeit der Projektgruppe am Projekt der BAG GPV soll daher für die Region Mönchengladbach quasi als ein Auftakt und Katalysator für eine kontinuierliche Beschäftigung mit dem Thema Zwang und Gewalt im psychiatrischen Alltag betrachtet werden die mit Abschluss des Projekts nicht abgeschlossen sein wird.

3. Welche Maßnahmen wurden in Mönchengladbach unternommen, um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu mindern?

- **Welche Bedingungen sind hierfür notwendig?**
- **Welche Methoden führten zur Zwangsvermeidung?**

Die nachfolgend aufgeführten Beispiele sollen verdeutlichen, dass bei unseren Bemühungen, eine gute gemeindepsychiatrische Versorgung im Sinne einer regionalen Versorgungsverpflichtung zu realisieren, der Aspekt „Vermeidung von Zwang und Gewalt“ immer eine mehr oder weniger große Rolle spielt, auch wenn dies nicht immer explizit erwähnt ist oder auch nicht immer als das vorrangige Ziel erscheint.

Uns ist es wichtig, dass sich die handelnden Akteure vor Ort darauf verständigen, psychiatrische Arbeit als ein in erster Linie helfendes und unterstützendes Anliegen und nicht als ein vorrangig ordnungspolitisches zu verstehen. Hierfür bedarf es, neben einer haltungsorientierten Verständigung, ein hohes Maß an gegenseitiger

Wertschätzung, immerwährender Begegnung auf Augenhöhe und Akzeptanz für die Handlungen und die Arbeit der Anderen, auch wenn man in der einen oder anderen Situation selber anders reagieren würde. Besserwisserei und Schuldzuweisungen sind hier fehlplatziert. Vielmehr bedarf es einer gemeinsamen Haltung zum gegenseitigen und gemeinsamen Lernen, denn es gibt auch heute noch häufig Situationen, wo es zu Gewaltanwendung kommt, bei denen richtig und falsch aber nicht eindeutig zu identifizieren sind.

All dies bezieht sich aber nicht nur auf die Beziehungen der professionell Tätigen untereinander. Eingeschlossen sind hier auch ganz besonders die betroffenen Personen und deren Angehörige.

Alles Weitere zu den Bedingungen und zur Methodik erschließt sich unserer Meinung nach aus den folgenden Schilderungen.

3.1. Die AG Fallberatung (heute AG Fallsteuerung und Fallberatung)

Als besonders hilfreich in Mönchengladbach war die Entwicklung der GPV- Fallberatung. Dieses Gremium bestand aus Fachkräften der ambulanten und stationären Wohnhilfen und Mitarbeitenden der hiesigen LVR-Klinik sowie des SPD. Weitere Fallbeteiligte, wie zum Beispiel die BeWo-Bezugspersonen und der gesetzlich Betreuende wurden an der Fallbesprechung beteiligt.

Es wurden Fälle besprochen, bei denen aktuell in Mönchengladbach keine geeignete Wohnform gefunden werden konnte und/oder Überlegungen bestanden, die Betroffene oder den Betroffenen außerhalb von Mönchengladbach zu versorgen.

Das Arbeitsgremium hatte zum Ziel, trotz komplexen Hilfebedarfen zum Teil „kreative“ Lösungen zu entwickeln, um den Betroffenen, entsprechend dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben in Mönchengladbach, ein individuelles Wohn- und Unterstützungsangebot zu unterbreiten.

Vor allem der Austausch untereinander, unter Heranziehen aller Fachperspektiven, diente einer unabhängigen Betrachtung der Fallsituation. Damit einhergehend konnten neue Betreuungsmöglichkeiten erarbeitet werden, die – trotz schwierigem Sozialverhalten - das Wohnen in der eigenen Wohnung möglich machten.

Auch Fallkonstellationen, bei denen eine richterliche Unterbringung der Betroffenen bestand, wurden erörtert. Hilfreich war dabei immer, zu hinterfragen, was passieren würden, wenn die Betroffenen statt in einer geschlossenen Unterbringung leben zu müssen, eine eigene Wohnung beziehen würden. Wo müsse diese Wohnung sein? Welchen Betreuungsumfang bräuchte es dafür? Braucht es neben der Eingliederungshilfe noch andere Leistungen, z.B. Ambulante psychiatrische Pflege oder Ergotherapie? Was bietet der Sozialraum?

In einer Fallberatung wurde die Situation von Frau M., eine 60jährige Frau mit einer

schizoaffektiven Störung und einem krankheitsbedingten auffälligen, z.T. unangepasstem Sozialverhalten, erörtert. Frau M. lebt seit mehr als einem Jahr in der LVR-Klinik Mönchengladbach. Ihre gesetzliche Betreuerin hat einen Unterbringungsbeschluss erwirkt. Sie hat bereits mehrere Wohnheime in Mönchengladbach besichtigt und steht dort auf Wartelisten. Darüber hinaus wurden jedoch auch Betreuungsanfragen für eine dauerhafte geschlossene Unterbringung in Heinsberg und im süddeutschen Raum gestellt. Frau M. ist durch ihre Lebensgeschichte tief mit der Region verwurzelt und will weiterhin in Mönchengladbach leben. Frau M. nutzte jahrelang die Angebote des SPZ und besuchte regelmäßig die Tagesstätte.

Um Frau M. ein dem Bedarf entsprechendes Angebot in Mönchengladbach zu machen, wurde in der Fallberatung überlegt, an welche Ressourcen angeknüpft werden könnte. Deutlich wurde, dass der enge Kontakt zum SPZ, speziell auch zur Kontaktstelle, für die Nutzerin sehr wichtig ist. In räumlicher Nähe dazu existiert seit mehreren Jahren eine besondere ambulante, aber dennoch intensive Wohnform: Das sogenannte Intensive Betreute Wohnen (IBW), mit kleinen Appartements und einer Wohngruppe. Dieses Betreuungskonstrukt erschien der Fallberatungsgruppe durch das enge Zusammenleben mit den anderen Mitbewohnenden eher problemverursachend. Durch die ausführliche Betrachtung der Ressourcen, aber auch Problemlagen wurde die Idee entwickelt, im direkten Umfeld zum IBW eine Wohnung zu finden. Damit konnte dem Wunsch der Nutzerin nach einem selbstbestimmten Leben in Mönchengladbach entsprochen und gleichzeitig eine intensive Betreuung während des Tages und der Nacht gewährleistet werden.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass folgende Aspekte zur Vermeidung oder Verringerung von Zwang geführt haben:

1. Ausführliche Fallbetrachtung
2. Hinzuziehen aller Fallbeteiligten
3. Beteiligung von fallunabhängigen Fachkräften:
 - a. der Ambulanten Hilfe
 - b. der stationären Wohnhilfen
 - c. der LVR-Klinik
 - d. SPDi
 - e. Fakultativ weitere fallrelevante Personen
4. Perspektivwechsel
5. Ressourcenorientierung
6. Planung von Komplex-Leistungen
7. Beachtung des Sozialraums
8. Beteiligung der Betroffenen in der Fallberatung
9. Beteiligung von Peers in der Fallberatung

3.2. Veranstaltung zum Thema Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen und Anti-Suizidkontrakt

Der RehaVerein hat verschiedene Herangehensweisen entwickelt, um die Selbstverantwortung der Nutzenden zur Vermeidung von Zwangsverfahrungen zu stärken. Bereits am 7.7.2016 wurde ein Workshop für circa 50 Nutzende und Mitarbeitende unter dem Titel „Handwerkszeug für die akute Krise – der totale Härtefall?“ angeboten. Sowohl an der Vorbereitung als auch an der Durchführung haben durchgängig Nutzende mitgewirkt. Mit dem Workshop wurde das Ziel verfolgt, auf Augenhöhe zwischen Nutzenden und Fachkräften des RehaVereins einen gleichen Wissensstand und eine personenzentrierte Haltung zum Umgang mit Krisen herzustellen.

Der besondere Effekt dieser Nutzerbeteiligung war, dass die Komplexität der teilweise juristischen Thematik erheblich reduziert wurde und den Teilnehmenden des Workshops praktische Handlungsmöglichkeiten an die Hand gegeben werden konnten. Weitere Akteure waren ein Rechtsanwalt, der den aktuellen Stand der Rechtsprechung im PsychKG NRW und im BGB aufbereitete, eine gesetzliche Betreuerin und ein Vertreter der LVR-Klinik Mönchengladbach. Damit konnte ein großer Teil der multiprofessionellen Verzahnung, die im Rahmen z. B. von PsychKG-Unterbringungen bedeutsam wird, abgebildet werden.

Konkret vorgestellt wurden die psychiatrische Vorausverfügung im Sinne einer Patientenverfügung, die Behandlungsvereinbarung der LVR-Klinik Mönchengladbach, ein Anti-Suizid-Kontrakt sowie ein Krisenplan. Den Teilnehmenden des Workshops wurden die Unterlagen als Vordrucke zur Verfügung gestellt, um sie im Nachgang der Veranstaltung je nach Bedarf zu verwenden.

Ebenfalls nachgelagert wurden im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens mit vielen Nutzenden des RehaVereins die Optionen besprochen, in der hiesigen psychiatrischen Klinik eine Behandlungsvereinbarung abzuschließen oder mit den Bezugspersonen eine Vorausverfügung zu erstellen. Der Anspruch, das Thema mit allen Nutzenden zu vertiefen, konnte bislang nicht eingelöst werden, weil sich vor allem auf Seiten der Fachkräfte Unsicherheiten in der Anwendung der vorgenannten Dokumente zeigen, die sowohl umfassende als auch konstante Schulung erfordern. Geplant ist, den Wissens- und Handlungsstand durch vorgenannte Workshops nach dialogischem Prinzip zu verbreitern und zu festigen.

3.3. Pos. Erfahrungen in der LVR-Klinik mit Behandlungsvereinbarungen

Die LVR-Klinik nutzt das Instrument der Behandlungsvereinbarungen in seinen Ursprüngen bereits seit dem Jahr 1999. Sie ist ein schriftliches Übereinkommen, das individuelle Absprachen, Wünsche und Bedürfnisse zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Behandlungsteams in der LVR-Klinik im Falle einer stationären Wiederaufnahme festhält. Es handelt sich hierbei um eine für beide Seiten verbindliche

Abmachung, die jedoch rechtlich nicht einklagbar ist.

Die Behandlungsvereinbarung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung und enthält wichtige Hinweise für eine angemessene, transparente und abgestimmte Behandlung.

Mit ihrer Einführung und Umsetzung werden die Betroffenen in ihrer Rolle „als Expertinnen und Experten in eigener Sache“ anerkannt.

Grundsätzlich haben alle Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, eine solche Vereinbarung abzuschließen. Die BV richtet sich hierbei insbesondere an Patientinnen und Patienten, die bereits mehrere stationäre Krisen- und Notfallbehandlungen durchlaufen haben oder durch Einweisungen per Psych-KG oder durch freiheitsentziehende Maßnahmen betroffen waren.

Nachfolgend zwei Beispiele für positive Entwicklungen und Erfahrungen im Umgang mit einer Behandlungsvereinbarung:

Frau K. kam im April 2018 per Psych-KG zur stationären Aufnahme (bei F20.0), nach ca. 4 Wochen linderten sich ihre psychotischen Symptome.

Frau K. zeigte daraufhin Interesse an dem Instrument der Behandlungsvereinbarung. Sie war durch einen entsprechenden Aushang der Behandlungsvereinbarung-Präambel auf der Station aufmerksam geworden.

Es erfolgte auf ihren Wunsch ein Aufklärungsgespräch über Möglichkeiten und Grenzen der Behandlungsvereinbarung.

Wünsche und Anregungen von Frau K. sowie Empfehlungen der Behandelnden konnten in die Behandlungsvereinbarung übernommen werden. Schon dieses Aushandeln und die damit verbundene kritische Reflektion der Aufnahmesituation mit ihren spezifischen persönlichen Risiken einerseits und den persönlichen Ressourcen der Patientin und den institutionellen Ressourcen der Klinik andererseits führte zu einer weiteren Stabilisierung und Vertrauensbildung.

Im Juni 2018 konnte im Rahmen eines nachstationären Kontaktes gemeinsam mit der behandelnden Abteilungsärztin eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen werden.

Im März 2019 kommt Frau N. per Psych-KG zur stationären Aufnahme, aufgrund Aggressivität im Rahmen ihres wahnhaften Erlebens musste am Aufnahmetag eine Fixierung erfolgen. Nach rascher Stabilisierung konnte bereits nach wenigen Tagen die erfolgte Zwangsmaßnahme nachbesprochen werden.

Im Rahmen dieser standardisierten Nachbesprechung nach freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) wurde ihr das Angebot einer Behandlungsvereinbarung gemacht, welches Frau N. interessiert und dankend annahm.

Eine Auseinandersetzung und ein Austausch mit dem Thema Behandlungsvereinbarung fand zum Ende der stationären Behandlung detailliert statt.

Anfang April 2019 konnte gemeinsam mit der Abteilungsärztin eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen werden.

In beiden Fällen konnte trotz des schwierigen Behandlungsverlaufs ein vertrauensvolles, nachhaltiges therapeutisches Setting hergestellt werden, das durch die Behandlungsvereinbarung nochmals gestärkt wurde.

3.4. Gemeinsames Deeskalationstraining im GPV

Im Januar 2016 wurde auf GPV-Ebene eine Schulung zum deeskalierenden Umgang mit schwierigen Nutzenden durchgeführt. Thematisiert wurden neben dem Selbstschutz auch Möglichkeiten, in emotional bzw. aggressiv aufgeladenen Situationen den Nutzenden kommunikativ erreichen zu können, um eine Konflikteskalation zu vermeiden. Vermittelt wurden Strategien, um eskalierende Situationen zu entspannen, insbesondere im Hinblick auf Wortwahl, Körpersprache und Gestaltung der Gesprächsatmosphäre als wesentliche Punkten, um Zwang bereits im Ansatz reduzieren zu können.

Im RehaVerein wurde in 2018 - für 2019 ist eine Wiederholung geplant – ebenfalls das Thema kommunikative Deeskalation geschult. Hier ist das Thema vor allem für die Mitarbeitenden von Interesse, die Rufbereitschaften im Rahmen der Integrierten Versorgung leisten und dadurch mit akuten Krisen und Konflikten stärkere Berührungspunkte haben. Der Schwerpunkt wurde auf den Umgang mit aggressiven Gesprächsbeteiligten gesetzt. Wirksam an dieser Fortbildung im Hinblick auf die Vermeidung von Zwang war die Betrachtung der eigenen Rolle und eigener Anteile an Eskalation bzw. Deeskalation.

3.5. Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit der Forensischen Abteilung der LVR-Klinik Viersen und Einrichtung von drei Plätzen im Wohnheimbereich für forensische Patientinnen und Patienten in der Beurlaubungsphase

Bereits vor ca. zwei Jahren wurden im Wohnverbund der LVR-Klinik Mönchengladbach drei feste Plätze für forensische Patientinnen und Patienten in der Beurlaubungsphase eingerichtet. Dies basierte auf dem Tatbestand, dass im Rahmen der ambulanten Versorgung die Nachsorge forensischer und ehemals forensischer Patientinnen und Patienten immer häufiger angefragt wurde. In erster Linie aus der LVR-Klinik Viersen. Die LVR-Klinik Mönchengladbach selber hat keine Forensische Abteilung.

Nachdem in den zurückliegenden Jahren die Nachsorge in den Mönchengladbacher Wohnheimen und auch im Ambulant Betreuten Wohnen, mehr oder weniger unkompliziert verlief, stellten wir im Laufe der Zeit fest, dass sich der Bedarf an ambulanter Nachsorge für diese Personengruppe einerseits erhöhte, gleichzeitig aber auch, dass mit dem Anwachsen dieser Gruppe, höhere Ansprüche an die versorgenden

Einrichtungen gestellt werden. Um den daraus erwachsenden Ansprüchen auch weiterhin entsprechen zu können, lag die Einrichtung eines festen, wenn auch kleinen, Platzkontingentes in der Region Mönchengladbach nahe.

Da der GPV-Mönchengladbach die Versorgung von forensischen und ehemals forensischen Patientinnen und Patienten als eine wichtige gemeinsame Aufgabe betrachtet, wurde vor zwei Monaten, also ganz aktuell, ergänzend hierzu eine Kooperationsvereinbarung zwischen der LVR-Klinik Viersen und dem GPV- Mönchengladbach abgeschlossen. Die Basis für die operative Umsetzung dieser Vereinbarung in unserer Region konnte bereits vor einiger Zeit geschaffen werden, indem aus dem Kreis der GPV-Mitgliedsorganisationen eine kleine Gruppe gebildet wurde, die in enger Zusammenarbeit mit der Forensischen Abteilung in Viersen, die Zugänge und die weiteren Betreuungsschwerpunkte für unsere Region koordiniert.

Unser Ziel ist es, die Kooperationsvereinbarung auch mit den anderen LVR-Kliniken abzuschließen, in denen nach wie vor Patientinnen und Patienten aus Mönchengladbach leben. Das sind in erster Linie Düren und Bedburg-Hau

3.6. Maßnahmen und Standards einzelner Organisationen

Katharina Kasper ViaNobis GmbH

Folgende Maßnahmen werden in unseren Einrichtungen genutzt, um Zwang zu vermeiden:

- Unsere Mitarbeitenden erhalten alle eine Part Schulung zum Thema Deeskalation mit kontinuierlichen Nachschulungen.
- Wir haben Leitlinien zum Umgang mit Gewalt und Gewaltprävention konzeptionell festgelegt und umgesetzt.
- Aktuell haben wir ein Konzept zur Prävention sexualisierter Gewalt erstellt. Präventionsfachkräfte werden diesbezüglich geschult und werden zukünftig jährlich alle Teams schulen. Die Umsetzung erfolgt im nächsten Jahr.
- Jegliche Form von Gewalt wird von uns erfasst und im Rahmen unseres QM System ausgewertet.
- Um unsere Mitarbeitenden im Umgang mit herausfordernden Klientinnen und Klienten und Situationen zu stärken führen wir ethische Fallbesprechungen, kollegiale Beratungen sowie Supervisionen durch.
- Wir haben in all unseren Bereichen Klientinnen und Klienten-Beiräte wählen lassen, sodass unsere Klientinnen und Klienten auch darüber die Möglichkeit haben, sich aktiv einzubringen, mitzugestalten oder zu beschweren.
- Wir leben ein aktives Beschwerdemanagement, das über unser QM gesteuert wird.

Projektbericht des GPLV Landkreis Saalfeld-Rudolstadt

zum Projekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“

Projektfragestellung

Das ärztliche Fachpersonal und die Sozialarbeitenden des Gesundheitsamtes leisten einen sozialpsychiatrischen/amtsärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Dienstzeit. In diesem Rufbereitschaftsdienst werden Krankenhauseinweisungen nach dem Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) geprüft und gegeben falls vorgenommen. Welche Auswirkungen hat das Handeln des sozialpsychiatrischen/amtsärztlichen Bereitschaftsdienstes in Krisensituation, bei Anforderung zu Unterbringung, auf tatsächliche Zwangsunterbringung in einer psychiatrischen Klinik?

Projektmaßnahme und Zeitplan

Erhebung der tatsächlichen Zwangsunterbringungen in einer Klinik gemäß ThürPsychKG, nach Anforderung des sozialpsychiatrischen/amtsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Diese Erhebung gibt Aufschluss, wie viele Anforderung tatsächlich zu einer Unterbringung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) geführt haben und wie viele Unterbringungen vermieden wurden.

Die Datenerhebung erfolgt vom 1.1.2018 bis 31.07.2019.

Rechtsgrundlage für die Arbeit der SpDi in Thüringen ist das ThürPsychKG vom 05.02.2009 (Neubekanntmachung).

§ 4 Abs. 1 ThürPsychKG: Durchführung der Hilfen

„Zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz werden an den Gesundheitsämtern Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet...“.

§ 7 Abs. 1 ThürPsychKG: Voraussetzungen und Zweck der Unterbringung

„Ein psychisch kranker Mensch kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus oder in der psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses untergebracht oder behandelt werden, wenn und solange er infolge seines Leidens sein Leben, seine Gesundheit oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährdet und die gegenwärtige Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. (...)“

§ 8 Abs. 1 ThürPsychKG: Unterbringungsantrag und - verfahren

„Die Unterbringung kann nur auf schriftlichen Antrag des zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes durch gerichtliche Entscheidung angeordnet werden. (...)“

§ 9 ThürPsychKG: Vorläufige Unterbringung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

„Bestehen dringende Anhaltspunkte für die Annahme, dass die Voraussetzungen für die Unterbringung vorliegen und kann eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, kann der Sozialpsychiatrische Dienst die vorläufige Unterbringung längstens für 24 Stunden ab dem Beginn der Unterbringung anordnen. Er hat unverzüglich beim zuständigen Gericht einen Antrag auf Unterbringung nach § 8 zu stellen.“

Ein wesentliches Ziel der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, zwangsweise Krankenhausunterbringungen von Menschen in psychischen Krisen möglichst zu vermeiden und gemeinsam mit ihnen, ihren Angehörigen, anderen wichtigen Bezugspersonen bzw. professionellen Helfern alternative Lösungsansätze zu finden, die Krankenhausbehandlung ohne Zwang zu erreichen oder vielleicht auch entbehrlich zu machen. Dabei arbeitet der SpDi sehr eng mit allen anderen professionellen Diensten und Einrichtungen, der Polizei, den Gerichten, den natürlichen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten und nichtpsychiatrischen Hilfen, zusammen.

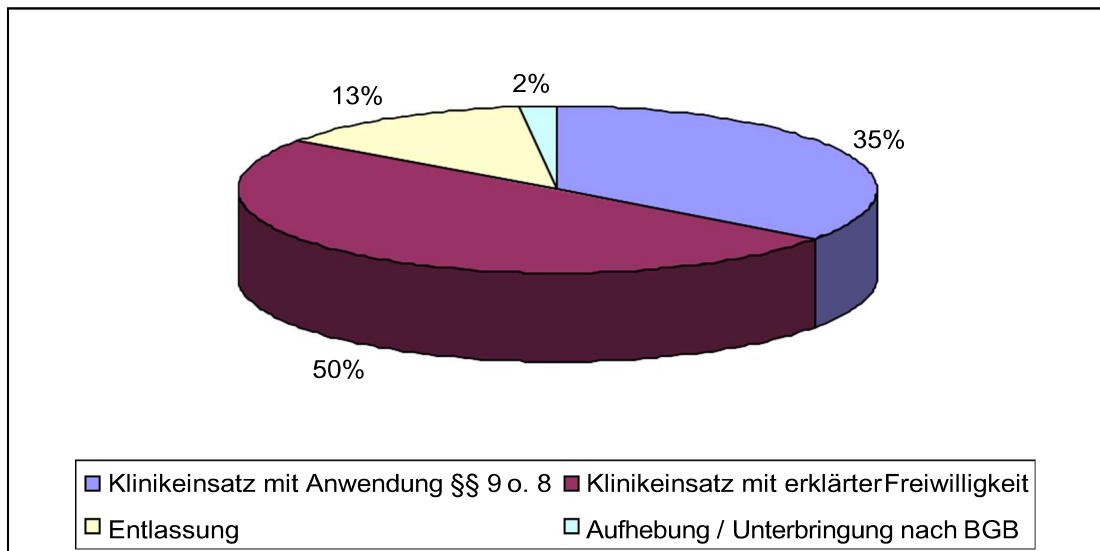
Der Gesetzgebende geht richtigerweise davon aus, dass die hoheitlichen Aufgaben im Rahmen der Unterbringung durch einen unabhängigen, von wirtschaftlichen Interessen nicht berührten Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erfüllen sind.

Um dieses Ziel umzusetzen, leistet ärztliches Fachpersonal und Sozialarbeitende des Gesundheitsamtes einen sozialpsychiatrischen/amtsärztlichen Bereitschaftsdienst auch außerhalb der regulären Dienstzeit. In diesem Rufbereitschaftsdienst werden ebenfalls Unterbringungen nach dem ThürPsychKG (die in Thüringen nur auf Antrag des SpDi an das Amtsgericht erfolgen können) geprüft.

Das Handeln des sozialpsychiatrischen/amtsärztlichen Dienstes über 24 Stunden in Krisensituation, bei Anforderung zu Unterbringung, hat auf tatsächliche Zwangsunterbringung in einer psychiatrischen Klinik nach Auswertung der Fallzahlen in unserem Wirkungsbereich erhebliche Auswirkungen.

2018 (01.01. bis 31.12.)

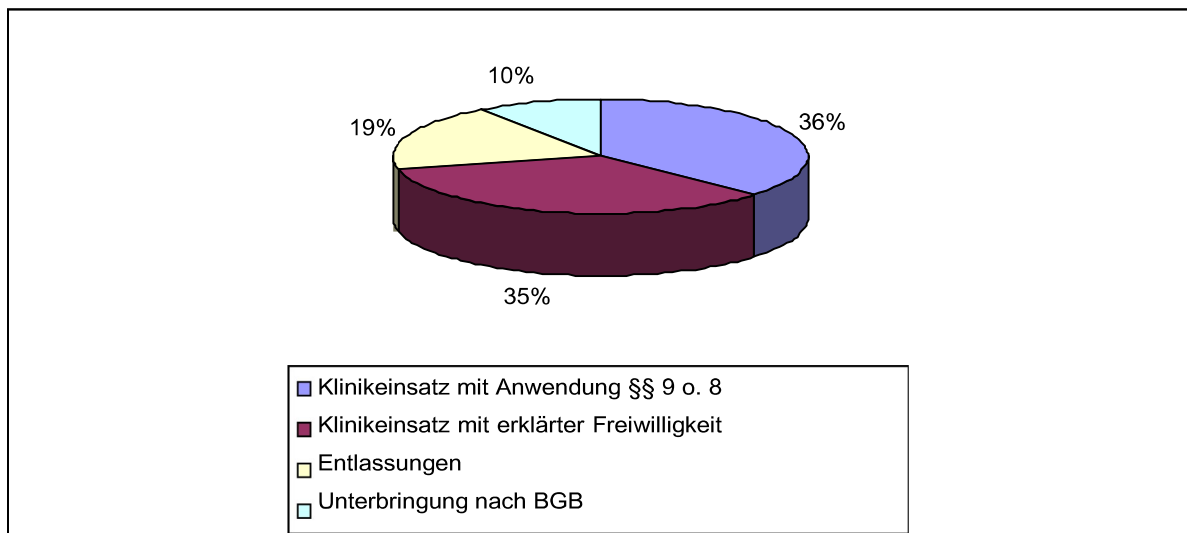
Klinikeinsätze gesamt	151
Klinikeinsatz mit Anwendung §§ 9 o. 8	53 (35 %)
Klinikeinsatz mit erklärter Freiwilligkeit	75 (50 %)
Entlassung	20 (13 %)
Aufhebung / Unterbringung nach BGB	3 (2 %)



N = 151 Klinikeinsätze gesamt

2019 (01.01. bis 31.07.)

Klinikeinsätze gesamt	52
Klinikeinsatz mit Anwendung §§ 9 o. 8	19 (36 %)
Klinikeinsatz mit erklärter Freiwilligkeit	18 (35 %)
Entlassungen	10 (19 %)
Unterbringung nach BGB	5 (10 %)



N = 52 Klinikeinsätze gesamt

Klinikeinsätze bedeutet immer die Anfrage auf eine Unterbringung gemäß § 9 bzw. 8 gemäß ThürPsychKG.

Die Fallzahlen lassen erkennen, dass bei weit weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten eine Unterbringung gemäß ThürPsychKG erfolgte und fast 20% entlassen wurden.

Erreicht werden kann dies u. a. nur durch die Arbeitsweise des SpDi:

- Beratung und Begleitung von Betroffenen und Angehörigen seelisch beeinträchtigter Menschen
- Betreuung vor, während und nach dem Klinikaufenthalt (Umfeldarbeit)
- Informationen über bestehende Hilfsangebote, Vermittlung an andere Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung sowie Hausbesuche
- und des Arbeitsprinzips einer trägerübergreifenden fallbezogenen Zusammenarbeit in einem Gemeindepsychiatrischem Verbund.

So ergeben sich in Krisensituationen die Möglichkeit auf ambulante Strukturen der psychiatrischen Versorgung zurückzugreifen.

Hilfreich ist es auch als „Außenstehende“ in eine Krisensituation zu kommen, welcher die ambulanten Strukturen der psychiatrischen Versorgung überhaupt erstmal kennt. (eine Aussage für den LK SLF/RU)

Ein wichtiger Aspekt um Zwang zu vermeiden ist auch Zeit haben und sich Zeit nehmen. Das Umfeld wenn möglich konsequent in die Entscheidung mit einzubinden und alle Informationen bündeln und entsprechend prüfen, bevor möglicherweise eine Unterbringung beantragt wird.

Steffen Schwarzbach

Sprecher des GPLV des Landkreises Saalfeld-Rudolstadt

Juli 2019

Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Hilfesystemen

Projektregion Solingen

Projektzeitraum 2017-2019 Projektbericht

Ausgangslage

Die Stadt Solingen mit ihren ca. 160.000 Einwohnenden besitzt ein gut ausgebautes Netz medizinischer und gemeindepsychiatrischer Versorgung:

- Die LVR-Klinik Langenfeld als zuständige Klinik mit Versorgungsverpflichtung für Solingen (Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchterkrankungen, Spezialstationen (depressive Störungen, Psychotherapiestation)) und der Psychosoziale Trägerverein Solingen e.V. mit seiner psychiatrischen Tagesklinik halten ein differenziertes Angebot an vollstationären Betten und teilstationären Behandlungsplätzen vor.
- In Solingen sind 7 Nervenärztinnen und -ärzte und 52 Psychotherapeutinnen und -therapeuten (davon 5 ärztliche und 47 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten) in der kasernenärztlichen Versorgung tätig.
- Solingen besitzt ein gut ausgebautes System gemeindepsychiatrischer Hilfen, die sich auf alle Lebensbereiche (Wohnen, Freizeit und Tagesstruktur, Arbeit, niederschwellige Kontakt- und Beratungsangebote, Angebote für spezielle Zielgruppen) beziehen.
- Seit 2003 existiert ein aktiver gemeindepsychiatrischer Verbund. Derzeit aktive Teilnehmende an den GPV-Treffen sind:
 - Autismus Rhein-Wupper e.V.
 - Bergische Diakonie Aprath
 - Caritasverband Wuppertal/Solingen
 - Evangelisches Alten- und Pflegezentrum Cronenberger Strasse
 - Frauenhaus e.V.
 - Heimstatt Adolph Kolping e.V.
 - Jugend- und Drogenberatung anonym e.V.
 - Lebenshilfe Werkstatt für Behinderte GmbH
 - LVR-Klinik Langenfeld
 - LVR-Akademie
 - Arbeiterwohlfahrt Solingen (Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern in Kooperation mit dem Psychosozialen Trägerverein Solingen e.V.)
 - Psychiatriekoordination der Stadt Solingen
 - Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V.
 - Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Solingen
- Auch darüber hinaus, z.B. in den PS-AGs der Stadt Solingen und weiteren Arbeitskreisen sowie in Form bilateraler Kooperationen, gibt es eine Tradition guter Kooperation und Vernetzung der psychosozialen Anbietenden und Dienste in der Stadt.

- Eine wesentliche Besonderheit in Solingen stellt der seit mehr als 3 Jahrzehnten betriebene, rund um die Uhr besetzte 3-stufige Krisendienst des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V. dar, der Telefonberatung, mobilen Krisendienst sowie ein Notbett umfasst. Letzteres ist Teil der Krisenwohngruppe des Psychosozialen Trägervereins, die als niederschwelliger Rückzugsraum für Menschen in seelischen Krisen ebenfalls eine nur an wenigen Orten verwirklichte fachliche Forderung für eine gute psychiatrische Akutversorgung umsetzt. Der Krisendienst steht allen Solinger Bürgerinnen und Bürger offen, die Nummer des Krisentelefon ist an verschiedensten Stellen veröffentlicht (Telefonbuch, Lokalzeitungen etc.). Der Krisendienst des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V. wird bisher ausschließlich von den Mitarbeitenden des Vereins getragen. Im Jahr 2016 wurden 1034 Einsätze unseres Krisendienstes dokumentiert (u.a. 799 Telefonberatungen, 148 aufsuchende Kriseneinsätze, 88 Aufnahmen ins Notbett). Bei ca. 2/3 der Einsätze waren die Hilfesuchenden im Verein als Klienten bekannt.

Ausgangspunkt für das beschriebene Solinger-Projekt bildete die von den relevanten Akteuren – den Mitgliedern des Gemeindepsychiatrischen Verbunds einerseits und Polizei, Ordnungsbehörde, Feuerwehr und öffentlichem Gesundheitswesen andererseits – geteilte Einschätzung, dass die bei dieser günstigen Ausgangsposition grundsätzlich vorhandenen Möglichkeiten der Vermeidung von Zwang und Gewalt (insbesondere in den Situationen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung) nur unzureichend ausgeschöpft werden. Hier wurde insbesondere auch von der Seite von Polizei und Ordnungsamt ein klarer Handlungsbedarf formuliert. Folgende Befunde stützten diese Einschätzung:

- Die Zahl der Unterbringungen nach PsychKG in Bezug auf die Einwohnerzahl lag in Solingen 2014 mit 1,56 Unterbringungen je 1000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich über dem Landesdurchschnitt von 1,39 Unterbringungen in NRW. Die Anzahl der Unterbringungen ist zusätzlich in den Jahren 2014-2016 deutlich gestiegen von 244 in 2014 auf 303 in 2016.
- Der überwiegende Teil der PsychKG-Unterbringungen erfolgt, ohne dass die Möglichkeiten des differenzierten Hilfenetzes und insbesondere des Solinger Krisendienstes genutzt werden.
- Entgegen der Forderung des PsychKG NRW werden viele ärztliche Atteste durch nicht in der Psychiatrie erfahrene Ärztinnen und Ärzte ausgestellt.
- Es gibt einen Kreis von schwer Betroffenen, die mehrfach im Jahr durch eine Unterbringung nach PsychKG der Klinik zugeführt werden, bei denen unklar ist, ob die Betroffenen überhaupt in Kontakt mit dem gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem sind bzw., falls ja, warum diese Angebote bisher nicht greifen.
- Verbindliche Absprachen zwischen den bei PsychKG-Unterbringungen beteiligten Stellen fehlen.
- Wenn bei der Intervention durch Polizei bzw. Ordnungsamt deutlich wird, dass es sich zwar um eine psychische Krise handelt, eine Unterbringungsmaßnahme zur Gefahrenabwehr nicht angemessen ist, fehlt der Polizei bzw. der Ordnungsbehörde bisher weitgehend die Möglichkeit, weitere Hilfen zu initiieren.

Der Weg zum Projekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen“ in Solingen

Aufgrund dieser Einschätzungen und Befunde wurde ein Kurzkonzept für ein mögliches Projekt erarbeitet und in einer Sitzung des Psychiatriebeirats der Stadt Solingen im Mai 2017 vorgestellt.

Aufgrund des positiven Echos wurde von der Psychiatriekoordinatorin und dem Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbunds zu einem Treffen aller möglichen beteiligten Dienste und Interessengruppen - neben den schon genannten Akteuren des GPV und den erwähnten öffentlichen Stellen der psychiatrische Konsiliararzt des kommunalen Krankenhauses, die örtliche kassenärztliche Vereinigung, die Telefonsorge, Vertreterinnen und Vertreter der Berufsbetreuer, die Richterinnen und Richter des Amtsgerichts sowie Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenen und Angehörigen - eingeladen, um Themen und Perspektiven rund um das beschriebene Problemfeld zu sammeln und Bereitschaft und mögliche Ziele für ein gemeinsames Projekt zu klären.

Dieses Treffen fand am 20.09.2017 mit fast vollständiger Beteiligung statt. Hauptelemente dieses Treffens waren eine ausführliche Vorstellung aller Beteiligten, Vorstellung der verfügbaren Daten zum Unterbringungsgeschehen nach PsychKG aus den letzten Jahren sowie Identifizierung von relevanten Themenfeldern. Diese konnten unter den Überschriften „Gegenseitige Informationen über Hilfsangebote, Rahmenbedingungen und Handlungsprinzipien sowie Förderung des gegenseitigen Verständnis“, „Transparente und abgesprochene Abläufe, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung des Krisendienstes“, „Datenbasis zum Unterbringungsgeschehen“, „Besondere Problemgruppen (Betroffene mit Suchtproblemen, Flüchtlinge u.a.)“ und „Besondere Probleme bei betreuungsrechtlichen Unterbringungen“ zusammengefasst werden. Es wurde eine hohe Bereitschaft für ein konkretes Projekt festgestellt und weitere Treffen vereinbart.

Die genannten Themen wurden in einem ganztägigen zweiten Treffen – mit ähnlich guter Beteiligung – am 07.12.2017 aufgegriffen und vertieft. Die Solinger Versorgungslandschaft wurde vorgestellt, Themen, die in der Praxis immer wieder für Verärgerung sorgen (z.B. „Wir haben den Patienten mit viel Mühe in die Klinik gebracht und am nächsten Tag ist er schon wieder draußen und alles beginnt von neuem“) wurden benannt und wesentliche Dilemmata im Zusammenhang mit der Krisenversorgung (z.B. Autonomie vs. Fürsorge) angesprochen, Projektziele (s.u.) erarbeitet und erste Maßnahmen besprochen. Es wurde als Arbeitsform eine weitere (und dann in größeren Abständen zu wiederholende) Plenumsitzung am 14.03.2018 und die Gründung einer kleineren Arbeitsgruppe (Psychosozialer Trägerverein Solingen e.V./Krisendienst, LVR-Klinik Langenfeld, SPDi und Psychiatriekoordinatorin, Polizei, Ordnungsamt) beschlossen. Diese hat sich von April 2018 bis Juni 2019 insgesamt viermal getroffen, die nächsten Treffen sind terminiert. Zunächst ausgeklammert wurde das Thema der betreuungsrechtlichen Unterbringungen.

Projektziele

Als übergeordnetes Ziel wurde die Verbesserung der Qualität des Vorgehens bei Unterbringungssituationen nach dem PsychKG mit dem Ziel einer Vermeidung von Zwang und Gewalt definiert.

Als Teilziele wurden benannt

- Regelmäßiger Austausch der relevanten Beteiligten zur Förderung der vertrauensvollen Zusammenarbeit und der Lösung von Schnittstellenproblemen
- Erarbeitung eines Ablaufplans bei Krisen mit dem Ziel einer regelhaften Beteiligung des Krisendienstes des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V. bei Unterbringungssituationen
- Identifizierung von Personen, die besonders häufig von schwierigen Unterbringungssituationen betroffen sind, und Durchführung von Fallbesprechungen, um die Möglichkeit der Optimierung von Hilfen für diese Personen zu prüfen

- Verbesserung der Qualität der Krisenversorgung durch Schulungsangebote
- Entwicklung einer Vision für eine gute Krisenversorgung in Solingen. Hierzu gehört neben der Verständigung über Qualitätsstandards auch die Frage welche Ressourcen langfristig benötigt werden.

Diese Teilzeile wurden in einem Diskussionsprozess erarbeitet. Die Bereitschaft, sich im weiteren Prozess auch mit der Situation bei betreuungsrechtlichen Unterbringungen oder speziell mit den Zielgruppen ältere Menschen oder Kinder/Jugendliche zu befassen, ist vorhanden. Es wurde sich jedoch zunächst darauf verständigt, den Fokus auf Zwangsvermeidung bei PsychKG Verfahren zu legen, besonders auf die Fälle, in denen durch eine passende Krisenintervention Zwang vermieden werden könnte. Zudem waren sich die Beteiligten einig, dass hier ein besonders guter Anknüpfungspunkt besteht, der ermöglicht, mit den vorhandenen Ressourcen eine erste Verbesserung zu erzielen.

Projektergebnisse bisher

Insgesamt bewerten wir die bisherigen Ergebnisse des Projekts als sehr positiv. Bezüglich der Projektziele konnte in einzelnen Bereichen große Fortschritte erzielt werden, in anderen Bereichen wurden Maßnahmen geplant, die bisher aber leider noch nicht konkret umgesetzt werden konnten, z.T. ergaben sich „Nebeneffekte“, die für die Fortentwicklung der Krisenversorgung in Solingen von großer Bedeutung sind, die in den Projektzielen aber gar nicht primär intendiert waren. Es zeigte sich aber auch, wie schwierig es ist - trotz hoher Motivation und großem Engagement - für ein solches Projekt ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Durch personelle Wechsel kam es zu z.T. erheblichen Verzögerungen in der Projektumsetzung.

Im Folgenden sollen die einzelnen Ergebnisse vorgestellt und bewertet werden:

- Ein schwer zu messender, aber wichtiger Effekt ist die durch das Projekt gestiftete „Kooperationskultur“ und die damit einhergehende Sensibilisierung für das Thema psychische Krisen und Zwangsvermeidung. Die Projekttreffen sind von einer positiven und konstruktiven Grundhaltung und ehrlichem Bemühen gekennzeichnet, die Möglichkeiten, Grenzen und Vorgehensweisen der jeweils anderen Beteiligten zu verstehen. Es gibt mehr einzelfallbezogene Kooperation und ein „direkter Draht“ zwischen den Beteiligten wurde gefördert. Beispielsweise konnte eine von der Betroffenen und dem beobachtenden Umfeld als sehr eingreifend erlebte Unterbringungssituation nachbesprochen werden. Bei einer späteren erneuten Unterbringung der gleichen Betroffenen fand vorher eine Verständigung von Ordnungsamt, gesetzlicher Betreuerin und Krisendienst über das Vorgehen statt mit dem Ergebnis, dass die Unterbringung zwar nicht verhindert werden konnte, aber für alle Beteiligten deutlich weniger belastend erfolgte.
- Es wurde ein Konzept zur regelhaften Beteiligung des Solinger Krisendienstes bei den Einsätzen von Polizei und/oder Ordnungsamt bei psychiatrischen Kriseneinsätzen mit drohenden Unterbringungssituationen erarbeitet und in Form eines Ablaufplans schriftlich formuliert (siehe Anlage). Das Konzept soll zunächst im Rahmen einer auf 6 Monate ausgelegten Pilotphase erprobt werden, deren Beginn sich allerdings aufgrund verschiedener Faktoren (Leitungswechsel bei einem der Kooperationspartner, personelle Engpässe) bisher leider immer wieder verzögert hat. Die Kriseneinsätze sollen mit Hilfe eines einfachen Erfassungsbogens im Hinblick auf Inanspruchnahme,

Kooperation und Ergebnisse der

Krisenintervention ausgewertet werden, um eine bessere Datenbasis für die Planung zu erhalten.

Für das Konzept waren eine Reihe von Hindernissen aus dem Weg zu räumen, u.a. Fehlinformationen über Möglichkeiten des Krisendienstes, aber auch rechtliche Fragen. In den Fällen, in denen zunächst die Polizei alarmiert wird und dann vor Ort erscheint, haben die Polizeibeamtinnen und -beamten bei dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung als Ursache der krisenhaften Situation die Ordnungsbehörde einzuschalten. Darf der Krisendienst an dieser Stelle „dazwischengeschaltet“ werden? Beide Behörden haben die Aufgabe der Gefahrenabwehr. Das Verfahren der sofortigen Unterbringung nach PsychKG ist Aufgabe der zuständigen Ordnungsbehörde. Die Einschaltung eines Krisendienstes birgt Unsicherheiten: Wer hat im Zweifelsfall welche Verantwortung? Oder: Dürfen Polizei bzw. Ordnungsamt eine kranke Person zur Krisenwohngruppe transportieren? Nicht alle Fragen konnten ohne Restunsicherheit geklärt werden. Deshalb war es wichtig, die Zustimmung und Rückdeckung des zuständigen Dezernenten für Recht, Ordnung und Soziales zu einem geänderten Verfahren zu erhalten, was auch gelungen ist. Eine regelhafte Einschaltung des Krisendienstes soll demnach auch durch den obersten Vorgesetzten mitgetragen werden.

- Um die zu erwartende höhere Inanspruchnahme des Krisendienstes bei der Umsetzung des genannten Konzepts zu bewältigen wurde eine engere Kooperation von Sozialpsychiatrischem Dienst und Krisendienst des Psychosozialen Trägervereins e.V. vereinbart – einer der angesprochenen wichtigen „Nebeneffekte“.
- Auf Anregung des Oberarztes der beteiligten Klinik wurde die Verwendung von psychiatrischen Fixiergurten statt Handschellen durch das Ordnungsamt bei nicht abzuwendenden Fixierungen in Unterbringungssituationen eingeführt. Der Effekt dieser Änderung wird sehr positiv bewertet: „Wir haben bereits in einigen Fällen Fixierungsmaterial in Form der Handfixierungen anstelle von Handfesseln verwenden können und haben hiermit durchweg positive Erfahrungen gemacht. Der Patient ist hiermit ebenfalls sicher fixiert. Das Fixierungsmaterial bietet ihm jedoch einen höheren "Komfort" und ein geringeres Verletzungsrisiko.“ (Rückmeldung des Abteilungsleiters im Ordnungsamt).
- Um die öffentliche Unterstützung für das Projekt zu fördern und weiter für das Thema zu sensibilisieren wurde am 13.03.2019 ein Fachtag zum Thema „Würde und Zwang – Herausforderung in psychiatrischen Hilfesystemen“ durchgeführt. Das Konzept der mit ca. 130 Teilnehmenden sehr gut besuchten Veranstaltung – eine Kombination aus Erfahrungsberichten von Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfenden, Fachvorträgen und moderierten dialogischen Diskussionsrunden - erwies sich als sehr geeignet, um die Bedeutung und Vielschichtigkeit des Themas deutlich zu machen und eine Diskussion ohne gegenseitige Schuldzuweisungen zu ermöglichen. Der Wille zu einer engeren Kooperation beim Thema Zwangsvermeidung wurde durch die Veranstaltung noch einmal gestärkt, was insbesondere der zuständige Dezernent für Recht Ordnung und Soziales als auch der Leiter der örtlichen Polizeidirektion öffentlich zum Ausdruck brachten.
- Die angedachten Schulungsmaßnahmen (z.B. zu psychiatrischen Störungen oder Hilfsangeboten) für Einsatzkräfte von Polizei, Ordnungsamt und Feuerwehr

konnten bisher aufgrund unzureichender personeller Ressourcen noch nicht begonnen werden.

- Elemente einer Vision für eine optimierte Krisenversorgung in Solingen wurden skizziert. Hierzu gehören neben der beschriebenen verbindlichen Einbeziehung des Krisendienstes bei drohenden Unterbringungen
 - o eine Verbesserung der Ausstattung des mobilen Krisendienstes, insbesondere die Möglichkeit, Kriseneinsätze zu zweit durchzuführen (bisher nicht gegeben),
 - o eine höhere Rate fachärztlicher Beteiligung bei drohenden Unterbringungssituationen,
 - o eine Qualitätsverbesserung durch Schulungsmaßnahmen sowie eine verbesserte Betreuung der Angehörigen und ggf. betroffener Kinder im Zusammenhang mit Unterbringungen.

Resümee und Ausblick

Kern des Solinger Projektbeitrags ist das Thema Vermeidung von Zwang im Zusammenhang mit öffentlich-rechtlichen Unterbringungen bei psychiatrischen Krisen. Hauptansatz war das Stiften eines bis dahin nur rudimentär vorhandenen Austauschs zwischen den relevanten Akteuren - System der Versorgung von Menschen mit psychischen Krisen einerseits, Polizei, Ordnungsbehörde und Rettungsdienst andererseits - mit dem Ziel verbindlicher Kooperation. Einen solchen Austausch halten wir nach unseren bisherigen Erfahrungen für zentral und sehen unsere Bemühungen als sehr erfolgreich an. Wichtig ist es jetzt, die etablierten Kooperationstreffen fortzuführen und den Prozess zu verstetigen.

Nicht abgeschlossen ist das Projekt im Hinblick auf die regelhafte Beteiligung des Solinger Krisendienstes bei Unterbringungsgeschehen. Hier sind wir optimistisch, zum Jahresbeginn 2020 in die vereinbarte 6-monatige Projektphase eintreten zu können. Die Ergebnisse werden - so unsere Überzeugung - ein wichtiger Baustein für die Frage sein, ob wir unserer Vision einer qualitativ hochwertigen und effektiven Krisenversorgung in Solingen in Zukunft noch näherkommen können.

Dr. Thomas Hummelsheim

Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Solingen
Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins Solingen e.V.

Dagmar Eickenberg

Psychiatriekoordinatorin und Abteilungsleitung Stadtdienst Gesundheit Solingen

Entwurf Stand 20.09.2018:

Abgestimmtes Verfahren zum Umgang mit Menschen in psychischen Krisen

Inhalt:

1. Zielsetzung
2. Um welche Krisen geht es?
3. Ablaufplan
4. Dokumentation und Auswertung
5. Orientierungshilfen für die Zusammenarbeit von Polizei/Feuerwehr/Ordnungsamt mit dem Krisendienst

Anhang 1: Der Krisendienst des PTV und der Stadt Solingen (Sozialpsychiatrischer Dienst)

Anhang 2: Rechtliche Grundlagen

Anhang 3: Dokumentationsbogen

1. Zielsetzung

Das übergeordnete Ziel des hier beschriebenen Vorgehens ist die Verbesserung der Krisenversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Stadt Solingen. Hierdurch soll möglichst eine Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gemäß PsychKG erreicht werden.

Durch einen intensiven Austausch, der im September 2017 mit den am Unterbringungs-geschehen beteiligten Akteuren begonnen wurde, wurde der Wunsch nach einer verbesserten Kooperation und klaren Absprachen zum Verfahren deutlich.

Im Vordergrund steht bei allen das Bemühen, für eine passgenaue Hilfe für Menschen in psychischen Krisensituationen zu sorgen. Falls zur Gefahrenabwehr eine Unterbringung gegen den Willen des/der Betroffenen erforderlich ist, soll ein Verfahren angewendet werden, welches allen Akteuren transparent ist. Wichtig ist ein rechtssicheres Vorgehen für alle Verfahrensbeteiligten.

In einer Modellphase soll zunächst für sechs Monate ein neuer Ablauf erprobt werden. Bei dieser Erprobung soll durch die regelhafte Einbindung des Krisendienstes geprüft werden, ob mildere Mittel möglich sind, bevor das Verfahren zur sofortigen Unterbringung nach PsychKG eingeleitet wird.

In dieser Modellphase soll ein enger regelmäßiger Austausch mit Fallbesprechungen stattfinden und eine Dokumentation der Einsätze erfolgen.

Die beteiligten Akteure starten die Erprobungsphase mit den vorhandenen personellen Ressourcen.

2. Um welche Krisen geht es?

Krisen im Sinne dieser Absprache sind alle Situationen in Solingen, in denen Polizei oder Rettungskräfte alarmiert werden und bei denen eine psychische Erkrankung als Ursache oder komplizierender Faktor der Notlage bekannt oder zu vermuten ist. Häufig geht es dabei um die Abklärung einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung.

3. Ablaufplan

Für einen Erprobungszeitraum von 6 Monaten soll ab dem _____ für diese Krisen folgendes Verfahren eingeführt und ausgewertet werden:

Schritt 1 Alarmierung von Polizei/Feuerwehr (110 oder 112)

Über eine Situation mit den Merkmalen von Eigen- oder Fremdgefährdung, psychischer Beeinträchtigung/ Verwirrung/ Hilflose Person.

Schritt 2 Einsatzkräfte vor Ort

Die Einsatzkräfte von Polizei/Feuerwehr/Ordnungsamt vor Ort veranlassen einen Anruf beim Krisendienst. Es wird angestrebt, dass die Einsatzkräfte vor Ort telefonieren.

Schritt 3 Telefonat Krisendienst

Gemeinsame Lageeinschätzung, Einordnung in eine der Fallkonstellationen (siehe unten) und Festlegung des weiteren Vorgehens.

Fallkonstellation A

Offensichtliche massive Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht ohne unmittelbare Anwendung von körperlichem Zwang abgewendet werden kann. Klare Entscheidung sofortige Unterbringung notwendig.

Alarmierung Ordnungsbehörde

Tagsüber	Außerhalb der Dienstzeiten
Dienstzeiten sind: Montag und Dienstag von 08.00 bis 16.00 Uhr Mittwoch von 08.00 bis 15.00 Uhr Donnerstag von 08.00 bis 18.00 Uhr Freitag von 08.00 bis 13.00 Uhr	Außerhalb der Dienstzeiten ist eine Rufbereitschaft eingerichtet, welche über die Feuerwehr zu alarmieren ist.
Kontakt Frau/Herr XXXX	Kontakt über das Diensthandy des Ordnungsamts oder Feuerwehr

Das Verfahren ist so schonend wie möglich durchzuführen. In der Situation vorhandene Ressourcen (z. B. Anwesenheit einer Vertrauensperson, eines Mitarbeitenden des Krisendienstes) sind für eine Entschärfung zu nutzen, damit jeweils die mildesten Mittel angewendet werden.

Fallkonstellation B Alle übrigen Fälle

Hier bietet der Krisendienst folgende Möglichkeiten:

- **Telefonische Beratung**, z.B. über weitere Hilfsmöglichkeiten
- **Einsatz der mobilen Rufbereitschaft** auf der Polizeiwache oder am Ort des Krisengeschehens
- **Aufnahme in das Notbett** der Krisenwohngruppe des Psychosozialen Trägervereins in der Eichenstr. 105-109

Ein Ergebnis der gemeinsamen Lageeinschätzung oder nach Besuch des Krisendienstes kann eine freiwillige Aufnahme in die LVR-Klinik Langenfeld sein. (Transport nach gemeinsamer Absprache Hinweis KV Arzt oder AVD Langenfeld Transportschein)

Ein weiteres Ergebnis kann sein, dass doch eine sofortige Unterbringung notwendig ist, dann erfolgt das Vorgehen wie unter Fallkonstellation 1 beschrieben.

Hinweis:

Erfolgt die Anfrage an den Krisendienst durch die Hilfesuchenden selber oder Dritte, z. B. Angehörige, und die Krisendienstmitarbeitende schätzen die Bedingungen für einen **Hausbesuch** aus irgendwelchen Gründen als riskant (z.B. aggressives Verhalten des Betroffenen) ein, kann aus gefahrenabwehrenden Gründen eine **Begleitung durch das Ordnungsamt (außerhalb der Dienstzeiten des Ordnungsamts durch die Polizei)** angefordert werden.

4. Dokumentation und Auswertung

Alle beteiligten Akteure verständigen sich auf die Nutzung eines Dokumentationsbogens für die Erprobungsphase (Anhang 2) und eine Auswertung der Fälle erfolgt in einem monatlichen Auswertungsgespräch. Das Ausfüllen des Dokumentationsbogens erfolgt durch die Einsatzkräfte vor Ort. Die ausgefüllten Dokumentationsbögen werden zeitnah an das Ordnungsamt für eine zentrale Erfassung und Auswertung weitergeleitet (Fax Nr. XXXXX).

Anhang 1 Der Krisendienst von PTV und Stadt Solingen (Sozialpsychiatrischer Dienst)

Organisation des Krisendienstes

Der dreistufige Krisendienst besteht aus folgenden Angeboten:

1. Krisentelefon

Die Telefonnummer des Krisendienstes XXXX ist an allen Wochentagen rund um die Uhr erreichbar. Zu üblichen werktäglichen Arbeitszeiten erreicht man zuerst die Telefonzentrale des PTV und lässt sich dann mit dem Krisendienst verbinden. An Wochentagen tagsüber wird die Anfrage dann in der Regel vom PTV an den Sozialpsychiatrischen Dienst weitergeleitet. Handelt es sich um eine Nutzerin einen Nutzer des PTV, übernimmt der PTV in jedem Fall die Krisenversorgung.

Der Krisendienst wird von verschiedenen psychosozialen Fachkräften (Pflegerkräften, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte u. a.) des Psychosozialen Trägervereins und des Sozialpsychiatrischen Dienstes geleistet.

2. Aufsuchender Krisendienst (mobile Rufbereitschaft)

Auch der aufsuchende Krisendienst steht rund um die Uhr zur Verfügung. Übliche Reaktionszeiten bis zum Eintreffen des Mitarbeitenden liegen im Bereich 20-45 min, sollte aber individuell abgefragt werden, da einzelne Mitarbeitende auch einen – je nach Verkehrssituation – längeren Fahrweg haben können. In der Regel sind die Mitarbeitende im aufsuchenden Krisendienst allein tätig.

3. Aufnahme in die Krisenwohngruppe (Notbett) auch kurzfristig für eine Nacht oder über das Wochenende

Die Aufnahme in das Notbett der Krisenwohngruppe ist niederschwellig möglich, d. h. der/die Hilfesuchende muss sich keinen Formalitäten unterziehen, er/sie muss sich nicht für eine längere Behandlung verpflichten o. ä. Das Notbett ist in der Regel verfügbar, weil es bei Inanspruchnahme immer spätestens am nächsten Werktag wieder freigegeben werden muss. In der Zeit von 20.00-07.30 Uhr sind die Mitarbeitende der Krisenwohngruppe allein im Dienst und versehen eine Nachtbereitschaft (keine Nachtwache). Die mobile Rufbereitschaft hat das „Erstbelegungsrecht“ für das Notbett.

4. Mittel und Vorgehen des Krisendienstes

Das Vorgehen des Krisendienstes ist immer auf den einzelnen Fall angepasst und umfasst je nach Situation u. a.:

- Gefährdungseinschätzung

- Einschätzung der Notwendigkeit weiterer ärztlicher Maßnahmen
- Klärende, beruhigende und stützende Gespräche mit der betroffenen Person und/oder der Familie/dem sozialen Netzwerk Erhebung und Nutzung der Ressourcen der betroffenen Person bzw. seines Umfelds für eine Krisenbewältigung
- Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten zur Abwendung einer Gefahrensituation/zur weiteren Krisenbewältigung
- Information über oder Vermittlung in weitere Hilfen (Krisenwohngruppe des PTV, stationäre psychiatrische Behandlung, ärztliche Behandlung, psychosoziale Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten etc.)
- Einleitung von Maßnahmen zur Sicherung und Unterbringung als letztes Mittel, wenn andere Hilfsmöglichkeiten zum Abwenden einer Gefährdungssituation nicht greifen

5. Orientierungshilfen für die Zusammenarbeit von Polizei/Feuerwehr/Ordnungsamt mit dem Krisendienst

- **Hauptaufgabe des Krisendienstes** ist die **Krisenhilfe für allgemeine psychiatrische Krisen Erwachsener**.
- Typische **Beispiele**:
 - psychotisch begründete Verhaltensauffälligkeiten
 - Hilflosigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung
 - Suizidalität im Rahmen einer Depression oder einer psychosozialen Krise.
- Der **Sozialpsychiatrische Dienst** besitzt darüber hinaus Fachkräfte im Bereich Suchtversorgung und Gerontopsychiatrie, die zu üblichen werktäglichen Arbeitszeiten für den Krisendienst zur Verfügung stehen.
- Die **Nutzung des telefonischen Krisendienstes** ist **obligatorisch** in allen Fällen vorgesehen. Es wurde sich darüber verständigt, dass dies auch in den Fällen sinnvoll ist, in denen es wahrscheinlich ist, dass ein Einsatz des aufsuchenden Krisendienstes oder eine Belegung des Notbetts nicht in Frage kommt. Der Kontakt zum Krisendienst kann in diesen Fällen die Funktion einer fachlichen Rückmeldung, Klärung von Zuständigkeiten und Information über weitere Hilfsmöglichkeiten haben. Die Einbeziehung des telefonischen Krisendienstes ist deshalb im Ablaufplan als Standard festgehalten.
- **Einschränkungen** für den **Einsatz der mobilen Rufbereitschaft des PTV** (nach den üblichen werktäglichen Arbeitszeiten) bestehen in der Regel dann,
 - wenn akute Intoxikationen oder Entzugssyndrome vorliegen,
 - wenn körperliche Erkrankungen im Vordergrund stehen,
 - wenn das Ausmaß von Aggression und Gewalt die Gefahrenabwehr bzw. den Schutz der Umgebung ganz in den Vordergrund stellen,
 - bei Verwirrheitszuständen alter bzw. dementer Menschen.
 - Außerdem wird der aufsuchende Krisendienst nicht in Einrichtungen

wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen tätig.

- **Ausschlusskriterien für eine Aufnahme auf der Krisenwohngruppe** sind:
 - Starke Erregung, insbesondere mit
 - Fremdaggressivität
 - Suizidalität mit fehlender Fähigkeit, sich an Absprachen zu halten
 - ausgeprägtere körperliche Erkrankungen oder Intoxikationen/Entzugssyndrome, die eine medizinische Einschätzung und/oder Behandlung bedürfen
 - Verwirrtheit mit Weglauftendenz

- **Die Mitarbeitende des aufsuchenden Krisendienstes und der Krisenwohngruppe müssen, um sich angesichts der Rahmenbedingungen ihrer Arbeit vor Gefährdungs- und Überforderungssituationen schützen zu können, ein Letztentscheidungsrecht behalten, ob sie eine Patientin/einen Patienten in ihrem/seinem häuslichen Umfeld aufsuchen bzw. auf die Krisenwohngruppe aufnehmen.**

Anhang 2: Rechtsgrundlagen

Bei der Beschäftigung mit dem Verfahren gibt es verschiedene gesetzliche Grundlagen, die relevant und für die unterschiedlichen Akteure handlungsleitend sind. Der rechtliche Rahmen soll hier im Überblick dargestellt werden und Sicherheit für die einzelnen Verfahrensschritte gewährleisten.

Die Anwendung von Zwang stellt grundsätzlich einen Grundrechtseingriff dar und muss daher begründet werden.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

I. Die Grundrechte Art 1

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
- (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
- (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Art 2

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG)

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Dieses Gesetz regelt
 1. Hilfen für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind oder bei denen die Folgen einer psychischen Krankheit fortbestehen (Betroffene),

2. die Anordnung von Schutzmaßnahmen durch die untere Gesundheitsbehörde, soweit gewichtige Anhaltspunkte für eine Selbstgefährdung oder eine Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer auf Grund einer psychischen Krankheit bestehen, und
3. die Unterbringung von den Betroffenen, die psychisch erkrankt sind und dadurch sich selbst oder bedeutende Rechtsgüter anderer erheblich gefährden.

(2) Psychische Krankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere.

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für Personen, die auf Grund der §§ 63, 64 StGB, 81, 126 a, 453 c in Verbindung mit § 463 StPO, §§ 7, 73 JGG und §§ 1631 b, 1800, 1915 sowie 1906 BGB untergebracht sind.

§ 2 Grundsatz

(1) Bei allen Hilfen und Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes sind die Würde und persönliche Integrität der Betroffenen zu schützen. Auf ihren Willen und ihre Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, ist besondere Rücksicht zu nehmen. Hierbei sind die unterschiedlichen Bedarfe der verschiedenen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten zu berücksichtigen.

§ 3 Ziel und Art der Hilfen

(1) Die Hilfen sollen Betroffene aller Altersstufen durch rechtzeitige, der Art der Erkrankung angemessene medizinische und psychosoziale Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sowie Anordnungen von Schutzmaßnahmen und insbesondere Unterbringungen vermeiden.

§ 5 Träger der Hilfen

(1) Die Hilfen obliegen den Kreisen und kreisfreien Städten – unteren Gesundheitsbehörden - als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung und werden insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste geleistet. ² Die unteren Gesundheitsbehörden haben darauf hinzuwirken, dass insbesondere ambulante Dienste und Einrichtungen, die die klinische Versorgung ergänzen, in Anspruch genommen werden können. § 5 Abs. 3 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25. November 1997 in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberührt.

§ 6 Zusammenarbeit

Zur Unterstützung und Ergänzung der eigenen Maßnahmen arbeitet der Träger der Hilfen insbesondere

- mit Betroffenen- und Angehörigenorganisationen,
- mit Krankenhäusern im Sinne von. § 10 Abs.2 Satz 1,
- mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten,
- mit niedergelassenen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten (Psychotherapeuten),
- mit Einrichtungen der Suchthilfe,
- mit sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens,
- mit der Sozial- und Jugendhilfe,
- mit Betreuungsbehörden und -vereinen und
- mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zusammen. ² Dabei ist die Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung gemäß §§ 3 und 23 ÖGDG in der jeweils geltenden Fassung zu gewährleisten.

§ 14 Sofortige Unterbringung

(1) Ist bei Gefahr im Verzug eine sofortige Unterbringung notwendig, kann die örtliche Ordnungsbehörde die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist.

Zeugnisse nach Satz 1 sind grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie

und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind.

³Sie haben die Betroffenen persönlich zu untersuchen und die Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung schriftlich zu begründen.

Polizeigesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (PolG NRW)

§ 1 Aufgaben der Polizei

(1) Die Polizei hat die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung abzuwehren (Gefahrenabwehr). Sie hat im Rahmen dieser Aufgabe Straftaten zu verhüten sowie vorbeugend zu bekämpfen und die erforderlichen Vorbereitungen für die Hilfeleistung und das Handeln in Gefahrenfällen zu treffen. Sind außer in den Fällen des Satzes 2 neben der Polizei andere Behörden für die Gefahrenabwehr zuständig, hat die Polizei in eigener Zuständigkeit tätig zu werden, soweit ein Handeln der anderen Behörden nicht oder nicht rechtzeitig möglich erscheint; dies gilt insbesondere für die den Ordnungsbehörden obliegende Aufgabe, gemäß § 1 Ordnungsbehördengesetz Gefahren für die öffentliche Ordnung abzuwehren. Die Polizei hat die zuständigen Behörden, insbesondere die Ordnungsbehörden, unverzüglich von allen Vorgängen zu unterrichten, die deren Eingreifen erfordern.

(2) Der Schutz privater Rechte obliegt der Polizei nach diesem Gesetz nur dann, wenn gerichtlicher Schutz nicht rechtzeitig zu erlangen ist und wenn ohne polizeiliche Hilfe die Verwirklichung des Rechts vereitelt oder wesentlich erschwert werden würde.

(3) Die Polizei leistet anderen Behörden Vollzugshilfe (§§ 47 bis 49).

§ 35 Gewahrsam

(1) Die Polizei kann eine Person in Gewahrsam nehmen, wenn

1. das zum Schutz der Person gegen eine Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist, insbesondere weil die Person sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand oder sonst in hilfloser Lage befindet,
2. das unerlässlich ist, um die unmittelbar bevorstehende Begehung oder Fortsetzung einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit von erheblicher Bedeutung für die Allgemeinheit zu verhindern,

Gesetz über Aufbau und Befugnisse der Ordnungsbehörden – Ordnungsbehördengesetz (OBG)

§ 1 Aufgaben der Ordnungsbehörden

(1) Die Ordnungsbehörden haben die Aufgabe, Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung abzuwehren (Gefahrenabwehr).

(2) Die Ordnungsbehörden führen diese Aufgaben nach den hierfür erlassenen besonderen Gesetzen und Verordnungen durch. Soweit gesetzliche Vorschriften fehlen oder eine abschließende Regelung nicht enthalten, treffen die Ordnungsbehörden die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr nach diesem Gesetz.

(3) Andere Aufgaben nehmen die Ordnungsbehörden nach den Vorschriften dieses Gesetzes insoweit wahr, als es durch Gesetz oder Verordnung bestimmt ist.

§ 2 Vollzugshilfe der Polizei

Die Polizei leistet den Ordnungsbehörden Vollzugshilfe nach den Vorschriften der §§ 47 bis 49 des Polizeigesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (PolG NW).

§ 3 Aufbau

(1) Die Aufgaben der örtlichen Ordnungsbehörden nehmen die Gemeinden, die Aufgaben der Kreisordnungsbehörden die Kreise und kreisfreien Städte als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung (§ 9) wahr; dies gilt auch für die ihnen als Sonderordnungsbehörden übertragenen Aufgaben.

Fazit: Es ist rechtlich zulässig und sinnvoll vor dem Einleiten eines Verfahrens zur sofortigen Unterbringung nach § 14 PsychKG zu klären, ob andere Hilfsmöglichkeiten zum Einsatz kommen können.

Anhang 3: Dokumentationsbogen

Anhang 3: Dokumentationsbogen

Polizei SD Ordnung Krisendienst PTV Sozialpsychiatrischer Dienst

EinsatzNr. :

Arbeitsbericht Kriseneinsatz am

Alarmierung : Uhr – Ende : Uhr

Name, Vorname	Anschrift	Geb.-Datum und -ort

- Fehlalarm
- Anruf Krisendienst ist erfolgt und eine gemeinsame Lageeinschätzung wurde vorgenommen
- Es kamen folgende Mittel des Krisendienstes zum Einsatz
- Telefonische Beratung, Unterbreitung weiterer Hilfsangebote (z.B. Termin am Folgetag)
 - Einsatz der mobilen Rufbereitschaft
 - auf der Polizeiwache
 - im Wohnumfeld der Person
 - an einem sonstigen Ort
 - Notbettaufnahme auf der Krisenwohngruppe
- Alarmierung Ordnungsbehörde für eine Zwangseinweisung gem. PsychKG
- Einweisung vorgenommen – siehe Einweisungsverfügung und ärztliches Zeugnis
- Einweisung **nicht** vorgenommen, weil
- ein Gefährdungstatbestand nicht erkennbar war
 - eine Einweisung aufgrund des Einsatzes des Krisendienstes nicht mehr erforderlich war; ggf. sind weitere fürsorgerische Maßnahmen erforderlich (Staddienst Jugend und/oder SD Gesundheit)
 - die Person mit einer freiwilligen Aufnahme in die Klinik einverstanden war
 - die Person in die Obhut von Bezugspersonen/Freunden belassen werden konnte
 - sonstige Gründe:
- Daneben wurden folgende Feststellungen getroffen, die von der Verwaltung bearbeitet werden
- Minderjährige Kinder waren unterzubringen – SD Jugend verständigen
 - Tiere waren zu versorgen – wurden ans Tierheim gegeben
 - Person ist im Besitz einer Fahrerlaubnis. Aufgrund des ärztl. Gutachtens sollte die Fahrtauglichkeit geprüft werden.

Sonstige Tatbestände/Bemerkungen:

30.12.19

Ehret/Maurer/Dr. Obert

Bundesprojekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP) / Projektträger Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV)

Endbericht des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Stuttgart (GPV) zum Thema „Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB“

Gliederung

1. Bundesprojekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“
2. Projektthema in Stuttgart
3. Projektziele in Stuttgart
4. Psychiatrische Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) in Stuttgart unter besonderer Berücksichtigung des Betreuten Wohnens und der Bedeutung der Hilfeplankonferenz
 - 4.1 Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart
 - 4.2 Die Sozialpsychiatrischen Dienste
 - 4.3 Die Betreuten Wohnangebote in der Landeshauptstadt Stuttgart
 - 4.4 Wohnortnahe Versorgung
 - 4.5 Die geschlossenen Wohnheime
 - 4.6 Die Hilfeplankonferenz Stuttgart
5. Exkurs zum Bundesteilhabegesetz (BTHG)
6. Gesetzliche Grundlagen des § 1906 BGB und Verfahrensschritte
 - 6.1 § 1906 BGB Abs. 1, 2 und 3
 - 6.2 Vorgehens- und Verfahrensschritte bei geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB
7. Erhebung: Interviews, Diskussionsrunden, Gespräche
 - 7.1 Methodisches Vorgehen
 - 7.2 Interviews den Klientinnen und Klienten
 - 7.3 Befragung der Führungskräfte
 - 7.4 Sicht und Einschätzung der Selbsthilfegruppen von Angehörigen und Betroffenen, dem Ärztlichen Leiter des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums / Zentrum für Seelische Gesundheit / Klinikum Stuttgart, einer gesetzlichen Betreuerin, dem Leiter der Betreuungsbehörde Stuttgart
8. Ergebnisse und Auswertung
9. Fazit und Ausblick

1. Bundesprojekt „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)“

Das Ziel des bundesweiten Projekts des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) besteht darin, durch die Förderung eines oder mehrerer Projekte neue Erkenntnisse zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland und zu Möglichkeiten der Vermeidung und Verringerung von Zwang durch alternative, freiwillige Behandlungsmöglichkeiten zu gewinnen. Die Erkenntnisse sollen genutzt werden, um Zwang in der psychiatrischen Versorgung auf das unbedingt Notwendige zu begrenzen und damit zur Verbesserung der psychiatrischen Hilfesysteme insgesamt beizutragen. (BMG, Öffentliche Bekanntmachung vom 23.09.2015, Laufzeit des Bundesprojektes „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ von 10/2016-10/2019).

2. Projektthema im GPV Stuttgart

Die Thematik, wie Gewalt und Zwang in der psychiatrischen Versorgung verringert und vermieden werden könnte, beschäftigt alle beteiligten Akteure seit Beginn der sozialpsychiatrischen Aktivitäten. Deshalb war es nur logisch und folgerichtig, dass sich der GPV Stuttgart an diesem Projekt beteiligt hat. Da in den vergangenen fünfzehn Jahren die Einrichtung geschlossener Wohnheimplätze in Stuttgart die professionell Tätigen wie die Psychiatrie-Erfahrenen und die Angehörigen psychisch kranker Menschen intensiv beschäftigt, beschlossen die Mitglieder des GPV, sich mit dieser Thematik innerhalb des BMG-Projektes zu befassen. Die geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB in Stuttgart sollte näher betrachtet und diskutiert werden.

Handlungsleitende Fragen dabei waren:

Wie sind die Zugangswege, wie die konkrete Hilfe im geschlossenen Wohnheim und gibt es mögliche Alternativen, bevor es zu einer Antragsstellung zur Unterbringung im geschlossenen Wohnheim nach § 1906 BGB kommt.

3. Projektziele in Stuttgart

Ziel des Stuttgarter Projektes war es, im Projektverlauf genauere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob es Alternativen zur Unterbringung nach § 1906 BGB gibt, bzw. wie Anträge auf Unterbringung verringert und eventuell vermieden werden können. Einen breiten Raum sollte die Befragung von Klientinnen und Klienten aus den geschlossenen Wohnheimen einnehmen, wie diese sowohl die Gründe für die Unterbringung als auch die Zeit der Unterbringung selbst wahrnehmen und erleben. Dies bedeutet, dass es um die Fragestellung geht, welche Möglichkeiten im Vorfeld einer Antragstellung durch die gesetzliche Betreuerin/den gesetzlichen Betreuer bestehen, um eine Antragstellung im Einzelfall vermeiden zu können.

Für die Projektzeit wurde in Stuttgart ein Projektbeirat installiert. Neben Vertreterinnen und Vertreter der geschlossenen Wohnheime, der offenen Wohnheime, des ambulant

betreuten Wohnens (ABW), der Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) verschiedener Verbände und der Sozialplanung für psychisch erkrankte Menschen der Stadt Stuttgart, nahmen auch Klinikvertreterinnen und -vertreter der beiden psychiatrischen Kliniken in Stuttgart (Furtbachkrankenhaus, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Zentrum für Seelische Gesundheit / (ZSG) / Klinikum Stuttgart) teil. Das Furtbachkrankenhaus Stuttgart hat sich aus inhaltlich fachlichen Gründen im Verlauf des Prozesses aus der Beteiligung am Projekt zurückgezogen. Die Angehörigenvertretenden und Vertretenden der Betroffenen wurden themenbezogen in die Projektarbeit eingebunden.

Das Projekt wie auch der Bericht erheben weder Anspruch auf wissenschaftliche Evidenz noch auf verallgemeinernde Repräsentativität. Es handelt sich um Einzelaussagen der interviewten Personen, die ihre jeweils eigene Meinung und Haltung wiedergeben.

Vielmehr geht es darum, in einem reflexiven, praxisorientierten Prozess „aus der Praxis für die Praxis“ Hinweise und Orientierungshilfen zu formulieren, die in den Bemühungen hilfreich sein sollen, im Vorfeld von Unterbringungen nach § 1906 BGB gemeinsam, d.h. im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV), alternative Wege im Einzelfall zu erarbeiten.

Leitfragen des Projektes

1. Wie kam es zum Antrag auf Unterbringung nach § 1906 BGB?
2. Wie hätte der Antrag eventuell vermieden werden können?
3. Wahrnehmung und Erleben der geschlossenen Unterbringung – was hilft im geschlossenen Wohnheim?
4. Was können die Klientinnen und Klienten dazu beitragen, damit die Entlassung aus dem geschlossenen Wohnheim baldmöglichst erfolgen kann?
5. Wie soll das Leben danach aussehen?

4. Die Sozialpsychiatrische Versorgung in Stuttgart unter besonderer Berücksichtigung des Betreuten Wohnens und der Bedeutung der Hilfeplankonferenz

4.1 Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart (GPV) ist der Zusammenschluss aller an der sozialpsychiatrischen Versorgung Beteiligten in der Landeshauptstadt Stuttgart. Unter partizipativen Gesichtspunkten sind Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Bürgerhelfer, langjährige und selbstverständliche Partner der Professionellen sowie der Verwaltung und der Kostenträger. Ziel ist die Bereitstellung eines umfassenden und koordinierten Leistungsangebotes für chronisch psychisch kranke Menschen in der Landeshauptstadt Stuttgart, um die ambulante Grundversorgung zu sichern. Die

personenorientierten Hilfen erfolgen wohnortnah und durch multiprofessionelle Zusammenarbeit.

Dieses Leistungsangebot wird in Stuttgart in acht Gemeindepsychiatrischen Zentren umgesetzt. Jedes GPZ arbeitet regional gegliedert mit Versorgungsauftrag für den jeweiligen Sozialraum, ist durch sektorale Zuordnung mit den psychiatrischen Kliniken in Stuttgart verbunden und verfügt über folgende Versorgungsbereiche:

- Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)
- Gerontopsychiatrische Dienste (GerBera)
- Tagesstätten
- Arbeitsprojekte/Beschäftigungsmöglichkeiten (SGB XII und SGB II)
- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) (SGB V)
- Häusliche psychiatrische Pflege (SGB V)
- Soziotherapie (SGB V)
- Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern „Aufwind“
- Betreutes Wohnen (SGB XII)

In den GPZ werden die Angebote einer ambulanten psychiatrischen Versorgung unter einem Dach gebündelt, um die Ressourcen effektiv einzusetzen und personenbezogen auszugestalten. Die o. g. Angebote sind räumlich zusammengefasst und erleichtern so wohnortnah den Zugang für Betroffene und ihre Angehörigen.

Die beiden psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung sind in den Gemeindepsychiatrischen Verbund eingebunden. Das Stadtgebiet ist in zwei Versorgungssektoren aufgeteilt. Die größere der beiden Kliniken versorgt etwas mehr als zwei Drittel, die kleinere etwas weniger als ein Drittel des Stadtgebietes.

4.2 Die Sozialpsychiatrischen Dienste

Die acht SpDi mit einer klaren definierten Region und Leistungsbeschreibung bilden das Kernstück der Gemeindepsychiatrischen Zentren in der Landeshauptstadt Stuttgart.

Sie sind Bestandteil der psychosozialen Grundversorgung und übernehmen die Versorgungsverpflichtung für das gesamte Stadtgebiet. Das bedeutet, dass sie allen chronisch psychisch erkrankten Menschen im Alter zwischen 18 bis einschließlich 63 Jahren im Einzugsgebiet sozialpsychiatrische Hilfen anbieten, erschließen und Meldungen, auch von Dritten, abklären. Sie sind Ansprechpartnerinnen und -partner für Angehörige, Nachbarn etc. und arbeiten mit Sozialraumbezug. Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Beratungsdienste ist es unter anderem, sozialraumorientiert Hilfen im Stadtteil für Menschen mit seelischen Erkrankungen zu erschließen. Dabei arbeiten sie eng mit den psychiatrischen Kliniken und der Landeshauptstadt Stuttgart zusammen.

Analoges gilt für die Gerontopsychiatrischen Dienste, die für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ab 63 Jahren zuständig sind.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste und der Gemeindepsychiatrische Verbund arbeiten auf der Grundlage des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes Baden- Württemberg

(PsychKHG), das am 01.01.2015 in Kraft trat.

4.3 Die Betreuten Wohnangebote in der Landeshauptstadt Stuttgart

Insgesamt leben 1.048 Personen in betreuten Wohnangeboten (Stichtag 31.12.2017)⁴. Die Betreuungsformen umfassen das Stationäre Wohnen, Ambulant Betreutes Wohnen und Betreutes Wohnen in Familien (BWF). 75% der Wohnangebote werden in Form von ambulant betreutem Wohnen vorgehalten, 24% der Plätze sind stationär, BWF < 1%.

Im stationären Wohnen (Wohnheime und stationäre Außenwohngruppen) leben 256 Personen, davon 58 Personen in geschlossener Unterbringung nach § 1906 BGB.

Das Angebot des ambulant betreuten Wohnens ist in der Landeshauptstadt Stuttgart sehr vielfältig. Neben verschiedenen Wohngruppen (unterschiedlicher Größe und Wohngemeinschafts-Charakter) gibt es einzelne Apartments, frauen- und männerspezifische Wohnangebote sowie die Möglichkeit der Betreuung in der eigenen Wohnung. In den ambulant betreuten Wohnangeboten leben 787 Personen.

Im Betreuten Wohnen in Familien (BWF) bzw. der Psychiatrischen Familienpflege leben 5 Personen. BWF bedeutet die Aufnahme und längerfristige Betreuung eines chronisch psychisch kranken Menschen in einer Gastfamilie bzw. bei einer Einzelperson. Die Familie und ihr Gast werden von einer erfahrenen pädagogischen Fachkraft begleitet.

4.4 Wohnortnahe Versorgung

Bei 922 Personen (88%), die im Stadtgebiet betreut werden, ist die Landeshauptstadt Stuttgart der Leistungsträger. Zudem sind 20 Personen sogenannte Selbstzahlende aus Stuttgart und finanzierten ihre Betreuung aus eigenen Mitteln (2%). 43 Personen (5%) sind in Leistungsträgerschaft einer Kommune aus der Region Stuttgart (Böblingen, Esslingen, Ludwigsburg, Rems-Murr-Kreis und Göppingen), 36 Personen (3%) aus einem anderen Landkreis aus Baden- Württemberg, aus anderen Bundesländern 13 Personen (1%). 10 Personen (1%) haben andere Kostenträger oder die Betreuungskosten wurden von einer Einrichtung der Forensik getragen, Stichtag 31.12.2017.

⁴ In Stuttgart werden die Zahlen alle zwei Jahre erhoben, die nächste Erhebung findet Ende 2019 statt. GRDRs 748/2018 „Angebote im Bereich Wohnen für psychisch kranke Menschen- Sachstand 2017 und Perspektiven.“

4.5 Die geschlossenen Wohnheime

Für Personen, die sich selbst oder andere gefährden und eine engmaschige Betreuung benötigen, stehen geschlossene Wohnheime zur Verfügung.

Bis August 2018 wurden in Stuttgart 58 geschlossene Wohnheimplätze in drei geschlossenen Wohnheimen der Eingliederungshilfe (Stand 30.08.18) angeboten. Seit November 2018 hält ein viertes Wohnheim neben offenen Wohnheimplätzen zukünftig auch 14 geschlossene Wohnplätze. Das Wohnheim ist baulich so konzipiert, dass die Plätze teilweise fakultativ geschlossen oder offen geführt werden können. Dies bietet eine umfassende, durchlässige und individualisierte Leistungserbringung für die betreuten Personen, ohne dass es zu einem Abbruch von Beziehungen und zu einem Wechsel der Einrichtung kommen muss. So soll nachhaltig der Bedarf der wohnortnahen Versorgung von chronisch psychisch kranken Menschen mit einem umfassenden und intensiven Hilfebedarf gedeckt werden.

Eines der drei bereits etablierten geschlossenen Wohnheime, wandelt derzeit 11 von 26 Plätzen in offene Wohnheimplätze um. Diese Wohnheimplätze sollen für ehemalige Klientinnen und Klienten nach der geschlossenen Unterbringung eine Möglichkeit darstellen, die neu gewonnene „Freiheit“ in unmittelbarer Umgebung zum geschlossenen Wohnheimbereich mit dem vertrauten Wohnheimteam „einüben“ zu können.

Die Situation in der Landeshauptstadt Stuttgart im landesweiten Kontext:

Im Jahr 2017 erstellten der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), Landkreistag und Städtetag zum vierten Mal eine landesweite „Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18“. In der Dokumentation wird die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen in Baden-Württemberg aus kommunaler Perspektive dargestellt (Stichtag: 31.12.2017). Untersucht werden im zweijährigen Turnus jeweils alle 44 Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs. Der KVJS wertet die Daten aus.

Insgesamt waren in Baden-Württemberg 262 Personen in geschlossenen Wohnheimen der Eingliederungshilfe untergebracht. Der Rhein-Neckar-Kreis (75) weist die höchste absolute Zahl an belegten Plätzen nach § 1906 BGB in Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf, danach folgt bereits die Stadt Stuttgart (58) (Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18).

Die Wohnheime bieten jeweils ein umfangreiches tagesstrukturierendes Maßnahmenpaket an, und ergänzen dadurch die Einrichtungen und Angebote der Eingliederungshilfe im GPV Stuttgart. Jedes Wohnheim verfügt über ein spezifisches Profil.

Die geschlossenen Stuttgarter Wohnheime verfügen über ca. 40 Prozent mehr Personalkapazität als die offen geführten Wohnheime. Dadurch können die Klientinnen und Klienten in einer höheren Dichte unterstützt werden und auf ihr zukünftiges Leben nach dem Wohnheimaufenthalt vorbereitet werden.

Beim Einzug ins geschlossene Wohnheim erhalten die Klientinnen und Klienten neben allen wichtigen und relevanten Informationen (Hausordnung, Tagesstruktur) auch „eine Patin/einen Paten“ an die Seite gestellt. Diese Unterstützung soll helfen, besser und

schneller in der ungewohnten, nicht selbstgewählten Wohnheimsituation zu Recht zu kommen.

Alle Klientinnen und Klienten erhalten in Absprache mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern durch die Mitarbeitenden im geschlossenen Wohnheim geregelten täglichen Ausgang. Dieser wird vorwiegend an den Nachmittagen gewährt. An den Vormittagen finden in allen geschlossenen Wohnheimen in Stuttgart hausinterne Arbeitsangebote/Beschäftigungsangebote oder Ergotherapie statt. In Abstimmung mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern besteht auch die Möglichkeit, über Nacht/oder über mehrere Tage Ausgang in Anspruch zu nehmen, dies wird jedoch nur in Ausnahmefällen ermöglicht und ist keine feststehende Regel. Eine mögliche Einschränkung der Ausgangsregelung besteht in den Stuttgarter geschlossenen Wohnheimen darin, dass der Ausgang zeitweilig begleitet wird oder zum Schutz bei zu hoher Eigengefährdung für eine gewisse Zeit gänzlich ausgesetzt wird.

Die höhere soziale Kontrolle im geschlossenen Wohnheim, wie beispielsweise bei der Ausgangsregelung (man muss sich ab- und anmelden im Wohnheim), führt an der Stelle zu mehr Kommunikation zwischen den Klientinnen und Klienten und den Mitarbeitenden. Das geregelte Wiederholen und Einüben von Kommunikationsprozessen ist für die Klientinnen und Klienten ein wichtiges Lernfeld, gerade auch mit Blick auf das weitere selbstbestimmte Leben.

4.6 Die Hilfeplankonferenz (HPK) Stuttgart

Einen erheblichen Beitrag zur wohnortnahen Versorgung von Stuttgarterinnen und Stuttgartern trägt die HPK Stuttgart, da der Zugang in alle Wohnangebote für chronisch psychisch kranke Menschen zentral und transparent über die HPK erfolgt.

In der HPK wird unter Beteiligung aller acht Wohnanbieter, der Sozialpsychiatrie sowie der SpDi und der Kliniksozialdienste, die Klientinnen und Klienten bei der Anfrage nach Wohnbetreuung unterstützen, über Bedarf und Angebotslücken gesprochen, die sich durch die Fallvorstellungen äußern. Die Zusammenführung der Anfragen und die Bündelung der Warteliste über die HPK führt zu einem präzisen Überblick über die Belegung der bestehenden Plätze. Dies stellt nicht nur für die operative Ebene, sondern auch für planerische Überlegungen und Abstimmungen eine gute Grundlage dar. Das Sozialamt war bislang über das Fallmanagement konstitutiver Bestandteil. Ab 01.01.2020 wird die „Eingliederungshilfe“ (Sozialamt) die Geschäftsführung der HPK übernehmen.

Die Versorgung im Stadtgebiet kann so auch für Personen mit komplexem Hilfebedarf sichergestellt werden. In der HPK werden die Fälle durch die koordinierende Bezugsperson oder durch den Kliniksozialdienst in einheitlich strukturierter Form vorgestellt und im Gremium fachlich beraten, um eine Empfehlung zur Betreuung und Platzierung bei einem geeigneten Träger vorschlagen zu können. Ab 01.01.2020 erfolgt die

Einbringung durch den Fallmanager. Das Durchlaufen des HPK-Verfahrens ist verbindlich. Dies betrifft Neufälle aber auch Falleingaben, wo sich das bisherige Betreuungssetting verändert hat und eine alternative Unterbringung erforderlich ist. Auf Wunsch der Klientin/des Klienten kann die Fallvorstellung anonymisiert erfolgen.

Die Eingliederungshilfe prüft Anträge auf Unterbringungen über die Pflege (SGBXI), bzw. klärt bei entsprechenden Anträgen, ob der Antrag schon in die HPK eingebracht wurde.

Die HPK ist innerhalb des GPV Stuttgart und auch der Sozialverwaltung ein wichtiges Instrument, um unklare Bedarfslagen zu plausibilisieren und die Bedarfsdeckung vorzubereiten. GPV und HPK betrachten sich als Anwalt für jene psychisch kranken Menschen, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen und sich gleichzeitig schwertun (aus unterschiedlichen Gründen) von sich aus Hilfe zu suchen und anzunehmen.

Welche Rolle, Funktion und Bedeutung die HPK im Zuge der Entwicklung der Gesamt- und der Hilfeplankonferenz nach dem Bundesteilhabegesetz einnehmen wird, kann zum momentanen Zeitpunkt noch nicht festgestellt werden. Es wird darauf ankommen, rechtzeitig zu erarbeiten, wie die Vorteile, die eine HPK bietet, in die neuen Strukturen übernommen werden können.

5. Exkurs zum Bundesteilhabegesetz

Die Diskussion um die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) bestimmt seit geraumer Zeit die fachöffentliche, sozialpsychiatrische Diskussion. Diese bezieht sich vorrangig auf die Leistungen für psychisch kranke Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, ab 01.01.20 nach SGB IX (u.a. Soziale Teilhabe). Selbstverständlich sind davon auch die Plätze in den geschlossenen Wohnheimen involviert, da es sich um Plätze handelt, die nach § 53 SGB XII belegt werden.

Das BTHG ist ein gesetzliches Vorhaben, welches im Kern und in seinen Grundzügen einen Paradigmenwechsel von der Institution zum Individuum in seiner Lebenswelt, von der Logik der Institutionszentrierung hin zur Orientierung am Menschen auf Gesetzesebene vollzieht und diesen festschreibt. Für die Sozialpsychiatrie kann festgehalten werden, dass die sozialpsychiatrischen Leitlinien, die Utopien der Sozialpsychiatrie in der Auseinandersetzung mit den Theorien und Praktiken der traditionellen, einseitig naturwissenschaftlich bestimmten Psychiatrie in gesetzliche Vorgaben transformiert wurden.

Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Autonomie des Individuums in seiner Lebenswelt kennzeichnet die Philosophie und inhaltliche Grundlage des Gesetzes. Der oder die Leistungsberechtigte steht im Mittelpunkt. Dies bedeutet eben auch, dass sie/er Frau/Herr des Verfahrens ist und auch die Hilfeplanung durch die eigenständige Antragstellung in Gang setzen muss. Zwangsläufig rückt damit die Thematik in den

Blick, was zu tun ist, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung einen komplexen Hilfebedarf aufweisen, sich aber schwertun oder gar ablehnen, Hilfe zu suchen oder anzunehmen.

Wie den Prinzipien des BTHGs Rechnung getragen wird (oder nicht), lässt sich z.B. an der Umsetzung des Bedarfsermittlungsinstruments (BEI_BW)⁵ ablesen. Gelingt der konstruktive Dialog, die ernsthafte Auseinandersetzung mit den Leistungsberechtigten, orientiert an ihrer Zeit, an ihrem Rhythmus, an ihre Lebenslage und Lebensführung, als ein Instrument der Hilfebedarfsfeststellung auf Augenhöhe? Oder werden sie reduziert zu einem bürokratischen Instrument, zu einer einseitigen Technik, das wie eine Checkliste oder ein Formular einseitig ausgefüllt wird, ohne einen Dialog im ursprünglichen Wortsinn zu führen?

Zentrale Elemente hinsichtlich der Berücksichtigung der regionalen Versorgungspflichtung sind die HPK und der GPV. Darüber wird sichergestellt und garantiert, dass die sogenannten Schwierigen, die Systemsprengenden, nicht wohnungslos oder außerhalb der Region untergebracht werden.

6. Gesetzliche Grundlagen des § 1906 BGB und Verfahrensschritte

Zur weiteren Vertiefung und umfassenderen Information folgt eine kurze Darstellung über das Unterbringungsverfahren nach § 1906 BGB eingeführt durch den aktuellen Gesetzestext.

6.1 § 1906 BGB Abs. 1, 2 und 3

(1) *„Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl der oder des Betreuten erforderlich ist, weil*

1. *aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder*
2. *zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.*

(2) *Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub*

⁵ Instrument zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs Baden-Württemberg, § 118 SGBIX (BEI_BW)

Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.“

(Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17.07.2017, in Kraft getreten am 22.07.2017.)

6.2 Vorgehens- und Verfahrensschritte bei geschlossener Unterbringung nach § 1906 BGB:

- Bevor eine geschlossene Heimunterbringung in Betracht gezogen wird, besteht häufig seit längerem eine rechtliche Betreuung.
- Alternativen zur geschlossenen Heimunterbringung sind erwogen worden und durch konkrete Intensivierung der Betreuungsversorgung oder Veränderung anderer Umstände auch tatsächlich vollzogen worden.
- In der Regel betrifft eine geschlossene Unterbringung Personen mit langanhaltenden, komplexen Krankheitsverläufen, häufig verbunden mit sozialer Entwurzelung, multiplen Substanzmissbrauch und wiederkehrenden Gefährdungen. Die Gründe für die Erwägung einer geschlossenen Unterbringung rechtfertigen sich aber nur aus dem § 1906 Abs.1 Ziffer 1 und 2 (siehe oben).
- Meist wird von Dritten, z.B. aus der Klinik, aus dem Wohn- und Betreuungsumfeld, an die Betreuenden herangetragen, einen Antrag auf gerichtliche Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung zu stellen, häufig auch von den gesetzlichen Betreuern selbst.
- Die Betreuerin/der Betreuer hat dann einen konkreten Antrag beim Amtsgericht (Betreuungsgericht) zu stellen, denn nur eine Richterin/ein Richter des Amtsgerichts kann die Unterbringungsmaßnahme genehmigen.

Das Gericht hat jetzt die Aufgabe die nächsten Schritte zu veranlassen:

- Zur Wahrnehmung der Interessen und der Rechte der betroffenen Person hat das Gericht im Unterbringungsverfahren eine Verfahrenspflegerin oder einen Verfahrenspfleger zu bestellen. Die betroffene Person soll bei dem besonders schwerwiegenden Eingriff in seine Freiheit nicht allein sein, beraten und vertreten werden.
- Die betroffene Person ist persönlich durch das Gericht anzuhören.
- Da dem Gericht die Sachkompetenz für das Erkennen der medizinischen Voraussetzungen für eine geschlossene Unterbringung fehlt, hat es des Weiteren eine medizinische Sachverständige/einen medizinischen Sachverständigen zu beauftragen, ein Gutachten zu erstellen. Das Gutachten soll in der Regel von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie

erstellt werden. Im Gutachten sollen die kurz- und/oder langfristigen Gefährdungen für die betroffene Person bei nicht Unterbringung aufgeführt werden und auch die mit ausreichender Wahrscheinlichkeit erreichbaren konkreten Behandlungsziele durch die Unterbringung benannt werden.

- Bei der Entscheidungsfindung des Gerichts sind schließlich alle Erwägungen einzubringen.
- Wird dem Antrag gefolgt, erhält die/der Betreuende eine Genehmigung für die konkrete Unterbringungsmaßnahme, die zeitlich befristet sein muss.
- Die Höchstdauer beträgt in der Regel ein bis längstens zwei Jahre, Verlängerungen sind möglich.
- Das Betreuungsgericht legt auf Empfehlung der HPK Stuttgart über die Betreuende/den Betreuenden fest, in welcher Einrichtung die Unterbringung stattfinden soll.
- Es steht der/dem Betreuenden frei, ob und wie lange von dieser Genehmigung Gebrauch gemacht und eine Unterbringung angeordnet wird.
- Lockerungen, Ausgangsregelungen oder sonstige flexible Handhabungen sind je nach individuellem Bedarf möglich und mit dem betreuenden Fachpersonal der geschlossenen Einrichtung abzustimmen.

7. Erhebung: Interviews, Befragung, Diskussionsrunden, Gespräche

7.1 Methodisches Vorgehen

Mit Blick auf das Projektziel wurde im Projektbeirat beschlossen, betroffene Menschen aus den geschlossenen Wohnheimen zu ihrem Erleben im geschlossenen Wohnheim zu befragen, aber auch dazu, wie es zur geschlossenen Unterbringung kam, wie ein Antrag hätte aus ihrer Sicht vermieden werden können, und auch wie ihr Leben nach der Unterbringung aussehen soll.

Insgesamt wurden zwölf Einzelinterviews mit Klientinnen und Klienten aus den geschlossenen Wohnheimen in Stuttgart, aus den offenen Wohnheimen, und mit Klientinnen und Klienten aus dem ambulant betreuten Wohnen durchgeführt. (Interviewausschnitte sind in diesem Bericht *kursiv und in Anführungszeichen kenntlich gemacht*). Ausgewählt wurde aus den Anfragen nach geschlossenen Wohnheimplätzen in der HPK Stuttgart aus den Jahren 2016 und 2017 (29 Anfragen / 2016 und 12 Anfragen / 2017).

Der Zugang zu der Zielgruppe erfolgte über die Wohnheimleitungen der geschlossenen und der offenen Wohnheime, und über Mitarbeitende im ABW. Diese haben Personen in den jeweiligen Einrichtungen angesprochen, ob sie für ein Interview zum Thema Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB bereit stünden. Die gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer der zu interviewenden Personen wurden über das Projektvorhaben schriftlich informiert.

- Angefragt wurden 15 Personen, 12 Personen haben in ein Interview

eingewilligt, 6 Frauen und 6 Männer.

- Im Durchschnitt sind die Personen 36,5 Jahre alt, die Altersspanne lag zwischen 26 und 59 Jahre.
- Neben einer psychiatrischen Diagnose bestand bei 7 Personen eine Alkohol- oder sonstige Drogenproblematik.
- Bis auf 3 Personen wurden 9 Personen vor der Aufnahme im geschlossenen Wohnheim im sozialpsychiatrischen Hilfesystem betreut (auch außerhalb von Stuttgart), mehrheitlich im ABW oder im offenen Wohnheim. 2 Personen wurden in einer stationären Einrichtung der Wohnungslosenhilfe und im Pflegeheim, danach im Vollzug versorgt und unterstützt. Eine Person hat mit Unterstützung einer gesetzlichen Betreuerin in der Mietwohnung selbstständig gelebt.

Eine Projektmitarbeiterin hat alle zwölf Einzelinterviews in der jeweiligen Einrichtung der zu befragenden Personen durchgeführt. Die Interviewdauer lag im Durchschnitt zwischen 30 und 60 Minuten.

Die Antworten aus den Interviews wurden von der Projektmitarbeiterin während der Interviews handschriftlich notiert. Bis auf eine befragte Person, waren alle zu interviewenden Personen damit einverstanden, dass eine weitere Person (Leitungskraft aus dem Wohnumfeld der Klientinnen und Klienten) beim Interview anwesend war.

Die Antworten der interviewten Personen auf die fünf Fragen werden verschiedenen Kategorien zugeordnet, die mit dem Projektbeirat abgestimmt wurden. Gleichzeitig erfolgte am Ende der jeweiligen Fragen und Antworten eine Interpretation aus Sicht der Autorinnen und Autoren. Diese Interpretationen und Einschätzungen sollen (nicht mehr, aber auch nicht weniger) wiederum einen Ausgangspunkt für die weitere Diskussion für die Akteure in der sozialpsychiatrischen Arbeit herstellen.

An der Stelle sei nochmals hervorgehoben, dass mit den zwölf Interviews nur ein Ausschnitt an Meinungen über die geschlossene Unterbringung eingefangen werden konnten. Alle befragten Personen konnten sich gut auf das Interview einlassen, sie wurden von den betreuenden Mitarbeitenden sorgsam auf die Interviewsituation vorbereitet.

Zum Themenkreis der geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB wurden auch Leitungskräfte der geschlossenen Wohnheime (3 Personen), der offenen Wohnheime und des ABW in Stuttgart (8 Personen) schriftlich und teils auch mündlich befragt. Diese Äußerungen sind im Endbericht größtenteils berücksichtigt und ergänzen die Sicht der betroffenen Personen auf die geschlossene Unterbringung.

Der Bericht enthält ferner Diskussionsbeiträge verschiedener Fachgespräche, u. a. dem Geschäftsführer des Trägervereins in Berlin und Vorsitzenden der BAG GPV zur Funktion und Bedeutung der geschlossenen Tür im geschlossenen Wohnheim; verbunden mit der Frage, wie diese im Einzelfall vermieden werden kann.

Beiträge weiterer Expertinnen und Experten (Ärztlicher Leiter des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums / ZSG / Klinikum Stuttgart, Vertreter der Selbsthilfe, gesetzliche Betreuerin, Leiter der Betreuungsbehörde in Stuttgart) zum Thema geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB speisen sich ebenfalls in den Endbericht ein.

7.2 Interviews mit den Klientinnen und Klienten

An der Stelle sei nochmals explizit auf die projektleitenden Fragestellungen verwiesen, die im Laufe des Projektes beantwortet werden sollen:

1. Wie kam es zum Antrag auf Unterbringung nach § 1906 BGB?
2. Wie hätte der Antrag eventuell vermieden werden können?
3. Wahrnehmung und Erleben der geschlossenen Unterbringung – was hilft im geschlossenen Wohnheim?
4. Was können die Klientinnen und Klienten dazu beitragen, damit die Entlassung aus dem geschlossenen Wohnheim baldmöglichst erfolgen kann?
5. Wie soll das Leben „danach“ aussehen?

1. Wie kam es zum Antrag auf Unterbringung nach § 1906 BGB?

Im Interview wurden die betroffenen Personen nach den Gründen für ihre Unterbringung im geschlossenen Wohnheim befragt, wissend, dass die Angaben sehr subjektiv ausfallen werden. Es war aber von Interesse zu verstehen, inwieweit die Personen erkennen können, weshalb sie im geschlossenen Wohnheim leben müssen. Die Antworten der zwölf interviewten Personen fallen sehr unterschiedlich aus und werden hier in komprimierter Zusammenfassung in drei Kategorien wiedergegeben.

Ablehnung und Unverständnis gegenüber der Unterbringung formulierten 3 Personen

- ✓ *„Die Gründe für meine Einweisung in die Klinik habe ich nicht verstanden.“* Die Klientin (derzeit im geschlossenen Wohnheim untergebracht) benennt sehr deutlich ihr Alkoholproblem. Aus ihrer Sicht hätte es am Tag der Einweisung in die Klinik jedoch nicht zur Einweisung kommen dürfen, da sie nicht alkoholisiert war. Sie sei *„ohne Vorankündigung und mit Gewalt von der gesetzlichen Betreuerin und der Polizei aus ihrer Wohnung geholt worden“*, die sie dann auch im Zuge der Unterbringung verloren hat.
- ✓ Ein Klient berichtet, er sei gegen seinen Willen von der Polizei aus seiner Unterkunft in der Einrichtung für wohnungslose Männer entfernt worden. Er

hatte getrunken, sich aber aus seiner Sicht ruhig verhalten. Der Festnahme hat er sich entziehen wollen. *„Ich bin völlig zu Unrecht hier im geschlossenen Wohnheim.“* Gegen den Beschluss klagte er erfolglos, trotzdem wird er auch gegen die Verlängerung gerichtlich vorgehen.

- ✓ Eine Klientin lässt die für sie notwendigen Psychopharmaka immer wieder weg. Dies führt zu starken Erregungszuständen mit Eigen- und Fremdgefährdung. Im Rahmen von akuten psychotischen Phasen ist die Klientin häufig aggressiv, bei Einweisungen in die Klinik kommt es regelmäßig zur Fixierung. Es besteht keine Krankheitseinsicht, daher kann sie nicht nachvollziehen, weshalb sie im geschlossenen Wohnheim leben muss.

Schutzraum erforderlich, mit der Freiheit überfordert, positiver Bezug zur Beschüttheit (5 Personen)

- ✓ Eine Person gab an, dass die wiederkehrenden *„massiven Angstzustände“* dazu geführt haben, dass der gesetzliche Betreuer einen Unterbringungsbeschluss beantragt hat. *„Das war auch in meinem Interesse.“* Der beschützte Rahmen im geschlossenen Wohnheim war aus ihrer Sicht immer gut.
- ✓ Ein Klient äußert sich dahingehend, dass seine ständige *„Angst an HIV zu erkranken“*, letztlich der Grund dafür war, im geschlossenen Wohnheim leben zu müssen.
- ✓ *„Ich konnte nicht mehr aufstehen, habe fast nichts mehr gegessen, war depressiv. In der Zeit hätte ich jemand gebraucht der mich auffängt, egal ob Mitarbeiter oder eine andere Person“* (war in Frauen-WG). Andere Personen in der WG hatten Angst vor ihr.
- ✓ *„Ich habe starke Rückzugsgedanken. Kann mich nicht gut vermitteln, neige dann dazu, andere Menschen zu bedrohen.“* Alles was für ihn nicht vertraut ist, ängstigt ihn. *„Es ist gut, dass ich hier bin.“*
- ✓ *„Ich habe in meinem Leben zu viel Alkohol getrunken, mich gehen lassen, mich mit den falschen Leuten eingelassen.“* Allerdings habe sie *„kein Alkoholproblem“*, sie trinkt, wenn es ihr schlecht geht. *„Mein Leben hatte ich oft nicht mehr im Griff.“* Es besteht eine große Antriebsschwäche. *„Ohne klare Orientierung und Kontrolle von außen komme ich nicht vorwärts.“* Das Leben im geschlossenen Wohnheim empfindet sie als *„gut und hilfreich.“*

Kombination von Eigen- und Fremdgefährdung in Verbindung mit mangelnder Einsicht (4 Personen)

- ✓ *„Vor der Unterbringung war ich überhaupt nicht einsichtig, was das Befolgen von Regeln anbelangt. Ich habe das gemacht wozu ich Lust hatte.“* Die Person wollte ihre „Freiheit“, rauchen wann sie wollte, wegbleiben wie sie wollte. *„Mit mir Absprachen zu treffen war so gut wie unmöglich.“*
- ✓ Mehrere Klinikaufenthalte nach „Zerstörungsattacken“, sind aus der Sicht des Betroffenen der Grund für die Unterbringung im geschlossenen Wohnheim. Wenn es ihm nicht gut ging musste er *„...Dinge schmeißen, bzw. zerstören.“*
- ✓ Vor dem Leben im geschlossenen Wohnheim hat die Klientin zu viel THC konsumiert, ist meist *„schwarzgefahren“*, hat *„die Post nicht mehr geöffnet“* und vieles mehr. *„Eigentlich hat nichts mehr in meinem Leben funktioniert“, ich habe mich völlig gehen lassen.“*
- ✓ Der Drogenkonsum und die unregelmäßige Medikamenteneinnahme haben bedingt, dass es gegenüber anderen Personen (in betreuter WG) zu aggressiven Ausbrüchen gekommen ist. Der Klient berichtet, dass er nach einem Klinikaufenthalt in die ihm vorgeschlagene WG nicht einziehen wollte. Er hätte bereits im Vorfeld erkennen können, dass es mit den Mitbewohnenden schwierig werden würde. Sein Einwand wurde aber nicht gehört. Der Vorfall (Übergriff gegenüber Mitbewohnenden) in der WG hat dazu geführt, dass er heute im geschlossenen Wohnheim leben muss.

Bis auf drei Personen können alle anderen Personen nachvollziehen, weshalb ihre Einweisung im geschlossenen Wohnheim angestrebt wurde. Akzeptieren können es jedoch die wenigsten. Bei den Einweisungsgründen scheint neben der nicht mehr vorhandenen Selbststeuerungsfähigkeit eine Suchtproblematik eine gewichtige Rolle zu spielen.

2. Wie hätte der Antrag eventuell vermieden werden können?

Die Antworten lassen sich in vier Kategorien abbilden.

SpDi oder ABW als Option statt Unterbringung (1 Person)

- ✓ SpDi Kontakt oder ABW wäre aus heutiger Sicht eine Option für die Klientin gewesen. Aus nicht vorliegenden Gründen wurde dies aber damals nicht in Erwägung gezogen. Aus ihrer Sicht wäre ein längerer Klinikaufenthalt auch gut gewesen.

Intensivere Betreuung im ABW (1 Person)

- ✓ Eine Person, die zuvor im ABW betreut wurde, hätte sich mehr Kontakt mit den Mitarbeitenden gewünscht. Sie konnte aus eigenem Antrieb oft nicht

aufstehen und hatte fast nichts mehr gegessen. Die Mitbewohnerinnen hatten Angst vor ihr und sie haben sich Sorgen um sie gemacht, so ihre Schilderung.

Eigener Wohnraum, oder Versorgung und Betreuung in Einrichtung für wohnungslose Männer (2 Personen)

- ✓ Zwei weitere Personen fühlen sich zu Unrecht im geschlossenen Wohnheim untergebracht und hätten sich gewünscht, zum einen im eigenen Wohnraum und zum anderen in der Einrichtung für wohnungslose Männer verbleiben zu können.⁶

Geschlossene Unterbringung ist in Ordnung (7 Personen)

- ✓ *„...es war eine gute Entscheidung fürs Leben im geschlossenen Wohnheim untergebracht zu sein“...*
- ✓ *„Bei meinen massiven Angstzuständen kommt nichts anderes in Frage außer einer Versorgung im geschlossenen Heim.“* Die Person unterscheidet jedoch nicht zwischen geschlossener Unterbringung in der Klinik oder im geschlossenen Wohnheim.
- ✓ *„Mit der offenen WG-Situation kam ich damals nicht zurecht, zum einen wegen der übergriffigen Art anderer Bewohner, aber auch, weil für mich im ABW zu wenig geregelt war. Der ständige Drogenkonsum in der WG war schlecht, ich konnte dem nicht widerstehen.“* Es hat für ihn keine andere Möglichkeit gegeben außer einer kontrollierenden Einrichtung.
- ✓ *„Ich kam in meinem Leben nicht mehr klar und habe Unterstützung beim Aufstehen und vielen anderen Lebensbereichen benötigt. Aus eigenem Antrieb konnte ich mir den Tag nicht strukturieren.“*
- ✓ *„Aus heutiger Sicht hat es damals keine andere Unterbringungsform gegeben, wie eine geschlossene Unterbringung. Das Befolgen von Regeln habe ich letztlich im geschlossenen Wohnen gelernt.“*
- ✓ Aus der Sicht zweier weiterer Klienten gab es ebenfalls keine andere Möglichkeit außer der geschlossenen Unterbringung (Begründung wurde nicht genannt.).

Die Frage war für die meisten Personen nicht einfach zu beantworten. Zum einen, weil es den Personen schwer fällt einzuschätzen, welche Unterstützungsleistung für sie die Richtige gewesen wäre. Zum andern, weil es den betroffenen Personen an Vergleichsmöglichkeiten fehlt und die vielfältigen Betreuungsformen der Stuttgarter Sozialpsychiatrie nicht umfänglich bekannt sind.

Unter diesen Prämissen hat die Mehrheit der interviewten Personen geäußert, dass

⁶ Nach Einschätzung der Leitungskraft benötigt eine weitere Klientin über einen längeren Zeitraum hinweg die festen und klaren Strukturen des geschlossenen Wohnheims im Alltag, und dies möglichst über Jahre. Die Klientin sieht das nicht so. Sie möchte selbständig und ohne Betreuung leben.

die geschlossene Unterbringung für sie seinerzeit gut und richtig war. Mit den festen und klaren Strukturen, dem beschützenden Rahmen im geschlossenen Wohnheim konnten sie nach eigener Aussage wieder besser in einen geregelten, gelingenden Lebensalltag finden.

3. Wahrnehmung und Erleben der geschlossenen Unterbringung – was hilft im geschlossenen Wohnheim?

Die Antworten werden in zwei Kategorien eingeteilt.

Hilfen und Unterstützungen im geschlossenen Wohnheim werden positiv bewertet (10 Personen)

- ✓ *„Die Beschäftigung im Wohnheim tut mir gut, auch dass der Tag eine Struktur hat.“*
- ✓ *„Ich kann regelmäßig raus, die Tür ist für mich offen. Ich kann mich hier gut beschäftigen.“*
- ✓ *„Ich fühle mich im Wohnheim geschützt. Die Kochgruppe, gemeinsames Einkaufen ... waren gut.“*
- ✓ *„Das geschützte Umfeld ist für mich gut, ... dass niemand von Außen rein kann ist gut.“*
- ✓ Die tägliche Medikamentengabe durch die Mitarbeitenden erleichtert die Einnahme. *„Ohne das ständige Erinnern würde ich die „Medis“ nicht verlässlich nehmen.“*
- ✓ *„...Wenn man hier sein muss (im geschlossenen Wohnheim) ist es gut, dass man eine Beschäftigung hat.“*
- ✓ Zwei Personen beschreiben, dass sie in ihrem Leben noch nie Freundschaften schließen konnten. Hier im Wohnheim sei es gelungen.
- ✓ *„Die Mitbewohner sind sehr nett zu mir,werde sehr wertgeschätzt.“*
- ✓ Eine Person spricht davon, sich im beschützten Rahmen weiterentwickelt zu haben, eine weitere Person spricht davon, sich hier stabilisiert zu haben.
- ✓ Drei Personen beschreiben, wie freundlich und zugewandt das Wohnheimpersonal sei, und dass es gut sei, mit einzelnen Mitarbeitenden sprechen zu können.
- ✓ Die Beschäftigungsangebote und auch die Arbeitsangebote werden gerne angenommen. Der Arbeitslohn werde direkt nach der Arbeit ausbezahlt; auch das wird positiv bewertet.
- ✓ *„Das Gedächtnistraining war nach anfänglichem Eingewöhnen gut.“*

Hilfen und Unterstützungen im geschlossenen Wohnheim werden negativ bewertet (2 Personen)

- ✓ Negative Kritik wird von zwei Personen geäußert, die ihre Unterbringung im Wohnheim als nicht gerechtfertigt ansehen. *„Ich fühle mich im Wohnheim wie*

begraben, obwohl man Ausgang hat.“ Die Person beschreibt weiter, dass sie im Wohnheim ihren eigenen Interessen nicht nachgehen kann. Die Angebote empfindet sie als „*stumpfsinnig*“. Zudem werde man für die Arbeit nicht gut bezahlt.

- ✓ Eine negative Äußerung gibt es in Bezug auf das Essen. Diese Person wünscht auch, dass der Gemeinschaftsraum in der Nacht zugänglich ist. Für eine weitere Person ist der Rahmen im Wohnheim manchmal etwas zu streng, sie möchte gerne mal ausschlafen oder einmal einen ganzen Tag Ausgang haben.
- ✓ Eine weitere Person beschreibt, dass der Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim zwar gut war, und sie auch dort Freunde hatte, jedoch würde das Leben im geschlossenen Wohnheim unselbständig machen und man sei in seinen Interessen beschränkt.

Der Großteil der befragten Personen ist der Meinung, dass der Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim hilfreich war, bzw. ist. Die Gründe dafür sind vielfältig.

Insgesamt zeigen die Antworten auf, dass die meisten Klientinnen und Klienten nach der Eingewöhnungsphase das Leben im geschlossenen Wohnheim als stabilisierendes Lebensumfeld angenommen haben. Oft genannt werden die Beschäftigungsmöglichkeiten, die den Alltag strukturieren und gegen „*Langeweile*“ helfen (Tagesstrukturierende Hilfen in unabdingbarer Verbindung mit dem Aufbau von verlässlichen Beziehungen).

Der Wohnheimalltag gibt vielen Halt und Orientierung. Es wird als Unterstützung wahrgenommen, wenn Mitarbeitende beispielsweise am Morgen wecken, an Arzttermine erinnern oder andere wichtige Termine in Erinnerung rufen.

Negative Kritik wird eingeschränkt und nur auf Nachfrage geäußert. Offene und unmissverständliche Kritik wird nur von den Personen geäußert, die gegen ihren ausdrücklichen Willen im geschlossenen Wohnheim leben müssen, und dagegen auch gerichtlich geklagt haben.

4. Was können die Klientinnen und Klienten dazu beitragen, damit die Entlassung aus dem geschlossenen Wohnheim baldmöglichst erfolgen kann?⁷

- ✓ Mehrere Bemerkungen in den Interviews deuten darauf hin, dass sich die Menschen mit der geschlossenen Wohnheimsituation arrangieren und anpassen. Äußerungen wie: „*Ich muss mich an die Wohnheimregeln halten, mich überhaupt an Regeln halten*“, „*Keine Drogen nehmen*“, „*...stabil bleiben*“, „*...weiterhin nicht trinken*“ waren wiederkehrend zu hören.
- ✓ Zwei Personen reflektieren ihr bisheriges Verhalten, und gelangen zu der Erkenntnis, an ihrem Handeln etwas ändern zu wollen. Eine Person äußert,

⁷ Diese Frage zielt ausschließlich auf die Mitwirkung der Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim ab.

dass sie in der Zeit im geschlossenen Wohnheim „gelernt“ habe, sich an feste Regeln zu halten, die andere Person bewertet den Aufenthalt generell als ein „gutes Lernfeld“.

- ✓ Eine weitere Person äußert, dass sie sich an die Wohnheimregeln während ihrer Zeit im Wohnheim halten wird. Trotzdem will sie nach der Entlassung aus dem Wohnheim wieder nach eigenen Vorstellungen leben und in ihrem Falle nicht auf Alkohol verzichten.

Die Befragten erkennen in dieser Frage in aller Regel deutlich die eigene gesundheitliche und soziale Problematik. Meist haben die Befragten relevantes Wissen zu ihren Erkrankungsbildern, kennen ihre tägliche Medikation und wissen, was aktiv dazu beizutragen ist, damit es nicht zu einer Verlängerung der Unterbringung im geschlossenen Wohnheim kommt.

5. Wie soll das Leben „danach“ aussehen?

Die Antworten werden in drei Kategorien abgebildet.

ABW, in betreuter Wohngemeinschaft oder im betreuten Einzelwohnen (6 Personen)

- ✓ Sechs Personen wünschen sich nach dem Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim ein Leben im ABW, entweder in einer betreuten WG (3) oder im betreuten Einzelwohnen (3).

Offenes Wohnheim (3 Personen)

- ✓ Drei Personen würden gerne in ein offenes Wohnheim ziehen. „...betreutes Wohnen mit anderen zusammen, aber mit eigenem Wohnraum (z. B. Haus Sophienstraße / eine Person).“

Selbständiges Wohnen ohne/oder wenig Betreuung (3 Personen)

- ✓ Bei zwei Personen besteht der Wunsch nach einem selbständigen Wohnen ohne Betreuung. Eine Person wäre aber damit einverstanden, dass einmal in der Woche jemand bei ihm vorbeischauf (Unterstützung bei Behördengängen).
- ✓ Eine weitere Person äußert sich folgendermaßen: „In die Zukunft gedacht, möchte ich wieder in einer Wohnung selbstständig leben, vielleicht mit einem Betreuerkontakt in der Woche.“ Manchmal denkt sie aber, dass es für sie notwendig sei, länger im geschlossenen Wohnheim zu verbringen.

Fast alle befragten Personen wünschen sich nach dem Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim ein möglichst selbstbestimmtes und freies Leben. Und wenn es einer Betreuung bedarf, möchten die Personen entweder im ABW oder im offenen Wohnheim betreut werden. Nur eine Person hat den Wunsch geäußert, über einen längeren Zeitraum im geschlossenen Rahmen leben zu wollen. Ein strukturiertes Leben außerhalb des geschlossenen Wohnheims könne sie sich selbst derzeit nicht aufbauen.

7.3 Befragung⁸ der Leitungskräfte aus den offenen Wohnheimen, dem ABW und den geschlossenen Wohnheimen

Befragung der Leitungskräfte aus den offenen Wohnheimen und dem ABW⁹

Die Leitungskräfte wurden gebeten folgende Fragen zu beantworten:

- Aus welchen Gründen können Personen im ABW/im offenen Wohnheim nicht weiter versorgt/betreut werden, und müssen im geschlossenen Wohnheim – nach § 1906 BGB – untergebracht/betreut werden? Wie ist ihre Erfahrung?
- Welche Rückschlüsse lassen sich daraus für den offenen Betreuungsbereich (ABW/offenes Wohnheim) ableiten? Was müsste im ABW/offenen Wohnheim anders sein, damit weniger geschlossene Unterbringungen nach § 1906 BGB nötig wären?

1. Aus welchen Gründen können Personen im ABW/im offenen Wohnheim nicht weiter versorgt/betreut werden, und müssen im geschlossenen Wohnheim – nach § 1906 BGB – untergebracht/betreut werden? Wie ist ihre Erfahrung?

Die Leitungskräfte beschreiben sehr vielfältige Gründe, weshalb Personen im offenen Bereich nicht (weiter)versorgt/betreut werden können. Die Antworten werden in vier Kategorien abbildet.

Selbststeuerungsfähigkeit nicht mehr vorhanden

- ✓ *„Eigengefährdung wegen nicht mehr vorhandener Selbststeuerungsfähigkeit in Verbindung mit Sucht-/Medikamentenverweigerung bzw. Nichteinnahme. Betreute können dadurch nicht mehr erreicht werden, Krisensituationen können mit der Klinik und der PIA nicht mehr verbessert werden.“*
- ✓ *„Unkontrolliertes Mitbringen von Besuchern aus dem Sucht- oder Rotlicht- milieu.“*
- ✓ *„Wenn sich Klienten in gefährliche Situationen begeben (z.B. auf die Straße laufen, die Gefahren einer Stadtbahn nicht mehr einschätzen können, Mitmenschen provozieren und dadurch evtl. angegriffen werden, sich*

⁸ Vorrangig schriftliche Befragung.

⁹ Acht Leitungskräfte haben sich an der Befragung beteiligt.

unzureichend ernähren, die Behandlung von somatischen Erkrankungen verweigern, etc.).“

- ✓ *„Wenn Klienten ihre Mitmenschen in Gefahr bringen (sie bedrohen, sie tätlich angreifen, im Wohnhaus Gasleitungen manipulieren, etc.).“*
- ✓ *„Bei tagelanger Abwesenheit keine Absprachefähigkeit mehr möglich.“*
- ✓ *„Bei Fremdgefährdung mit „Deckmantel“ Eigengefährdung.“*

Ablehnung von Medikamenten - Personen können nicht mehr erreicht werden

- ✓ *„Bei dauerhaft fehlender Medikamenten-Compliance, wenn die Reduktion bzw. das Nichteinnehmen zu bedrohlichem Verhalten führt.“*

Starke Rückzugstendenzen und das Bedürfnis nach Halt und alltäglicher Versorgung

- ✓ *„Starke Rückzugstendenzen, gestörter Tag-/Nachtrhythmus“*
- ✓ *„Eigenes Bedürfnis nach mehr Halt und Schutz.“*
- ✓ *„Das Bedürfnis, für eine begrenzte Zeit die Verantwortung abzugeben.“*
- ✓ *„Bei Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit oder psychotisch bedingtem Verfolgungswahn, wenn der Klient sich anders nicht mehr geschützt fühlt.“*
- ✓ *„Wenn krankheitsbedingt keine Selbstversorgung mehr stattfindet oder häufige Suizidandrohungen bestehen, und gleichzeitig keine Fähigkeit vorhanden ist, sich Hilfe holen zu können bzw. Hilfe annehmen zu können.“*
- ✓ *„Wenn sich Klienten nicht mehr ausreichend ernähren können und dadurch eine extreme gesundheitliche Gefährdung auftritt.“*

Klinikbehandlung war nicht ausreichend oder zu frühe Entlassung (1 Person)

- ✓ Nur ein Mitarbeiter hat diesen Grund (zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus) genannt, weshalb dadurch ein Aufenthalt im geschlossenen Wohnheim notwendig wurde.

Einige der angegebenen Gründe stellen allein für sich genommen noch keine Rechtfertigung für einen Freiheitsentzug dar. Neben der selbstgefährdeten krankheitsbedingten Symptomatik der Menschen werden immer weitere Faktoren genannt, weshalb eine Person im offenen Betreuungssystem nicht weiter versorgt werden kann. Die nicht mehr vorhandene Selbststeuerungsfähigkeit zum einen, gepaart mit einer Suchtproblematik andererseits, scheinen gewichtige Gründe, weshalb die Versorgung und Betreuung im geschlossenen Wohnheim in Betracht gezogen wird.

2. Welche Rückschlüsse lassen sich daraus für den offenen Betreuungsbereich (ABW/offenes Wohnheim) ableiten? Was müsste im ABW/offenen Wohnheim anders sein, damit weniger geschlossene Unterbringungen nach § 1906 BGB nötig wären?

Es werden vier Kategorien gebildet.

Verbesserung der Zusammenarbeit im Umfeld (psychiatrische Kliniken, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, psychotherapeutisches Fachpersonal u. a.)

- ✓ *„Eine gute Kooperation mit den gesetzlichen Betreuern ist wichtig, wenn es darum geht, die richtige Entscheidung zu treffen, ob eine geschlossene Unterbringung erfolgen soll.“*
- ✓ *„(Psycho-)therapeutische Unterstützung“*
- ✓ *„Über die bereits bestehenden Kooperationen mit dem ZSG/Klinikum Stuttgart hinaus (z.B. werden PIA-Außensprechstunden und Stationsäquivalente Behandlung (STäB) angeboten), wünschen sich mehrere Leitungskräfte einen noch engeren Austausch mit den Klinikstationen.“* Der Wunsch nach einer weiteren Optimierung des Entlassmanagements wird hier genannt.
- ✓ *„Engmaschigere Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit dem behandelnden Psychiater, ggf. auch regelmäßige Hausbesuch, bzw. Visiten im Heim.“*
- ✓ *„Schnelleres Einrichten von notwendigen gesetzlichen Betreuungen mit Handlungsspielraum und kontrollierenden Maßnahmen.“*
- ✓ *„Bessere, leichtere, unkomplizierte und flexible Umsetzung von Maßnahmen nach PsychKHG.“*
- ✓ *„Bessere Zusammenarbeit mit dem Amt für öffentliche Ordnung (AföO) unbedingt notwendig und ausbaubar.“*
- ✓ *„Möglicherweise könnte eine schnellere, flexible ärztliche Behandlungsmöglichkeit vor Ort, bzw. am Wohnort des Bewohners zur Stabilisierung beitragen.“*

Personelle Ausstattung verbessern

- ✓ *„Übergangsmäßig mehr Fachpersonal im offenen Wohnheim.“*
- ✓ *„Geschlechterspezifische Betreuung in Blick nehmen.“*
- ✓ *„Berücksichtigung des Migrationshintergrunds (gleiche Sprache sprechen, übergreifend: Kultursensible Beratung).“*

Ausstattung der Wohneinheiten und Krisenwohnungen

- ✓ *„Kleinere Wohneinheiten¹⁰.“*

¹⁰ Einzelwohnen bis 3er-WG.

- ✓ „Krisenzimmer bzw. Krisenwohnung.“
- ✓ „Krisenplatz (flexible vorübergehende stationäre Wohnform für 1-2 Monate und dann wieder zurück).“
- ✓ „Minimierung von Gefährdungspotentialen (z.B. Herdplatten technisch umrüsten).“

Konzeptionelle Änderungen, Entwicklung von Haltungen und Fortbildungsmaßnahmen

- ✓ „Übergeordnete Fallbesprechungen im GPV sobald ein Antrag auf eine geschlossene Unterbringung in Erwägung gezogen wird.“
- ✓ „Intensive Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen zum Thema, und Ausschöpfen aller Möglichkeiten, bevor freiheitseinschränkende Maßnahmen gefordert werden.“
- ✓ „ABW-Büros der Mitarbeiter vor Ort bieten kurze Wege und die Möglichkeit zur täglichen Kontaktaufnahme.“
- ✓ „Vermehrt edukative Elemente einbauen (verpflichtend, regelmäßig).“
- ✓ „Frühere Verlegung der Klienten in die Klinik, bevor es eskaliert.“
- ✓ „Leerlauf (für die Bewohner) reduzieren.“
- ✓ „Stabilisierende Faktoren mehr in die Arbeit mit den Klienten aktiv einbeziehen (z.B. Freunde oder Familienmitglieder).“

An der Stelle sei betont, dass die Leitungskräfte die Unterbringung nach § 1906 BGB als einen letzten Schritt aus dem ABW und dem Offenen Wohnheim sehen. Meist hat es vorab mehrere intensive Fallbesprechungen gegeben, um die Unterbringung zu verhindern.

Bei den genannten Statements der Leitungskräfte aus den offenen Bereichen fällt auf, wie viele sich auf die Defizite in der Krisenversorgung beziehen. Diesbezüglich sind sich die befragten Leitungskräfte einig, dass strukturell wie prozessual praxisorientierte Konzepte entwickelt und ausgebaut werden müssen.

Befragung der Leitungskräfte aus den Geschlossenen Wohnheimen¹¹

Die Leitungskräfte wurden gebeten, u. a. folgende Fragen zu beantworten:

- Was würde aus ihrer Sicht die Aufnahme der Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim erleichtern?
- Gibt es in der Regel genügend kollegialen Austausch mit den bisher zuständigen Wohneinrichtungen, den Kliniksozialdiensten, den zuständigen Ärztinnen und Ärzten der künftigen Klientinnen und Klienten? Gibt es Änderungswünsche?

¹¹ Drei Leitungskräfte haben an der Befragung teilgenommen.

- Welche Faktoren bestimmen nach Ihrer Erfahrung die Entwicklung positiver/negativer Betreuungsverläufe innerhalb der geschlossenen Einrichtung?

1. Was würde aus ihrer Sicht die Aufnahme der Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim erleichtern?

- ✓ Die Wahlmöglichkeit, wo die Klientinnen und Klienten leben möchten, erleichtert die Aufnahme der Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim. (2 Personen) *„Aus meiner Sicht läuft es schon recht gut.“* Fremdaggressive Verhaltensweisen der zukünftigen Klientinnen und Klienten sollten im integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) zukünftig im BEI_BW klar benannt werden. (1 Person)
- ✓ *„Sinnvoll wäre auch ein Austausch mit den Kollegen vom ambulanten Wohnen, die ja meist vorher in der Betreuung involviert waren.“* (1 Person)
- ✓ *„Engerer Austausch mit den Kliniken.“* (1 Person)

Klientinnen und Klienten sollen nicht gegen ihren Willen in „irgendeinem“ geschlossenen Wohnheim leben müssen. Vielmehr soll jede Klientin und jeder Klient die Wahl haben, aktiv mitentscheiden können, in welchem Wohnheim sie/er für die Zeit der Unterbringung versorgt werden soll. Dieser Aspekt ist wichtig. Gerade wenn es um freiheitsentziehende Maßnahmen geht, darf nicht der Eindruck entstehen, völlig hilflos und ausgeliefert zu sein.

2. Gibt es in der Regel genügend kollegialen Austausch mit den bisher zuständigen Wohneinrichtungen, den Kliniksozialdiensten, den zuständigen Ärztinnen und Ärzten, der künftigen Klientinnen und Klienten? Gibt es Änderungswünsche?

Kollegialer Austausch ist gut und ausreichend

- ✓ *„Qualität des Austauschs ist sehr unterschiedlich und in hohem Maße vom Engagement einzelner Personen abhängig; Austausch mit anderen Wohneinrichtungen und Kliniksozialdienst in der Regel besser als mit Ärzten (sowohl aus der Klinik als auch niedergelassene) und Pflegepersonal; die Kooperationsgespräche mit dem ZSG/Klinikum Stuttgart sollten weiter intensiviert werden.“*
- ✓ *„Grundsätzlich ist der Austausch meist gut, wenn die Aufnahme aus einer Stuttgarter Einrichtung der Sozialpsychiatrie erfolgt.“*
„Auch die Kliniksozialdienste zeigen sich sehr bemüht, ein gutes Maß an Kommunikation aufrecht zu erhalten.“
- ✓ *„Der Austausch mit den Kliniken, hier besonders dem Sozialdienst, ist sehr gut, zu den vorherigen Wohneinrichtungen eher selten. Allerdings können wir uns bei Fragen und Schwierigkeiten immer an die Mitarbeiter wenden, die*

vorab an der Betreuung beteiligt waren.“

Kollegialer Austausch gestaltet sich manchmal schwierig (Änderungswünsche)

- ✓ *„Schwierig gestaltet sich in der Regel der Kontakt und der Austausch mit den niedergelassenen Ärzten, auch mit einigen Klinikärzten.“*
„Wünschenswert wäre, wenn die Klinikärzte hospitieren würden, um z.B. die Unterschiede zwischen geschützter Station und geschütztem Wohnheim verstehen zu können.“
- ✓ *„Was ich zu bemängeln habe, ist die Bereitschaft der ambulanten Dienste und auch der offenen Wohnheime, Menschen aus den geschlossenen Wohnbereichen nach dem Aufenthalt bei uns eine reelle Chance zu geben. Auch die Vorstellungstermine sind oft sehr große Hürden und meist bekommen wir Absagen, die für uns natürlich nicht immer nachvollziehbar sind.“*

Die hier genannten Aussagen lassen keine Eindeutigkeit erkennen. Zumeist wünschen sich die Leitungskräfte jedoch mehr und geregelten Austausch mit dem psychiatrischen Hilfesystem. Und es lässt sich auch erkennen, dass der offene ambulante Wohnbereich Vorbehalte hegt, wenn es darum geht, ehemalige Klientinnen und Klienten aus einem geschlossenen Wohnheim wieder aufzunehmen und zu betreuen. Vielleicht muss an der Stelle ein erhöhter informeller Austausch zwischen den Bereichen erfolgen.

3. Welche Faktoren bestimmen nach Ihrer Erfahrung die Entwicklung positiver/ negativer Betreuungsverläufe innerhalb der geschlossenen Einrichtung?

Faktoren für positive Betreuungsverläufe

- ✓ *„Für einen positiven Betreuungsverlauf im geschlossenen Wohnheim ist es zu allererst wichtig, die Klienten mitentscheiden zu lassen, wo sie wohnen möchten, gerade wenn eine geschlossene Unterbringung ansteht.“*
- ✓ *Weiter ist relevant, in welchem Maße es gelingt eine vertrauensvolle Beziehung zu der Klientin oder dem Klienten aufzubauen, „Ängste abzubauen und Alternativen zu selbstschädigenden Verhaltensweisen zu erarbeiten.“*
- ✓ *Genannt wird u.a. auch, dass es ein "Neustart" für die Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim geben muss, „dass nicht immer auf "früher" hingewiesen wird, dass eine Unterbringung auch als ein Lernschritt angesehen wird.“*
- ✓ *Bei der Mitarbeitendenauswahl sollte sehr auf "Echtheit" (authentisches Verhalten) geachtet werden. „Wichtig ist, dass der Mitarbeiter als Mensch stimmig ist, und sich nicht verstellt, sondern im Auftreten so ist, dass niemand irritiert ist und der Mitarbeiter für alle einschätzbar ist.“*
- ✓ *Auch ist eine positive Sichtweise auf die zu betreuenden Menschen wichtig. „Wenn ich mir das Negative an Eigenschaften, Verhaltensweisen,*

Einstellungen, raussuche, führt das auch zu einer negativen Entwicklung und einer spürbar schlechten Atmosphäre im Haus.“

- ✓ Für einen positiven Betreuungsverlauf von Personen im geschlossenen Wohnheim ist von wesentlicher Bedeutung, wie die fachärztliche psychiatrische Versorgung geregelt ist, bzw. wo sie verortet ist. Aus den Berichten der Leitungskräfte der geschlossenen Wohnheime geht hervor, dass die unmittelbare Nähe der PIA zum Wohnheim Gewicht hat. Die Zusammenarbeit gelingt leichter und trägt somit auch schneller zur Stabilisierung der Betroffenen bei.

Faktoren für negative Betreuungsverläufe

- ✓ Eine wesentliche Rolle beim Abbruch der Betreuungsmaßnahme im geschlossenen Wohnheim spielt vielfach eine Suchtproblematik. Der Personenkreis der massive Drogen-/ Alkoholproblematiken aufweist, kann von den Qualitäten der Betreuung im geschlossenen Wohnheim am wenigsten profitieren. Für diese Personen steht die Beschaffung von Suchtmitteln oftmals im Vordergrund. Diese zu besorgen, strukturiert den Lebensalltag wesentlich. Eine Leitungskraft berichtet, dass sich mehrheitlich Menschen mit einer Suchtproblematik aus dem geschlossenen Wohnheim entfernen und diese häufig mit der Unterstützung der Polizei zurückgebracht werden müssen.

Die positiven wie negativen Faktoren für gelingende und nicht gelingende Betreuungsverläufe sind eindeutig und klar benannt. Die einzelnen Faktoren, wie beispielsweise „vertrauensvolle Beziehung aufbauen“, „Neustart für die Klientinnen und Klienten“ und „Echtheit bei der Mitarbeitendenauswahl“, sind jedoch nicht einfach umzusetzen.

7.4 Sicht und Einschätzung von Selbsthilfegruppen der Angehörigen/Betroffenen, dem Ärztlichen Leiter des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums / ZSG / Klinikum Stuttgart, dem Leiter der Betreuungsbehörde Stuttgart und einer gesetzlichen Betreuerin¹²

Nach der Einschätzung der Selbsthilfegruppen von Angehörigen und Betroffenen

- ✓ ist die Betreuung für Menschen mit psychiatrischer Erkrankung im offenen Bereich (ABW und offenes Wohnheim) meist dann nicht mehr möglich, wenn sich die gesundheitliche, psychiatrische, krankheitsbedingte Situation der Klientinnen und Klienten verschlechtert hat. Es liegt aus Sicht der Betroffenen und den Angehörigen nicht daran, dass im offenen und ambulanten Versorgungsbereich grundsätzlich etwas fehlen würde oder verändert werden müsste, sondern, dass für Personen ein geschlossenes, beschützendes

¹² Gesprächsrunden.

Betreuungsumfeld aufgrund der gesundheitlichen Verschlechterung notwendig ist.

- ✓ In der Krisenversorgung im klinischen Bereich erleben Betroffene und deren Angehörige häufig eine große Verunsicherung/Verängstigung, bis dahin gehend, dass eine nochmalige Krisenintervention in der Klinik abgelehnt wird. Vielfach haben die betroffenen Personen sehr negative Erfahrungen u.a. mit Zwangsmedikation gemacht und sind nicht mehr ohne weiteres bereit, sich dieser medizinischen Versorgung auszusetzen. Die Angehörigen berichten, dass die ablehnende Haltung bei einigen Betroffenen dazu geführt hat, dass sich Krisen manifestiert haben und eine Unterbringung nach § 1906 BGB eingeleitet werden musste.
- ✓ Während der Beschlussfassung zur Unterbringung nach § 1906 BGB wird der Verfahrenspfleger wenig präsent erlebt. Selbst die Kenntnis darüber, welche Aufgaben ein Verfahrenspfleger hat, ist nicht umfänglich bekannt.
- ✓ Die Ex-In Unterstützung wird nach Ansicht der Selbsthilfegruppen wenig genutzt.
- ✓ Mit dem aufkommenden Gedanken, dass eine Unterbringung nach § 1906 erforderlich ist, wünscht man sich eine unabhängige Stelle, die bewerten soll, ob dieser Schritt auch gerechtfertigt ist.

Im Gespräch mit dem Ärztlichen Leiter des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums / ZSG / Klinikum Stuttgart

- ✓ stand in erster Linie die Kooperation und Vernetzung des stationär klinischen Bereiches mit dem Bereich der außerklinischen Hilfen im Vordergrund: Wie kann es gelingen, den schon seit längerem eingeschlagenen Weg des Miteinanders weiter auszubauen und zu entwickeln. *„Dafür ist das gegenseitige „Sich-Kennen“ in Verbindung mit der gegenseitigen Wertschätzung der Arbeit „auf Augenhöhe“ unverzichtbar. Dies bedeutet, dass sich die Mitarbeiter auch in ihrem jeweiligen Alltag kennenlernen und begegnen sollten, z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen, durch gegenseitige Informationen über die jeweiligen Erfahrungen mit den Betroffenen und auch durch gegenseitige Hospitationen. Allerdings sind diese mit einem entsprechenden Zeitaufwand verbunden und nicht so umzusetzen, wie dies wünschenswert wäre. Auf diesem Weg entsteht ein gemeinsames Verständnis darüber, wie die Klinik und wie der außerklinische Bereich arbeitet (Verknüpfung von medizinisch-psychiatrischem und dem psychosozialen Denken und Handeln), was wiederum die Suche nach gemeinsamen Wegen in der Betreuung und Begleitung besonders schwieriger psychisch kranker Menschen erleichtert und fördert.“*
- ✓ *„Von zentraler Bedeutung in der Behandlung von psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf stellt dabei die enge, flexible Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Institutsambulanz dar. Diese bezieht sich selbstverständlich nicht nur auf die geschlossenen Wohnheime, sondern den gesamten Bereich der außerklinischen Hilfen. So werden schon seit langem (gemäß der Kooperationsvereinbarung des Klinikums mit den außerstationären*

Hilfen) regelmäßig durchgeführte Sprechstunden der PIA in den GPZ wie auch in den offenen und geschlossenen Wohnheimen etc. durchgeführt.“

Der Leiter der Betreuungsbehörde berichtet

- ✓ dass die Mehrheit der gesetzlichen Betreuer es begrüßen würde, einen „Runden Tisch“ mit Fachleuten (betreuenden Sozialarbeitern, behandelnden Ärztinnen und Ärzten, u.a.) bei Bedarf einberufen zu können, bevor es zum Beschluss kommt. *„Oft besteht Unsicherheit, wenn Menschen geschlossen untergebracht werden sollen. Die Entscheidung für die Unterbringung nach § 1906 BGB sollte immer eine von mehreren Personen getragene sein.“*
- ✓ *„Überlegungen, die fachliche Stellungnahme für die Umsetzung des Unterbringungsbeschlusses durch den gesetzlichen Betreuer an die Mitarbeiter der SpDi, bzw. an die Mitarbeiter des ABW oder der offenen Wohnheime abzugeben, gibt es immer wieder.“*

Den Erfahrungen einer gesetzlichen Betreuerin zu Folge,

- ✓ können viele Klientinnen und Klienten eine Betreuung von Fachleuten aus der Sozialpsychiatrie kaum zulassen oder unterlaufen die Betreuung, in dem sie sich entziehen.
- ✓ Für einige Klientinnen und Klienten ist ein beschützendes Leben im geschlossenen Wohnheim manchmal die einzige Möglichkeit, für eine begrenzte Zeit stabil und ohne krankheitsbedingte Rückfälle leben zu können. Der Preis in „Unfreiheit“, d.h. mit geschlossener Tür in einem Wohnheim leben zu müssen, ist jedoch für etliche Klientinnen und Klienten im Grunde nicht vorstellbar. Sie wählen für sich ein Leben im eigenen, selbstbestimmten Umfeld, mit allen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen.
- ✓ *„Mehr Krankheitseinsicht zu erlangen, wäre natürlich für viele ein richtiger Lebensgewinn.“* In der Hinsicht plädiert die gesetzliche Betreuerin *„für ein psychotherapeutisches Aufarbeiten der Erkrankung“*, aber auch der Lebensgeschichte, die bei vielen Klientinnen und Klienten häufig von traumatischen Ereignissen überschattet ist. Allerdings ist es schwierig, psychotherapeutisches Fachpersonal für den Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen in Stuttgart und der Region zu finden. Das psychotherapeutische Setting ist in den Praxen in aller Regel für diesen Personenkreis wenig geeignet.

8. Ergebnisse und Auswertung

Wie in der Einleitung festgehalten, können die gestellten Fragen nicht mit Aussagen beantwortet werden, die wissenschaftlichen Kriterien genügen. Dies war auch nicht die Absicht des Projektes. Vielmehr ging es darum, in einem breit angelegten Prozess von Interviews und Diskussionsrunden mit verschiedensten Akteuren herauszuarbeiten, was hilfreich sein könnte, bzw. ist, um im Vorfeld von Anträgen zur Unterbringung nach § 1906 BGB Weichen in andere Richtungen stellen zu können, die zur Vermeidung von Unterbringungen führen können. Gleichzeitig wurde vor allem in den Interviews

mit den Klientinnen und Klienten geschlossener Wohnheime deutlich, wie sie die Unterbringung im Wohnheim erleben, wie sie den Aufenthalt für sich nutzen können und wie sie sich vorstellen, wieder außerhalb ein zufriedenstellenderes Leben führen zu können.

Auswertung der Interviews mit den Klientinnen und Klienten

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Klientinnen und Klienten im geschlossenen Wohnheim offensichtlich von stabilisierenden Faktoren wie dem Beziehungsaufbau, dem Aufbau von Vertrauen, den tagesstrukturierenden Angeboten, von Beschäftigungsmöglichkeiten und den Hilfen bei der Wahrnehmung von medizinischen Hilfen profitieren können.

- Die interviewten Klientinnen und Klienten bewerten das Wohnen und die Betreuung in den geschlossenen Wohnheimen in Stuttgart mehrheitlich als fördernd und unterstützend. Vielfach wird geäußert, dass die tägliche Struktur im geschlossenen Wohnheim „Halt“ vermittelt, „Langeweile“ nicht mehr so viel Raum im Leben einnimmt, und es weniger „Leerlauf im Alltag“ gibt.
- Angesprochen auf die geschlossene Tür im Wohnheim, lassen die Aussagen der Klientinnen und Klienten die Vermutung zu, dass der überwiegende Teil der Klientinnen und Klienten mit der Geschlossenheit, dem geregelten Ausgang, kein „Eingeschlossen sein“ verbindet. Die meisten Klientinnen und Klienten, auch ehemalige Klientel, reden eher von „Beschüttheit“ im geschlossenen Wohnheim.
„Beschüttheit“ im geschlossenen Wohnheim.
- In den Interviews wurde die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen nicht ausdrücklich abgefragt. Trotzdem kann auf der Grundlage vieler Antworten in den Interviews abgeleitet werden, dass die Lebenszufriedenheit der Menschen im geschlossenen Wohnheim insgesamt hoch zu bewerten ist. Das engere und verbindlichere Zusammenleben im geschlossenen Wohnheim lässt mehr Begegnung zu als im ambulanten Betreuungssetting oder im offenen Wohnheim. Dies führt zu mehr sozialen, freundschaftlichen Bezügen. Einige Klientinnen und Klienten heben diesen Umstand sehr positiv hervor.
- Die direkte und schnelle Kontaktmöglichkeit mit den Mitarbeitenden im geschlossenen Wohnheim wird generell sehr geschätzt. Diese Möglichkeit ist im ABW so nicht gegeben, dort müssen Gesprächstermine vereinbart werden, spontane Begegnungen mit den Mitarbeitenden gibt es weit weniger.
- Obwohl aus der Befragung schwer abzuleiten ist, dass Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten und Ergotherapie das Leben der Klientinnen und Klienten zufriedener machen, kann von den Äußerungen eine Tendenz abgeleitet werden. Fast alle interviewten Personen berichten mit ein wenig „Stolz“, dass sie am Vormittag zur Arbeitstherapie gehen, Ergotherapie haben oder einfach „Geld verdienen“. Sobald die Personen jedoch im offenen Bereich wieder betreut werden, und die Teilnahme im Beschäftigungs- und Arbeitsbereich

selbst gestaltet werden kann, nehmen viele Personen jedoch wieder Abstand von den Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten.

- Die durch den Beschluss zeitlich befristete Aufenthaltsdauer der Klientinnen und Klienten in den geschlossenen Wohnheimen (in der Regel wird der Unterbringungsbeschluss für ein oder zwei Jahre ausgesprochen) bedingt unter Umständen, dass die Betreuung im geschlossenen Wohnheim intensiver oder „verdichteter“ erlebt wird als im offenen Wohnheim und der Eindruck entsteht, mehr Zuwendung und Aufmerksamkeit von den Mitarbeitenden zu erhalten.
- Die Aufenthaltsdauer im offenen Wohnheim gestaltet sich zeitlich meist unbefristet und ist fast immer auf viele Jahre angelegt. In den offenen Wohnheimen kann der Alltag eigenverantwortlicher gestaltet werden, er ist weniger reglementiert. Die Mitarbeitenden im offenen Wohnheim haben daher im Vergleich weniger Kontakt zu den Klientinnen und Klienten und daher auch weniger Kontrollfunktionen auszuüben.

Die Ergebnisse der Interviews mit den Klientinnen und Klienten korrespondieren eng mit den Ergebnissen der „basecap Studie“ von Speck und Steinhart, 2018. Diese fand u.a. in einer großen Umfrage mit Klientinnen und Klienten aus Wohnheimen und dem ambulant betreuten Wohnen heraus, dass stationäres Wohnen mit Sicherheit, intensiver Betreuung, kontinuierlichem Kontakt, allerdings auch mit der Einschränkung von Freiheit und Autonomie einhergeht, während ambulant betreutes Wohnen bei den Klientinnen und Klienten häufiger mit Alleinsein, Einsamkeit, weniger Sicherheit, dafür aber mit einem größeren Freiraum und Autonomie in Verbindung gebracht wird.

Auswertung der Befragung der Leitungskräfte

ABW/Offene Wohnheime

Die Aussagen der Leitungskräfte des ambulant betreuten Wohnens, wie der offenen Wohnheime über die Gründe, die zur Unterbringung im geschlossenen Wohnheim führten, vermitteln ein breites Spektrum und sind es zweifellos wert, im Einzelnen in der weiteren Diskussion im GPV reflektiert und auch umgesetzt zu werden. Deutlich wird übereinstimmend betont, dass die Einleitung einer Unterbringung nach § 1906 BGB der sogenannte letzte Schritt nach längeren und intensiven Bemühungen im Vorfeld darstellte, um den Menschen im offenen Bereich halten zu können. In diesem Zusammenhang wird auf verschiedenste Alternativen hingewiesen, die in Zukunft Gegenstand der Diskussion sein sollten.

Geschlossene Wohnheime

Die Aussagen der Leitungskräfte aus den geschlossenen Wohnheimen verweisen auf das hohe Niveau, das Engagement und die Kompetenz wie auch die Umsicht, wie innerhalb der Wohnheime gearbeitet und die Kooperation gestaltet wird. Gleichzeitig

gibt es Hinweise darauf, wie die Kooperation mit den anderen Bausteinen im GPV weiterentwickelt und verbessert werden kann.

Sicht und Einschätzung des Ärztlichen Leiters des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums / ZSG / Klinikum Stuttgart, der Selbsthilfegruppen von Angehörigen und Betroffenen, einer gesetzlichen Betreuerin und dem Leiter der Betreuungsbehörde Stuttgart

Im Gespräch mit dem für das Sozialpsychiatrische Behandlungszentrum / ZSG / Klinikum Stuttgart verantwortlichen Ärztlichen Leiter wird noch einmal die Dringlichkeit einer engen, flexiblen Vernetzung und Kooperation zwischen psychiatrischer Klinik und dem außerklinischen Bereich herausgestellt, verbunden mit der Frage, wie dieser Prozess weiterentwickelt und intensiviert werden kann.

Die Organisationen der Selbsthilfe (Psychiatrie Erfahrene, Angehörige und Bürgerhelfer) unterstützen bei aller wohlwollenden Kritik an geschlossener Unterbringung die Arbeit im GPV und damit auch die geschlossenen Wohnheime. Sie formulieren u.a. den Wunsch nach einer unabhängigen Stelle, die im Vorfeld einer geschlossenen Unterbringung mit bewertet, ob dieser Schritt unbedingt erforderlich ist oder ob eine Alternative gefunden werden kann.

Der Leiter der Betreuungsbehörde Stuttgarts würde es aufgrund seiner Erfahrungen unbedingt befürworten, wenn die psychosozialen Berufsgruppen mit eigenen Stellungnahmen in den Entscheidungsprozess zu geschlossener Unterbringung einbezogen werden würden. Zudem ist er davon überzeugt, dass es nicht wenige gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer gibt, die es im Vorfeld eines Antrags auf geschlossene Unterbringung begrüßen würden, wenn sich die beteiligten Akteure mit ihnen zusammensetzen könnten, um nach einer Alternative zu suchen.

9. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse und ihre Interpretation werden in die Arbeit der Gremien des GPV zurück fließen mit dem Ziel, die Aussagen in Richtung möglicher Vermeidung von Anträgen auf geschlossene Unterbringungen zu thematisieren.

Sowohl die Interviews mit den Klientinnen und Klienten und den Leitungskräften des ambulant und stationär betreuten Wohnens wie auch die Gespräche mit weiteren Akteuren, förderten keine absolut überraschenden, neuen Ergebnisse ans Tageslicht. Gleichwohl bestätigen sie aber bisherige Vermutungen und Überlegungen.

Es fällt auf, dass sich Aussagen von Klientinnen und Klienten und Leitungskräften überschneiden. Dies trifft gleichermaßen auf Gründe für die Unterbringung zu wie auch auf mögliche Alternativen, die zur Vermeidung von geschlossenen Unterbringungen beitragen können; z.B. „fehlende Selbststeuerungsfähigkeit (in Verbindung mit einer Suchtproblematik)“ oder „fehlender Halt und mangelnde Fähigkeit zur Strukturierung

der Zeit, was wiederum zur Verwahrlosung und Vernachlässigung der eigenen Person wie auch der Wohnung führen kann“ oder „Bedürfnisse nach Schutz und Sicherheit“ oder „Überforderung mit dem Alltag und mit einem selbständigen Leben“, um nur einige zu nennen.

Gleichwohl sind die Überlegungen und Vorschläge der Leitungskräfte weitaus umfangreicher als die der Klientinnen und Klienten, wenn es um die Alternativen zur Vermeidung von geschlossenen Unterbringungen geht, z.B. „Intensivere ambulante Betreuung“ oder „Flexiblere Erweiterung der Personalausstattung“ oder „Flexiblere und kreative Wohnmöglichkeiten für Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten in sozial verträglicher Lage“ oder „Krisenwohnungen/-zimmer in Verbindung mit nächtlichem Bereitschaftsdienst“ etc.

Einen wesentlichen Raum bei den Leitungskräften wie bei den anderen Akteuren nimmt das Spektrum der Zusammenarbeit und Vernetzung ein: So z.B. „Die verbindliche Institutionalisierung von „Runden Tischen“ und deren frühzeitige Einberufung, wenn sich ein Antrag auf geschlossene Unterbringung abzuzeichnen beginnt unter „Miteinbeziehung des Leistungsträgers“ oder „Träger- und einrichtungsübergreifende Fallkonferenzen“ oder „Wechselseitige Hospitationen, vor allem zwischen psychiatrischer Klinik und dem Betreuten Wohnen (aber auch mit den weiteren Bausteinen der Sozialpsychiatrischen Hilfen)“ etc.

Diese allgemein formulierten Hinweise können und sollen in den Gremien, dem GPV, dem Projektbeirat und dem Trägerverbund etc. durchdekliniert und operationalisiert werden. Dort besteht dafür eine gemeinsame Basis und ein Wissen darüber, was jeweils mit der eher allgemeineren Formulierung gemeint ist. Trotz des vorbildlich arbeitenden GPV in Stuttgart und des bestehend hohen Maßes an Vertrauen unter den Mitgliedern im Verbund, gibt es weiterhin Fragestellungen und Themen, die gemeinsam angegangen werden sollten und zu bearbeiten sind. Der Bericht soll einen kleinen Impuls geben, mit welchen Fragestellungen der GPV weiterarbeiten kann, Anträge auf geschlossene Unterbringungen zu verringern.

D.h. die Ergebnisse unseres Projektes in Stuttgart, in Verbindung mit dem Gesamtbericht der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV) und dem Monitoring System, sollen den Regionen vor Ort, den Gemeindepsychiatrischen Verbänden dienen und hilfreich sein, um zum einen u.a. die zentrale Thematik von geschlossenen Unterbringungen, von Zwang und Gewalt in der psychiatrischen Versorgung, überhaupt permanent im Blick zu haben. Zum anderen und davon ausgehend, sollen sie kontinuierlich der Anstrengung (wie dies heute auch schon geschieht) unterzogen werden, wie Verläufe von „Karrieren“ beeinflusst werden können, die eine Unterbringung nach § 1906 BGB verhindern können.

Es sind im Zuge des Projektes weitere Fragen und Themen aufgetaucht, denen in Zukunft nachgegangen werden sollte, z.B. die Entwicklung der Anzahl der Beschlüsse

nach § 1906 in den zurückliegenden zehn Jahren und wie diese Entwicklung zu interpretieren ist. Des Weiteren sollte z.B. näher die Wirkung von den zu institutionalisierenden „Runden Tischen“ überprüft werden wie auch z.B. die Arbeit der SpDi, um indiziert präventiv, noch lange „bevor das Kind in Brunnen gefallen ist“, nach Alternativen zu suchen. Ebenso müssen verstärkt sozialpolitische Aktivitäten unternommen werden, um alternative Wohnmöglichkeiten für schwierige Menschen in sog. sozialverträglichen Lagen aufzutun.

Abschließend bedanken wir uns vielmals bei allen Projektbeteiligten für die sehr gute Zusammenarbeit, vor allem bei den Personen, die zu einem Interview zur Verfügung standen und uns Einblick gaben in eine schwierige Lebenssituation. Besonderer Dank gilt auch den Leitungskräften in den geschlossenen Wohnheimen, im Ambulant betreuten Wohnen und im offenen Wohnheim, die diese Interviews bestens vorbereitet und begleitet haben und ohne deren Unterstützung manches Interview nicht möglich gewesen wäre.

Pia Ehret, Regina Maurer, Dr. Klaus Obert

Literatur:

Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18 vom Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS), Landkreistag Baden-Württemberg und Städtetag Baden-Württemberg e. V.

GRDRs Stuttgart 748/2018 „Angebote im Bereich Wohnen für psychisch kranke Menschen- Sachstand 2017 und Perspektiven

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck, Ingmar Steinhardt (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen; Psychiatrie Verlag 2018

Frau Pia Ehret
Frau Regina Maurer
Herrn Dr. Klaus Obert

Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

Furtbachstraße 6
70178 Stuttgart

Postfach 10 26 63
70022 Stuttgart

Tel. 0711/64 65-0
Fax 0711/64 65-155

Univ.-Prof. Dr. med.
Elmar Etzersdorfer
Psychiatrie, Psycho-
somatische Medizin
und Psychotherapie,
Psychoanalyse
Tel. 0711/64 65-126

Stuttgart, den 16.01.2020
Univ.-Prof. Dr. Etzersdorfer/J

Stellungnahme zu dem Projektbericht „Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach §1906 BGB“

Sehr geehrte Frau Ehret,
sehr geehrte Frau Maurer,
sehr geehrter Herr Dr. Obert,

ich möchte zu dem überarbeiteten Bericht gerne Stellung nehmen, auch weil ich mich zu einem früheren Bericht in der Sitzung des Steuerungsgremiums am 29. Juli 2019 kritisch geäußert und eine Reihe von fachlichen und formalen Mängeln vorgebracht habe.

Ich begrüße die äußerst umfangreiche Überarbeitung und Verbesserung, insbesondere möchte ich die nunmehrige Mitarbeit von Frau Ehret (Sozialplanung Stadt Stuttgart) hervorheben und mich dafür ausdrücklich bedanken. Es wurden fachlich falsche Darstellungen (z. B. über das formale Verfahren) korrigiert, die Darstellung in erheblichem Maße versachlicht und geordnet, insgesamt ein nun sehr gut strukturierter und angemessener Bericht über die Erhebung vorgelegt. Ich möchte auch positiv hervorheben, dass gegenüber dem Vorentwurf aus dem Sommer nun auch ein „Beitrag“ des Ärztlichen Leiters des Sozialpsychiatrischen Behandlungszentrums/ZSG/Klinikum Stuttgart eingefügt wurde. Das ist zu begrüßen und geht auf den Kritikpunkt ein, dass davor jede psychiatrisch-psychotherapeutische Stellungnahme fehlte.

Es ist sicher angemessen, wenn „kein Anspruch auf wissenschaftliche Evidenz“ oder auf „verallgemeinernde Repräsentativität“ (S. 3) gelegt wird, sondern „Einzelaussagen der interviewten Personen“ (S. 3) wiedergegeben werden. Hierin unterscheidet sich das Projekt

in mancher Hinsicht von Forderungen, die an ein wissenschaftliches Projekt gelegt werden müssen. Prof. Steinert (Ravensburg), einer der bundesweit am besten ausgewiesenen Experten in diesen Fragen, hat kürzlich in Kritik eines anderen Projektes darauf hingewiesen: „Ein Kernkriterium von Wissenschaftlichkeit ist bekanntlich die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens, die es anderen Wissenschaftlern ermöglicht, die Ergebnisse einer Studie einzuordnen und sie ggf. zu reproduzieren.“ (Psychiatrische Praxis, 2019, 46: 223). Es bleibt dennoch bedauerlich, dass hier nicht mehr erreicht werden konnte.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer
Chefarzt

Stuttgart, 16.01.2020

Stellungnahme

zum Endbericht des GPV Stuttgart zum Thema „Geschlossene Unterbringung im Wohnheim nach § 1906 BGB“ (Fassung vom 30.12.2019)

1. Es wird uneingeschränkt begrüßt, dass in Stuttgart ein Projekt zur Reflektion der Notwendigkeiten geschlossener Heimunterbringung durchgeführt wurde. Es liegt in der Logik der gesetzlichen Regelungen zur geschlossenen Unterbringung nach § 1906 BGB, dass eine geschlossene Unterbringung nur so lange zulässig ist, wie sie erforderlich ist. Daraus folgt selbstverständlich auch,
 - dass im Vorfeld einer in Betracht gezogenen Zwangsunterbringung gründlich und einzelfallbezogen nach Alternativen gesucht wird sowie
 - dass ihre Durchführung, wenn sie denn im Einzelfall als erforderlich beurteilt wird, so zu gestalten ist, dass die geschlossene Unterbringung auch wieder beendet werden kann.

Deshalb ist es wichtig und richtig, das reflektierende Gespräch einzelfallbezogen wie auch bezogen auf Strukturen und Prozesse innerhalb des Hilfesystems breit und insbesondere auch zwischen den verschiedenen Bereichen des Hilfesystems zu führen. In dieser Hinsicht gibt der Projektbericht viele Hinweise, denen nachzugehen sehr sinnvoll erscheint.

2. Es ist verständlich, dass nicht alle Aspekte des Themas gleichzeitig behandelt werden können. Es wäre aber wünschenswert, damit klarer umzugehen als es der Projektbericht tut, zumal da im Schlusskapitel betont wird, dass der Bericht Impulse für die Weiterarbeit am Thema geben soll, und das nicht nur für Stuttgart, sondern auch im Rahmen des Gesamtprojektes der BAG GPV. Das Projekt hat in zweierlei Hinsicht nur einen Teilbereich des Themas „Geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB“ behandelt:

- Stuttgart hat in der Vorgeschichte eine lange Tradition von teilweise weiträumig auswärtiger Unterbringungen gehabt. Vor diesem Hintergrund war die Schaffung von geschlossenen Wohnheimen in Stuttgart seit Anfang der Nuller Jahre so wichtig, weil damit eine Rückholung von Verantwortung in den eigenen Gestaltungsraum des GPV verbunden war. So ist eine der im Text erwähnten Einrichtungen ursprünglich entstanden als Instrument für die

Rückholung von in einem anderen Bundesland untergebrachten Personen. Der Ausbau der Plätze für geschlossene Unterbringung ist im GPV gelegentlich kritisch bis polemisch kommentiert worden – gerade vor diesem Hintergrund wäre es angemessen, die Wahrnehmung zu vervollständigen, um die Entwicklung der auswärtigen Unterbringungen und damit auch offen umzugehen.

- § 1906 BGB bezieht sich nicht nur auf Wohnheime der Eingliederungshilfe, sondern auch auf Pflegeheime. Wenn man also Unterbringungen nach § 1906 vermindern will, muss man zwingend auch diese Einrichtungen mit einbeziehen in die Betrachtung. Dies gilt umso mehr, als es leistungsrechtlich durchaus Unschärfen gibt in der Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Pflege und es in der Vergangenheit immer wieder kritisch diskutiert wurde, dass aus Gründen der Kostenersparnis zu schnell aus der Eingliederungshilfe in die Pflege „abgeschoben“ wird (Debatte um „Schattenpsychiatrie“). Und gerade in diesem Bereich kommt es dann offenbar (wie Einzelfallerfahrungen der IBB zeigen) auch nach wie vor zu weiträumig auswärtigen Unterbringungen.

3. Zu den Impulsen für die weitere Arbeit am Thema sind vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der IBB-Arbeit zwei Anmerkungen zu machen:

- Bereits im Kontext des Modellprojektes zur Personenzentrierung des Landes Baden- Württemberg Anfang der Nuller Jahre, an dem auch Stuttgart teilgenommen hat, wurde die Notwendigkeit artikuliert, bei Bedarf im Einzelfall Fallkonferenzen mit den am jeweiligen Einzelfall Beteiligten zu organisieren, die insbesondere von der koordinierenden Bezugsperson bei Bedarf zu initiieren wären. Wenn jetzt in veränderter Terminologie von der „verbindlichen Institutionalisierung von Runden Tischen“ gesprochen wird, drängt sich die Frage auf, was aus dem seinerzeitigen Konzept geworden ist; nach den Erfahrungen aus der IBB-Arbeit wird das Konzept der Koordinierenden Bezugsperson im GPV Stuttgart jedenfalls sehr unterschiedlich umgesetzt.
- Angesprochen wird auch, dass es wünschenswert sei, die Entwicklung der Anzahl von Beschlüssen nach § 1906 in den zurückliegenden zehn Jahren zu überprüfen. Diese Betrachtung ist zweifellos sinnvoll, sie sollte aber ergänzt werden um die Untersuchung der tatsächliche Rollenwahrnehmung der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer im Vorfeld der Einleitung einer geschlossenen Unterbringung einerseits und bei der Abwägung einer Beendigung andererseits.

4. Aus dem Projektbericht geht hervor, dass die reflektierenden Gespräche nicht nur innerhalb des Bereichs des Betreuten Wohnens stattgefunden haben, sondern dass auch Vertreterinnen und Vertreter des klinischen Bereichs, der Leiter der Betreuungsbehörde, die Selbsthilfegruppen etc. einbezogen wurden. Das ist gut und richtig so – aber vor diesem Hintergrund breiter Beteiligung ist es umso unverständlicher, dass die IBB-Stelle, obwohl sie ausdrücklich ein Organ im GPV ist, in keiner Weise einbezogen wurde in den Prozess. Die angebotene Mitwirkung des Patientenfürsprechers im Beirat wurde ohne Begründung abgelehnt, auch eine alternativ mögliche Einbeziehung über ein Gespräch, durch Beteiligung an einer Zwischenauswertung o.ä. hat nicht stattgefunden. Dabei ist die Auseinandersetzung mit Erfahrungen von Zwang und Gewalt einer der thematischen Schwerpunkte, weswegen sich Menschen an die IBB-Stelle wenden, und das ist auch allseits bekannt, weil die jährlichen Arbeitsberichte auch im GPV zur Verfügung gestellt werden.

Projektbericht

Projekt Vermeidung von Zwangsmaßnahmen – GPV Kreis Viersen

Inhalt

1	Vorwort/Einführung.....	192
2	Ergebnisse.....	194
2.1	AG PsychKG/Einzelfallanalyse.....	194
2.2	Behandlungsvereinbarungen.....	196
2.3	Parameter wie PsychKG vermieden wurden.....	196
2.4	Workshops.....	197
2.5	Information der Fachöffentlichkeit.....	197
3	Maßnahmen.....	197
4	Weiteres.....	199

1 Vorwort/Einführung

Der Gemeindepsychiatrischen Verbund im Kreis Viersen (GPV) wurde im Dezember 2009 gegründet. Die Verbundpartnerinnen und -partner verfolgen das Ziel, gemeinsam und unter Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern, die bedarfsgerechte Behandlung, Rehabilitation und Versorgung der oben genannten Zielgruppe im Kreis Viersen sicherzustellen. Dies soll durch die Weiterentwicklung der Versorgung zu einem integrierten, personenzentrierten, regionalen Hilfe-System erreicht werden, welches gemäß Artikel 19 der EU-Behindertenrechtskonvention die unabhängige Lebensführung und Einbeziehung behinderter Menschen in die Gemeinschaft anstrebt.

Der GPV regelt die Zusammenarbeit der Leistungserbringenden bei der gemeinsamen Behandlung, Rehabilitation und Versorgung der Zielgruppe und fördert zugleich den weiteren Ausbau einer gemeindenahen, sozialpsychiatrischen Versorgung sowie die weitere Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Projektpartnerinnen und Projektpartner:

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände und der Gemeindepsychiatrische Verbund des Kreises Viersen, bestehend aus den Mitgliedern:
AWO Kreisverband Viersen e.V.

AHG Therapiezentren „Haus Grefrath“ und „Haus Willich“

BeWo Heinsberg in Viersen

BIS (Beratung – Information – Selbsthilfe)

BWK – Betreutes Wohnen Konwiarz

Familienhilfe Niederrhein

Haus Dülken
IDA-Hilfen
Integra
Kreis Viersen – Sozialpsychiatrischer Dienst
LVR-Klinik Viersen
Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen gGmbH
Psychosoziale Praxis für Familien – Monika Erkens
Sozialpsychiatrischer Verbund "Haus an der Dorenburg"
Suchtberatung Kontakt-Rat-Hilfe Viersen e.V.
Team 39 – Viersen
Wegweiser Betreuungsdienst
Ständiger Gast: Landschaftsverband Rheinland, Dezernat 7

Motivation zur Projektbeteiligung:

Aus den Leitziele der bestehenden Kooperationsvereinbarung, u.a.

- die Pflege und Entwicklung einer sozialpsychiatrischen Grundhaltung;
- umfassende Versorgungsverpflichtung im Kreis Viersen;
- Entwicklung von Behandlungspfaden; etc.

ergibt sich eine selbstverständliche Mitwirkung am oben genannten Projekt.

Projektbedingungen/ Projektrahmen:

Die BAG GPV wird 2 halbe Stellen einmal zur Projektkoordination, zum anderen für eine wissenschaftliche Mitarbeit, besetzen. Neben der BAG GPV sind die UKE Hamburg als auch die Charité Berlin beteiligt.

Derzeit wollen sich alle Mitgliedsregionen an dem Projekt beteiligen, sodass ein großer Erfahrungsschatz erworben und breiter Austausch mit gegenseitigem Nutzen ermöglicht wird.

Die Projektpartnerinnen und -partner haben die Möglichkeit ein Monitoring zu entwickeln, um Maßnahmen zu entwickeln und zu installieren, um Zwangsmaßnahmen zu verringern.

Steuerungsgruppe: Netzwerk SPDI/ Betreuungsgerichtstag/ Institut für Menschenrechte/ Charité Berlin/ UKE Hamburg/ Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau/ LV Psychiatrieerfahrener Rheinland-Pfalz

Verantwortliche: BAG GPV/ UKE Hamburg/ Charité Berlin/ Aktion Psychisch Kranke e.V.

Projektziel:

Die Zahl der Einweisungen nach PsychKG wird reduziert.

Projektmaßnahmen und Zeitplan:

Zusammenstellung vorhandener Daten seitens der LVR Klinik Viersen und gemeinsame Analyse für das Einzugsgebiet Kreis Viersen (Alter/ Geschlecht/ gesetzliche Betreuerin/ gesetzlicher Betreuer/ Diagnosen/ Nebendiagnose/ wiederholte Aufnahme/ Wohnsituation (BeWo/ Wohnheim)) bis April 2017

Einführung neuer und gestärkte Nutzung vorhandener Instrumente (Nachbesprechungen/ Behandlungsvereinbarung) anhand von Einzelfällen, eventuelle Beteiligung von Peers (fortwährend)

Festlegung von Parametern, an Hand derer alle Träger innerhalb des Verbundes festhalten können, inwieweit im Einzelfall mit welchen Maßnahmen Einweisungen per PsychKG vermieden worden sind. (Start Juni/ Juli 2017)

Einzelfallanalyse, Entwicklung von Thesen, Erprobung, erneute Analyse, Thesenanpassung (Ende 2017/ dauerhaft nach festgelegtem Rhythmus)

Durchführung eines Workshops mit allen an Unterbringungen beteiligten (u.a. Polizei und Ordnungsämter, Gerichte, ggf. Krankenhäuser) (2. Halbjahr 2018)

Information der Fachöffentlichkeit, um eine breite Unterstützung des Projektziels zu erreichen

2 Ergebnisse

2.1 AG PsychKG/ Einzelfallanalyse

Zusammenstellung vorhandener Daten seitens der LVR Klinik Viersen ist erfolgt und in einer Arbeitsgruppe in mehreren Sitzungen analysiert worden.

Ziele der Arbeitsgruppe:

Ob es aus der Analyse der Daten der LVR-Klinik möglich ist, Auffälligkeiten festzustellen, die zu Ableitungen von Maßnahmen geeignet sind

Maßnahmen der Arbeitsgruppe:

- Statistische Daten der Unterbringungen nach PsychKG aus der LVR-Klinik in den Jahren 2016/ 2017
- Analyse von Einzelfällen: mindestens 3 Aufnahmen nach PsychKG in einem Jahr

Gewonnene Erkenntnisse:

- Aus den statistischen Daten:
 - Verweildauer im PsychKG recht kurz (234/443 maximal 14 Tage)
 - Vergleichsweise viele F2 Hauptdiagnosen (136/443)
 - Viele Sucht-ND (317/ 540 ND)
 - Relativ viele Aufnahmen aus externen Krankenhäusern (25% aller PsychKGs)
 - Wenig Zwangsmedikation (5 Fälle in 2017)
 - 79 Patientinnen und Patienten wurden 144 Mal fixiert
 - 26 Patientinnen und Patienten wurden isoliert
 - Entgegen der Annahme spielten Wochentage und Uhrzeiten weniger eine Rolle
 - Ein Viertel außerhalb der Regeldienstzeiten
- Einzelfälle
 - Es sind v.a. jüngere Frauen mit BPS und leichter Intelligenzmindering und andauernden Problemen mit der Herkunftsfamilie und in nachfolgenden Einrichtungen. Aufnahmen oft nach akuten Konflikten.
 - Kamen überzufällig häufig aus bestimmten Einrichtungen zur Aufnahme. Klientinnen und Klienten, die vorher im Rehabereich der Klinik eher unauffällig waren, wurden in der neuen Einrichtung mit Gewaltvorkommnissen auffällig. Angebote der Kooperation mit ehemaligen Bezugsbetreuerinnen und -betreuern des Rehabereiches wurde nicht wahrgenommen.

2.2 Behandlungsvereinbarungen

Einführung neuer und gestärkte Nutzung vorhandener Instrumente (Behandlungsvereinbarung) anhand von Einzelfällen, eventuelle Beteiligung von Peers (fortwährend).

Bei mehreren hundert Klientinnen und Klienten im BeWo und im stationären Wohnen wurden BV thematisiert und dazu motiviert. Die Zahl der vereinbarten Behandlungsvereinbarungen stieg von 4 auf 24. Weitere stehen vor einem Abschluss.

Das Thema muss innerhalb der Trägerinnen und Träger in der Einzelfallarbeit weiterhin ständig präsent sein und weiter motiviert werden. D.h. die Leistungsanbietenden motivieren außerhalb der Klinik zum Abschluss einer Behandlungsvereinbarung. In diesem Prozess werden die Klientinnen und Klienten motiviert, Inhalte werden besprochen und der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung wird begleitet und unterstützt.

2.3 Parameter wie PsychKG vermieden wurden

Dieser Punkt wurde nicht weiter verfolgt, weil sich in der Diskussion herausstellte, dass keine harten Parameter zu finden sind, die anzeigen, dass eine PsychKG Aufnahme vermieden wurde.

Eindruck, dass dies auch Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden abhängig ist und einen zu großen Interpretationsspielraum hat.

Stattdessen Besuch in Herne, St. Marienhospital, da dort landesweit die niedrigsten Einweisungen nach PsychKG und Fixierungen festzustellen sind.

Intensiver Umgang mit dem Thema „Haltung“
- Bericht als Anlage

In der Folge sind bei einzelnen Trägerinnen und Träger Fortbildungsmaßnahmen zu dem Thema benannt

Folge: Erstellung eines neuen Klinikkonzeptes

Teilnahme an der Peer to Peer Befragungen

Im Rahmen des NRW-Projektes „Zwang und Zwangsvermeidung“ in der Psychiatrie wurden auch im Kreis Viersen Befragungen von Betroffenen durchgeführt, die Zwangsmaßnahmen erlebt haben. Hierbei wird den Betroffenen ermöglicht, über die Situation zu sprechen und ihre Gefühle und Empfindungen vor, während und nach der Zwangsmaßnahme zu beschreiben. Ein Schwerpunkt der Befragung liegt auf der Möglichkeit, eigene Alternativvorschläge zu machen, wie ihre beschriebene Situation verbessert oder gar verhindert werden könnte. Oder was die Situation erleichtert hätte.

Häufig wird bei den Interviews der Wunsch geäußert, dass die Situation den Betroffenen besser erklärt werden sollte. „Redet mit mir“ ist der Appell, der in vielen Facetten geäußert wird. Ein weiterer lautet

„Hört mir zu“. Woher genau dieser empfundene Mangel an Kommunikation rührt, sollte vermutlich noch näher beleuchtet werden. Es fällt aber auf, dass Zwangsmaßnahmen auch im Nachhinein nicht zeitnah aufgearbeitet wurden. Je länger der Vorfall zurückliegt, desto weniger wurde darüber gesprochen. Hier liegt ein deutliches Verbesserungspotential, das alle Beteiligten nutzen können.

Die Befragung wurde im Kreis Viersen durch einen Aushang in den im GPV organisierten Institutionen bekannt gemacht und wurde bisher erfreulich gut genutzt. Tom Klein und Sonja Utzenrath haben als Beauftragte für den Kreis bisher 33 Interviews geführt, die noch nicht alle eingereicht wurden. Diese gute Beteiligung ist auch den Mitarbeitenden der Institutionen zu verdanken, die für die Befragung bei den Betroffenen werben.

2.4 Workshops

mit allen an Unterbringungen beteiligten (u.a. Polizei und Ordnungsämter, Gerichte, ggf. Krankenhäuser) noch in Planung (1. Halbjahr 2019). Wird geplant durch Dr. Marggraf (LVR-Klinik-Viersen).

2.5 Information der Fachöffentlichkeit

Grundidee

Einmal im Jahr findet eine Veranstaltung im Umfang von einem Tag statt, mit welcher relevante Themen aus dem psychiatrischen Feld einer breiten Fachöffentlichkeit im Kreis Viersen nahegebracht werden sollen.

Idee dabei ist es, die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen (gemeindepsychiatrischer Verbund) und anderen beteiligten Institutionen oder Personen (Arbeitsamt, Sozialamt, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Gerichte, Schulen, Jugendhilfe etc.) zu befördern und insbesondere in den Einrichtungen, die nicht unmittelbar psychiatrisch tätig sein, sehr wohl aber Berührungspunkte und Problemstellungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Im Sinne des Community Reinforcement Approaches.

Aufgrund des Projektes Fachtag am 30.10.18 zum Thema „Aggression: normal, krank, kriminell? Ein Thema – nicht nur in der Psychiatrie“, um eine breite Unterstützung des Projektziels zu erreichen (siehe Flyer).

3 Maßnahmen

Konkrete Beschreibungen wie Zwangsmaßnahmen vermieden werden Best Practice beschreiben

- **Fortbildungsmaßnahmen zum Thema PsychKG**
 - o in den anderen Krankenhäusern (siehe 2 gewonnene Ergebnisse: 1/4 der PsychKGs aus externen Krankenhäusern)
 - o in der LVR-Klinik Viersen

- im GPV anbieten (einladen zu den Terminen)
- die LVR-Klinik-Viersen entwickelt hierzu ein Format, welches regelmäßig angeboten wird
- **GPV Vertretung Altenheime und Pflegeheime überlegen**
 - Diskussion im GPV
 - Einrichtungen ggf. einladen, siehe 2. Gewonnene Erkenntnisse. Durch Einbindung im GPV soll Kommunikation und Kooperation verbessert werden.
 - Einladung an Pflegekonferenz des Kreises Viersen (durch Frau Weidl/ SPDI)
- **Kooperation GPV zu GB Ambulanz/ MZEB (Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung)** (Konzeptentwicklung, um jüngere Frauen mit BPS und leichter Intelligenzminderung besser „versorgen“ zu können. Auch hier soll die Kommunikation und Kooperation verbessert werden.
- **Trägerübergreifendes Fertigkeitstraining soll neu belebt werden** (hier werden junge Frauen mit BPS angesprochen).
- **Jährlich einmal halber Tag Fortbildung im GPV zu bestimmten Themen (etwa Open Dialoge etc.)**
- **Jährlich stattfindender Fachtag für neue und interessierte Mitarbeitenden der Mitgliedsorganisationen zwecks Informationsweitergabe über den GPV und Spiegelung der Haltung innerhalb des GPV**
- **Regelmäßiger Austausch zu Behandlungsvereinbarungen (BV) im GPV einmal jährlich**
 - Kooperation Klinik und GPV
 - Z.B. muss nach jeder Klinikentlassung die Möglichkeit einer BV angesprochen werden
- **Folge: Erarbeitung eines neuen Klinikkonzeptes, welches im März 2019 veröffentlicht wird.**
- Zwecks **Aufbau eines Monitoringsystems** bezüglich Zwangs- und Unterbringungsmaßnahmen wurden die Betreuungsstellen der Stadt und des Kreises Viersen schriftlich kontaktiert. In beiden Betreuungsstellen hat man Zahlen vorliegen, sieht diese aber nicht als vollständig an. Die zuständigen Gerichte übermitteln die Zahlen nicht regelmäßig. Zuverlässige Zahlen gibt es nur, wo man bei der Zuführung beteiligt war. Fixierungen und Zwangsbehandlungen werden nicht festgehalten. Beide Stellen

wollen die Gerichte noch einmal anfragen. Rückmeldungen werden Anfang 2019 erwartet. Innerhalb des Steuerungsgremiums für das Projekt wird überlegt, welche Automatismen diesbezüglich notwendig sind.

- **Einmal jährlich Fortsetzung der PsychKG Arbeitsgruppe**
- **BAG Befragung „Datentransparenz zur Anwendung von Zwang“ regelhaft (jährlich) bearbeiten**

4 Weiteres

StäB Auswirkungen

Im Projektzeitraum parallel Entwicklung des StäB unter Beteiligung eines gemeindepsychiatrischen Trägers und Peers

Start 09/2018 (Juli 2018 KJPP). Eine positive Nebenwirkung ist, dass das soziale Umfeld im Einzelfall täglich Ansprechpartnerinnen und -partner hat und sich daher wesentlich mehr beachtet fühlt und im günstigsten Fall toleranter gegenüber der/dem Erkrankten ist. Zudem zeichnet sich ab, dass die Beteiligung von Peers einen anderen Zugang zu den Menschen ermöglicht und damit eine weitere Sichtweise dazu gewonnen wird. In der LVR-Klinik-Viersen wird infolgedessen ab Juli 2019 das Peerangebot innerhalb verschiedenster Stationen ausgebaut. Hoffnung, dadurch Klientinnen/Klienten, Patientinnen/Patienten erreicht werden, die sonst per PsychKG untergebracht worden wären.

Fallbeispiel:

Frau X., geb. 1980, Diagnosen F49.1, F20.0, F33.1 (PTBS, Paranoide Schizophrenie, rezidivierende depressive Störung). Nutzerin Eingliederungshilfe ambulantes Betreutes Wohnen und Tagesstruktur (LT 24). Früher auffällig durch Schlagen des eigenen Kopfes an Wände mit der Folge PsychKG-Einweisungen. Angebot StäB, Aufnahme freiwillig im Oktober 18. Behandlung konnte erfolgreich ohne PsychKG abgeschlossen werden.

Eine gewaltfreie Psychiatrie ist keine Vision.

Jetzt, wo wir wissen, dass es möglich ist, müssen wir alles daransetzen, es zu erreichen!



Bericht über einen Besuch des St. Marienhospitals Eickel am 14.02.2018 Dr.
Marggraf, 20.02.2018

Inhalt

Ausgangslage und Rahmenbedingungen des Besuchs.....	202
Hintergrund und Ausgangslage	202
Rahmenbedingungen	202
Fragestellungen	202
Teilnehmer und Teilnehmerinnen.....	202
Strukturelle Bedingungen der Klinik.....	203
Geschichte der Klinik.....	203
Die Klinik heute	203
Philosophie und Leitbild	203
Das Gebäude	204
Zuständigkeitsbereich	204
Struktur der Klinik	204
Trägerschaft	206
Personelle Rahmenbedingungen	206
Ehrenamtliche Mitarbeitende	206
Zahlen/ Daten/ Fakten	206
Atmosphärische und Arbeitsbedingungen.....	207
Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	209
Beantwortung der Fragen	210
Eine gewaltfreie Psychiatrie ist möglich.....	210
Eine offene Psychiatrie ist ein mögliches und notwendiges Ziel.....	210
Die Psych-KG-Einweisungsquote kann beeinflusst werden	210
Was nun zu tun ist.....	210
Bestehende Entwicklungen verstärken.....	210
Die Beteiligung der Bevölkerung an der Klinik erhöhen.....	211
Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten erhöhen	211
Die Gestaltung der Therapien	211
Die Diskussion fortsetzen	211
Abschlusswort	211

Ausgangslage und Rahmenbedingungen des Besuchs

Hintergrund und Ausgangslage

Die zunehmende politische Forderung nach einer gewaltfreien und offenen Psychiatrie, die sich unter anderem im PsychKG 2017 manifestiert, in dem die Behandlung möglichst in offenen Formen gefordert ist, wird oft als unerreichbare Vision betrachtet und manchmal auch belächelt.

Ausgegangen war die Initiative zu dem jetzigen Besuch aus dem Gemeindepsychiatrischen Verbund des Kreises Viersen im Rahmen der Teilnahme an dem Projekt der BAG GPV zur Zwangsvermeidung. Im Zuge der weiteren Diskussionen nahmen dann auch noch (leider ausschließlich ärztliche) Vertreterinnen und Vertreter der Klinik teil.

In der Bundesrepublik gibt es rund 420 psychiatrische Kliniken, von denen nur etwas über 30 als offene Psychiatrien bezeichnet werden. Davon führt ein größerer Teil tatsächlich fakultativ geschlossene Einheiten. Nur eine Handvoll ist tagsüber tatsächlich durchgehend offen, dann aber nachts abgeschlossen. Die Klinik in Eickel ist die einzige bundesweit, die 24 Stunden täglich ausschließlich offen geführt wird.

Rahmenbedingungen

Herne Eickel liegt rund 90 km entfernt und ist, am Vormittag bei wenig Verkehr, in rund einer Stunde zu erreichen. Der Besuch fand an einem traumhaft sonnigen 14. Februar 2018 statt, Aschermittwoch und Valentinstag in einem, bei recht milden Temperaturen. Wir wurden von Herrn Nyhuis und einer vergleichsweise großen Mitarbeitengruppe (drei ehrenamtliche Mitarbeitende, Pflegedienst, Assistenzärztin, Oberärztin, Ergotherapie-Leitung und Kunsttherapeutin) begrüßt und herzlich empfangen. Auch wenn dort in Herne viele Besuchsgruppen empfangen werden (Herr Nyhuis betonte aber, man wolle trotz katholischer Trägerschaft kein Wallfahrtsort werden), war doch eine sehr herzlich-zugewandte, interessierte und offene Atmosphäre deutlich zu spüren. Der Besuch gestaltete sich in drei Teile: einem Vorgespräch mit der Vorstellung des Konzepts, einer Begehung und einem Abschlussgespräch.

Fragestellungen

Fragen, die wir mitgebracht hatten, waren insbesondere:

1. Wie gelingt eine offene Psychiatrie? Welche Schritte sind notwendig oder möglich, um eine Öffnung geschlossener Stationen voranzutreiben?
2. Wie gelingt es, eine deutlich niedrigere Psych-KG-Einweisungsquote zu realisieren?
3. Wie kann Zwang in der Psychiatrie generell verringert werden?

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Nr	Name	Vorname	Institution
1	Herbrandt	Jörg	Familienhilfe Niederrhein
2	Lindenberg	Melanie	Katharina Kasper ViaNobis GmbH
3	Dragsta		Katharina Kasper ViaNobis GmbH
4	Fleck	Anna	Sozialpsychiatrisches Zentrum AWO Kreis Viersen
5	von Söhnen	Monika	Haus an der Dorenburg
6	Jorczyk	Sarah	Integra e.V. Jugend- und Eingliederungshilfe

Nr	Name	Vorname	Institution
7	Kellmann	Markus	LVR-Klinik Viersen
8	Michels	Ute	LVR-Klinik Viersen
9	Ugur	Tarik	LVR-Klinik Viersen
10	Strotmann-Tack	Timm	LVR-Klinik Viersen
11	Marggraf	Ralph	LVR-Klinik Viersen
12	Corda-Zitzen	Stefan	PHG Viersen

Strukturelle Bedingungen der Klinik

Geschichte der Klinik

Die Klinik entstand ursprünglich als Allgemeinkrankenhaus, finanziell unterstützt durch Spenden umliegender Bergwerksgesellschaften - in Eigenleistung der kath. Kirchengemeinde St. Marien. Am Ort des heutigen St. Marienhospitals fand über viele Jahrzehnte das Gemeindeleben statt; hier wurden die Menschen geboren, hier wurden sie in Krankheitsfällen behandelt und teilweise starben sie auch hier. Es gibt eine Kirche direkt vor der Klinik, den städtischen Friedhof unmittelbar angrenzend, einen Kindergarten und ein Kirchengemeindezentrum.

Aufgrund der Gebietsreform, sich ergebender wirtschaftlicher Probleme und im Zusammenhang mit der

Das Dogma der offenen Psychiatrie

Die Klinik wurde 1977 gegründet und hat nie eine geschlossene Station gehabt.

Enquete wurde die psychiatrische Klinik in Eickel 1977 gegründet. Bis dahin sind psychiatrische Patienten aus Herne u.a. bis nach Bedburg-Hau gebracht worden.

Von Beginn an hat die Klinik nur offene Türen gehabt, dort hat es niemals eine geschlossene psychiatrische Station gegeben. Herne ist die einzige Klinik in Deutschland, die *dogmatisch* offen ist, also zu jeder Zeit, 24 Stunden am Tag, vollkommen unabhängig von der Belegung. Hier gilt das *Dogma* der offenen Türe. Die Option, die Tür zu schließen, existiert

grundsätzlich nicht. Das führt dazu, dass dies von den Mitarbeitenden als Option in Herne gar nicht in Betracht gezogen wird. Es ist interessant: die Mitarbeitende dort wundern sich vielmehr, dass man geschlossene Türen braucht.

Die Klinik heute

Die Klinik liegt nur wenige 100 m vom Stadtkern Eickels und der Stadtgrenze Bochums entfernt in ruhiger Lage; baulich eingegrenzt wird das Hospital durch die Marienkirche, einer Tagesklinik (im denkmalgeschützten ehemaligen Pfarrhaus), angrenzende Wohnhäusern sowie einem parkähnlichen Garten. Ab 1977 wurde die psychiatrische Abteilung eingerichtet und in den folgenden Jahren ausgebaut und erweitert. Seit Anfang der 80er Jahre leistet sie die Pflichtversorgung für die Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Herne, 20 - 30 Prozent der Patientinnen und Patienten kommen aus Nachbarstädten.

Philosophie und Leitbild

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik begreift sich als Knotenpunkt eines psychosozialen Netzwerks der Stadt Herne.

Das Gebäude

Bei dem Klinikgebäude handelt es sich um das ehemalige städtische Krankenhaus Wanne- Eickel, dass in kirchlicher Trägerschaft (bis 2001 durch die Kirchengemeinde getragen) immer sehr eng verwoben war zu der Gemeinde; hier gab es eine Geburtshilfe, ein Kinder- garten besteht bis heute und der Friedhof liegt angrenzend. Das heißt, an diesem Ort fand das soziale Leben der Gemeinde intensiv statt. Bis 2001 gab es noch eine kleine Innere Abteilung. Nachdem der frühere Chefarzt dann in Ruhestand gegangen war, bestand aber nur noch die Psychiatrie, die in den Jahren weitergewachsen ist.

Die Gebäude der Klinik sind aus einem aus dem 19. Jahrhundert stammenden Krankenhausbau hervorgegangen und durch umfassende Kernsanierungs- und Anbaumaßnahmen in den Jahren 2001 und 2008 erweitert und saniert worden. Außen sieht man ein Ensemble von alten und modernen Bauteilen, die ineinander übergehen. Von innen sind alle Räumlichkeiten sehr modern und einheitlich gestaltet, so dass man den Übergang von Neu- zu Altbau nicht wahrnimmt. Der Eindruck ist modern und wohnlich, teils entsteht auch eine Kuratmosphäre. So befindet sich im untersten Geschoss ein Physiotherapie- und Wellnessbereich mit Kneippbecken, Sauna und schön gestalteten Ruhebereichen.

Die Stationen sind großzügig, modern und wohnlich eingerichtet. Die Dienstzimmer sind sehr groß. Jede Station verfügt über zwei Intensivzimmer, jeweils direkt angrenzend an das Stationszimmer. Angestrebt wird, möglichst keine Krankenhausatmosphäre aufkommen zu lassen.

Zuständigkeitsbereich

Zuständig ist die Klinik für die Stadt Herne mit einem Einzugsgebiet von rund 160.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Es handelt sich um eine urbane Ruhrgebietsregion, die Städte Herne, Gelsenkirchen, Bochum, Castrop-Rauxel und Recklinghausen gehen fast nahtlos ineinander über.

Heute gehört Herne mit seinen etwa 154.000 Einwohnerinnen und Einwohnern zu den kleineren Großstädten des Landes und ist nach Offenbach am Main die der Fläche nach zweitkleinste Großstadt Deutschlands.

Basisdaten	Herne	Viersen (Kreis)
Bundesland: Regierungsbezirk:	Nordrhein-Westfalen	Nordrhein-Westfalen Düsseldorf
Fläche:	51,42 km ²	563,28 km ²
Einwohner:	155.851 (31. Dez. 2015) ^[1]	297.661 (31. Dez. 2015) ^[1]
Bevölkerungsdichte:	3031 Einwohnerinnen und Einwohner je km ²	528 Einwohnerinnen und Einwohner je km ²
Stadtgliederung:	4 Stadtbezirke mit 13 Ortsteilen	9 Gemeinden

Struktur der Klinik

Aktuell verfügt die Klinik über 159 Betten und 53 Tagesklinische Plätze, verteilt auf sieben Stationen und vier tagesklinische Gruppen. Der stationären Einheit angeschlossen ist ein Nachtklinikplatz.

Die Leitungsstruktur besteht aus einem Chefarzt (Dr. Nyhuis), einer oberärztlichen Riege.

Die Stationen sind alle grundsätzlich gemischt belegt. Als Orientierung für die Belegungsplanung gilt, dass der mittlere Akuitätsgrad pro Station so gering wie möglich zu halten ist. Die Verteilung der elektiven Patientinnen und Patienten, die zwei Drittel aller Aufnahmen ausmachen, erfolgt über eine Frühbesprechung. Notfallaufnahmen machen ein Drittel aller Fälle aus. Ein weiterer Punkt bei der Belegungsplanung ist, die Diagnoseverteilung ungefähr gleich zu halten sein, insbesondere für spezielle Patientinnen- und Patientengruppen wie Drogenpatientinnen und -patienten und Intensivpatientinnen und -patienten. Es erfolgen daher auch keine Verlegungen zwischen den Stationen. Ein weiterer Hintergrund für die gemischte Belegung ist es, dass der therapieschädigende Soziolekt bestimmter Patientinnen- und Patientengruppen untereinander vermieden werden soll. Einzelne Stationen haben auch Spezialitäten; so hält eine Station 3 Eltern-Kind-Plätze vor.

Die Stationen sind alle gemischt belegt, es gibt keine diagnosespezifischen Stationen.

Von den insgesamt vier Tageskliniken ist eine als „Akut-Tagesklinik“ ausgerichtet. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die Aufnahme sofort erfolgt, eine Behandlung aber immer maximal zehn Tage dauert.

Es gibt eine *Institutsambulanz* an zwei Standorten, nicht auf dem Klinikgelände befindet sich eine sehr große Substitutionsambulanz mit über 300 Patientinnen und Patienten. Insgesamt werden rund 1300 Scheine pro Quartal abgerechnet. Es gibt ein multiprofessionelles Ambulanzteam und eine gerontopsychiatrische Beratungsstelle.

Ein weiterer Bereich ist die *psychiatrische Rehabilitation* mit 24 Plätzen und einer Verweildauer von sieben Monaten. Im ambulanten betreuten Wohnen werden rund 180 Klientinnen und Klienten betreut, hier gibt es in Herne nur zwei oder drei deutlich kleinere Konkurrenten. Über die ambulante psychiatrische Pflege werden 280 Patientinnen und Patienten versorgt, hier gibt es in Herne keine Konkurrenz. Es werden mehrere Wohngemeinschaften betrieben und ein Krisendienst für die Stadt Herne.

Umfassendes Leistungsspektrum der Klinik



Bild: modernes Gebäude der Medizinischen Rehabilitation

Trägerschaft

Träger ist die St. Elisabeth Gruppe GmbH, Katholische Kliniken Rhein-Ruhr.

„Die St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr ist eine dynamisch wachsende kirchliche Gruppe von Akutkrankenhäusern und Fachkliniken der maximalen Breitenversorgung, Altenpflegeeinrichtungen, einer Reha, eines Hospizes und Fort- und Weiterbildungseinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit mehr als 1.500 Planbetten die überregionale Versorgung mitten im Ruhrgebiet sicher. Unter dem Dach der Gruppe sind die fünf Krankenhäuser: das St. Anna Hospital Herne, das Marien Hospital Herne – Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, das Rheumazentrum Ruhrgebiet, das St. Marien Hospital Eickel und das Marien Hospital Witten sowie die folgenden Einrichtungen zusammengeschlossen: Medizinische Reha Eickel, Gästehaus St. Elisabeth, Lukas Hospiz, Arztpraxen – MVZ Herne, das Bildungszentrum Ruhr, das Bildungswerk, die Krankenpflegeschule, die Akademie der Physiotherapie und die Ambulante Pflege sowie die Kindertagesstätte: Kinder in der St. Elisabeth Gruppe“

(<https://www.marienhospital-eickel.de/home/wir/einrichtungstraeger.html>)

Personelle Rahmenbedingungen

Die personelle Besetzung orientiert sich an der PsychPV. In der Regel handelt es sich um Stationen mit 24 bis 25 Betten. Hier seien meist drei therapeutische Mitarbeitende eingesetzt (meist zwei Ärztinnen und Ärzten und einer Psychologin/einem Psychologen. Die Besetzung im Pflegedienst ist in der Regel 3-4-1. Es gibt keine Doppelnachtwachen und keine Dauernachtwachen. Im Nachdienst gibt es zusätzlich einen Springenden und eine Hauptnachtwache. Jede Station verfügt über eine Stationssekretärin, die wesentliche organisatorische und administrative Aufgaben übernimmt und den Mitarbeitenden des Pflegedienstes so den Rücken für die Patientenbezogenen Tätigkeiten freihält.

Unterschiede ergeben sich aufgrund der Stationsgrößen. Jede Station verfügt über eine Stationssekretärin.

Ehrenamtliche Mitarbeitenden

Die Klinik hat zu jeder Zeit etwa 35 bis 40 ehrenamtliche Mitarbeitende für die Psychiatrischen Kliniken. Dabei handelt es sich ausschließlich um ehemalige Patientinnen und Patienten. Diese sind immer stundenweise tätig, führen viele Gespräche und bieten Alltagsunterstützung.

Großer Pool an ehrenamtlicher Mitarbeitenden.

Dies dient auch der Struktur für die ehemaligen Patientinnen und Patienten. Zwei Mitarbeitende sind mit der Koordination befasst.

Zahlen/ Daten/ Fakten

2017 wurden rund 2900 stationäre Fälle behandelt. Die mittlere Verweildauer (stationär und teilstationär) beträgt 23 Tage.

Es wird eine sehr sensible *Gewaltdokumentation* erstellt, bei der auch kleine Vorkommnisse aufgenommen werden. Anzeigen von Patientinnen und Patienten erfolgen im Einzelfall, da die Augenhöhe mit Patientinnen und Patienten dies auch erfordert, wenn es sich nicht um krankheitsbedingte Verhaltensweisen handelt.

	Herne	Viersen
Aufnahmen	2906	3541
PsychKG	32	391
Quote PsychKG	1,10%	11,04%
Fixierungen	6	123*/ 223**
Zwangsmedikation	12	8

* Zahlen aus dem Bericht Dr. Mennicken 24.02.2018/ nur PsychKG Fälle

** Zahlen des MedCO LVR-Klinik Viersen/ alle Fixierungsmaßnahmen EWP

In 2017 gab es 32 PsychKG Fälle bei 2.906 Aufnahmen (entspricht einer Quote von 1,1%), davon 23 die von außen gekommen und 9, die in der Klinik veranlasst worden sind. Es sind an einem beliebigen Tag 0 bis 2 PsychKG-Patientinnen und Patienten vorhanden und etwa 5 betreuungsrechtlich untergebrachte Fälle. Es gab insgesamt 6 Fixierungen an 5 Patientinnen und Patienten. Eine Zwangsmedikation wurde in 12 Fällen notwendig. Festhalten wurde in 4 Fällen angewendet, teils sehr kurzzeitig (Minuten).

Die niedrige Rate an Zwangsmaßnahmen erscheint fast unglaublich.

Die Rate der Zwangsmaßnahmen wird in der Klinik regelmäßig veröffentlicht um das Corporate Identity fördern. Man konnte spüren, dass die Klinik (mit Recht) sehr stolz auf ihre Errungenschaften ist.

Atmosphärische und Arbeitsbedingungen

Die offene Konzeption muss multiprofessionell getragen sein. Dies erfordert auch ein hohes Eigenengagement aller Mitarbeitende und vor allem auch unbürokratische Verfahren. Als Beispiel wurde darüber berichtet, dass Mitarbeitende des Pflegedienstes in der Nacht auch einmal die Station mit einer gespannten Patientin/gespannten Patienten verlassen, um ihr/ihm die Gelegenheit eines Spazierganges zu geben und so die Situation zu deeskalieren. Oder dass Mitarbeitende auch schon mal mit ihrem Privat-Pkw zu einer Patientin/ einem Patienten nach Hause fahren, um diesen dort abzuholen, wenn er aus einer Beurlaubung nicht zurückkehrt

Eine offene Psychiatrie muss gestaltet werden und erfordert ein hohes Maß an Engagement aller Mitarbeitenden sowie unbürokratische Verfahren.

und man sich Sorgen um sie/ihn macht. Dafür gibt es dann eine Art Kasse, aus der sich der Mitarbeitende dann für die Fahrt ohne jeden Antrag etwas Geld nehmen kann, ohne lange Verfahren. Das Personal insgesamt und insbesondere auch das Pflegepersonal ist sehr viel unterwegs und wenig auf Station. Bei unserer Begehung haben wir daher auch kaum Mitarbeitende auf den Stationen und insbesondere in den Dienstzimmern angetroffen. Es ist erklärtes Ziel, die Nettoaufenthaltszeit im Dienstzimmer zu minimieren und die Zeit an der Patientin/am Patienten zu maximieren. Auch die Dokumentation wird so weit wie möglich reduziert.

Patientinnen und Patienten werden stark in den Klinikalltag einbezogen und verantwortlich gemacht. So gibt es auf jeder Station einen Paten. Jede Station entsendet ein bis zwei Delegierte in eine wöchentliche Versammlung, in dem alle Belange der Stationen und der Klinik besprochen werden. Die Sitzung wird protokolliert und der Direktion zur Kenntnis gebracht. Es gibt ein regelmäßiges Forum, das stark ressourcenorientiert arbeitet. Hier halten beispielsweise einzelne Patientinnen und Patienten Vorträge, die auch im Vorfeld in der Zeitung angekündigt werden und öffentlich zugänglich sind. Eine Zeitung für Patientinnen und Patienten erscheint alle 14 Tage und wird auch nach außen gegeben, inzwischen in einer Auflage von über 100 Stück. Die Morgenrunde wird von Patientinnen und Patienten moderiert.

Es gibt ein hohes Maß an Beteiligung und Verantwortung der Patientinnen und Patienten.

Therapien werden generell störungsspezifisch über die Stationen hinweg organisiert. Angestrebt und umgesetzt wird eine hohe therapeutische Dichte. Jede/r Patientin/Patient erhält einen individuellen Therapieplan. Dieser ist dann aber auch für die Patientin/den Patienten verpflichtend. Hier wird bspw. in der Regel nur die Teilnahme dokumentiert. Bspw. gibt es eine Wachtherapie zwei Mal pro Woche und ein Nachtatelier von 20 bis 8 Uhr. Es werden 350 EKT Behandlungen pro Jahr durchgeführt. Es besteht ein durchgehendes Bezugspflegesystem mit Vertretungslinie und wöchentlichen Bezugspflegegesprächen. Insgesamt wurde sehr viel kreatives Potenzial deutlich.

Therapien werden stationsübergreifend, störungsspezifisch, intensiv und generell verpflichtend durchgeführt.

Ein Patient erhält einen individuellen Therapieplan. Dieser ist dann aber auch für die Patientin/den Patienten verpflichtend. Hier wird bspw. in der Regel nur die Teilnahme dokumentiert. Bspw. gibt es eine Wachtherapie zwei Mal pro Woche und ein Nachtatelier von 20 bis 8 Uhr. Es werden 350 EKT Behandlungen pro Jahr durchgeführt. Es besteht ein

Eine weitere therapeutische Maxime ist die der Aussenorientierung. Viele Angebote werden außerhalb der Klinik gemacht. Es finden kaum Therapien auf den Stationen statt. Es gibt Kooperationen etwa mit der VHS, wobei Kurse in der VHS stattfinden. Oder mit einem lokalen Sportverein. Eine Kletterhalle wird genutzt. Besuche umliegender Sehenswürdigkeiten finden statt. Es gibt viele Projekte, überregional bekannt geworden ist etwa die Jakobuswandergruppe, wobei jährlich Gruppen von Patientinnen und Patienten Teilstücke mitgewandert sind und über 14 Jahre (1997 bis 2010) die gesamte Strecke erwandert wurde.

Die Maxime der Aussenorientierung gilt für alle Therapien und den Alltag.

Heute erinnern 14 von Patientinnen und Patienten gestaltete Stelen im Klinikpark daran Oder es gibt ein Theaterprojekt. Ein Schrebergarten wurde angepachtet, hier sind inzwischen drei Bienenvölker beheimatet und im letzten Jahr gab es einen Ertrag von 90 kg Honig.

Wenn Absprachefähigkeit von den Patientinnen und Patienten gefordert wird, muss man diese auch vorleben!

Die Haltung der Klinik den Patientinnen und Patienten gegenüber wird auch darin deutlich, dass es als sehr wesentlich angesehen wird, die Therapieangebote zu sichern. Therapie findet immer statt, auch wenn Krankheits- und Vertretungslinien punktuell nicht funktionieren. Das wird dann auch berufsgruppenübergreifend geregelt. Denn wenn Absprachefähigkeit von den Patientinnen und Patienten gefordert wird, muss man diese auch vorleben.

Man hat den Eindruck gewonnen, dass eine Atmosphäre der Gewaltfreiheit entsteht, weil die Patientinnen und Patienten rundherum so behandelt werden, dass sie gerne bleiben wollen.

Patientinnen und Patienten werden willkommen geheißen und rundherum so behandelt, dass sie gerne in der Klinik sind.

Ein Beispiel: zu Übergabezeiten wird ein Schild aufgehängt „Übergabe, bitte klopfen“. Während bei uns oft genug auf einem vergleichbaren Schild steht „Übergabe. Bitte nicht stören!“. Am Tag sorgt eine „dynamische Flurwache“ auf der Station für die Sicherung. Das bedeutet auch, dass alle Mitarbeitende sehr genau im Blick haben müssen, für welche Patientinnen und Patienten welche Ausgangsregelungen gelten.

Es wurde sehr deutlich, dass es in der Klinik ein sehr ernsthaftes Bemühen um die Herstellung von tatsächlicher Augenhöhe mit den Patientinnen und Patienten gibt. Nach diesem Verständnis gilt Augenhöhe dann auch beiderseits, für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende. Ein Satz wie „Bitte nicht stören!“ geht dann nicht: denn Patientinnen und Patienten stören im Krankenhaus definitionsgemäß nie.

Weiter wurde diskutiert, dass Behandlungsvereinbarung insgesamt wenig angenommen würde. Die Gründe dafür konnten nicht sicher benannt werden.

Um die Konzeption der offenen Psychiatrie auch den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern weiter nahezubringen, finden einmal jährlich Gespräche mit der Polizei statt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Auch wenn Dr. Nyhuis betonte, dass man in Herne auch nur mit Wasser koche, ist doch festzustellen, dass dort ein in sich ausgesprochen schlüssiges und durchgängiges Konzept besteht, dass die Führung einer offenen Psychiatrie nun schon seit 40 Jahren erfolgreich ermöglicht. Und dass auch vor Ort sehr überzeugt. Und nicht nur das: die Rate von Gewaltereignissen ist deutlich niedriger. Zudem führt das Konzept in der Folge auch zu ökonomischen Vorteilen. Klargeworden ist, dass eine offene Psychiatrie grundsätzlich möglich und erstrebenswert ist. Insofern müssen also doch Zweifel bestehen, ob Herne nicht eben doch eine Art Wallfahrtsort werden sollte.

Die offene Psychiatrie ist möglich und erstrebenswert

Klargeworden ist aber auch, dass eine einfache Übertragung auf Viersener Verhältnisse nicht ohne weiteres möglich ist. Denn in Viersen besteht eine vollkommen andere Ausgangslage. Hier hat es immer schon

Es muss eine klare Entscheidung für das Ziel einer offenen Psychiatrie geben.

geschlossene Psychiatrie gegeben. Unbürokratische Verfahren sind in einer LVR-Klinik nicht geübt und erscheinen auf den ersten Blick auch schwer umsetzbar. Die Mitarbeitenden können sich in großen Teilen ein Arbeiten in einer vollkommen offenen Psychiatrie derzeit nicht vorstellen. Der Fachbereich

Forensik prägt den Standort mit. In den 1990er Jahren gab es erhebliche forensische Vorkommnisse in Viersen und an anderen Orten (Ermordung eines HPH-Bewohners durch einen forensischen Patienten, medienwirksam auch der Fall Büch in Düren u.a.). Um nur einige der Unterschiede zu benennen.

Beantwortung der Fragen

Aufgrund der Erfahrungen des Besuchs der Klinik in Eickel sind wir zu einer Reihe von Einsichten und Schlussfolgerungen gekommen, die im Folgenden dargelegt werden sollen. Es ist das Ziel dieses Papiers, darüber weiterhin in Diskussion zu kommen.

Eine gewaltfreie Psychiatrie ist möglich

Eine ganz wesentliche, wenn nicht die wesentliche Erkenntnis des Besuchs ist: es ist möglich, mit sehr wenig Gewalt in der Psychiatrie zu arbeiten, vielleicht sogar ganz ohne. Nach dem Besuch in Herne muss man einfach sagen, dass Gewaltfreiheit in der Psychiatrie grundsätzlich vorstellbar ist.

Die wichtigste Erkenntnis ist die, dass es möglich ist.

Eine offene Psychiatrie ist ein mögliches und notwendiges Ziel

Eine offene Psychiatrie kann gelingen. Dazu sind aber wohl viele Schritte notwendig. Es sind aber andererseits auch viele Dinge möglich, um eine Öffnung geschlossener Stationen voranzutreiben. Zunächst einmal muss es dazu eine deutliche Entscheidung und ein Commitment in der Klinik für das Ziel einer offenen Psychiatrie geben. Hier ist auch die Flexibilität, Kreativität und Eigeninitiative aller Mitarbeitenden gefordert. Es muss eine hohe Identifikation mit den Zielen der offenen und gewaltfreien Psychiatrie geschaffen werden.

Die Psych-KG-Einweisungsquote kann beeinflusst werden

Nach unserem Eindruck sinkt die PsychKG-Einweisungsquote in der Folge der geringen Gewalt und des Postulats der offenen Psychiatrie. Es sind dafür keine speziellen, über vorhandene hinausgehende Anstrengungen vonnöten. Es stellt aber sicherlich ein längerfristiges Ziel dar. Denn es ist dazu ein Umdenken an vielen Stellen außerhalb der Klinik erforderlich. Instrumente, die wir dazu bereits nutzen, sind: Polizeigespräche, Gespräch mit den Amtsgerichten und Gespräche mit umliegenden Kliniken sowie den Notdiensten.

Was nun zu tun ist

Was sicherlich erforderlich ist, ist eine Beteiligung möglichst vieler Mitarbeitenden und insbesondere auch des Pflege- und Erziehungsdienstes. Ein Besuch der Klinik in Eickel und Hospitationen sind sicherlich unkompliziert und kurzfristig machbar. Im Weiteren sollen konkrete Maßnahmen vorgeschlagen werden, die ergriffen werden können.

Bestehende Entwicklungen verstärken

Das Safewards-Konzept ist richtig und sinnvoll und sollte von allen Seiten unterstützt und gestärkt werden. Der begonnene Prozess der zaghaften Öffnung der Stationen muss fortgesetzt werden. Erfahrungen anderer Standorte sollten darin einfließen (LVR-Klinik Köln, LVR-Klinikum Düsseldorf). Die bereits bestehende Sensibilität im Umgang mit Gewalt kann vertieft werden.

Die Beteiligung der Bevölkerung an der Klinik erhöhen

Die Klinik in Herne gehört fest zur Gemeinde. Der Klinikalltag wird weitestmöglich mit der Bevölkerung und den Patientinnen und Patienten geteilt. Daraus ergibt sich das Ziel, unsere Klinik so weit wie möglich in das Gemeinde-leben zu integrieren. Die Bevölkerung muss die Klinik als „ihre“ psychiatrische Klinik annehmen. Hier ist die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit hervorzu-heben; eben nicht als Instrument der Akquise von Patientinnen und Patienten, sondern um Transparenz in und Verbundenheit mit der Bevölkerung zu erzielen.

Der Wert der Öffentlichkeitsarbeit liegt nicht primär in der Patientenakquise.

Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten erhöhen

Ziel ist es, eine maximale Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Klinikabläufen herzustellen. Konkret könnten wir beginnen, einen ehrenamtlichen Mitarbeitendenstamm aufzubauen. Die Schaffung eines Patientinnen- und Patientenparlaments wäre denkbar.

Die Gestaltung der Therapien

Therapien sollen intensiv und ausfallssicher gestaltet werden. Eine Verstärkung der Außenorientierung ist an vielen Stellen möglich.

Die Diskussion fortsetzen

Die gemischte Belegung der Stationen zur Vermeidung des „Crowdings“ ist aufgrund unserer Strukturen nicht zwanglos umsetzbar, sollte uns aber zu weiteren Diskussionen anregen.

Abschlusswort

Der Besuch in Herne-Eickel war sehr beeindruckend und hat uns gezeigt, dass Gewaltfreiheit in der Psychiatrie keine Utopie ist. Und dass das Ziel der Gewaltfreiheit der Leitgedanke bei allen Überlegungen der Weiterentwicklung der Erwachsenenpsychiatrie sein muss.

**Anlage II: Manual –
Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von
Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem**

**Regionales Monitoringsystem
zur Vermeidung von Zwangsmaß-
nahmen im psychiatrischen Hilfe-
system
(kurz: MoSy VeZ)**

Manual

Verfasserinnen und Verfasser:

Matthias Rosemann
Ulrich Krüger
Katharina Fröhlich
Linda Mische

(Oktober 2019)

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	215
2. Struktur	218
2.1 Bögen	218
2.2 Aktionsspalte und Handlungsplan	218
3. Kontinuität	219
4. Basis- und Zusatzbögen	219
4.1 Basisbogen I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang	
4.2 Basisbogen II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang	226
4.3 Basisbogen III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang	230
4.4 Basisbogen IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang	233
4.5 Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang	235
4.6 Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung	238
Anlagen	242
Inhaltsverzeichnis MoSy VeZ	242
Checkliste für Gerichte und Sachverständige im betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren (AG Menschenrechte der APK)	244
Abkürzungsverzeichnis	246

1. Hintergrund

Das vorliegende regionale Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (kurz: MoSy VeZ) befähigt eine definierte Versorgungsregion (z. B. Stadt oder Landkreis), sich mit dem Thema der Zwangsvermeidung systematisch auseinanderzusetzen.

Unter Zwang/Zwangsmaßnahmen werden alle Maßnahmen verstanden, die ohne (Zustand der Willenlosigkeit) oder gegen den Willen eines Menschen vollzogen werden. In der Definition dieses MoSy VeZ eingeschlossen sind alle rechtlich legitimierten Zwangsmaßnahmen.

Zu unterscheiden sind dabei alle Maßnahmen des Freiheitsentzugs von denen der ärztlichen Zwangsmaßnahmen.

Zu den Maßnahmen des Freiheitsentzugs gehören:

Freiheitsentziehende Unterbringung in Krankenhäusern, Heimen oder anderen Wohnformen, unabhängig davon, in welcher Weise der Freiheitsentzug erfolgt, z. B. durch eine verschlossene Tür, durch Personen, die am Verlassen des Gebäudes oder Geländes hindern oder durch alleiniges Untersagen bei offenen Türen sowie

andere freiheitsentziehende Maßnahmen, insbesondere durch

- Fixierung, unter der zu verstehen ist, dass eine Person durch Einwirkung daran gehindert wird, die eigene Position in einem Raum zu verändern und die auf verschiedenen Weisen erfolgen können, wie z. B. die Fünf-Punkt-Fixierung im Bett, das Festbinden auf einem Stuhl oder auch durch die Gabe von sedierenden Medikamenten,
- Festhalten durch eine Person, die Beschäftigte der Institution ist und das Ziel hat, die Bewegungsfreiheit der festgehaltenen Person einzuschränken,
- Einschluss in Käfigbetten oder Netzbetten, die verhindern, dass eine Person aus eigenem Willen das Bett verlassen kann,
- Isolierungen in einem Raum unter der Bedingung, dass die Person durch technische oder persönliche Mittel daran gehindert wird, selbst zu entscheiden, wann sie den Raum verlässt.

Zu den ärztlichen Zwangsmaßnahmen gehören:

- die Untersuchung des Gesundheitszustands,
- medikamentöse Zwangsbehandlungen durch Gabe von Medikamenten, insbesondere von Neuroleptika, in oraler Form in täglicher Einnahme oder durch die Gabe von Depotpräparaten in oraler Form oder durch Verabreichung von Spritzen,
- die Behandlung mittels Elektrokrampftherapie, die bislang von keinem Gesetzgeber in Deutschland ausdrücklich ausgeschlossen wurde,
- die Zwangsernährung z. B. bei schweren Essstörungen sowie ggf. weitere, hier nicht näher beschriebene Behandlungsmethoden.

Zwangsmaßnahmen unterscheiden sich in Art, Intensität, Dauer und Ort, an dem sie durchgeführt werden. Grundsätzlich sind sie als letztes Mittel, als sogenanntes „Ultima Ratio“ einzusetzen. Bevor Zwangsmaßnahmen in Betracht gezogen werden, sind Alternativen auszuschöpfen.

Viele Betroffene werden durch Zwangsmaßnahmen nachhaltig und wiederholt traumatisiert mit gravierenden Konsequenzen nicht nur für die weitere Behandlung. Auch viele Mitarbeitende sehen sich durch Strukturen, die die Wahrscheinlichkeit von Zwang erhöhen, in ihrer Arbeits- und Lebensqualität beeinträchtigt.

Die verschiedenen Formen von Zwangsmaßnahmen sind unterschiedlich gesetzlich verortet (öffentlich-rechtliche, zivilrechtliche und strafrechtliche Unterbringung/Maßregelvollzug). Mit Hilfe des Monitoringsystems soll die gesamte Bandbreite diverser Zwangsmaßnahmen einer Region abzubilden sein. Ziel ist es mit Unterstützung des MoSy VeZ Zwang auf regionaler Ebene gemeinsam zu vermeiden und die Selbstbestimmung der Betroffenen gemäß UN-BRK zu fördern.

Zwanganwendung und deren Vermeidung ist ein komplexes Thema, was nicht zuletzt vom Ethikrat und vom Deutschen Institut für Menschenrechte (Vgl. Deutscher Ethikrat: Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung, Berlin 2018; Deutsches Institut für Menschenrechte: Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2017 - Juni 2018, Kapitel 3: Zwang in der allgemeinen Psychiatrie für Erwachsene, Berlin 2018) bestätigt wurde. Die beiden höchsten nationalen Rechtsräte plädierten beide einvernehmlich für die Einzelfallbetrachtung. Diese individuelle Herangehensweise wurde als Grundsatz genutzt, um dieses Instrument zur Zwangsvermeidung zu entwickeln. Um der Komplexität und Verschiedenheit der Regionen zudem gebührend Ausdruck zu verleihen, wurde ein Impulsgebungsinstrument geschaffen, dessen Einzelaspekte einer Versorgungsregion individuell angepasst werden können.

Das MoSy VeZ dient einerseits der Erfassung von Zwangsmaßnahmen als Bestandsaufnahme, andererseits zur Prüfung von regionalen Maßnahmen der Zwangsvermeidung.

Es wurde im Rahmen des Bundesministeriums für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts „Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“ entwickelt. Der aktuelle Aufbau des MoSy VeZ gründet auf Erfahrungen, die in der Projektlaufzeit gesammelt wurden. Liegen in Regionen bereits ähnliche Erhebungsinstrumente vor, seien diese entsprechend zu verwenden oder ergänzend einzusetzen.

Ziel ist es mit Hilfe des Instruments in einer Region strukturiert das Thema Zwang/Zwangsvermeidung zu behandeln.

Das MoSy VeZ wurde mit der Idee im Hintergrund erstellt, ein Impulsgebungskonzept zu sein. Monitoring wird hier nicht verstanden als das Zusammenführen von Daten allein, sondern vor allem als ein Instrument der Qualitätsentwicklung im psychiatrischen Hilfesystem. Daten sind vor allem wichtig, um zu verfolgen, ob in einer

Region entwickelte Strategien Wirkungen zeigen und ob sich Auswirkungen auf andere Bereiche des Hilfesystems zeigen. Daher wird Monitoring als ein kooperativer Prozess verstanden, der den beteiligten Akteuren in einer Region dazu dient, zwangsvermeidende oder wenigstens zwangsmindernde Aktivitäten einrichtungsübergreifend zu vereinbaren.

Aufgelistet und thematisch strukturiert in vier Bereiche sind sämtliche Maßnahmen, die direkt und indirekt zwangsvermeidend wirken. Es wird nicht erwartet, dass diese gesamten Maßnahmen bereits weitgehend (in der eigenen Region) umgesetzt werden. Eher wurden sämtliche Maßnahmen umfassend abgebildet und ein Überblick erstellt, um in der eigenen Region zu prüfen und zu entscheiden, ob ein oder mehrere Themenpunkte bearbeitet werden sollen. D. h. zu Qualitätsverbesserung und Zwangsvermeidung können Aspekte gewählt werden, um darauffolgend gemeinsam individuelle Handlungspläne für die eigene Region zu erstellen. Wo die Vorgaben und Kategorien des MoSy VeZ nicht ausreichen, könnten individuelle Bögen für die eigene Region erstellt werden.

Das System nimmt möglichst viele Anwendungsbereiche von Zwang auf, um mögliche Ausweichbewegungen zu identifizieren. So kann mancherorts die Reduktion von Fixierungen das Ansteigen von Medikamentgaben zur Folge haben. Um solchen möglichen Entwicklungen rechtzeitig zu begegnen, wurde das System entsprechend umfassend erarbeitet.

Zur Arbeit mit dem MoSy VeZ empfiehlt es sich, eine Arbeitsgruppe mit Vertretenden von relevanten Akteuren zusammen zu stellen und die Ergebnisse einem relevanten Gremium in der regionalen Versorgungssystem zur Diskussion zu stellen. Oft wird man auch zunächst mit Zwischenergebnissen in die Diskussion gehen müssen.

Alle Erfahrungen bei der Erarbeitung des MoSy VeZ zeigen, dass gerade der Prozess der Erarbeitung und der Diskussion von Zwischenschritten viele Fragen hervorruft. Es ist daher sorgfältig darauf zu achten, dass die Diskussionen frei von Vorwürfen und Schuldzuweisungen geführt werden. Zwangsmaßnahmen sind häufig noch Tabuthemen und werden nicht gern öffentlich erörtert. Im Gespräch werden nicht selten unterschiedliche Haltungen offenbar, über die offen gesprochen werden sollte. Sie haben in aller Regel Erfahrungshintergründe, die Beachtung verdienen. Viele Menschen haben selbst eigene persönliche Zwangs- und Gewalterfahrungen auch als Anwendende. Diese Erfahrungen zu würdigen und zu respektieren ist oft ein erster Schritt zu einem vertrauensvollen Diskurs.

Die Moderation sollte daher diesen Aspekt stets im Blick haben und die Akteure ermutigen, in einen gemeinsam selbstkritischen und offenen Dialog einzutreten.

2. Struktur

2.1 Bögen

Das Monitoringsystem umfasst vier Basisbögen:

- I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang
- II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang
- III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang
- IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Ergänzend existieren zwei Zusatzbögen:

- Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang
- Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Generell sind in den Bögen Oberkategorien zu finden (wie bspw. I. Datentransparenz: A.1.2;

IV. Zusammenarbeit: A.3.3.), die unterschiedlich stark ausdifferenziert sind. Wird eine Oberkategorie ausgewählt, impliziert dies automatisch die Auswahl der jeweiligen Unterkategorien (I. Datentransparenz: A.1.2.1. – A.1.2.5.; IV. Zusammenarbeit: A.3.3.1.-A.3.3.2.). Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, auch nur einzelne Punkte auszuwählen.

2.2 Aktionsspalte und Handlungsplan

Das MoSy VeZ dient der Impulsgebung für die jeweilige Region. Vor Ort ist zu prüfen, welchen Themen in der Bearbeitung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollen. Es besteht nicht der Anspruch alle aufgeführten Themen gleichzeitig in der Region umsetzen zu wollen. Das MoSy VeZ sollte fortlaufend in der Region Beachtung finden. Unterschiedliche Bearbeitungsthemen sind demnach nach Priorität festzulegen.

Dafür eigens vorgesehen ist die Aktionsspalte, die in den Teilbögen I - IV sowie im Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste aufgeführt ist. In der jeweiligen Aktionsspalte werden Handlungsbedarfe identifiziert, die in einem verabredeten Zeitrahmen umzusetzen sind.

Für jeden Basisbogen und dem Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste steht ein dazugehöriger Handlungsplan zur Verfügung. Wurden in der Aktionsspalte Themen identifiziert und ausgewählt, die im gewählten Zeitraum angegangen werden sollen, sind diese im entsprechenden Handlungsplan differenziert zu beschreiben. Hierfür ist eine Bestandsbeschreibung der aktuellen Situation in der Region vorzunehmen, ein entsprechendes Ziel zu formulieren und die Vorgehensweisen und Zuständigkeiten zur

Zielerreichung festzulegen.

3. Kontinuität

Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem bedarf fortlaufender Berücksichtigung. Das MoSy VeZ ist entsprechend als ein wiederkehrendes Instrument zu verstehen. Nach einem definierten Zeitraum sollte das Instrument erneut in der Region herangezogen und bearbeitet werden. Zielformulierungen vorangegangener Bearbeitung lassen sich überprüfen, Fortschritte werden erkennbar und neue Ziele können identifiziert werden.

Es wird daher empfohlen, Zwangsvermeidung grundlegend als ein zu verfolgendes Thema in der Region zu verankern. Sinnvoll ist es dafür Zuständigkeiten der Koordination festzulegen. Zwangsvermeidung kann nur gelingen, wenn es sich als ein grundlegendes und immer wiederkehrendes Thema innerhalb einer Region etabliert. Es braucht sogenannte "Kümmernde", die fortlaufend das Thema in den Mittelpunkt stellen.

4. Basis- und Zusatzbögen

4.1 Basisbogen I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang

Im Rahmen des Basisbogens wird die regionale Verfügbarkeit von Daten zur Zwangsanwendung verfolgt. Es soll beurteilt werden, zu welchem Zwangsgeschehen regional dokumentiert wird, wie zugänglich die Daten sind und in welcher Tiefe die Dokumentation beschaffen ist.

Es wird nicht angenommen, dass alle aufgeführten Bereiche der Dokumentation bereits in der Region erfasst werden bzw. zur Verfügung stehen. Der Bogen dient in erster Linie der Kenntnisnahme sämtlicher Zwangsmaßnahmen in einer Region. Nur wenn umfassend Kenntnisse über Zwangsmaßnahmen vorliegen, wird Zwangsvermeidung systematisch möglich. Mit Hilfe der Aktionsspalte besteht die Möglichkeit gemeinsam Zielthemen für einen definierten Zeitraum auszuwählen.

Die Datenerhebung an sich steht nicht im Vordergrund des vorliegenden Basisbogens, wesentlich ist es, mit dem Bogen Kenntnis über das Vorhandensein der Dokumentation, deren Form, deren Bekanntheit und Verfügbarkeit zu erhalten.

Für die konkrete Datenermittlung steht der gesonderte Zusatzbogen Datenerfassung zur Verfügung. Im Zusatzbogen können bereits vorliegende Daten erfasst werden, die bekannt sind. Des Weiteren dient dieser auch als Anregung, eine entsprechende regionale Datenermittlung aufzubauen (mehr dazu siehe Zusatzbogen Datenerfassung).

Durch den vorliegenden Bogen soll den Akteuren einer definierten Versorgungsregion (Stadt/Landkreis) erleichtert werden, das Thema **Datentransparenz** in Erfahrung zu

bringen. Folgende Schwerpunkte sollen durch die Bearbeitung deutlich werden:

- Welche Dokumentationen zum Thema Zwang existieren in der Region? Welche Daten/Informationen zu Maßnahmen der Zwangsanwendung mit welchem Differenzierungsgrad können in der Region in Erfahrung gebracht werden? Wie differenziert sind die Datenerhebungen? (Spalten Dokumentation)
- Wer dokumentiert? Welche Einrichtung/welcher Dienst erhebt welche Daten? (Spalten Ort der Informationserhebung)

Mehrfachnennungen sind möglich. Außerdem kann ein anderer nicht benannter Ort der Informationserhebung unter der Fußnote 1 unter Sonstiges ausgewählt und am Ende des Basisbogens I konkretisiert und dokumentiert werden.

- Sind diese Informationen öffentlich verfügbar? D. h. durch wen werden die Informationen vermittelt (z. B. öffentliche Berichterstattung, auf Nachfrage, keinen Zugriff)? Falls die Daten nicht öffentlich sind, stehen sie den Kooperationspartnerinnen und -partner zur Verfügung? (Spalten Verfügbarkeit der Dokumentation)
- Auf welcher (Rechts-)Grundlage werden die Informationen erhoben? (Spalten Grundlage der Dokumentation)

Die rechtlichen Grundlagen können am Ende des Basisbogens I unter der Fußnote 2 konkretisiert und dokumentiert (z. B. PsychKG/PsychKHG, Ministererlass) werden.

Der Basisbogen dient zur Unterstützung der Kommunikation innerhalb einer Region/eines GPVs. Um die verschiedenen Bereiche zusammenzutragen, die im Bogen aufgeführt sind, wird empfohlen, die Informationen an den entsprechenden Orten der Datenerhebung zu erfragen.

Alle Einrichtungen und Dienste, die an Zwangsanwendung beteiligt sind, sind in der Region zu identifizieren. D. h. in welchen Einrichtungen in der Region werden Zwangsmaßnahmen angewendet? Dies soll in der Kategorisierung + Differenzierung A. - E. beantwortet werden.

Um u. a. örtliche Ausweichbewegungen zu identifizieren, wird außerdem die Aufmerksamkeit auf Informationen von ortsansässigen Personen gelenkt, die außerhalb der definierten Versorgungsregion untergebracht/zwangsbekannt werden (Kategorie F.). D. h. kann es sein, dass die Unterbringungsrate in der Region sinkt, weil ortsansässige Personen außerhalb der Region untergebracht werden? Zudem ist es selbstverständlich förderlich zur Zwangsvermeidung als Region zu wissen, ob ortsansässige

Personen extern untergebracht sind. Nach Wunsch der Person sollte die Wiedereingliederung in der Heimatregion verfolgt werden.

Zu den einzelnen Items:

A. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in den psychiatrischen Kliniken vor:

Die Abfrage zur Datentransparenz von Zwang ist für die psychiatrischen Kliniken im Bogen stark ausdifferenziert, geschuldet der gesetzlichen Vorgaben, die für diesen Bereich bereits existieren. Es stellt keine inhaltliche Hervorhebung dieses Leistungsbereichs dar.

Eine definierte Versorgungsregion verfügt z. T. über mehrere psychiatrischen Kliniken. Für die Beantwortung der Items ist es daher notwendig mit allen zuständigen psychiatrischen Kliniken die jeweiligen Dokumentationen zu prüfen.

Die Impulsgebungen beziehen sich auf

- freiheitsentziehende Unterbringung (A.1.),
- sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen (A.2.),
- Zwangsbehandlung (A.3.) und
- Nachsorge/Verbleib der Person (A.4).

Bei der freiheitsentziehenden Unterbringung werden die Rechtsgrundlage und die Personen inklusive Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Diagnosegruppen etc. angefragt zu dokumentieren, um ggf. Aufschlüsse über die Versorgung spezifischer Zielgruppen in der

Region zu erhalten. Bspw. könnten in der Region mehrheitlich weibliche Patientinnen mit PsychKG Einweisungen mit der Diagnosegruppe Schizophrenie behandelt werden. Wenn dies sichtbar geworden ist, könnte die Versorgung dementsprechend angepasst werden.

Mit der Durchführung (1.3.) des Beschlusses (im Gegensatz zum Beschluss ohne Durchführung) ist die tatsächliche Vollziehung/Umsetzung der gesetzlichen Einweisung gemeint. Im Gegenzug dazu steht ein Beschluss, der gerichtlich genehmigt wird, aus verschiedenen Gründen aber nicht vollzogen wird, wie z.B. durch Erreichung/Herstellung der Freiwilligkeit. Mit der Art der Durchführung (A.1.3.3.) wird darauf hingewiesen, dass eine geschlossene Unterbringung auch offen gestaltet werden kann.

Die Rubrik Zugang (A.1.6.) gibt Aufschluss über die Entstehung der Unterbringungssituation. Durch die Ermittlung der veranlassenden Person/Institution (A.1.6.3.) wird deutlich, dass die Mehrheit der Personen bspw. von der Polizei gebracht worden sind

oder von Angehörigen. Diese Information bietet Handlungsspielraum für zwangsvermeidende Maßnahmen (z. B. Schulungen, Psychoedukation, Unterstützung usw.).

Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen interessiert neben der Art (A.2.1.) und Dauer (A.2.2.) der Ort (A.2.3.), an dem freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt werden. Die Dokumentation des Ortes kann Aufschluss über räumlich fördernde eskalierende Situationen geben. Wurde sie im Zimmer, in einem bestimmten Aufenthaltsraum, o. Ä. durchgeführt?

Bei der Zwangsbehandlung wird die Datentransparenz nach Anzahl (A.3.1.), Dauer (A.3.2.), Dosierung (A.3.3.) sowie Art (A.3.4.) differenziert. Die Art der Zwangsbehandlung kann bspw. eine medikamentöse Zwangsbehandlung, eine Zwangsernährung oder auch die Elektrokrampftherapie sein.

B. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe vor:

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden im Falle einer freiheitsentziehenden Unterbringung in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (Heime) untergebracht bzw. erfahren dort ggf. auch weitere Zwangsmaßnahmen. Als erstes gilt es diese entsprechenden Wohnformen der Versorgungsregion, die zur Unterbringung nach BGB berechtigt sind, zu identifizieren. Sind die Wohnformen bekannt können entsprechend die Dokumentationsformen zu Zwangsmaßnahmen zusammengetragen werden.

Für die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ist bislang keine gesetzliche Regelung zur Verpflichtung einer Dokumentation von Zwangsmaßnahmen bekannt. Länderspezifisch können einige Vorgaben dazu bestehen. Es ist davon auszugehen, dass im Unterschied zu den Kliniken eher selten auswertbare Datensätze vorliegen, daher ist eine Abfrage in diesen Bereichen grob gefasst.

Folgende Kategorien sollten dokumentiert werden:

- a. freiheitsentziehende Unterbringung (B.1.)
- b. sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen (B.2.)
- c. Nachsorge/Verbleib der Person (B.3.)

Sollte eine Datenerhebung bereits im Wohnheimbereich geführt werden, kann eine Ausdifferenzierung in Anlehnung der Auflistung im klinischen Bereich vorgenommen werden (A.).

C. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in den stationären Pflegeeinrichtungen vor:

Menschen mit psychischen Erkrankungen, auch jüngeren Alters, werden z. T. auch in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt, in denen Zwangsmaßnahmen angewandt werden. An dieser Stelle kann die Region die entsprechenden Pflegeeinrichtungen identifizieren und den Dokumentationsstand für Zwangsmaßnahmen der benannten Zielgruppe zusammentragen.

Auch für stationäre Pflegeeinrichtungen liegen bislang keine gesetzlichen Vorgaben für eine Dokumentation von Zwangsmaßnahmen vor, daher ist eine Abfrage auch in diesen Bereichen grob gefasst.

Folgende Kategorien sollten dokumentiert werden:

- freiheitsentziehende Unterbringung (C.1.)
- sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen (C.2.)
- Nachsorge/Verbleib der Person (C.3.)

Die Dokumentation von Nachsorge/Verbleib der Person in Pflegeeinrichtungen ist sinnvoll, da die aktuelle Praxis lehrt, dass auch junge Menschen auf Grund fehlender adäquater Hilfen in solchen Einrichtungen versorgt werden.

Sollte eine Datenerhebung bereits in den Pflegeeinrichtungen geführt werden, kann eine Ausdifferenzierung in Anlehnung der Auflistung im klinischen Bereich vorgenommen werden (A.).

D. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche vor:

Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen werden in Einrichtungen der Jugendhilfe und in entsprechenden psychiatrischen Krankenhäusern versorgt, in denen Zwangsmaßnahmen angewandt werden. An dieser Stelle sollte die Region die entsprechenden Einrichtungen identifizieren und den Dokumentationsstand für Zwangsmaßnahmen der benannten Zielgruppe zusammentragen.

Der Bereich der Einrichtungen der Jugendhilfe ist bislang durch gesetzliche Regelungen im Rahmen der Dokumentation von Zwangsmaßnahmen weniger betroffen, daher ist eine Abfrage in diesen Bereichen grob gefasst.

Folgende Kategorien sollten dokumentiert werden:

- freiheitsentziehende Unterbringung (D.1.)
- sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen (D.2.)

- Zwangsbehandlung (D.3.)
- Nachsorge/Verbleib der Person (D.3.)

Sollte eine Datenerhebung bereits in den Einrichtungen geführt werden, kann eine Ausdifferenzierung in Anlehnung der Auflistung im klinischen Bereich vorgenommen werden (A).

E. In der Region liegen Informationen über das Geschehen im Maßregelvollzug vor:

Aus der Versorgungsregion können einzelne Betroffene im Maßregelvollzug untergebracht sein. Nicht nur zur Entlassungsvorbereitung der entsprechenden Personen ist es für die Versorgungsregion sinnvoll, diese Information als Versorgungsregion zur Verfügung zu haben. Dabei geht es nicht darum, die gesamte Dokumentation des Maßregelvollzugs zu erfahren, sondern speziell die Dokumentation der im Einzug liegenden Betroffenen der Region zur Verfügung zu haben.

Folgende Kategorien sollten dokumentiert werden:

- Anordnung freiheitsentziehender Unterbringung (E.1.)
- Hier sind die Anordnungen generell gemeint. Eine Differenzierung dieser ist im Zusatzbogen Datenerfassung möglich.
- sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen (E.2.)
- Zwangsbehandlung (E.3.)
- Nachsorge/Verbleib der Person (E.4.)

F. In der Region liegen Informationen von ortsansässigen Personen vor, die außerhalb der Regionen untergebracht/zwangsbehandelt werden:

Betroffene, die in der definierten Versorgungsregion gemeldet sind, werden manchmal auch außerhalb der Region in Einrichtungen untergebracht und erfahren dort ggf. auch weitere Zwangsmaßnahmen.

Im Sinne der Versorgungsverpflichtung einer Region gilt es, diese Informationen zu erhalten und bei persönlichem Wunsch der Betroffenen, eine Rückführung in die (Wahl-)Heimat zu verfolgen.

Ist der betroffene Personenkreis bekannt, können entsprechende Handlungsmaßnahmen regional verabredet werden. Diese sind im dafür vorgegeben Handlungsplan zu differenzieren.

Folgende Kategorien sollten dokumentiert werden:

- Informationen aus dem Maßregelvollzug (F.1.)
- Informationen zu freiheitsentziehender Unterbringung (F.2.)
- Informationen zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen (F.3.)
- Informationen zu Zwangsbehandlung (F.4.)
- Sonstiges (F.5.)

4.2 Basisbogen II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang

Die Qualität des psychiatrischen Hilfesystems bemisst sich am Einzelfall. Daher wird das Hilfesystem in diesem Basisbogen aus Sicht einzelner Personen im psychiatrischen Hilfesystem beurteilt. Das beurteilende Gremium reflektiert, ob die folgenden Punkte im Einzelfall gesichert sind bzw. fragt, welche Hilfestrukturen tatsächlich im Einzelfall ankommen.

In der Beantwortung der Fragestellungen ist somit zu prüfen, ob die aufgeführten Hilfen/Anregungen in der Region als Standard etabliert sind. Zu prüfen ist zudem, ob die Hilfen/Vorgehensweisen in der Regel in der Region verfügbar sind und entsprechend Anwendung finden.

Es besteht nicht die Annahme, dass bereits alle aufgeführten Themen in der Region etabliert und zur Zwangsvermeidung genutzt werden. Mit Hilfe der Aktionsspalte besteht die Möglichkeit gemeinsam Zielthemen für einen definierten Zeitraum auszuwählen.

Welche Maßnahmen oder Lösungen können gemeinsam mit den Betroffenen gefunden werden? Mit welcher Haltung nähert sich das Hilfesystem den Betroffenen?

Diesen und anderen Fragestellungen sollen Aufmerksamkeit geschenkt werden. Wichtig für den Einzelfall ist hierbei die Niedrigschwelligkeit der Angebote, die Qualität der (Erst-) Beratung und vor allem die Erkundigung der Betroffenenwünsche. Ausgehend von einer drohenden Krise wird mit zeitlichen Abstufungen die Verfügbarkeit von individuellen Hilfen erfragt. Zusätzlich interessiert, ob personenzentrierte Hilfeplanung im Einzelfall angewendet wird sowie individuelle gesetzliche Regelungen beachtet werden.

A. generelle Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem (Zeitraum vor Krise)

Wichtig ist vor der Krise selbstverständlich, dass Anfragen in das System ernst genommen werden und dass diesen nachgegangen wird, um präventiv zu arbeiten (A.1.3.). Weiterhin im Fokus sollten hier nicht allzu lange Wartezeiten stehen (A.1.2.).

Zu den niedrigschwelligen Angeboten gehört auch die Zielgruppe der Angehörigen. Sie geben oft Frühwarnzeichen einer sich anbahnenden Krise und sind involviert im Genesungsweg der Betroffenen. Falls von Angehörigen eine Kontaktaufnahme in das System stattfindet (A.1.3), sollte dieser so gut es geht, nachgegangen werden. Psychoedukationsangebote sind nicht nur für Betroffene sinnvoll (A.1.4).

Die Qualität der (Erst-)Beratung wird grundlegend von der verfügbaren Zeit des Mitarbeitenden beeinflusst (A.2.2.). In vielen Fällen kann durch genügend Zeit (bspw. in Beratungsterminen & durch eine aufsuchende Begleitung im Lebensumfeld) präventiv eine Krise und somit ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Optional könnte man dies auch durch Einbeziehung einer Bezugsperson erreichen (A.2.4.).

Bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sind Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügung (A.3.3.) rechtlich nicht möglich. Die Gesundheitsfürsorge liegt bei den Eltern oder dem Vormund. Sie entscheiden über die Beantragung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Amtsgericht jeweils neu. Dennoch können selbstverständlich auch mit Kindern- und Jugendlichen (und deren Eltern) Vereinbarungen festgelegt werden, die dann in einer weiteren Krise zu Trage kommen könnten.

B. Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem in Krisensituationen ohne erkennbare Gefährdung

Wichtig ist es an dieser Stelle zu verdeutlichen, dass unter einer eintretenden Krise nicht ausschließlich aggressives Verhalten verstanden wird, sondern eine Krise ebenso depressives/lethargisches Verhalten bedeuten kann. Daher müssen die Hilfen als dementsprechend aktivierend oder deeskalierend interpretiert werden.

Der Fokus in Krisensituationen ohne erkennbare Gefährdung sollte auf „liebvolle[r] Aufdringlichkeit“ (Kalthoff, Jörg: Die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes, in Ambulante Hilfen bei psychischen Krisen, Band 40, hrsg. von Aktion Psychisch Kranke, S. 169) liegen. Zugehende Interventionen wirken sich hier im Repertoire einer Region sehr vorteilhaft (B.1.4.) aus. Auch hier ist wieder die Zeit in der Beratung bzw. in der Begleitung des oder der Betroffenen wichtig, um ggf. auch einen Klinikaufenthalt zu vermeiden (B.2.1.). Unterstützung könnte z. B. in Form von Konfliktgesprächen mit Angehörigen oder Behilflichkeit bei der Wohnungs- und Arbeitssuche sein (B.2.3.).

Des Weiteren könnte die Erprobung von selbstbestimmungsfördernden Maßnahmen in Abstimmung mit der oder dem Betroffenen sein (B.3.1.), auch in mehreren Anläufen. Ein erneuter Blick auf die Liste der mildereren Mittel (B.3.2.) der alternativen Maßnahmen kann in manchen Fällen hilfreich sein.

C. Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem in Krisensituationen mit Gefährdung

Die unter B. aufgeführten Items sind unter C. nochmals aufgeführt. Dieses Mal ist zu prüfen, ob die benannten Interventionen auch in der Krisensituation mit Gefährdung zur Verfügung stehen und somit möglicherweise eine Anwendung von Zwangsmaßnahmen vermieden werden kann.

Ist es in der Krisensituation mit Selbst- oder Fremdgefährdung möglich, Beratung und Begleitung zeitlich so lang anzubieten bis die Krisengefährdung vorüber ist (C.1., C.2.)? Wird anhaltend darauf geachtet, die Wünsche der oder des Betroffenen auch in dieser Situation zu ermitteln und ihnen nachzukommen (C.3.)?

Besonders sei an dieser Stelle auf mildere Mittel von Zwangsanwendung verwiesen

(C.3.2.). Lässt sich Zwang augenscheinlich nicht vermeiden ist zu prüfen, ob generell nach dem Prinzip der milderen Mittelauswahl in der Gefahrensituation gehandelt wird? So kann es ein milderes Mittel sein, die Betroffene oder den Betroffenen in der Gefahrensituation wählen zu lassen, welcher Schutz für sie/ihn persönlich als "milder" empfunden wird. Wird sie oder er in den Entscheidungsprozess einbezogen, für sich das mildere Mittel zu wählen? Manche Betroffene wählen bspw. eher die Isolation anstelle der Fixierung. Außerdem kann es milder sein, bestimmte Gegenstände (Ladekabel, Medikamente o. a.) gegen den Willen abzunehmen, um entstehende Gefahrensituation zu vermeiden bevor bspw. eine Fixierung als notwendig erachtet wird.

D. Unterstützung/Begleitung bei Zwangsmaßnahmen

Ist es nicht möglich, Zwang zu vermeiden, ist es selbstverständlich vorzuziehen, Betroffene grundsätzlich offen unterzubringen (D.1).

Zudem ist die Unterbringungssituation so zu gestalten, dass ein Mindestmaß an Selbstbestimmung gewährleistet wird (D.2., D.3.). Als Besonderheit bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen ist zu beachten, dass eine off-label-Medikamentengabe nicht möglich ist, die Zustimmung der Eltern ist Voraussetzung.

Die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit der Anwendung von Zwang ist anhaltend vorzunehmen (D.4.) sowie auch die Ermittlung der Wünsche der oder des Betroffenen fortlaufend zu ermitteln (D.5.)

E. Unterstützung/Hilfeleistung nach Zwangsmaßnahmen

Die Zeit nach der Zwangsanwendung ist ebenfalls gut zu begleiten. Die voran genannten Items sind zu prüfen.

Mit Hilfe der Nachbesprechung der Zwangsmaßnahmen (E.1.1.) sind die Wünsche der oder des Betroffenen zu aktualisieren (E.3.). Durch diese ist es möglich die traumatisierenden Effekte erheblich zu mindern. D. h. sie ist für die Betroffenen notwendig, um u. a. die fürsorgliche Perspektive der Behandelnden zu erkennen. Es sind Übergänge in das psychiatrische Hilfesystem vorzubereiten und gut zu begleiten (E.1.2., E.2.).

F. Personenzentrierte Hilfeplanung als Instrument der Zwangsvermeidung

Pflichtversorgung für einen definierten Personenkreis gelingt durch die regionale Etablierung von personenzentrierten Instrumenten (F.1. - F.5.). Stehen diese Instrumente zur Verfügung können sie u. a. als regionale Instrumente der Zwangsvermeidung ausgerichtet werden.

Der Begriff Hilfeplan (F.1.) ist an dieser Stelle als allgemeiner Begriff zu verstehen,

nicht als spezifischer (bspw. wie er in der Jugendhilfe definiert ist). Es geht um individuelle Hilfeplanung als unterstützende Planung in allen Lebensbereichen.

G. Beachtung der individuellen Bestimmungen der länderspezifischen PsychKGs, FamFG und BGB in der Region

Dieser Bereich lenkt die Aufmerksamkeit auf grundlegende rechtliche individuelle Bestimmungen (G.1. - G.6.).

U. a. wird auf eine Checkliste für Gerichte und Sachverständige im betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren hingewiesen, erarbeitet in der Arbeitsgruppe Menschenrechte der APK.

4.3 Basisbogen III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang

Vorhandene psychiatrische Leistungsangebote der Region sind auf deren Inanspruchnahme in akuten Krisensituationen mit dem Ziel der Zwangsvermeidung zu bewerten. Der Basisbogen unterstützt dabei. Er gibt zu bedenken, ob die vorhandenen Hilfen ausreichend zugänglich bezüglich Wartezeiten sind. Gleichzeitig macht er aufmerksam, ob bestimmte Angebote generell oder zu bestimmten Uhrzeiten fehlen.

Es besteht daher nicht die Annahme, dass bereits alle aufgeführten Themen in der Region etabliert und zur Zwangsvermeidung genutzt werden. Mit Hilfe der Aktionspalte besteht die Möglichkeit gemeinsam Zielthemen für einen definierten Zeitraum auszuwählen.

Im Bogen werden verschiedene Kategorien unterschieden:

- Ausstattung spezieller Dienste für Krisenhilfe (A.)
- Verfügbarkeit von Hilfen in der akuten Krisensituation mit dem Ziel der Zwangsvermeidung (B.)
- spezielle Hilfen mit Beratungsleistungen bei Krisen (C.)

A. Ausstattung spezieller Dienste für Krisenhilfe

Eingangs wird Hauptaugenmerk auf spezielle Dienste für Krisenhilfe (A.) gelegt. Differenziert wird nach

- Trägerschaft (A.1.)
- Stellenbesetzung (A.2.)
- Stellenfinanzierung (A.3.)
- Zuständigkeit für eine Anzahl der Einwohnenden (A.4.)
- Erreichbarkeit (A.5.)

Die Auflistung soll Impulse geben, Sozialpsychiatrische Dienste sowie andere Krisendienste, bei Bedarf für spezielle Zielgruppen zu prüfen und bei Fehlen anregen, sie aufzubauen.

Zum anderen wird auf unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten hingewiesen (A.1.) und eine breite Stellenbesetzung der Krisenhilfen (A.2.) angeregt.

Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie weiteren Krisenhilfen steht vor allem die Verfügbarkeit an 24 Stunden an sieben Tagen die Woche im Mittelpunkt der Hilfeleistung (A.5.).

Erfahrungen zeigten, dass Zwang durch die Inanspruchnahme von Krisenhilfen minimiert werden kann, besonders durch die Möglichkeit der aufsuchenden Hilfeleistung. Beteiligte Dienste des psychiatrischen Hilfesystems würden auch von dieser Möglichkeit der Hinzuziehung eines fachlichen Dienstes profitieren.

B. Verfügbarkeit von Hilfen in der akuten Krisensituation mit dem Ziel der Zwangsvermeidung

Jede Region verfügt über ein spezielles Leistungsangebot psychiatrischer Hilfen. Im Teilbogen geht es nicht um die generelle Abfrage dieses Angebots in einer Region. Vielmehr soll geprüft werden, inwieweit das einzelne regionale Angebot des Leistungserbringenden flexibel in Krisensituationen eingesetzt werden kann. Krisen sollen hierdurch aufgefangen und eine Eskalation von Situationen somit minimiert werden. Die Angebote sollten daher auf den Einsatz in Krisensituationen geprüft werden.

Geprüft werden sollte, ob die aufgeführten Leistungsangebote im Krisenfall auch aufsuchend und zugehend im Lebensumfeld tätig werden können. Falls Wartezeiten existieren, können diese durch adäquate Angebote kurzfristig überbrückt werden?

Es interessiert in der Beurteilung des Leistungsangebots, ob es bspw. möglich ist, dass Mitarbeitende einer Tagesstätte jemanden auch im Lebensumfeld aufsuchen können. Können darüber hinaus auch in einer Einrichtung Situationen ausgehalten werden, wenn eine hilfeschuchende Person verwirrt erscheint?

Ist es einer oder einem Mitarbeitenden eines sozialpsychiatrischen Angebots zur Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung (B.3.) z. B. möglich, bei Nichterscheinen der oder des Betroffenen ihr oder ihm nachzugehen im Falle einer befürchtenden Krisensituation? Sie oder ihn zu Hause aufzusuchen, mit Zeit auch zu begleiten? Werden Krisen am Arbeitsplatz toleriert, werden individuelle Wege ermöglicht, Krisensituationen (z. B. Verwirrtheit) mit ausgehalten?

Vor allem im klinischen Bereich (B.17. ff) ist zu prüfen, ob das jeweilige Angebot räumlich und personell geeignet ausgestattet ist. Vor dem Hintergrund der Zwangsvermeidung ist zu prüfen, ob geeignetes Personal zur Verfügung gestellt werden kann, um mit der notwendigen Zeit und Fachlichkeit deeskalierend in Krisensituationen begleiten zu können.

Gibt es zudem in drohenden eskalierenden Situationen auch räumliche Möglichkeiten, die deeskalierend eingesetzt werden können? Stehen Rückzugsorte zur Verfügung, auch im Freien?

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen betrifft mancherorts auch ungewollt Personen, die nicht von einer Zwangsmaßnahme betroffen sein sollten. Kliniken schließen mancherorts Stationstüren, sobald untergebrachte Personen behandelt werden. Es wird daher angeregt zu prüfen, ob auch für untergebrachte Patientinnen und Patienten offene Behandlung zur Verfügung steht. Im Umkehrschluss interessiert die Frage, ob auch nicht untergebrachte Patientinnen und Patienten auf geschlossenen Stationen behandelt werden.

Bei der forensischen Ambulanz (B.20.) ist zu prüfen, ob dieses Angebot in der

jeweiligen definierten Versorgungsregion dezentral zur Verfügung steht und zur Krisenvermeidung eingesetzt werden kann. Auch hier ist zu evaluieren, ob das Angebot entsprechend räumlich und personell aufgestellt ist, sodass drohende, eskalierende Situationen aufgefangen werden können.

Besonders wird die Aufmerksamkeit auf die Einbeziehung von Peers (4. Ankreuzspalte) in allen regionalen Angeboten gelenkt, da durch ihren zusätzlichen Einsatz eine deeskalierende Wirkung und eine weitere Zugangsmöglichkeit verfolgt wird.

Des Weiteren wird an dieser Stelle auf die Verfügbarkeit von genügend Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen zur Vermeidung von Zwang verwiesen, unabhängig von der Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen.

Geeigneter und an den individuellen Bedürfnissen angepasster Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen wird als zwangsmindernd verstanden. Regional ist dies zu prüfen und bei fehlendem Angebot entsprechende Kooperationen zu suchen.

C. Spezielle Hilfen mit Beratungsleistung bei Krisen

Des Weiteren wird auf einige spezielle Hilfen mit Beratungsleistungen bei Krisen für besondere Zielgruppen hingewiesen (C.). Hier können entsprechend regionaler Angebote Ergänzungen vorgenommen werden (C.8.) bspw. für Menschen mit Doppeldiagnose.

Auch hier ist zur Zwangsvermeidung wichtig, dass die vorhandenen Hilfen auch im Lebensumfeld aufsuchend tätig werden können. Existieren personelle Ressourcen bzw. ist es im Ausnahmefall möglich, nach einer oder einem Hilfesuchenden im Lebensumfeld zu schauen?

Falls Wartezeiten in der Beratung bestehen, können kurzfristige Angebote zur Überbrückung angeboten werden?

4.4 Basisbogen IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Zwangsvermeidung und Qualität in der Versorgung wird wesentlich durch Kooperation beeinflusst. Der Teilbogen fragt daher, wie die Zusammenarbeit in der Region einrichtungsübergreifend organisiert ist. Wie sehen die Kommunikationsstrukturen konkret vor Ort aus?

Es besteht nicht die Annahme, dass bereits alle aufgeführten Themen in der Region etabliert und zur Zwangsvermeidung genutzt werden. Mit Hilfe der Aktionsspalte besteht die Möglichkeit gemeinsam Zielthemen für einen definierten Zeitraum auszuwählen.

Im Teilbogen wird einerseits die Kooperation

- des regionalen Hilfesystems (A.) sowie
- die Kooperation des regionalen Hilfesystems mit Akteuren außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems (B.) beleuchtet.

A. Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds

Zwangsvermeidung gelingt, wenn handelnde Akteure des psychiatrischen Hilfesystems abgestimmt miteinander agieren. Die einzelne Person steht im Mittelpunkt der Versorgung. Unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung soll Versorgung in der Region gewährleistet sein.

Regionale Erfahrungen verdeutlichen, dass Zwangsvermeidung vor allem durch gute und verbindliche Kooperationen der handelnden Akteure hervorgerufen wird.

Grundlegende verbindliche Kooperationsstrukturen sind notwendig, um losgelöst und unabhängig von einzelnen Mitarbeitenden des Hilfesystems agieren zu können. Erfahrungen zeigten auch hier, dass mit Abschied/Abtritt einer engagierten Einzelperson, das aufgebaute System ohne verbindliche Strukturen in Frage steht. Existieren regionale Strukturen, können diese besser ineinandergreifend für den Einzelfall genutzt werden.

Daher wird angeregt formale regionale Verbundstrukturen im definierten Versorgungsgebiet zu beurteilen und ggf. auszubauen (A.1.).

Sind sie vorhanden, ist zu evaluieren, ob diese formalen Strukturen schriftlich vereinbart sind und über eine Absichtserklärung der Zusammenarbeit hinaus gehen. Wesentlich ist in der schriftlichen Vereinbarung die Inklusion der Selbstverpflichtung zur Versorgungsverantwortung für eine definierte Zielgruppe (A.2.).

Menschen mit komplexem Hilfebedarf bedürfen der anhaltenden Begleitung. Grundlage dafür ist ein individueller Hilfe-/Teilhabeplan, der konkrete Handlungsbedarfe

erfasst (A.3.1.). Zusätzlich braucht es eine kontinuierliche personenbezogene Begleitung (A.3.2.), die die verschiedenen Handlungsbedarfe koordiniert, Übergänge im Hilfesystem organisiert und als Bezugsperson dem Hilfesuchenden einrichtungsübergreifend an der Seite steht. Außerdem haben sich einrichtungsübergreifende Gremien, in denen alle Menschen beraten werden, für die ein Beschluss einer freiheitsentziehenden Unterbringung in einer besonderen Wohnform vorliegen, bewährt (A.3.3.). Dazu gehört auch die Etablierung einer Fallkonferenz von Betroffenen, bei denen eine freiheitsentziehende Unterbringung im Raum steht (A.3.4.).

Zur Prüfung und Optimierung der Selbstbestimmung wird angeregt, unabhängige Aufsichtsstrukturen zu etablieren und zu nutzen (A.4.). Diese zeigen sich besonders wirksam in der Zwangsvermeidung.

Zwangsvermeidung basiert zudem ganz wesentlich auf Handlungsfragen und Werten. Mitarbeitende des regionalen Hilfesystems sind fortlaufend zur Thematik weiterzubilden, u. a. unter Einbeziehung von Peers. Gemeinsame Deeskalationstrainings, gegenseitige Hospitationen sind als einzelne Beispiele zu nennen, die eine gemeinsame Haltung, ein gemeinsames Bewusstsein etablieren können (A.5.).

B. Kooperation außerhalb des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds

Zusammenarbeit zur Zwangsvermeidung ist auch außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems notwendig. Ortsansässige Personen werden zeitweise überregional versorgt (z. B. in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder im Maßregelvollzug). Generell ist dies, wo möglich, zu vermeiden. Wo dies dennoch geschieht, soll im Sinne der Versorgungsverpflichtung die Rückführung in die Heimatregionen gewährleistet und die Verantwortlichkeit der Heimatregion festgelegt werden. Kooperationen mit diesen Einrichtungen ist aus diesem Grund essenziell (B.1.).

In der Übernahme hoheitlicher Aufgaben gibt es länderspezifische Unterschiede. Polizei, Rettungsdienste, Ordnungsämter bspw. können diese Aufgabe ausführen. Eine Zusammenarbeit mit diesen Diensten ist wesentlich für das psychiatrische Hilfesystem, um das Hilfesystem gemeinsam zwangsvermeidend aufzustellen (B.2.) und Übergänge qualitativ zu verbessern.

Elementar sind außerdem einzelfallbezogene Kooperationen, z. B. mit der Nachbarschaft zu pflegen, um eskalierende Situationen frühzeitig abzufangen (B.3.).

4.5 Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang

Aufgrund der extrem heterogenen Zusammensetzung von regionalen Versorgungslandschaften im psychiatrischen Hilfesystem sowie unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften in den Bundesländern, ist es nur bedingt möglich einen Datenerfassungsbogen zu entwickeln, in dem jede einzelne Region eine detaillierte Datenerfassung vornehmen kann. Mit dem Zusatzbogen wird eine erste Grobgliederung zur Verfügung gestellt. Er dient als Struktur einer Datensammlung, um den Ist-Stand abzubilden. Mancherorts existieren bereits regionale Datenerfassungssysteme, diese sind ersetzend zu benutzen oder durch den vorliegenden Bogen zu ergänzen. Außerdem kann entsprechend der Bogen weiter differenziert werden, insofern dies regional gewünscht ist.

Um Zwangsvermeidung systematisch in einer definierten Versorgungsregion umzusetzen, ist es von Vorteil den Status Quo der durchgeführten Zwangsmaßnahmen (eines definierten Gebiets) zu kennen. Eine Verbesserung der regionalen Datentransparenz stellt sich durch häufigeres Ausfüllen dieses Zusatzbogens her.

Ein erster, grundlegender Schritt ist hierfür die Erhebung der Daten (des jetzigen Zeitpunkts). Essenziell ist eine erste Erfassung der Anzahl der Zwangsmaßnahmen im definierten Versorgungsgebiet. Wobei hier die Dokumentation aller Einrichtungen erfragt wird, einerseits zur Bestandsaufnahme und andererseits zur Identifizierung möglicher Ausweichbewegungen auf andere Leistungsformen mit dem Ziel der Zwangsvermeidung.

Die Erfassung detaillierter Daten lässt u. a. Rückschlüsse auf die qualitative Zusammenarbeit zur Zwangsvermeidung zu:

Häufig wird bereits sehr ausführlich dokumentiert. Es gilt dann „nur“ die Daten einrichtungs- übergreifend zusammenzutragen. Vorliegende einrichtungsübergreifende Daten können genutzt werden, um Reduktion und Zunahme von Zwangsmaßnahmen im zeitlichen Verlauf in der eigenen Region festzustellen. Zudem ist es möglich nach der Erhebung eindeutiger zu identifizieren, ob eingeführte Maßnahmen zwangsvermeidend wirken oder weiterer Unterstützung bedürfen (z. B. PsychKG/PsychKHG reduziert und BGB erhöht).

Die Daten sind in allen Einrichtungen zu erheben, in denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden. Gibt es mehrere Kliniken einer definierten Region, sind diese Daten zusammenzuführen, ebenso bei der Verfügbarkeit von mehreren Wohnformen der Eingliederungshilfe oder stationären Pflegeeinrichtungen. Zusätzlich wird angeregt auch die Zahl der überregionalen Versorgung zu ermitteln, um alle zu versorgenden Menschen einer Region im Blick zu haben und überregionale Ausweichbewegungen zu erkennen.

Im vorliegenden Zusatzbogen ist die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen nicht explizit erfasst. Bei Zuständigkeit für diese Zielgruppe wird empfohlen, entsprechend

einen eigenen Bogen zu verwenden und ihn ggf. anzupassen.

Die zu ermittelnden Daten werden im gesamten Erfassungsbogen nach I. Personen und II. Beschlüsse unterschieden (mit Ausnahme des Maßregelvollzugs). Die Dokumentationen in den Einrichtungen sind hier sehr unterschiedlich. Mancherorts werden Personen erfasst, die Zwangsmaßnahmen erleben, anderenorts die entsprechenden Beschlüsse. Beide Dokumentenformen können hier abgebildet werden.

Die Daten einer definierten Versorgungsregion

- zu freiheitsentziehenden Unterbringungen (A.)
- zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (B.)
- zu Zwangsbehandlungen (C.)

sind zu ermitteln und zusammenzuführen.

Zu Beginn interessiert die Gesamtanzahl aller Zwanganwendungen, nach Personen und/oder Beschlüssen. Sämtliche vorliegenden Daten sind zusammenzufassen und in der Gesamtzahl zu dokumentieren (A.1.).

Eine Differenzierung erfolgt dann nach den jeweiligen Orten, an denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden (A. 2.):

- Summe der freiheitsentziehenden Unterbringung in den psychiatrischen Kliniken
- Summe der freiheitsentziehenden Unterbringung in den Wohnformen der Eingliederungshilfe
- Summe der freiheitsentziehenden Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen
- freiheitsentziehende Unterbringung im Maßregelvollzug
- Summe der freiheitsentziehenden Unterbringung von Einrichtungen, die außerhalb der definierten Versorgungsregion Personen betreuen (diese Summe fasst die Unterbringungen in Kliniken, Wohnformen der EGH, stationärer Pflegeeinrichtungen sowie des Maßregelvollzugs zusammen)

Des Weiteren werden die Zwanganwendungen nach den Rechtskreisen erfasst:

- Bürgerliches Gesetzbuch (A.1.1.1.)
- Psychisch-Kranken-Gesetz (A.1.1.2.)
- Strafprozessordnung (§ 126a StPO) (A.1.1.3.)
- Strafgesetzbuch (§§ 63, 64, 67b StGB) (A.1.1.4.)

Die Daten zu freiheitsentziehender Unterbringung (A.) werden nach individuellen Merkmalen der Dokumentation (A.2.) differenziert erfasst:

- Dauer (A.2.1.)

- Alter (A.2.2.)
- Geschlecht (A.2.3.)
- Hauptdiagnose (A.2.4.)
- Migrationshintergrund (A.2.5.)

Diese Differenzierung bietet die Möglichkeit, Zielgruppen zu identifizieren, welche wiederum Aufschluss über weiterzuentwickelnde Angebote der psychiatrischen Versorgungslandschaft geben können.

Die Kategorisierung des Migrationshintergrunds (A.2.5.) ist nach regionaler Begebenheit festzulegen. Werden an dieser Stelle bspw. bestimmte Personengruppe identifiziert, kann dies zur Weiterentwicklung des regionalen Angebots genutzt werden (z. B. Etablierung zielgruppenspezifischer Angebote mit Dolmetschern) (A.2.5.).

Abgesehen von der Dokumentation von menschenrechtlichen Eingriffen, ist die Differenzierung freiheitsentziehender Maßnahmen (B.) notwendig, um mögliche Ausweichbewegungen zu bemerken. Nehmen die Fixierungen ab, kann es dazu kommen, dass bspw. die Anzahl der Isolierungen zunimmt. Solche Entwicklungen werden erkennbar, wenn entsprechend umfassend dokumentiert wird.

Die voran beschriebene Ausweichbewegungen können ebenso eine Erhöhung der Zwangsbehandlung (C.) nach sich ziehen.

Der Zusatzbogen dient zur Erhebung regionaler Daten zur Zwangsanwendung. Die Verbesserung der Datentransparenz stellt sich durch wiederkehrende Erhebungen her, außerdem ermöglicht dies einen Vergleich auf Zeit und verdeutlicht außerdem, welche Interventionen nachhaltig zur Zwangsvermeidung beigetragen haben.

4.6 Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Der Zusatzbogen ermöglicht es Einrichtungen/Dienste eine Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung vorzunehmen.

Mit „Einrichtungen/Dienste“ sind alle Leistungsangebote gemeint, unabhängig von der Art der Einrichtung (aufsuchender Dienst, Beratungsstelle, Hilfen zum Wohnen oder zum Arbeiten, Wohnformen, Kliniken etc.). Daher können ggf. einzelne Fragestellungen auf bestimmte Angebote nicht zutreffen oder müssen ggf. entsprechend adaptiert werden.

Es besteht nicht die Annahme, dass bereits alle aufgeführten Themen in der Einrichtung/im Dienst etabliert und zur Zwangsvermeidung genutzt werden. Mit Hilfe der Aktionsspalte besteht die Möglichkeit gemeinsam Zielthemen für einen definierten Zeitraum auszuwählen.

Wichtig ist es an dieser Stelle nochmals zu verdeutlichen, dass unter einer eintretenden Krise nicht ausschließlich aggressives Verhalten verstanden wird, sondern eine Krise ebenso zurückgezogenes, lethargisches oder kontaktvermeidendes Verhalten bedeuten kann. Daher müssen die Hilfen dementsprechend aktivierend oder deeskalierend interpretiert werden.

Zwang sollte immer das letzte Mittel sein und ausschließlich angewandt werden, wenn sämtliche Versuche unternommen worden sind, diesen zu vermeiden. Falls es dennoch zu einer Zwangsmaßnahme kommen sollte, ist die Art und Weise wie sie passiert bzw. durchgeführt wird von erheblichem Ausmaß für den, der sie erfährt. Zudem hat die Umgebung einen erheblichen Einfluss auf die gefühlte Sicherheit eines Menschen und damit auch auf seine Stimmungslage. Dies gilt für alle Beteiligten (Mitarbeitende sowie Betroffene).

Die Impulsfragen lenken die Aufmerksamkeit auf:

- 1. Selbstbestimmung,
- 2. zwischenmenschliche Beziehungen,
- 3. Unterstützung/Fortbildung für Mitarbeitende
- 4. derzeitige bauliche Gegebenheiten.

1. Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bzw. der Verlust von Selbstbestimmung trägt wesentlich zur Entstehung einer Krisensituation bei. Eigene Entscheidungen über Belange des eigenen Lebens und der eigenen Gesundheit treffen zu können, sind elementar.

Manchmal gibt es jedoch Situationen, die es nur bedingt möglich machen, den Willen eines Betroffenen herauszufinden. Hilfreich ist es dann auf Instrumente der Willensbekundung zurückgreifen zu können. Zur Erkundung der Sichtweise der Betroffenen sind

u. a. Hilfepläne, Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügung und/oder Krisenpläne hilfreiche Instrumente, die Mitarbeitende von Einrichtungen/Dienste heranziehen sollen. Es soll geprüft werden, welche im Haus genutzt werden bzw. ob bereits darüber hinaus solche Instrumente existieren. Bei der gemeinsamen Bearbeitung der voran beschriebenen Instrumente sind diese vor allem auch auf die Darstellung der Willensbekundungen der Betroffenen auszurichten (1.1.).

Die Versorgung in einer Einrichtung stellt einen entscheidenden Faktor der Selbstbestimmung dar. Daher wird angeregt, zu prüfen, ob generell für Betroffene die Möglichkeit besteht, sich zu jeder Zeit selbst zu versorgen, unabhängig von Zeitfenstern o. ä. Können solch elementare Bedürfnisse gestillt werden, trägt dies zur Stärkung des Wohlbefindens bei (1.3.).

Unabhängig der Möglichkeit der Selbstversorgung wird des Weiteren angeregt, regelhafte Umsetzungen und Förderung der Selbstversorgung zu ermöglichen, Anreize zu schaffen, Begleitungen anzubieten etc. (1.4.).

Weitere Anregungen (1.5.-1.11.) sind zur Prüfung vor dem Hintergrund aufgeführt, die Selbstbestimmung und damit das persönliche Wohlbefinden des oder der Betroffenen zu stärken.

2. Zwischenmenschliche Beziehungen

Kommunikation, Verhaltensmuster sowie Handlungsabläufe besitzen deeskalierende Einflussmöglichkeiten in Krisensituationen. Die aufgeführten Impulsfragen regen zur Benutzung von Konzepten für eine respektvolle Kommunikation und eine wertschätzende Haltung an (2.1. / 2.2.).

Zwangmaßnahmen als letztes Mittel sind stets so minimal wie möglich anzuwenden (2.3.). Hierfür ist eine Liste der milderer Mittel von Behandelnden zu kennen und anzuwenden (2.4.).

Deeskalierend wirkt zur Verfügung stehende Zeit. Daher wird angeregt, dies für die eigene Einrichtung/den eigenen Dienst zu prüfen. Haben Krisen Vorrang? Kann in diesen Momenten (fachliche) Begleitung, so lang wie nötig, stattfinden (2.5.)?

Wird der Betroffene anhaltend, auch in der Krisensituation, über die Handlungen des Mitarbeitenden aufgeklärt (2.6.)?

Sind Regeln des Umgangs miteinander, Rechte und Pflichten aller Beteiligten bekannt und werden verständlich kommuniziert (2.7.-2.9.)?

Hin und wieder können Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Betroffenen

Krisensituationen verstärken. Bei Bedarf soll ein Wechsel möglich sein (2.10.).

Um Traumatisierung zu minimieren und ggf. künftig mögliche Krisensituationen vorzubereiten wird ebenfalls angeregt, Nachbesprechungen nach jedweder Zwangsmaßnahme vorzunehmen (2.11.).

3. Unterstützung/Fortbildung für Mitarbeitende

Krisensituationen binden personelle und zeitliche Ressourcen. Wichtig ist hier eine Unterstützung der Mitarbeitenden seitens der Hausleitung, sich die notwendige Zeit zu nehmen und Krisen entsprechend auffangen zu können (3.1.).

Manchmal scheinen Beziehungen zwischen Betroffenen und den Mitarbeitenden so negativ belastet zu sein, dass allein ein Ortswechsel die gespannte Situation entzerren kann. Unterstützung von Mitarbeitenden kann auch dahingehend verstanden werden, Beziehungen zu lösen (3.2.).

Essenziell sei zudem systematische Nachbesprechungen nach erfolgten Zwangsmaßnahmen im Team zu reflektieren (3.3.). Festgesetzte, regelmäßige Nachbesprechungen unter Mitarbeitenden heißt, dass Schwellen niedriger gesetzt wurden, über belastende Situationen zu sprechen. Die Verantwortung hierfür wird so nicht allein dem oder der Mitarbeitenden übertragen, wenn Unterstützung benötigt wird.

Unterstützung der Mitarbeitenden heißt auch, Mitarbeitenden in herausfordernden Situationen zu unterstützen, bspw. durch besondere Rufbereitschaften, mechanische Unterstützungen (3.4.).

Wiederkehrende Fortbildungsangebote im Bereich der Zwangsvermeidung, unter Einbeziehung der Peers, sind generell im Fortbildungskatalog zu verankern (3.5./3.6.). Durch sie verändert sich generell die Atmosphäre in der Gruppe. Zudem können Peers eine weitere, hilfreiche Perspektive beitragen.

Einrichtungsübergreifende Beziehungen als Verbindliche Kooperationsbeziehungen im Sinne gegenseitiger Unterstützung stärken die einzelnen Mitarbeitenden (3.7.).

Gegenseitige Hospitationen in vergleichbaren Einrichtungen stärkt einrichtungsübergreifend Beziehungen der Mitarbeitenden, stärkt das Know-how der Leistungsangebote in den Regionen und regt zur Selbstreflexion (auch innerhalb einer Einrichtung) an (3.8.).

Gegenseitige Hospitationen in anderen Arten von Einrichtungen/Diensten stärkt einrichtungsübergreifend Beziehungen der Mitarbeitenden, stärkt das Know-how der Leistungsangebote in den Regionen und regt zur Selbstreflexion an (3.8.). Außerdem trägt es dazu bei, Verständnis für Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsangebote

(auch bei nicht psychiatrischen Hilfen, die im Zwangsgeschehen involviert sein können, z. B. Polizei, Ordnungsamt) zu entwickeln und so abgestimmte Abläufe zur Zwangsvermeidung zu etablieren (3.9.). Des Weiteren wird eine Niedrigschwelligkeit in der gegenseitigen Kontaktaufnahme erreicht.

4. Derzeitige bauliche Gegebenheiten

Die Atmosphäre in Einrichtungen/Diensten besitzt Einfluss auf Wohlbefinden eines jeden Einzelnen. Steht genügend Platz zur Verfügung? Denn auch räumliche Gegebenheiten können sich eskalierend/deeskalierend auf den menschlichen Organismus auswirken.

Kann man sich räumlich einer Konfliktsituation entziehen und ggf. dort verweilen? Verfügt die Einrichtungen über reizarme/stille Räume? Kann Privatsphäre gewahrt werden?

In geschlossenen Einrichtungen ist außerdem die Sicherstellung wichtig, dass untergebrachte Menschen nicht durchgehend extremen Temperaturen ausgesetzt sind. Gibt es im Sommer bei Höchsttemperaturen eine Möglichkeit, sich abzukühlen bzw. auch im Winter die Möglichkeit warme Orte aufzusuchen? Sind auch Flächen im Freien als Rückzugsorte erreichbar? (4.1./4.2.)

Anlagen

Inhaltsverzeichnis MoSy VeZ

- **Basisbogen I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang**
 - A. Psychiatrische Kliniken
 - freiheitsentziehende Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Zwangsbehandlung
 - Nachsorge / Verbleib der Person
 - B. Besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe
 - freiheitsentziehende Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Nachsorge / Verbleib der Person
 - C. Stationäre Pflegeeinrichtungen
 - freiheitsentziehende Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Nachsorge / Verbleib der Person
 - D. Einrichtungen für Kinder und Jugendliche
 - freiheitsentziehende Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Zwangsbehandlung
 - zur Nachsorge / Verbleib der Person
 - E. Einrichtungen des Maßregelvollzugs
 - Anordnung freiheitsentziehender Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Zwangsbehandlung
 - Nachsorge / Verbleib der Person
 - F. Unterbringung/Zwangsbehandlung außerhalb der Region
 - Maßregelvollzug
 - freiheitsentziehende Unterbringung
 - sonstige freiheitsentziehende Maßnahmen
 - Zwangsbehandlung
- **Basisbogen II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang**
 - A. / B. / C. / D. / E. Generelle Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem (Zeitraum vor/in Krise und mit Gefährdung, bei und nach Zwangsmaßnahmen)

- Niedrigschwelligkeit der Angebote
- Qualität der Beratung
- Ermittlung der Wünsche
- F. Personenzentrierte Hilfeplanung als Instrument der Zwangsvermeidung
- G. Beachtung der individuellen Bestimmungen der PsychKGs, FamFG und BGB in der Region
- **Basisbogen III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang**
 - A. Ausstattung der Dienste für Krisensituationen
 - B. Verfügbarkeit von Hilfen in der akuten Krisensituation
 - C. Existieren spezielle Hilfen mit Beratungsleistung bei Krisen für ...
- **Basisbogen IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang**
 - A. Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds
 - Gemeindepsychiatrischer Verbund / regionales Netzwerk
 - Schriftliche Vereinbarung
 - Personenzentrierte Organisation der Hilfen
 - Prüfung und Optimierung der Selbstbestimmung
 - Aus- und Fortbildung aller Beteiligten
 - B. Kooperationen außerhalb des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds
 - Zusammenarbeit mit Akteuren/Einrichtungen außerhalb der Region
 - Zusammenarbeit mit Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft
 - Zusammenarbeit einzelfallbezogen
- **Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang**
 - A. freiheitsentziehende Unterbringungen
 - B. freiheitsentziehende Maßnahmen
 - C. Zwangsbehandlungen
- **Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung**
 - 1. Selbstbestimmung
 - 2. Zwischenmenschliche Beziehungen
 - 3. Unterstützung/Fortbildung für Mitarbeitende
 - 4. Derzeitige bauliche Gegebenheiten

Checkliste für Gerichte und Sachverständige im betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren (zur Unterbringung im Krankenhaus, in der stationären Wiedereingliederung oder in einem Wohnheim)
(AG Menschenrechte der APK)

Zweiter Entwurf von M. Zinkler, 08.10.2018

I. Vorfragen

- (1) Welche psychosozialen und medikamentösen Hilfen zur Vermeidung der Unterbringung sind vor der jetzt geplanten Behandlung oder Unterbringung geleistet worden?
- (2) Welche Behandlungen haben stattgefunden und warum sind sie erfolglos geblieben? Welche Art der Begleitung, Rehabilitation und persönlichen Assistenz wurde angeboten?
- (3) Welche Wünsche hat der betroffene Mensch hinsichtlich der Unterbringung und der geplanten Maßnahmen?
- (4) Hat sie/er sich dazu (ausdrücklich) geäußert oder ergibt sich aus früheren Äußerungen, was in dieser Situation ihr/sein tatsächlicher Wille ist?
- (5) Falls dieser nicht feststellbar ist, was ist ihr/sein mutmaßlicher Wille und aus welchen Umständen ergibt sich dieser?

II. Fragen an den Gutachtenden

- (1) Besteht eine Patientenverfügung/Behandlungsvereinbarung für die geplante Untersuchung oder Behandlung bzw. Unterbringung in der stationären Wiedereingliederung oder in einem Wohnheim, die auf die aktuelle Lebenssituation zutrifft? Was genau besagt die Patientenverfügung/Behandlungsvereinbarung? Besteht eine Vorsorgevollmacht für die aktuelle Lebenssituation, wie steht die bevollmächtigte Person zur geplanten Maßnahme?
- (2) Was sind die Wünsche der betroffenen Person hinsichtlich der Behandlung, Unterbringung, Begleitung, Assistenz oder Rehabilitation und wie ist der tatsächliche oder mutmaßliche Wille der betroffenen Person? Welche mündlichen oder schriftlichen Äußerungen, ethischen oder religiösen Überzeugungen und persönlichen Wertvorstellungen der betroffenen Person beziehen sich auf die geplante Maßnahme? Dabei sind Angaben der Angehörigen einzuholen.
- (3) Welche Untersuchung und/oder Behandlung ist im Rahmen der Unterbringung genau geplant? Welche Art der sozialen Unterstützung soll im Rahmen der Unterbringung geleistet werden?
- (4) Warum ist das geplante Vorgehen als Zwangsmaßnahme begründet? Was ist der gesundheitliche Schaden oder worin liegt die Gefahr der Selbsttötung, die durch die Maßnahme abgewendet werden sollen?
- (5) Dabei soll die psychische und ggf. körperliche Erkrankung, seelische oder

körperliche Behinderung nach ICD 10 und ICF klassifiziert werden. Was sind die psychosozialen, neurologischen und somatischen Aspekte, die der psychiatrischen Störung zugrunde liegen?

- (6) Was ist die Einstellung der betroffenen Person zur psychischen Erkrankung, seelischen oder körperlichen Behinderung? Welche mentalen Funktionseinschränkungen, Körperfunktionseinschränkungen und Umgebungsfaktoren wirken sich auf die Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich der geplanten Maßnahme aus (nach ICF)?
- (7) Wie wurde bislang die Entscheidung der betroffenen Person zur geplanten Maßnahme unterstützt (Information mit Hilfe von Angehörigen, mit Hilfe der Betreuerin/des Betreuers, mit Hilfe einfacher Sprache, mit Hilfe bildlichen Anschauungsmaterials, mit Hilfe einer auf Vertrauen basierenden therapeutischen Beziehung, mit Hilfe eines Peer-Beratenden, mit Hilfe der Hausärztin/des Hausarztes, mit Hilfe von Bedenkzeit, mit Krankheitsbegleitung ohne die geplante Maßnahme)?
- (8) Wie wurde versucht, die betroffene Person von der Notwendigkeit der geplanten Maßnahme zu überzeugen?
- (9) Welche weniger belastenden Maßnahmen kommen zur Abwendung der Unterbringung in Frage (z. B. Behandlung im häuslichen Umfeld; ambulante oder tagesklinische Behandlung; pflegerische Maßnahmen; soziale Maßnahmen)?
- (10) Welcher Nutzen und welche Beeinträchtigungen sind durch die geplante Maßnahme zu erwarten?
- (11) In welcher Einrichtung soll die geplante Maßnahme durchgeführt werden. Hat sich die Einrichtung zur Aufnahme der betroffenen Person bereit erklärt? Wann kann sie/er dort aufgenommen werden?
- (12) Welche Art von Nachbehandlung ist geplant?

III. Bei der Verlängerung einer Unterbringung (zusätzlich zu I. und II.)

- (1) Welche Ziele können durch eine Fortsetzung der Unterbringung erreicht werden, die während der bisherigen Unterbringung nicht erreicht wurden?
- (2) Welche medizinischen, psychologischen und sozialen Umstände sollen bei der Abwägung der Verhältnismäßigkeit der Fortdauer der Unterbringung beachtet werden (z. B. soziale Isolation, Hospitalisierung, Resignation, Trennung von wichtigen Bezugspersonen, Chancen auf Erwerbsarbeit)?
- (3) Welche weniger restriktiven Alternativen zur Unterbringung sollen während der fortgesetzten Unterbringung erprobt werden (z. B. ambulant betreutes Wohnen, offene Wohngruppen, persönliche Assistenz)?

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EGH	Eingliederungshilfe
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
MoSy VeZ	Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem
PsychKG/PsychKHG	Psychisch-Kranken-Gesetz / Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

**Anlage III: Regionales Monitoringsystem zur
Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ)**

MoSy VeZ: Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem



Das regionale Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (kurz: MoSy VeZ) befähigt Regionen zur Selbsteinschätzung und zur Zielplanung regionaler Zwangsvermeidung. Es dient als Impulsgebungsinstrument einer definierten Versorgungsregion, um den Themen Zwang und Zwangsvermeidung systematisch zu begegnen. Das Instrument ist umfassend aufgestellt, um alle möglichen Orte und Bereiche der Zwanganwendung und damit einhergehend der Zwangsvermeidung Aufmerksamkeit zu schenken. Es wird nicht erwartet, dass diese gesamten Maßnahmen bereits im Ganzen umgesetzt werden. Eher wurden sämtliche Maßnahmen umfassend gesammelt und ein Überblick erstellt, um in der definierten Versorgungsregion zu schauen und zu entscheiden, ob ein oder mehrere Themenpunkte bearbeitet werden sollen. Essenziell ist es für die jeweilige Region, Schwerpunktthemen zu verabreden, die in einem gesetzten Zeitfenster gemeinsam bearbeitet und umgesetzt werden sollen.

Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem bedarf fortlaufender Berücksichtigung. Das MoSy VeZ ist entsprechend als ein wiederkehrendes Instrument zu verstehen. Nach einem definierten Zeitraum sollte das Instrument erneut in der Region herangezogen und bearbeitet werden. Zielformulierungen vorangegangener Bearbeitung lassen sich überprüfen, Fortschritte werden erkennbar und neue Ziele können identifiziert werden.

Das MoSy VeZ umfasst 4 Basisbögen: I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang, II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang, III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang, IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang. Ergänzt werden diese durch zwei Zusatzbögen (ZB): ZB Regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang, ZB für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung.

MoSy VeZ Basisbögen

I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang

Bevor die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen umgesetzt werden kann, muss eine Identifizierung der Zwangsmaßnahmen der Region erfolgen. Im Rahmen dieses Teilbogens wird die regionale Verfügbarkeit von Daten zur Zwangsangwendung verfolgt. Welche Dokumentationen zum Thema Zwang existieren in der Region? Stehen die Dokumentationen öffentlich zur Verfügung? Auf welcher Rechtsgrundlage finden die Dokumentationen statt?

II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang

Die Qualität des psychiatrischen Hilfesystems bemisst sich am Einzelfall. Daher wird dieser Teilbogen aus Sicht einzelner Personen im psychiatrischen Hilfesystem beurteilt und ausgefüllt. Das ausfüllende Gremium reflektiert, ob die folgenden Punkte im Einzelfall gesichert sind bzw. fragt, welche Hilfestrukturen tatsächlich beim Einzelfall ankommen.

III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang

Vorhandene psychiatrische Leistungsangebote der Region sind auf deren Inanspruchnahme in akuten Krisensituationen mit dem Ziel der Zwangsvermeidung zu bewerten. Der Teilbogen unterstützt dabei, außerdem gibt er zu bedenken, ob die vorhandenen Hilfen ausreichend zugänglich bezüglich möglicher Wartezeiten sind. Gleichzeitig macht er aufmerksam, ob bestimmte Angebote zeitlich oder generell fehlen.

IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Zwangsvermeidung wird wesentlich durch Kooperation beeinflusst. Der Teilbogen fragt daher, wie die Zusammenarbeit in der Region einrichtungsübergreifend organisiert ist. Wie sehen die Kommunikationsstrukturen konkret vor Ort aus?

MoSy VeZ Zusatzbögen

ZB Regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang

Um Zwangsvermeidung in der Region zu identifizieren, scheint es sinnvoll, die vorhandenen Daten zur Zwangsangwendung zu dokumentieren. Daraufhin kann im zeitlichen Verlauf ein Vergleich vorgenommen werden. Der vorliegende Teilbogen gestattet eine übergreifende, regionale Dokumentation der Zwangsmaßnahmen. Wesentlich dabei ist die umfassende Datenermittlung an den verschiedenen Orten, an denen Zwang angewendet wird.

ZB Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Die Impulsfragen setzen sich die Selbstreflexion von Einrichtungen/Diensten zum Ziel. Sie sollen unterstützen, sich mit diversen Themen zu beschäftigen, die eine grundlegende für den Klienten dienliche Atmosphäre schaffen.

Eine detaillierte Beschreibung der Zielsetzung und Handhabung der einzelnen Teilbögen ist im Manual zu finden.

Veröffentlichung: Oktober 2019

I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang

Der Bogen dient als ein Impulsgebungssystem zur Vermeidung von Zwang in einer definierten Versorgungsregion. Die aufgeführten inhaltlichen Kriterien müssen nicht allesamt erfüllt sein. Es sollen einzelne regionale gelistete Aspekte (in der gelben Aktionsspalte) gewählt werden, die anschließend im entsprechenden Handlungsplan konkretisiert werden.

Der Datentransparenzbogen dient zur Identifizierung der bereits vorliegenden Daten zur Zwangsanwendung in der Region, deren Verfügbarkeit und Herkunft.

Datum:

Bogenbearbeitende:

in Abstimmung mit:

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung				Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation			
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	rechtl. Grundlage (2)
A. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in psychiatrischen Kliniken vor:															
1.	zur freiheitsentziehenden Unterbringung														
	Die Informationen werden differenziert nach:														
1.1.	Rechtsgrundlage														
1.1.1.	- PsychKG														
1.1.2.	- BGB														
1.2.	Personen														
1.2.1.	- Alter														
1.2.2.	- Geschlecht														
1.2.3.	- Migrationshintergrund														
1.2.4.	- Diagnose / Diagnosegruppen														
1.3.	Durchführung (im Gegensatz zu Beschluss ohne Durchführung)														

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung					Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation		
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	rechtl. Grundlage (2)
1.3.1.	- vorläufig														
1.3.2.	- Ort der Durchführung														
1.3.3.	- Art der Durchführung (offen/geschlossen)														
1.3.4.	- Sonstiges:														
1.4.	Zuständigkeit des Amtsgerichts/ -bezirks														
1.5.	Dauer														
1.6.	Zugang														
1.6.1.	Situation:														
1.6.1.1.	- Selbst- / Fremdgefährdung														
1.6.1.2.	- Anlass/Auslöser														
1.6.1.3.	- veranlassende Person (bzw. Institution)														
1.7.	Sonstiges:														

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung				Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation			
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	rechtl. Grundlage (2)
2.	zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen														
	Die Informationen werden differenziert nach:														
2.1.	Art														
2.1.1.	- Fixierung														
2.1.2.	- Isolierung														
2.1.3.	- medikamentöse Sedierung														
2.1.4.	- Sonstiges:														
2.2.	Dauer														
2.3.	Ort														
2.4.	Sonstiges:														

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung				Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation			
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	rechtl. Grundlage (2)
3.	zur Zwangsbehandlung														
	Die Informationen werden differenziert nach:														
3.1.	Anzahl														
3.2.	Dauer														
3.3.	Dosierung														
3.4.	Art														
3.5.	Sonstiges:														
4.	zur Nachsorge / Verbleib der Person														
	Die Informationen werden differenziert nach:														
4.1.	freiwillig in Einrichtung														
4.2.	Verlegung nach... (bspw. offen/geschlossen)														
4.3.	Änderung in Unterbringung nach §1906 BGB														

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung					Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation			
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	rechtl. Grundlage (2)	
4.4.	Änderung in Unterbringung nach §1631b BGB															
4.5.	Entlassung															
4.6.	Sonstiges:															
B. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe vor:																
1.	zur freiheitsentziehenden Unterbringung															
2.	zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen															
3.	zur Nachsorge / Verbleib der Person															
C. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in den stationären Pflegeeinrichtungen vor:																
1.	zur freiheitsentziehenden Unterbringung															
2.	zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen															
3.	zur Nachsorge / Verbleib der Person															

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung				Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation				
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache		rechtl. Grundlage (2)
D. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in den Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche vor:																
1.	zur freiheitsentziehenden Unterbringung															
2.	zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen															
3.	zur Zwangsbehandlung															
4.	zur Nachsorge / Verbleib der Person															
E. In der Region liegen Informationen über das Geschehen in Einrichtungen des Maßregelvollzugs vor:																
1.	zur Anordnung freiheitsentziehender Unterbringung															
2.	zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen															
3.	zur Zwangsbehandlung															
4.	zur Nachsorge / Verbleib der Person															
F. In der Region liegen Informationen von ortsansässigen Personen vor, die außerhalb ihrer Region untergebracht/zwangsbehandelt werden.																
1.	Informationen aus dem Maßregelvollzug															

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Dokumentation			Ort der Informationserhebung				Verfügbarkeit der Dokumentation			Grundlage der Dokumentation			
		nicht erhoben	teilweise erhoben	erhoben	Einrichtung	Betreuungsbehörde	zuständige Behörde nach PsychKG	Amtsgericht	Sonstige (1)	nicht verfügbar	auf Nachfrage	veröffentlicht	freiwillig	verbindliche regionale Absprache	
2.	Informationen zu freiheitsentziehender Unterbringung														
3.	Informationen zu sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen														
4.	Informationen zu Zwangsbehandlung														
5.	Sonstiges:														

(1) Dokumentation des Ortes der entsprechenden Informationserhebung

(2) Dokumentation rechtliche Grundlage:

I. Handlungsplan Datentransparenz

Der Handlungsplan ermöglicht die Konkretisierung der einzelnen Handlungsmaßnahmen, die in der Aktionsspalte im Basisbogen **Datentransparenz zur Anwendung von Zwang** identifiziert wurden.

Aktuelle **Situationsbeschreibung** der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Geplante **Ziele** bezüglich der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Beschreibung der **Vorgehensweise und Zuständigkeiten** zur Zielerreichung der ausgewählten Themenpunkte:

II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang

Der Bogen dient als ein Impulsgebungssystem zur Vermeidung von Zwang in einer definierten Versorgungsregion. Die aufgeführten inhaltlichen Kriterien müssen nicht allesamt erfüllt sein. Es sollen einzelne regionale gelistete Aspekte (in der gelben Aktionsspalte) gewählt werden, die anschließend im entsprechenden Handlungsplan konkretisiert werden.

Der Bogen individuelle Maßnahmen dient zur Beurteilung personenbezogener Möglichkeiten der Zwangsvermeidung in der Region.

Datum:

Bogenbearbeitende:

in Abstimmung mit:

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
A. generelle Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem (Zeitraum vor Krise)						
1.	Niedrigschwelligkeit der Angebote wird sichergestellt:					
1.1.		Klient/in wird ausreichend über verfügbare Angebote informiert, Klient/in wird verständlich informiert (wenn nötig leichte Sprache...)				
1.2.		Es gibt keine Wartezeiten bzw. werden durch andere Angebote überbrückt				
1.3.		Niedrigschwellige und individuelle Angebote sind verfügbar – falls eine Kontaktaufnahme ins System stattfindet – wird dieser ggf. auch nachgegangen (auch aufsuchend)				
1.4.		Angebote der Fortbildungen/Förderangebote für Betroffene (Psychoedukation, Alltagslernen u. Ä.) bestehen				
2.	Qualität der (Erst-)Beratung wird sichergestellt:					
2.1.		Aus Sicht der/des Betroffenen ist sichergestellt, dass genügend Fachlichkeit gegeben ist, d. h. erfahrene Mitarbeitende erkennen die Lage der/des Betroffenen				
2.2.		Ausreichend Zeit ist vorhanden				
2.3.		Das Hilfesystem ist jederzeit gut erreichbar, auch außerhalb regulärer Arbeitszeiten und ggf. am Wochenende				
2.4.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Angehörige/r und sonstige private Bezugspersonen)				
2.5.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Bezugstherapeut/in, koordinierende Bezugsperson)				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
2.6.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Peers/Genesungsbegleitende etc.)				
2.7.		bei Kindern/Jugendlichen: Einbeziehung von Familie/Herkunftssystem/Vormund				
3.	Ermittlung der Wünsche der/des Betroffenen:					
3.1.		Individueller Hilfeplan/Teilhabeplan (wird erstellt und beachtet)				
3.1.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
3.2.		Krisenpass (wird erstellt und beachtet)				
3.2.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
3.3.		Behandlungsvereinbarung (wird erstellt und beachtet)				
3.3.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
3.4.		Patientenverfügung (wird erstellt und beachtet)				
3.4.1.		- regelmäßige Aktualisierung				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
B. Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem in Krisensituationen ohne erkennbare Gefährdung						
1.	Niedrigschwelligkeit der Angebote wird sichergestellt:					
1.2.		niedrigschwellige Angebote				
1.3.		Verfügbarkeit 24h/Tag an 7 Wochentagen				
1.4.		zugehende Intervention				
2.	Qualität der (Erst-)Beratung wird sichergestellt:					
2.1.		Zeit in der Krise vorhanden (Begleitung möglich – 1:1 auch über 24h hinaus ggf. Angehörige/r)				
2.2.		Fachlichkeit (multiprofessionelle Teams)				
2.3.		Unterstützung anbieten				
2.4.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Angehörige/r und sonstige private Bezugspersonen)				
2.5.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Bezugstherapeut/in, koordinierende Bezugsperson)				
2.6.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Peers/Genesungsbegleitende etc.)				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
2.7.		bei Kindern/Jugendlichen: Einbeziehung von Familie/Herkunftssystem/Vormund				
2.8.		Ziel der Krisenintervention ist Problemlösung, nicht ausschließlich Gefahrenabwehr				
3.	Ermittlung der Wünsche der/des Betroffenen:					
3.1.		freiwillige Maßnahmen werden angeboten und ausprobiert				
3.2.		Liste mildere Mittel wird eingesetzt (aktivierend oder deeskalierend je nach Individuum)				
3.3.		Klient/in kann eigene Vorschläge einbringen				
3.4.		Individueller Hilfeplan/Teilhabeplan (wird erstellt und beachtet)				
3.4.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
3.5.		Krisenpass (wird erstellt und beachtet)				
3.5.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
3.6.		Behandlungsvereinbarung (wird erstellt und beachtet)				
3.6.1.		- regelmäßige Aktualisierung				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
3.7.		Patientenverfügung (wird erstellt und beachtet)				
3.7.1.		- regelmäßige Aktualisierung				
C. Unterstützung/Hilfeleistung durch das Hilfesystem in Krisensituationen mit Gefährdung						
1.	Niedrigschwelligkeit der Angebote wird sichergestellt:					
1.1.		niedrigschwellige Angebote				
1.2.		Verfügbarkeit 24h/Tag an 7 Wochentagen				
1.3.		zugehende Intervention				
2.	Qualität der (Erst-)Beratung wird sichergestellt:					
2.1.		Zeit in der Krise vorhanden (Begleitung möglich – 1:1 auch über 24h hinaus ggf. Angehörige/r)				
2.2.		Fachlichkeit (multiprofessionelle Teams)				
2.3.		Unterstützung anbieten				
2.4.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Angehörige/r und sonstige private Bezugspersonen)				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
2.5.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Bezugstherapeut/in, koordinierende Bezugsperson)				
2.6.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Peers/Genesungsbegleitende etc.)				
2.7.		bei Kindern/Jugendlichen: Einbeziehung von Familie/Herkunftssystem/Vormund				
2.8.		Ziel der Krisenintervention ist Problemlösung, nicht ausschließlich Gefahrenabwehr				
3.	Ermittlung der Wünsche der/des Betroffenen:					
3.1.		freiwillige Maßnahmen werden angeboten und ausprobiert				
3.2.		Liste mildere Mittel wird eingesetzt (aktivierend oder deeskalierend je nach Individuum)				
3.3.		Betroffene/r kann eigene Vorschläge einbringen				
3.4.		Individueller Hilfeplan/Teilhabepan wird soweit möglich beachtet				
3.5.		Krisenpass wird soweit möglich beachtet				
3.6.		Behandlungsvereinbarung wird soweit möglich beachtet				
3.7.		Patientenverfügung wird soweit möglich beachtet				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
D. Unterstützung/Begleitung bei Zwangsmaßnahmen					
1.	Bedingungen der Unterbringung grundsätzlich offen				
2.	Bedingungen in der Unterbringungssituation: z. B.				
2.1		Möglichkeit zu rauchen			
2.2		Möglichkeit ungestört und unbeobachtet zu telefonieren			
2.3		Möglichkeit der Information von Bezugspersonen			
2.4		Möglichkeit von Besuchen			
2.5		Möglichkeit begleiteter Ausgang			
2.6		Möglichkeit unbegleiteter Ausgang			
2.7		Möglichkeit zum Aufenthalt im Freien			
2.8		sonstige:			

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
3.	Bedingungen der Zwangsmaßnahme:				
3.1.		Wahlmöglichkeit der/des Betroffenen der Zwangsmaßnahme (Fixierung, Sedierung, medikamentöse Behandlung, Festhalten, Isolierung etc.)			
3.2.		Abfrage der Medikationswünsche bzw. -einstellungen			
4.	Regelmäßige Überprüfung:				
4.1.		der Notwendigkeit von Zwang			
4.2.		auf minimale Zwangsanwendung			
5.	Ermittlung der Wünsche der/des Betroffenen:				
5.1.		Individueller Hilfeplan/Teilhabeplan wird soweit möglich beachtet			
5.2.		Krisenpass wird soweit möglich beachtet			
5.3.		Behandlungsvereinbarung wird soweit möglich beachtet			
5.4.		Patientenverfügung wird soweit möglich beachtet			
5.5.		durch Unterstützung/Gewährleistung der Versorgung der Angehörigen (z. B. im Haushalt lebende Kinder), Haustiere und anderer Belange			

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
5.6.		weitere:				
6.	Qualität der Beratung wird sichergestellt:					
6.1.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Angehörige/r und sonstige private Bezugspersonen)				
6.2.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Bezugstherapeut/in, koordinierende Bezugsperson)				
6.3.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Peers/Genesungsbegleitende etc.)				
6.4.		bei Kindern/Jugendlichen: Einbeziehung von Familie/Herkunftssystem/Vormund				
6.5.		Fachlichkeit (multiprofessionelle Teams)				
6.6.		Zeit in der Krise vorhanden (Begleitung möglich – 1:1 auch über 24h hinaus ggf. Angehörige/r)				
6.7.		Information an und Einbeziehung des/der gerichtlichen Betreuers/in				
6.8.		Information an und Einbeziehung des/der Verfahrenspflegers/in				
6.9.		Information an Bezugsperson vor Aufhebung der Zwangsmaßnahme				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
E. Unterstützung/Hilfeleistung nach der Anwendung von Zwangsmaßnahmen						
1.	Niedrigschwelligkeit der Angebote wird sichergestellt:					
1.1.		Nachbesprechung wird wiederholt angeboten (auch nach Klinikaufenthalt/ auch per Telefon bzw. Direktkontakt)				
1.2.		Nachsorge findet statt (d.h. Betroffene/r wird nicht abrupt oder ohne Übergang in das psychiatrische Hilfesystem entlassen, Übergänge werden geschaffen)				
2.	Qualität der Unterstützung wird sichergestellt:					
2.1.		Zeit in der Unterstützung vorhanden				
2.2.		Fachlichkeit				
2.3.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Angehörige/r und sonstige private Bezugspersonen)				
2.4.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Bezugstherapeut/in, koordinierende Bezugsperson)				
2.5.		Einbeziehung von Bezugspersonen (Peers/Genesungsbegleitende etc.)				
2.6.		bei Kindern/Jugendlichen: Einbeziehung von Familie/Herkunftssystem/Vormund				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
3.	Ermittlung der Wünsche der/des Betroffenen (durch Nachbesprechung):				
3.1.	Individueller Hilfeplan/Teilhabeplan (wird angeboten und beachtet)				
3.1.1.	- regelmäßige Aktualisierung				
3.2.	Krisenpass (wird angeboten und beachtet)				
3.2.1.	- regelmäßige Aktualisierung				
3.3.	Behandlungsvereinbarung (wird angeboten und beachtet)				
3.3.1.	- regelmäßige Aktualisierung				
3.4.	Patientenverfügung (wird angeboten und beachtet)				
3.4.1.	- regelmäßige Aktualisierung				
F. Personenzentrierte Hilfeplanung als Instrument der Zwangsvermeidung					
1.	Existenz eines individuellen Hilfeplans (z. B. Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP))				
2.	regelmäßiger Kontakt zu einer koordinierenden Bezugsperson				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Möglichkeit ist sichergestellt	Möglichkeit teilweise sichergestellt	Möglichkeit selten sichergestellt	
3.	einrichtungsübergreifendes Gremium zur Bestimmung des individuellen Hilfeplans				
3.1.	- Teilnahme der/des Betroffenen jeweils möglich				
4.	spezielle Fallkonferenzen zur Vermeidung von Zwang				
4.1.	- Teilnahme der/des Betroffenen jeweils möglich				
5.	Einbeziehung von persönlich wichtigen Bezugspersonen / Peers				
G. Beachtung der individuellen Bestimmungen der länderspezifischen PsychKGs, FamFG und BGB in der Region					
1.	für den/die Betroffene/n verständliche Aufklärung über seine/ihre Rechte, einschließlich (nachträgliche) Beschwerdemöglichkeit				
2.	gesetzliche/r Betreuer/in wird informiert und ist in den Prozess einbezogen (bei PsychKG/PsychKHG)				
3.	Verfahrenspfleger/in wird eingesetzt				
4.	Rechtsanwalt/in wird benachrichtigt / kann benachrichtigt werden				
5.	differenzierte Begutachtung findet statt (siehe z. B. Checkliste für Gerichte und Sachverständige im betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren)				
6.	persönliche Anhörung durch Gericht vor freiheitsentziehender Unterbringung, Zwangsmaßnahme, Zwangsbehandlung (a) bei BGB, b) bei PsychKG)				

II. Handlungsplan Individuelle Maßnahmen

Der Handlungsplan ermöglicht die Konkretisierung der einzelnen Handlungsmaßnahmen, die in der Aktionsspalte im Basisbogen **Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang** identifiziert wurden.

Aktuelle **Situationsbeschreibung** der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Geplante **Ziele** bezüglich der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Beschreibung der **Vorgehensweise und Zuständigkeiten** zur Zielerreichung der ausgewählten Themenpunkte:

III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang

Der Bogen dient als ein Impulsgebungssystem zur Vermeidung von Zwang in einer definierten Versorgungsregion. Die aufgeführten inhaltlichen Kriterien müssen nicht allesamt erfüllt sein. Es sollen einzelne regionale gelistete Aspekte (in der gelben Aktionsspalte) gewählt werden, die anschließend im entsprechenden Handlungsplan konkretisiert werden.

Der Bogen dient zur Bewertung des vorhandenen sozialpsychiatrischen Angebots in akuten Krisensituationen mit dem Ziel der Zwangsvermeidung.

Datum:

Bogenbearbeitende:

in Abstimmung mit:

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	Sozialpsych. Dienst für Kinder und Jugendliche (SpDi KiJu)	psychiatrischer Krisendienst	(psychiatrischer) Krisendienst für Kinder und Jugendliche			
A. Ausstattung der Dienste für Krisensituationen								
1.	Trägerschaft:							
1.1.	öffentlich rechtlicher Träger							
1.2.	freier Träger							
1.3.	kooperatives Angebot (Einbeziehung mehrerer Leistungserbringer)							
2.	Stellenbesetzung (Zahl bitte als vorhandene und besetzte Stellen angeben):							
2.1.	Psychiater/in:							
2.2.	andere Ärzte/innen:							
2.3.	Psychologen/innen:							
2.4.	Sozialarbeiter/innen & -pädagogen/innen:							
2.5.	Krankenpflegende:							
2.6.	Peers:							

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	Sozialpsych. Dienst für Kinder und Jugendliche (SpDi KJJu)	psychiatrischer Krisendienst	(psychiatrischer) Krisendienst für Kinder und Jugendliche			
2.7.	Angehörige:							
2.8.	sonstige:							
2.9.	sonstige:							
3.10.	sonstige:							
3.	Stellenfinanzierung							
3.1.	ehrenamtlich							
3.2.	Aufwandsentschädigung							
3.3.	Regelvergütung							
3.4.	im Rahmen anderweitig finanzierter Leistungen							
4.	Zuständigkeit für eine Einwohnerzahl von							
5.	Erreichbarkeit							
5.1.	24 h an 7 Tagen							

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	Sozialpsych. Dienst für Kinder und Jugendliche (SpDi KiJu)	psychiatrischer Krisendienst	(psychiatrischer) Krisendienst für Kinder und Jugendliche		
5.2.	werktags Tag						
5.3.	werktags Teile des Tags						
5.4.	werktags Nacht						
5.5.	werktags Teile der Nacht						
5.6.	an Wochenenden/Feiertagen vollständig						
5.7.	an Wochenenden/Feiertagen teilweise						
5.8.	nicht vorhanden						
5.9.	aufsuchend tätig						
5.10.	ausschließlich telefonische Beratung						

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		generell vorhanden und zur Kriseninter- vention nutzbar	teilweise vorhanden	nicht vorhanden	Einbeziehung von Peers/Genesungs- begleiter			
B. Verfügbarkeit von Hilfen in der akuten Krisensituation								
1.	sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung / Alltagsbewältigung							
2.	sozialpsychiatrische Hilfen zur Tagesgestaltung / Kontaktfindung							
3.	sozialpsychiatrische Hilfen Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung							
4.	Unterkünfte (z. B. Krisenwohnung) sind vorhanden							
5.	Kooperative Konzepte zur aufsuchenden Krisenbewältigung sind vorhanden							
6.	sonstige:							
7.	ambulante psychiatrische Behandlung durch niedergelassene Fachärzte/innen							
8.	ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung durch niedergelassene Fachärzte/innen							
9.	ambulante psychotherapeutische Behandlung							
10.	ambulante kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung							
11.	ambulante Soziotherapie							

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		generell vorhanden und zur Kriseninter- vention nutzbar	teilweise vorhanden	nicht vorhanden	Einbeziehung von Peers/Genesungs- begleiter			
12.	häusliche psychiatrische Krankenpflege							
13.	Integrierte Versorgung (mit Krisenfunktion)							
14.	(teil-) stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung							
15.	stationsäquivalente Behandlung							
16.	psychiatrische Institutsambulanz							
17.	forensische Ambulanz							
18.	(teil-) stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung für Kinder und Jugendliche							
19.	stationsäquivalente Behandlung für Kinder und Jugendliche							
20.	kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz							
21.	sonstige:							

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		24 h an 7 Tagen	werktags tagsüber	werktags nachts	an Wochenenden/ Feiertagen	ausschließlich tele- fonische Beratung	nicht vorhanden	
C. Existieren spezielle Hilfen mit Beratungsleistung bei Krisen für ...								
1.	Wohnungslose							
2.	Suchtkranke							
3.	Kinder- und Jugendliche							
4.	Frauen in bes. Lebenslagen							
5.	Männer in bes. Lebenslagen							
6.	Migranten/innen, geflüchtete Menschen							
7.	alte Menschen							
8.								

III. Handlungsplan regionale Leistungsangebote

Der Handlungsplan ermöglicht die Konkretisierung der einzelnen Handlungsmaßnahmen, die in der Aktionsspalte im Basisbogen Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang identifiziert wurden.

Aktuelle **Situationsbeschreibung** der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Geplante **Ziele** bezüglich der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Beschreibung der **Vorgehensweise und Zuständigkeiten** zur Zielerreichung der ausgewählten Themenpunkte:

IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Der Bogen dient als ein Impulsgebungssystem zur Vermeidung von Zwang in einer definierten Versorgungsregion. Die aufgeführten inhaltlichen Kriterien müssen nicht allesamt erfüllt sein. Es sollen einzelne regionale gelistete Aspekte (in der gelben Aktionsspalte) gewählt werden, die anschließend im entsprechenden Handlungsplan konkretisiert werden.

Der Bogen untersucht die regionale Verbundgestaltung zur Zwangsvermeidung.

Datum:

Bogenbearbeitende:

in Abstimmung mit:

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
A. Kooperation des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds					
1.	Besteht ein Gemeindepsychiatrischer Verbund oder ein vergleichbares regionales Netzwerk der psychiatrischen Leistungsanbieter				
1.1.		sämtliche Leistungsanbieter der Region sind einbezogen			
2.	Schriftliche Vereinbarung				
2.1.		als Kooperationsvereinbarung oder			
2.2.		als vertragsfähiger Verbund (e.V.)			
2.3.					
2.4.		inkl. Vereinbarung / Selbstverpflichtung ...			
2.5.		... zur Kooperation auf Klientenebene			
2.6.		... zur Kooperation zur Zwangsvermeidung			
2.7.		... zeitnahen Hilfeleistung			
2.8.		...zur regionalen Versorgungsverpflichtung in allen Bereichen (Behandlung, Eingliederungshilfe, Pflege, andere Hilfen)			

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

		nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
3.	Personenzentrierte Organisation der Hilfen				
3.1.	individueller Hilfe-/Teilhabeplan (z. B. IBRP)				
3.1.1.	regelmäßige Auswertung und Aktualisierung				
3.1.2.	sämtliche Begleitpersonen werden einbezogen				
3.2.	koordinierende Bezugsperson einrichtungsübergreifend im Verbund				
3.2.1.	Benennung				
3.2.2.	Anerkennung und Einbeziehung				
3.2.3.	personelle Kontinuität für Betroffene				
3.2.4.	gemeinsame Aufgabenbeschreibung (u. a. personelle Begleitung, regelmäßige Auswertung und Aktualisierung des individuellen Hilfeplans)				
3.2.5.	regelmäßige Befragung zur Klientenzufriedenheit über die koord. Bezugsperson				
3.3.	Einrichtungsübergreifendes Gremium zur Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs (Hilfeplan-/Teilhabekonferenz)				
3.3.1.	sämtliche Leistungserbringer der Region nehmen teil				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
3.3.2.		zuständige Leistungsträger der Region nehmen teil				
3.4.	Fallkonferenzen vor drohenden Zwangsmaßnahmen					
3.4.1.		Leistungserbringer der Region nehmen teil				
3.4.2.		zuständigen Leistungsträger der Region nehmen teil				
4.	Prüfung und Optimierung der Selbstbestimmung					
4.1.	Gremium zur regionalen Qualitätssicherung zur Zwangsvermeidung					
4.2.	regionale Besuchskommission (BK)					
4.2.1.		auch für andere Fragen als PsychKG Unterbringungen				
4.2.2.		auch für andere Einrichtungen als Krankenhäuser				
4.2.3.		auch für Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche unterbringen				
4.2.4.		werden die Berichte der BK in der Region ausgewertet				
4.3.	Beschwerdestelle					

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
4.4.	Einbeziehung der organisierten Selbsthilfe					
5.	Aus- und Fortbildung aller Beteiligten					
5.1.	Fort- und Weiterbildung zu den Leistungsangeboten und Zuständigkeiten in der Region (Services kennen inklusive alternative Optionen, ggf. gegenseitige Hospitationen)					
5.2.	systematischer Austausch mit Betroffenen von Zwangsmaßnahmen					
5.3.	Fortbildung zu Maßnahmen zur Zwangsvermeidung					
5.3.1.		Es sind Listen `Alternativen zu Zwang bzw. mildere Mittel` bekannt				
5.4.	Deeskalations- und Aktivierungstrainings in allen Einrichtungen und Diensten					
5.4.1		Es gibt Deeskalationstraining inkl. der Perspektive der Betroffenen				
5.5.	Auswertung von Zwangsmaßnahmen					
5.6.	Fortbildung zu rechtlichen Grundlagen					
5.6.1.		- Rechte und Pflichten des Fachpersonals				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die in Ihrer Region vordringlich zu bearbeiten wären.

			nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
5.6.2.		- Rechte der Patienten/innen (z. B. UN-BRK, Kinderrechtskonvention)				
5.7.	Trialog					
5.8.	Es bestehen Angebote der Fortbildungen/ Förderangebote für Betroffene/Nutzende (Psychoedukation, Alltagslernen u. Ä.)					
B. Kooperationen außerhalb des regionalen Hilfesystems / des regionalen Verbunds						
1.	Zusammenarbeit mit Akteuren/Einrichtungen außerhalb der Region (z. B. Maßregelvollzug, geschlossene Einrichtungen der Eingliederungshilfe)					
2.	Zusammenarbeit/Kooperationen mit Akteuren/Diensten außerhalb der psychiatrischen Anbieterlandschaft in der Region (z. B. mit Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste, Ordnungsamt)					
3.	Zusammenarbeit/Kooperation einzelfallbezogen, u. a. mit Nachbarschaft					

IV. Handlungsplan Zusammenarbeit

Der Handlungsplan ermöglicht die Konkretisierung der einzelnen Handlungsmaßnahmen, die in der Aktionsspalte im Basisbogen für **Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang** identifiziert wurden.

Aktuelle **Situationsbeschreibung** der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Geplante **Ziele** bezüglich der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Beschreibung der **Vorgehensweise und Zuständigkeiten** zur Zielerreichung der ausgewählten Themenpunkte:



Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang

Im Zusatzbogen regionale Datenerfassung geht es vorrangig um die Bestandsaufnahme der Zwanganwendung in der Region.

Datum:

Bogenbearbeitende:

Zeitraum der Datenerfassung (Jahr / Quartal oder Monat):

in Abstimmung mit:

Einwohnerzahl:

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion
		I. Personen					II. Beschlüsse			
A. freiheitsentziehende Unterbringungen										
1.	Gesamtanzahl Zwangsanwendungen									
1.1.	Gesamtanzahl in den Einrichtungen									
1.1.1.	davon BGB									
1.1.2.	davon PsychKG/KHG									
1.1.2.1.	davon vorläufig mit anschließender PsychKG-Unterbringung									
1.1.2.2.	davon vorläufig mit anschließendem freiwilligen Aufenthalt									
1.1.2.3.	davon vorläufig mit anschließender Umwandlung in BGB-Unterbringung									
1.1.2.4.	davon vorläufig mit anschließender Entlassung									
1.1.3.	davon § 126a StPO									
1.1.4.	davon StGB									
1.1.4.1.	davon § 63 StGB									

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region
		I. Personen					II. Beschlüsse			
1.1.4.2.	davon § 64 StGB									
1.1.4.3	davon § 67 b StGB Aussetzungen									
2.	Individuelle Merkmale der Dokumentation innerhalb der Institutionen									
2.1.	Dauer									
2.1.1.	< 24 h									
2.1.2.	24 h - 2 Tage									
2.1.3.	2 - 7 Tage									
2.1.4.	> 7 Tage									
2.1.5.	< viertel Jahr									
2.1.6.	1/4 - 1/2 Jahr									
2.1.7.	1/2 - 1 Jahr									
2.1.8.	1 - 3 Jahre									

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region
		I. Personen					II. Beschlüsse			
2.1.9.	> 3 Jahre									
2.1.10.	durchschnittliche Unterbringungs-dauer gesamt									
2.2.	Alter									
2.2.1.	unter 18 Jahren									
2.2.2.	18 bis unter 21 Jahren									
2.2.3.	21 bis unter 27 Jahren									
2.2.4.	27 bis unter 60 Jahren									
2.2.5.	über 60 Jahre									
2.3.	Geschlecht									
2.3.1.	weiblich									
2.3.2.	männlich									
2.3.3.	divers									

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnfor- men der EGH	stationäre Pflege- einrichtungen	Einrichtungen außer- halb der Versorgungs- region
		I. Personen					II. Beschlüsse			
2.3.4.	o. A.									
2.4.	Hauptdiagnose									
2.4.1.	F00-F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psy- chischer Störungen)									
2.4.2.	F10-F19 (Psychische oder Verhaltensstörungen durch psycho- trope Substanzen)									
2.4.3.	F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)									
2.4.4.	F30-F39 (Affektive Störungen)									
2.4.5.	F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen)									
2.4.6.	F50-F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren)									
2.4.7.	F60-F69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen)									
2.4.8.	F70-F79 (Intelligenzstörung)									
2.4.9.	F80-F89 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend)									
2.4.10.	F99 (nicht näher bezeichnete psychische Störung)									

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion
		I. Personen					II. Beschlüsse			
2.4.11.	sonstige:									
2.4.12.	unbekannt									
2.5.	Migrationshintergrund *bitte Kategorien entsprechend hinterlegen									
2.5.1.	1									
2.5.2.	2									
2.5.3.	3									
B. freiheitsentziehende Maßnahmen										
1.1.	physische Fixierung									
1.1.1.	mit richterlicher Anordnung									
1.1.2.	zur unmittelbaren Gefahrenabwehr ohne richterliche Anordnung									
1.2.	medikamentöse Fixierung									
1.3.	Isolierung									

Datenerhebung in definierter Versorgungsregion		psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtung/en des Maßregelvollzugs	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion	psychiatrische Kliniken	besondere Wohnformen der EGH	stationäre Pflegeeinrichtungen	Einrichtungen außerhalb der Versorgungsregion
		I. Personen					II. Beschlüsse			
1.4.	Festhalten									
C. Zwangsbehandlungen										
1.1.	Zwangsbehandlung									

Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Der Bogen dient als ein Impulsgebungssystem zur Vermeidung von Zwang in einer definierten Versorgungsregion. Die aufgeführten inhaltlichen Kriterien müssen nicht allesamt erfüllt sein. Es sollen einzelne regionale gelistete Aspekte (in der gelben Aktionsspalte) gewählt werden, die anschließend im entsprechenden Handlungsplan konkretisiert werden.

Der Zusatzbogen setzt sich die Selbstreflektion von Einrichtungen/Diensten zum Ziel. Die Impulsfragen sollen unterstützen, sich mit diversen Themen zu beschäftigen, die eine grundlegende für den Klienten dienliche Atmosphäre schaffen.

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die vordringlich zu bearbeiten wären.				nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert
1. Selbstbestimmung						
1.1.	Wird die Sichtweise der Betroffenen regelhaft systematisch erkundet, festgehalten und umgesetzt?					
1.2.	Werden bei Bedarf relevante Bezugspersonen (Angehörige/r, Freunde, Bezugstherapeut/in, Peer/Genesungsbegleitende etc.) einbezogen?					
1.3.	Hat der/die Betroffene die Möglichkeit sich ggf. zu jeder Zeit (24h/7 Tagen) selbstbestimmt zu versorgen bzw. zu handeln? Wie bspw.:					
1.3.1.		- einen Tee kochen				
1.3.2.		- ein Brot machen				
1.3.3.		- selbst über Bettruhe entscheiden				
1.3.4.		- rauchen				
1.3.5.		- Ausgang/ausgehen				
1.3.6.		- Mobiltelefon nutzen				
1.3.7.		- Zugang zu PC o. ä.				
1.3.8.		- Zugang zu Wertsachen				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die vordringlich zu bearbeiten wären.

		nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
1.4.	Wird die Selbstversorgung gefördert? Werden auch Anreize geschaffen und begleitet, diese zu nutzen?				
1.5.	Bestehen Angebote der Fortbildungen/Förderangebote für Betroffene (Psychoedukation, Alltagslernen u. Ä.)?				
1.6.	Werden Menschen auch gefördert und qualifiziert in der Wahrnehmung ihrer Interessen (z. B. Patientenrat, andere Partizipationsmöglichkeiten)?				
1.7.	Bleibt ein Rückzug eines/r Betroffenen bzw. eine ansteigende Nervosität eines/r Betroffenen nicht unbeachtet?				
1.8.	Werden Genderaspekte bedacht?				
1.9.	Werden kulturelle Besonderheiten bedacht?				
1.10.	Gibt es (unabhängige) Beschwerdemöglichkeiten?				
1.10.1.	- Intern?				
1.10.2.	- Extern?				
1.10.3.	- Weiß der/die Betroffene, dass es diese Möglichkeiten gibt und wo diese zu finden sind?				
1.11.	Wenn es allgemein verbindliche Regeln für Mitarbeitende und Betroffene der Einrichtung gibt, ...				
1.11.1.	- werden diese den Betroffenen verständlich und ausreichend erläutert?				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die vordringlich zu bearbeiten wären.					
			nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert
1.11.2.		- sind diese klar formuliert?			
1.11.3.		- sind diese für die Betroffenen einsehbar?			
1.11.4.		- ist eine flexible Regelhandhabung und individuelle Gestaltung möglich?			
2. Zwischenmenschliche Beziehungen					
2.1.		Ist ein respektvoller Umgang Alltag?			
2.2.		Ist ein Konzept zu Haltungen/Ton/Kommunikation (wie z. B. das Konzept „Safewards“) bekannt und wird angewendet?			
2.3.		Gilt das Gebot der minimalen Zwangsanwendung?			
2.4.		Sind Checklisten „milderer Mittel“ bekannt und werden angewendet?			
2.5.		Haben Krisensituationen insofern Vorrang, dass in Krisen genügend Zeit eingeräumt wird (wie bspw. deeskalierende bzw. aktivierende Gespräche zu führen, auch wenn sie länger dauern)?			
2.6.		Wird anhaltend darauf geachtet, dass die handelnden Mitarbeitenden den Betroffenen ihre Handlungen ausführlich und verständlich erklären?			
2.7.		Sind die relevanten Rechte und Pflichten aller Beteiligten bekannt?			
2.8.		Gibt es Regeln zum Umgang miteinander?			

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die vordringlich zu bearbeiten wären.

		nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
2.9.	Sind diese Regeln zum Umgang miteinander bekannt?				
2.10.	Wird grundsätzlich die Intensität von Beziehungen/Bindungen der betreuenden Mitarbeitenden und den Betroffenen reflektiert? Wird bei Bedarf auch ein personeller Wechsel vorgenommen?				
2.11.	Findet eine systematische Nachbesprechung von allen Situationen mit Betroffene statt, in denen Gewalt oder Zwang angewendet wurden?				
3. Mitarbeiterunterstützung /-fortbildung					
3.1.	Verfügt die Einrichtung/der Dienst über hinreichende personelle Ressourcen, um in akut zugespitzten Situationen ausreichend Zeit von Mitarbeitenden für deeskalierende bzw. aktivierende Gespräche zur Verfügung zu stellen?				
3.2.	Erfolgt auch die Aufnahme von Betroffenen aus anderen Einrichtungen, wenn dort Belastungsgrenzen erreicht sind.				
3.3.	Werden regelmäßige systematische Nachbesprechungen wie bspw. Supervisionen im Team, die auch Gewaltsituationen aufnehmen, durchgeführt?				
3.4.	Gibt es Maßnahmen oder Pläne, die geeignet sind, dass sich die Mitarbeitenden auch in Krisen- bzw. Notfallsituationen unterstützt und sicher fühlen (bspw. durch das Tragen eines Piepers, mobiler Notruf / Krisendienst nachts)?				
3.5.	Gibt es Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeitende, bestenfalls unter Beteiligung von Betroffenen, im Bereich Zwangsvermeidung/Deeskalation/Aktivierung/Anwendung milderer Mittel?				
3.6.	Ist den Mitarbeitenden der Einrichtung/Dienste eine Hierarchisierung von Methoden bei Zwanganwendung bekannt und wird diese angewandt?				
3.7.	Gibt es verlässliche Kooperationsbeziehungen im Sinne gegenseitiger Unterstützung zwischen verschiedenen Einrichtungen?				
3.8.	Finden Besuche und Hospitationen in anderen vergleichbaren Einrichtungen statt?				

Bitte markieren Sie in der Aktionsspalte rechts außen die Aussagen, die Sie für besonders wichtig halten und die vordringlich zu bearbeiten wären.

		nicht realisiert	teilweise realisiert	realisiert	
3.9.	Finden Besuche und Hospitationen in anderen Arten von Einrichtungen/Diensten in der Region statt?				
4. Derzeitige bauliche Gegebenheiten					
4.1.	Sind die Räumlichkeiten der Einrichtung/des Dienstes ansprechend und wirken entspannend, auch in Krisensituationen (bspw. angenehme Atmosphäre generell, Prüfung der Lichtverhältnisse [Tageslicht, freundliches Kunstlicht], verträgliche Temperaturen)?				
4.2.	Gibt es in der Einrichtung grundsätzlich, auch in Krisensituationen, ausreichende räumliche Möglichkeiten des Ausweichens/Rückzugsorte?				

Handlungsplan Einrichtungen/Dienste

Der Handlungsplan ermöglicht die Konkretisierung der einzelnen Handlungsmaßnahmen, die in der Aktionsspalte im Zusatzbogen für **Einrichtungen/Dienste** identifiziert wurden.

Aktuelle **Situationsbeschreibung** der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Geplante **Ziele** bezüglich der ausgewählten Themenpunkte zur Zwangsvermeidung:

Beschreibung der **Vorgehensweise und Zuständigkeiten** zur Zielerreichung der ausgewählten Themenpunkte:

Teilprojekt 2: Einfluss von Peer-Begleitung auf die Rate von Zwangsmaßnahmen

Teilprojektleitung: Prof. Dr. Thomas Bock, Dr. Candelaria Mahlke (Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf)

Projektmitarbeitende: Sophie Müller, Cynthia Ehlers, Phelina Mielke, Kolja Heumann

1. Einleitung

Internationale Studien geben Hinweise, dass Peer-Begleiterinnen und -begleiter im Gegensatz zu traditionellen Versorgungsangeboten, besonders eigensinnige und psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreichen, schneller symmetrische vertrauensvolle Beziehungen aufbauen, Selbstwirksamkeit fördern und dadurch zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen beitragen können. In Deutschland gibt es durch gute Ausbildungsbedingungen, eindeutige Leitlinienempfehlungen und erste empirische Belege zur stationären und zur ambulanten Wirkung von Peerarbeit eine gewisse Aufbruchsstimmung. Am UKE gab es gute Voraussetzungen und inhaltliche Vorarbeiten, an denen anzuknüpfen war:

- Es gibt mehrere Generationen gut ausgebildeter Peer-Begleiterinnen und Begleiter.
- Es gibt bereits einige angelernte Peer-Forscherinnen und Forscher.
- Es gibt am UKE bereits Erfahrungen mit Peerarbeit im ambulanten und stationären Akutbereich.
- Es gibt viel Erfahrungen bei der Gestaltung trialogischer Fortbildungen, also solche, bei denen Betroffene als maßgebliche Referierende mitwirken.

Zu klären ist, auf welche Weise Peers Einfluss auf die Rate der Zwangsmaßnahmen haben können

- a) im stationären Setting z. B. durch Qualifizierung des Personals und indirekten Einfluss auf das Stationsmilieu und
- b) im ambulanten Setting z. B. durch das bessere Erreichen von Patientinnen und Patienten mit Distanz zum Behandlungssystem und erhöhtem Zwangsrisiko.

Zur Entwicklung einer Peer-gestützten Intervention zur Sensibilisierung von Mitarbeitenden von Akutstationen wurde in einem systematischen Review Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen untersucht. Da die eingesetzten Maßnahmen jedoch bisher selten unter Einbezug von Personal und Betroffenen entwickelt wurden (Stöven, 2014; Wallcraft, 2012), war es das Ziel die bestehenden Maßnahmen zu überarbeiten und neue, Nutzerinnen und Nutzer orientierte Maßnahmen zu entwickeln. Es gibt jedoch Evidenz, dass div. Peer-gestützte Maßnahmen bei der Implementierung Recovery-orientierter Versorgung helfen und Zwangsprävalenzen verringern kann. Vor allem strukturell angelegte Projekte, die auf mehreren Ebenen ansetzen, wie z. B. „No-force-first“ (Ashcraft et al., 2012) sind erfolgreich. Insgesamt zeigt sich in der betreffenden Literatur, dass ein mangelndes gegenseitiges Verständnis zwischen Personal und Patientinnen und Patienten das Potenzial hat, Eskalationen auszulösen, die in der Folge zu Zwangsmaßnahmen führen können (Tingleff et al., 2017). Auf dieser Basis wurde die am UKE seit einem Jahr vorgehaltene „Nutzerorientierte

Wissenschaftsberatung“ (EmPeeRie NoW) in Anspruch genommen, um alternative Vorgehensweisen weiter abzuwägen und auszuarbeiten. Hierbei entstand die Idee an diesem Problem anzuknüpfen und ein Schulungsprogramm zu entwickeln, welches über den Perspektivwechsel zwischen Personal und Patientinnen und Patienten die subjektive Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen sowie deren Entstehungsbedingungen beleuchtet und gleichzeitig die Mitarbeitenden mit konkreten Handlungsanweisungen für den klinischen Alltag ausstattet. Dabei sollte der gesamte Forschungsprozess partizipativ gestaltet werden, um so an das theoretische und praktische Wissen aller Akteurinnen und Akteure anzuknüpfen und einen Austausch zwischen Betroffenen und Klinikpersonal zu fördern.

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

a) Peerarbeit im stationären Bereich:

Fragestellung: Ist es möglich, in einem partizipativen Forschungsprozess mit Betroffenen und Mitarbeitenden von Akutstationen, ein empirisch gestütztes Schulungsprogramm zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen zu erstellen, das auf einem Konsens zwischen Personen die Zwangsmaßnahmen erfahren, durchführen oder juristisch bewerten beruht?

- Systematisches Literaturreview
- Expertinnen-Panels (spezifisch und gemischt)
- Entwicklung einer spezifischen Schulung mit subjektorientierten (Film-)Materialien
- Delphi-Verfahren zur partizipativen Überarbeitung und Gesamtkonzeption
- Erprobung und Evaluation der neuen Schulungskonzeption

b) Peerarbeit im ambulanten Bereich:

Fragestellung: Erreichen Peers Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung und -risiko? Welche subjektive Bedeutung hat der Austausch mit Peers für die Betroffenen?

- Feldanalyse: Expertenpanel mit N=8 ambulant tätigen Genesungsbegleiterinnen und -begleitern/Peers (SGB5) in psychiatrischen Kliniken in Hamburg
- Problemzentrierte Interviews mit Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung (N=5) Die Betroffenen wurden mit einem partizipativ erstellten Interviewleitfaden befragt. Die Interviews wurden aufgenommen und anschließend transkribiert. Es erfolgte eine qualitative Auswertung mit MaxQda
- Online-Befragung von Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung (N=75). Über einschlägige Portale und Betroffenenorganisationen wurde eine Onlinebefragung durchgeführt

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Insgesamt verlief das Teilprojekt weitgehend im Zeitplan.

a) Peerarbeit im stationären Bereich:

Basierend auf einen systematischen Review wurden die als wirksam herausgearbeiteten

Interventionen sowie die Probleme, die zu Zwangsmaßnahmen führen können in sechs Fokusgruppen mit Mitarbeitenden, Genesungsbegleitenden und Betroffenen diskutiert. Im Anschluss erfolgte die partizipative Auswertung der Fokusgruppen und Konzeption der Schulungsinhalte sowie die Erstellung mehrerer Schulungsfilme. Das Ergebnis wurde anschließend in einem Delphi-Verfahren hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit und seines Nutzens von einer unabhängigen Expertengruppe bewertet, um das gesamte Schulungsprogramm zu evaluieren und zu entscheiden welche Schulungselemente ins Schulungsprogramm aufgenommen werden.

Eine Besonderheit dieses Vorgehens war die kritische wissenschaftliche Begleitung durch eine Peerforscherin mit eigenen Zwangserfahrungen sowie die Einbindung von Menschen mit Zwangserfahrungen, Genesungsbegleitenden sowie Mitarbeitenden allen Phasen der Schulungserstellung.

Zugleich gibt es bereits eine große Nachfrage von Einrichtungen, die sich an der Pilotphase der Erprobung beteiligen wollen. Diese wird im Oktober starten und bis Ende des Jahres abgeschlossen sein.

b) Peerarbeit im ambulanten Bereich:

Alle Bestandteile des Projekts konnten gemäß dem Zeitplan abgeschlossen werden.

4. Ergebnisse

<p>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen der Einsatz von Peer-Begleitung zur Reduzierung von Zwang führt</p>	<p>a) Eine eigene Delphi-Befragung zeigt, dass unter Einsatz von Peers bei der Erstellung einer peergestützten Mitarbeitenden-schulung ein Schulungskonzept entwickelt wurde, das an den ursächlichen Faktoren von Zwangsmaßnahmen ansetzt, den Perspektiven aller Akteurinnen und Akteuren Rechnung trägt und gleichzeitig den Transfer in die Praxis ermöglicht. Dabei meldeten insbesondere die beteiligten Mitarbeitenden zurück, dass der Austausch im Rahmen des Forschungsprozesses bereits zu Reflexionsprozessen bezüglich der Notwendigkeit Zwang zu reduzieren führte.</p> <p>b) Eine eigene Pilot-Studie gibt Aufschluss, ob Peer-Begleitung auch psychiatrie-abgewandte Patientinnen und Patienten erreicht.</p>
--	---

a) **Peerarbeit im stationären Bereich:**

- In einem systematischen Literaturreview wurden Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen untersucht, welche sich auf die Kompetenzen des Klinikpersonals beziehen.
Dabei waren die effektivsten Interventionen die Steigerung der Partizipation in der Behandlung, der Einsatz von Vorsorgeinstrumenten, Deeskalationstrainings, Risikoprädiktion, Review & Feedback nach Zwangsmaßnahmen, Nachbesprechung und Krisenteams. Weiterhin zeigte sich, dass Studien, die parallel die Klinikumwelt veränderten, die besten Ergebnisse.
- Die sich aus dem Review ergebenden wirksamen Elemente wurden in sechs Expertenpanels (ca. 2h pro Sitzung) diskutiert. Teilnehmende waren Mitarbeitende von psychiatrischen Akutstationen, die selbst Zwangsmaßnahmen anordnen oder durchführen und Menschen, die selbst von Zwangsmaßnahmen betroffen waren sowie Genesungsbegleiterinnen und -begleiter. Ziel der Panels war es, diese Elemente auf eine Art und Weise für eine Mitarbeiterschulung aufzubereiten, dass sie auf eine, sowohl von den Betroffenen als auch von den Mitarbeitenden als akzeptabel und hilfreich erachtete Praxis, abzielen. Von den Expertenpanels wurden Audioaufnahmen erstellt, transkribiert und in einem aufwendigen partizipativen Verfahren qualitativ ausgewertet. Viele Diskussionsinhalte und Vorschläge der Panels gingen inhaltlich über den Rahmen der vorgeschlagenen Interventionen hinaus und identifizierten Problembereiche, die die Zwangsinzidenz direkt oder indirekt beeinflussen können. Diese zusätzlichen Inhalte wurden zu neuen Themenblöcken zusammengefasst:
 - Einführung und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen
 - Perspektivwechsel – die subjektive Seite von Zwangsmaßnahmen
 - Ankommen auf Station (Empfangskomitee)
 - Gefühle und Bedürfnisse der Mitarbeitenden
 - Augenhöhe/Respekt
 - Kontakt mit Angehörigen während des Psychiatrieaufenthalts
 - Rechtslage/MenschenrechteDabei ist das Element Perspektivwechsel als ein Kernstück der vorgeschlagenen Schulung zu verstehen. Es soll den Mitarbeitenden einerseits den Raum geben, ihre eigenen Gefühle bezüglich der Ausübung von Zwangsmaßnahmen zu reflektieren und andererseits ermöglichen, sich in die Situation der Betroffenen zu versetzen und ihnen helfen das Erleben und Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen für die Betroffenen zu verstehen und so die Veränderungsbereitschaft erhöhen.
- Anhand der Ergebnisse der Expertenpanels wurde eine Bedarfsanalyse durchgeführt, um die Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand der akutpsychiatrischen Versorgung und dem Ziel-Zustand, in dem Zwangsmaßnahmen verhindert werden können, zu identifizieren. Ein Fokus dabei lag auf den divergierenden Rollen der Mitarbeitenden und Betroffenen sowie deren Relevanz für die Entstehung von Situationen, die zu Zwangsmaßnahmen führen. Aus dieser Analyse wurden weiterhin die übergeordneten Lernziele der relevanten Themenblöcke abgeleitet und weiter differenziert. Davon ausgehend wurden die einzelnen Module konzipiert und zu einem Gesamtkonzept integriert. Über die Neukonzeption der aus dem Review abgeleiteten Interventionen Steigerung der Partizipation in der Behandlung, der Einsatz von Vorsorgeinstrumenten, Risikoprädiktion, Review &

Feedback nach Zwangsmaßnahmen und Nachbesprechung wurden 9 neue Schulungselemente entwickelt.

- Aus dem vorläufigen Schulungskonzept wurden Interviewleitfäden für die Erstellung von interviewbasiertem Filmmaterial mit authentischen Aussagen und Erfahrungen von Betroffenen und akutpsychiatrischem Personal abgeleitet. Die gefilmten Interviews wurden zu Filmdokumenten zusammengeschnitten, die während der Schulung einen Perspektivwechsel sowie eine Einfühlung in die subjektive Perspektive ermöglichen. Des Weiteren wurden zusätzliche, optional unterstützende Filmsequenzen für weitere Schulungsmodule sowie als Refresher erstellt.
- Die entwickelte Schulung wurde in einem zweistufigen Delphi-Verfahren auf Umsetzbarkeit und Nutzen geprüft. Das Delphi-Verfahren ist ein strukturierter Prozess, in dem in mehreren Befragungsrunden Informationen gesammelt und den Teilnehmenden kontrolliertes Feedback rückgekoppelt wird (Keeney, Hasson, & McKenna, 2001; Gill, Leslie, Grech, & Latour, 2013). Anders als bei gewöhnlichen Befragungen ist das Ziel des Delphi-Verfahrens einen Konsens unter den befragten Expertinnen und Experten zu erlangen und eignet sich dadurch insbesondere für Bereiche, in denen bisher wenige Forschung existiert oder die Stakeholder stark divergierende Ansichten haben (Baker et al., 2006; Graham & Milne, 2003). Insgesamt wurden 23 Expertinnen und Experten aus Deutschland und der Schweiz kontaktiert, 18 schlossen die erste Befragungsrunde ab, 16 (69,6%) die zweite. Von 23 kontaktierten Expertinnen und Experten aus Deutschland und der Schweiz schlossen 18 die erste Befragungsrunde und 16 (69,6%) die zweite Befragungsrunde ab – mit einer ausreichenden Breite an Berufsgruppen, Rollenperspektiven, Regionen usw. Das gesamte Schulungsprogramm wurde von 87,5% der Teilnehmenden als umsetzbar und von 93,7% als nützlich eingestuft und erfüllten somit das vorab definierte Konsenskriterium. Die einzelnen Schulungselemente wurden bis auf das Einführungselement (Vorstellungsrunde) und die gemeinsame Risikoeinschätzung ebenfalls mit über 80% Zustimmung hinsichtlich Umsetzbarkeit und Nutzen eingestuft. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge aus der ersten Befragungsrunde wurden in der zweiten Runde rückgekoppelt und diejenigen mit einer Zustimmung von über 80% in das Schulungsprogramm aufgenommen.
- Auf Grund der hohen Zustimmung eines Großteils der Schulungselemente wurde das Schulungsprogramm derart überarbeitet, dass es aus einem Kernmodul, bestehend aus den evidenzbasierten Interventionen, und mehreren Zusatzmodulen besteht, welche jeweils anhand der Bedürfnisse der zu schulenden Stationen ausgewählt werden und das Kernprogramm ergänzen können.
- Kooperationen für eine Pilotierung der Schulung in Deutschland und der Schweiz wurden geschlossen und eine erste Pilotierung von 3 psychiatrischen Stationen ist für Oktober-November 2019 vorgesehen.

Zusätzlich zu dem endgültigen Schulungsprogramm konnten über den Forschungsprozess folgende Erkenntnisse gewonnen werden

- Im Rahmen der Expertenpanels sowie den Diskussionen bei EmPeeRie NoW wurde deutlich, dass im Klinikalltag eine mangelnde Kommunikation zwischen Patientinnen

und Patienten und Personal stattfindet. Über den partizipativen Forschungsprozess hinweg wurde das gegenseitige Verständnis ausgebaut.

- Es konnten potenziell relevante Aspekte der Zwangsentstehung identifiziert werden, die in den evidenzbasierten Interventionsprogrammen nicht oder nicht ausreichend vorkommen. In diesem Prozess wurde deutlich, dass es großen Spielraum in der Reduktion von Zwangsmaßnahmen gibt, die sich auf diese als eskalierend wahrgenommenen Faktoren beziehen. Ein Großteil der am Prozess beteiligten Betroffenen berichteten:
 - bei ihren Psychiatrieaufenthalten vom Personal in ihren Rechten und Bedürfnissen missachtet worden zu sein.
 - von dem Problem der mit den Hierarchien der Psychiatrie einhergehenden Ungleichverteilung von Macht und Ohnmacht und den daraus resultierenden Konsequenzen im Sinne von ungerechtfertigten Zwangsmaßnahmen.
 - von mangelnder oder unklarer Kommunikation mit dem Personal sowie mangelndem Einbezug in ihre eigene Behandlungsplanung.
 - dass das Erleben von Zwangsmaßnahmen zu einer Erschütterung in das Vertrauen in das psychiatrische Hilfesystem führt und die Wahrscheinlichkeit einer zukünftigen Nutzung der Hilfestrukturen verringert.
 - dass Zwangsmaßnahmen die persönliche Recovery verlangsamen oder aufhalten können.
 - dass der Psychiatrieaufenthalt auf einer geschlossenen Station zu einem belastenden Gefühl der Freiheitseinschränkung und damit einhergehenden akuten Stressreaktionen (flight, fight, freeze) führt, wodurch einerseits die Recovery beeinträchtigt werden kann und es andererseits zu Situationen kommt, die Eskalationen und somit die Ausübung von Zwangsmaßnahmen begünstigen.
- Bezüglich der Themen illegaler/missbräuchlicher Zwang sowie informellen Zwang besteht ein dringender Forschungs- und Handlungsbedarf.
- Die befragten Mitarbeitenden (Akutstation) berichteten, dass es seit Einsatz des Wachdienstes auf Grund der leichten Verfügbarkeit zu einer Abnahme von Deeskalationsversuchen kam.

Empfehlungen zur Zwangsvermeidung, die sich aus den Expertenpanels und dem Delphi-Verfahren ableiten:

Aus- und Fortbildung:

- Es soll regelmäßige, über bestehende Deeskalationstraining hinaus gehende Schulungen für Mitarbeitende in der psychiatrischen Akutversorgung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen geben. Die Schulungen sollten die Haltung und Klinikkultur adressieren und von der Klinikleitung mitgetragen werden. Fortbildungen zur Sensibilisierung hinsichtlich der Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen sollen die subjektive Perspektive von Betroffenen und Mitarbeitenden sowie den Perspektivwechsel notwendigerweise mit einbeziehen. Hierzu sollen Peers und/oder Genesungsbegleiterinnen und -begleiter bei den Schulungen miteinbezogen werden.

- Regelmäßige Schulungen in empathischer Gesprächsführung und Krisengesprächen: Die Ausbildung von allen psychiatrisch Tätigen soll in einem intensiven Umfang Schulungen zur Gesprächsführung und Krisenmanagement adressieren (u. a. durch Rollenspiele, auch aus Patientenperspektive) Notwendige Schulungsthemen sind der Einfluss von kontextuell und interaktionellen Aspekten, informierte Entscheidungsfindung, Rechte der Patientinnen und Patienten, Vorsorgeinstrumente, geteiltes Risikomanagement, Orientierung an individuellen Genesungskonzepten, Patientenorientierte Stationsregeln und Behandlungsabläufe. Das Thema verständliche und respektvolle Kommunikation ist besonders auch in Bezug auf Menschen ohne, oder mit geringen Deutschkenntnisse oder Sprachbehinderungen zu thematisieren.
- Lehre und Forschung hinsichtlich Zwangsmaßnahmen sollen partizipativ gestaltet sein. Wissenschaftliche Projekte, in denen Betroffene und Mitarbeitende einbezogen werden, kommen zu differenzierteren Ergebnissen und ermöglichen patientenorientierte Ergebnisse, die an der klinischen Praxis ausgerichtet sind.
- Es soll besonders auf den möglicherweise traumatisierenden Charakter der angewandten Zwangsmaßnahme geachtet und Mitarbeitende dahingehend geschult werden. Es konnte gezeigt werden, dass eine Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten die Zwangsmaßnahme als traumatisierend erleben, was potentiell schädliche Konsequenzen birgt. Diese Aspekte sollen vermehrt Gegenstand zukünftiger Forschung sein.
- Die Personalbesetzung stellt einen wesentlichen Faktor in der Anwendung von Zwang dar. Schulungsmaßnahmen können nur dann vollumfänglich greifen, wenn die Personalbesetzung die Umsetzung der erlernten Strategien gewährleistet. Dies soll bei zukünftigen Verhandlungen über die Personalbesetzung von Kliniken besonders beachtet werden.
- Schulungsmaßnahmen für Mitarbeitende zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sollten informellen Zwang und seine Auswirkungen thematisieren und für dessen Anwendung im Stationsalltag sensibilisieren.
- Schulungsmaßnahmen sowie Ausbildungen für Mitarbeitende sollten auch die juristischen Hintergründe zur Anwendung von Zwang thematisieren und für die Verletzung von Patienten- und Menschenrechten im Stationsalltag und bei Anwendung von Zwangsmaßnahmen sensibilisieren.
 - Zu diesem Zweck erscheint es notwendig zunächst Rechtsklarheit über die verschiedenen Gesetze, Grund- und Menschenrechte zu schaffen. Eine klare Vermittlung der rechtlichen Situation gestaltet sich auf Grund der unterschiedlichen Geltungshierarchien schwierig.
- Die rechtliche Aufklärung muss auch den Patientinnen und Patienten auf Stationen auf denen potentiell Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden möglich und leicht zugänglich sein. Das erfordert Aufklärungsmaterialien auch in leichter Sprache und in verschiedenen Sprachen.

Peerarbeit:

- Peers sollen in den relevanten Phasen der Zwangsvermeidung beteiligt werden (Forschung, Konzeption alternativer insbesondere zwangsfreier Versorgungsangebote, Entscheidungsprozesse, Versorgung & Kontrolle). Peers erreichen auch Menschen mit Zwangserfahrung und -risiko und schaffen es auf dialogische Weise, diese Erfahrung zu thematisieren. Auch deshalb sollen sie in Klinikambulanzen (PIA) sowie erst recht in weitergehenden aufsuchenden ambulanten Bereichen (§64b, StäB) mit eigenem Profil selbstverständlich beteiligt sein.
- Peers sollen selbstverständlicher Teil der Personalplanung für Akutstationen sein (Teilprojekt 2). Das BMG sollte sicherstellen, dass es im Rahmen der Personalbemessung aufgenommen wird.

Vorsorgeinstrumente:

- Behandlungsvereinbarungen sollen Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung bzw. -risiko zum geeigneten Zeitpunkt (stationär oder ambulant) aktiv angeboten werden. Sie sollen selbstverständlicher Teil der Entlassplanung oder Behandlungsplanung einer Krankenhausbehandlung sein und der personelle Aufwand soll entsprechend berücksichtigt werden. Die Behandlungsvereinbarung sollte einen partizipativen Prozess im Sinne eines Dialogs über die gemeinsame Behandlungsplanung darstellen, um so als vertrauensbildende Maßnahme zu fungieren.
- Behandlungsvereinbarungen sollen Teil der Klinikstrategie zur Reduktion von Zwang sein und im Rahmen von Zielvereinbarungen (auf Landes-, Träger- und Institutionsebene) politisch berücksichtigt werden.
- Bei Behandlungsvereinbarungen soll im Behandlungskontext und in richterlichen Genehmigungen sichergestellt werden, dass sie in akuten Situationen bei fehlender Entscheidungsfähigkeit nicht allzu leicht als widerrufen betrachtet werden kann.
- Behandlungsvereinbarungen sollen den Patientinnen und Patienten aktiv von den Mitarbeitenden angeboten werden. Sie können mit Gesprächen zur Aufarbeitung von Zwangsmaßnahmen oder dem Erstellen von Krisenplänen verknüpft werden. Der günstige Zeitpunkt kann variieren und soll nach individuellen Bedürfnissen/Möglichkeiten festgelegt werden.
- Peers als Moderierende können die Prozessqualität und die Erarbeitung differenzierter Behandlungsstrategien in der Behandlungsvereinbarung und damit auch deren nachhaltige Wirksamkeit deutlich verbessern.
- Ist es zeitlich nicht möglich das Ausfüllen der Behandlungsvereinbarung in den Stationsablauf zu integrieren, sollten Patientenverfügungen verwendet werden.

Nachbesprechung:

- Bislang erleben viele Patientinnen und Patienten auf Grund knapper personeller

Ressourcen keine Nachbesprechung ihrer Zwangsmaßnahmen, obwohl sie sich diese gewünscht hätten. Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen der klinischen Routine in der stationären Akutbehandlung implementiert werden. Dabei sollte sie eine Möglichkeit eines ausführlichen Austauschs zwischen den betroffenen Patientinnen und Patienten und dem behandelnden Team darstellen, bei denen beide Parteien die Möglichkeit haben gleichwertig ihre Wahrnehmung der Situation zu schildern.

- Der richtige Zeitpunkt für eine Nachbesprechung variiert zwischen den Patientinnen und Patienten und sollte auf die Bedürfnisse und vor allem auf die emotionale Bereitschaft der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden.
- Die Implementierung der Nachbesprechung soll als Konzept von der Klinik- und Stationsleitung unterstützt werden, um mögliche Widerstände zu überwinden. Auf jeder Station sollte ein verantwortlicher Ansprechpartner genannt werden, der die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in der Planung, Durchführung und Dokumentation der Gespräche begleitet und unterstützt.
- Es soll ein umfassendes Nachsorgeangebot für Mitarbeitende, die mit Gewalt konfrontiert sind, vorhanden sein.

Therapeutisches Milieu/Behandlungsgestaltung:

- In jeder Phase der Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, soll der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Da Zwangsmaßnahmen von vielen Patientinnen und Patienten als sehr traumatisierend wahrgenommen werden und mit viel Angst und Unsicherheit verbunden sind, sollte während der Zwangsmaßnahme vermehrt eine therapeutische Begleitung stattfinden, um die Zwangsmaßnahme so wenig aversiv wie möglich zu gestalten.
- Die Teilnahme an Therapien soll flexibel und bedürfnisangepasst gestaltet werden. Die Erstellung des Therapieplans sowie die Festlegung der Behandlungsziele sollte gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten und mit Rücksichtnahme auf ihre individuellen Bedürfnisse erfolgen.
- Patientinnen und Patienten sollen in die Entscheidungsfindung über medikamentöse Therapien konsequent einbezogen werden. Entscheidungen diesbezüglich sollen transparent kommuniziert werden und Ablehnung von Medikation respektiert werden.
- Der Besuch von Angehörigen und Freundinnen und Freunden sollte weniger eingeschränkt und einfacher möglich sein. Viele Betroffene berichten, dass sie bei ihren Besuchen auf Akutstationen keinen oder nur sehr wenig Besuch haben durften. Um die Besuchssituation für alle Beteiligten leichter zu machen sollten Peers eingesetzt werden, die bei Bedarf zwischen den Angehörigen und den Patientinnen und Patienten vermitteln.
- Stationsregeln sollen flexibel gehandhabt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regeln soll regelmäßig unter Einbezug der Perspektive Betroffener (z. B. Peers,

Patientinnen/Patienten) reflektiert und hinterfragt werden. Ein zu starres Reglementarium kann Selbstfürsorge und individuelle Genesungswege behindern, führt zu Frustration und kann Aggression und darauffolgende Zwangsmaßnahmen potenzieren.

Zwangsvermeidende räumliche Gestaltung:

- Die räumlichen Begebenheiten der Stationen sollen überdacht werden und es soll ggf. nach möglichen Verbesserungsansätzen gesucht werden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende mehrfach betont haben, dass räumliche Enge sowie die begrenzten Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Gartenflächen und die oft kaum vorhandenen Einzelzimmer die Wahrung der Privatsphäre erschweren und einen negativen Einfluss auf das Entstehen/Entgrenzen von Aggressionen und dementsprechend auf das Risiko von Zwang haben. Es sollte nach Möglichkeit Einzelzimmer geben oder ausreichend Rückzugsorte, um den Patientinnen und Patienten Ruhe zu gewährleisten.
- Bei der Planung von räumlichen Begebenheiten sollen Betroffenenvertreter beteiligt sein.
- Ein Pflegestützpunkt sollte (wie ein Hoteltresen) offen gestaltet und in der Nähe der Eingangstür angesiedelt sein, um so weitgehend offene Türen zu ermöglichen. Insbesondere die Sichtbarkeit und Ansprechbarkeit des Personals auf Station sollte erhöht werden.

b) Peerarbeit im ambulanten Bereich:

Die *Experten-Panels* mit Peer-Begleiterinnen und -begleitern (alle in SGB 5 amb. Tätigen) zeigen:

- Genesungsbegleitenden (GB) / Peers gelingt es gut, Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung /-risiko zu erreichen.
- Das Thema Zwangserfahrung wird selbstverständlich angesprochen, steht aber nicht immer im Vordergrund

Die *problemzentrierten Interviews* mit fünf Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung bei GB / Peers verdeutlichen:

- Als spezifische Motivation, sich an GB/ Peers zu wenden, wird deren besondere Empathie für das Thema sowie die Hoffnung auf konkrete Unterstützung genannt.
- Ziel ist die Aufarbeitung der Erfahrung – verbunden mit der Hoffnung, in Zukunft Zwang zu vermeiden.
- Bei einigen Patientinnen und Patienten ist die erlebte Traumatisierung durch vorherige psychiatrische Behandlung Hauptgrund, sich spezifisch mit diesem Thema an GB / Peers zu wenden.

Bei der Online-Befragung äußern sich 75 Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung/-risiko zu ihren Erwartungen an Genesungsbegleitung / Peers-Support:

- 80% wollen Peerbegleitung in Anspruch nehmen
- Für 70% ist Peer-Support nicht verfügbar
- 70% mit dem Ziel auch Zwangserfahrung zu thematisieren
- 65% sehen einen spezifischen zusätzlichen Nutzen gegenüber etablierten Hilfen

5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

a) Die partizipative Entwicklung der Schulung war erfolgreich. Der Einbezug aller Akteurinnen und Akteure von der Problemanalyse bis zur ersten Evaluation der Schulung ermöglichte es ein Schulungsprogramm zu konzipieren, das alle beteiligten Gruppen positiv bewerten. Dieser Ansatz ist gleichzeitig die Besonderheit der vorliegenden Studie, da der gesamte Forschungsprozess partizipativ gestaltet wurde. Auch wenn viele Autorinnen und Autoren betonen, dass der Einbezug von Betroffenen hilfreich für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen ist (Fisher, 2003; Sailas & Wahlbeck, 2005; Zinkler & Kousssemou, 2014), kommt Wallcraft (2012) zu dem Schluss, dass die Zwangsthematik auf Grund der Hierarchien im Gesundheitssystem noch immer ein Hindernis für partizipative Forschung darstellt. Der partizipative Prozess wurde jedoch in der vorliegenden Studie von den Beteiligten positiv bewertet. Die Fokusgruppen und die Filmarbeiten förderten den Austausch zwischen den Betroffenen und Mitarbeitenden. Insbesondere die involvierten Mitarbeitenden meldeten zurück, dass die Mitarbeit an dem Projekt relevante Reflexionsprozesse ausgelöst habe. Dieses Potenzial sollte genutzt werden, um über die Ausbildungsinhalte hinausgehendes Erfahrungswissen zu vermitteln und für die klinische Praxis nutzbar zu machen. Die Betroffenen hingegen schätzten die Möglichkeit sich bezüglich des Themas Zwangsreduktion einbringen zu können, da ein Großteil von ihnen in der Vergangenheit Zwangsmaßnahmen erlebt hat. Auch die partizipative Auswertung der Fokusgruppen hatte einen positiven Effekt auf den gesamten Forschungsprozess. Es bildete sich sehr deutlich ab, dass die Betroffenen und Mitarbeitenden ein unterschiedliches Vokabular verwenden, wodurch ein gegenseitiges Verstehen erschwert werden kann. Diese Hürde wurde über den Auswertungsprozess hinweg immer geringer, da die Diskussion über die Inhalte der Fokusgruppen zu einem besseren Verständnis der jeweils anderen Gruppe und zur Entwicklung eines gemeinsamen Vokabulars führte. Folglich konnte die partizipative Auswertung dazu beitragen, die Perspektive der Betroffenen besser zu verstehen und somit sicherstellen, dass sie in die Schulung eingebracht wird.

Weiterhin ist anzunehmen, dass der Einbezug der Mitarbeitenden bei der Entwicklung der Schulung zu einer größeren Akzeptanz der Schulungsinhalte führt und somit den Transfer in den Stationsalltag erleichtert (Green, 2014; Unger, 2014). Das vorliegende Teilprojekt zeigt, dass bei einer Fragestellung, bei der die Meinungen der Akteurinnen und Akteure so weit auseinander liegen wie bei dem Thema Zwangsmaßnahmen und bei dem es um den Schutz der Menschenrechte der Betroffenen geht, eine partizipative Herangehensweise notwendig ist, um die ursächlichen Faktoren aus allen Perspektiven beleuchten und somit Zwangsmaßnahmen präventiv entgegenwirken zu können.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Die verantwortliche Leitung des Teilprojekts ist von einer weiblichen und einem männlichen Mitarbeitenden besetzt. Die Mitarbeitende im Projekt sind ausschließlich weiblich. Bei den Expertenpanels wurde auf eine ausgewogene Verteilung der Geschlechter geachtet. Bei der Delphi- Befragung gaben 37,5% der Expertinnen an, weiblich zu sein.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Ehlers (2019, November). Eine peergestützte Mitarbeiterschulung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen – entwickelt mit Betroffenen und Mitarbeitern. Paper presented at Jahrestagung DGPPN 2019, Berlin, Deutschland.

Müller (2019, November). Pilotstudie zu einer co-produzierten, peergestützten Mitarbeiterschulung zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at Jahrestagung DGPPN 2019, Berlin, Deutschland.

Mahlke, C., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., Bock, T. (2018, September). Peergestützte Mitarbeiter*innenschulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at 18. DGBS Jahrestagung, Hamburg, Germany.

Mahlke, C., Wieser, M., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., & Bock, T. (2018, September). Unterstützte Entscheidungsfindung für Menschen mit Psychosen und Psychiatrieerfahrung. Paper presented at Betreuungsgerichtstag, Erkner, Germany.

Mahlke, C., Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., & Bock, T. (2018, November). Peergestützte Mitarbeiter*innenschulung zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Paper presented at the annual DGPPN congress, Berlin, Deutschland.

Jäger, M. & Mahlke, C. (2019, April). Assistierte Entscheidungsfindung – wie funktioniert das in der Akutpsychiatrie? Paper presented at the Forum Akutpsychiatrie, Berlin, Germany.

8. Verwertung der Projektergebnisse

Es haben sich keine Änderungen für die Planung der Verwertung und Verbreitung der Projektergebnisse des Teilprojekts ergeben. Gemeinsam mit den anderen Projektpartnern wurde die Erstellung gemeinsamer Empfehlungen für Alternativen/mildere Maßnahmen vereinbart. Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sind noch in der Vorbereitung. Geplante Veröffentlichungen:

- Ehlers, C., Heumann, K., Lincoln, T., Mahlke, C., & Bock, T. (2019). Systematic review on the reduction of involuntary treatment in acute psychiatric care. Manuscript in preparation.
- Ehlers, C., Müller, S., Heumann, K., Lincoln, T., Mahlke, C., & Bock, T. (2019). Delphi procedure on a training for mental health workers to reduce involuntary treatment and violence in acute care. Manuscript in preparation.
- Mahlke, C., Ehlers, C., Jaeger, M., Heumann, K., Müller, S., Lincoln, T., & Bock, T. (2020) Pilot study on a training for mental health worker to reduce involuntary treatment and violence in acute care. Manuscript in preparation.

Zusatzprojekte „Illegaler Zwang“

In der Zusammenarbeit von UKE (ZVP) und Tilman Steiner (ZIPHER) wurde versucht, Psychoseminare als Fokusgruppen zu nutzen, um erste Erfahrungen mit dem Thema „Illegaler und missbräuchlicher Zwang“ zu machen. Bisher konnten zwei Seminare genutzt werden; weitere folgen. Neben der qualitativen Datenerhebung sollten Fragebögen der Bestandsaufnahme dienen; diese müssen noch weiter spezifiziert werden. Angestrebt wird ein Einsatz beim Treffen der Psychoseminare im November 2019 in Köln.

Die qualitative Bestandsaufnahme fokussiert auf diese Ereignisse:

- Erfahrene: z. B. erzwungene Medikamenteneinnahme, Bestrafungscharakter, empfundene Demütigung
- Angehörige: körperliche Verletzungen durch Sicherheitsdienst, Fixierung zur Bestrafung, Missbrauch von Macht, entwertende Kommunikation (auch zu Ang.), Vorenthalten von Information, Zwang in Folge von Fehl-Entscheidung/ Nicht-Kommunikation
- Profis: Fixierung als Sanktion, Bestrafung von Non-compliance, Gruppendruck zur Durchführung von Fixierung / Zwangsmedikation

Trialogische Auswertung:

- Erfahrene: z. B. erzwungene Medikamenteneinnahme, Bestrafungscharakter, empfundene Demütigung
- Angehörige: körperliche Verletzungen durch Sicherheitsdienst, Fixierung zur Bestrafung, Missbrauch von Macht, entwertende Kommunikation (auch gg. Angehörigen), Vorenthalten von Information, Zwang in Folge von Fehl-Entscheidung/ Nicht-Kommunikation
- Mitarbeitende: Fixierung als Sanktion, Bestrafung von Non-compliance, Gruppendruck zur Durchführung von Fixierung / Zwangsmedikation

Situative Auswertung:

- Klinischer Akutbereich: Machtmissbrauch mit Verweis auf Stationsregeln. Angehörige trotz Chance der Deeskalation ausgeschlossen
- Geschlossener Heimbereich: Willkürliche Zimmerkontrolle, Entsorgung von Eigentum, Drohung mit Rauswurf, Angehörige wg. Monieren von Missständen schikaniert

Empfehlungen/Ausblick:

- Zum Bereich des missbräuchlichen Zwangs (Zwangsmaßnahmen, die nicht durch gesetzliche Bestimmungen gedeckt sind) bedarf es grundsätzlicher Aufmerksamkeit und weiterer wissenschaftlicher Erhebungen.
- Es soll auf alle Dimensionen der Anwendung von Zwang auf den Stationen geachtet werden, zu denen jegliche Formen von Druck und Beeinflussung gehören. Jede Art von „informellem“ Zwang trägt zu einem ausgeprägten „Zwangsklima“ auf einer Station bei, dass sich ebenso wie Zwangsmaßnahmen negativ auf das Erleben der Patienten auswirkt.

- Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher*, 14(1), 59–70. <https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- Fisher, W. A. (2003). Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 7–15.
- Gill, F. J., Leslie, G. D., Grech, C., & Latour, J. M. (2013). Using a web-based survey tool to undertake a Delphi study: application for nurse education research. *Nurse Education Today*, 33(11), 1322–1328. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.016>
- Graham, L. F., & Milne, D. L. (2003). Developing basic training programmes: a case study illustration using the Delphi method in clinical psychology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(1), 55–63. <https://doi.org/10.1002/cpp.353>
- Green, L. W. (2008). Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence. *Family Practice*, 25, 20–24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 195–200. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)
- Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 555–559. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000179497.46182.6f>
- Stöven, L., M. (2014). EThiKZ – Ein Evidenzbasiertes Trainingsprogramm für Klinikpersonal zur Prävention und Reduktion psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. (Nicht veröffentlichte Masterarbeit). Universität Hamburg, Deutschland.
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Unger, H. von. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wallcraft, J. (2012). What has been learned from joint working between mental health professionals, patients and users of psychiatric services, their families and friends? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 317–321. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835462d0>
- Zinkler, M., & Kousse mou, J.-M. (2014). Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht. *Recht Und Psychiatrie*, 32(1), 142– 147.

Teilprojekt 3: Einfluss von Behandlungsvereinbarungen auf die Rate von Zwangsmaßnahmen

Teilprojektleitung: Prof. Dr. Thomas Bock, Dr. Candelaria Mahlke (Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorf)

Kooperation: Prof. Sebastian von Peter (Rüdersdorf), Prof. Georg Juckel (Bochum) u. a.

Beteiligung: René Uhlig, Gwen Schulz, Christine Botros, Hannes Muck, nutzerorientierte Wissenschaftsberatung NoW

1. Einleitung

Bei Behandlungsvereinbarung (BV) handelt es sich um ein konsensbasiertes Instrument für Betroffene und Behandelnde. Ihr Abschluss bedarf eines Prozesses der beiderseitig unterstützten Entscheidungsfindung und zielt auf mehr Selbstbestimmung und Kontrollgewinn bei Patientinnen und Patienten, die Verbesserung der therapeutischen Beziehung sowie auf die bessere Integration verschiedener Versorgungselemente (Borbé u. a. 2009; Nicaise u. a. 2013). Die Behandlungsvereinbarung entstand im Kontext von Trialog und Selbsthilfe und findet bereits seit den 1990er-Jahren in Deutschland Anwendung (Hildebrandt & Dietz 1998). Sie ist ein Instrument des partizipativen Langzeitmanagements psychiatrischer Behandlung, vor allem für Betroffene von psychotischen und schweren affektiven Störungen, die bei schwereren Verläufen mit Phasen der Einwilligungsunfähigkeit, mit wiederholter ggf. unfreiwilliger stationärer Versorgung und ggf. mit anderen Maßnahmen gegen den Patientenwillen verbunden sein können (Radenbach, Falkai, Weber- Reich & Simon, 2014). Zu den wesentlichen Zielen der Behandlungsvereinbarung nennen Borbé, Jaeger und Steinert (2009) folgende Aspekte: die Förderung der Patientenautonomie im Sinne des Empowerments, die Reduzierung von Maßnahmen gegen den Patientenwillen und die Verbesserung von Kommunikation, therapeutischem Bündnis und Behandlungskontinuität und die Reduzierung von Drehtüreffekten.

So forderte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2011), die verbindliche Verankerung der BV in der Gesetzgebung zu Patientenrechten. Im Einklang damit empfiehlt die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in Ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung (2013) ein Regelangebot von BV als wirkungsvolle Maßnahme zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und zum Schutz der Patientenrechte im Allgemeinen. Die BV ist als vorsorgliche Willensbekundung ein Weg der Umsetzung des Gebots der Selbstbestimmungsmöglichkeit von Patientinnen und Patienten und so Teil eines grundlegenden institutionellen Wandels.

Eine Behandlungsvereinbarung kann bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Patientin oder dem Patienten in dieser verletzlichen, hilflosen Situation eine »Stimme« geben und zu einer faireren, würde- und respektvollen Behandlung beitragen (Watson & Angell 2007). Ziel von Behandlungsvereinbarungen ist in stabilen Zeiten gemeinsame Verabredungen für den Umgang mit Krisen zu treffen, um so rechtzeitige und flexiblere Hilfen einzuleiten und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Psychiatrische Vorsorgedokumente sind in ihrer Effektivität noch nicht hinreichend beforscht. Im Fokus der Studien standen Verbesserungen bzgl. Wiederaufnahme, bzgl. unfreiwilliger Aufnahme, bzgl. kumulierter Aufenthaltsdauer, bzgl. Anwendung von Zwang und bzgl. der Zufriedenheit mit der Versorgung insgesamt. Papageorgiou, King, Janmohamed, Davidson und Dawson (2002) fanden in einem ersten RCT mit 156 stationären Patientinnen und Patienten keine derartige Verbesserung durch AD innerhalb eines Jahres. Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit 160 Patientinnen und Patienten über 15 Monate (Henderson et al., 2004) findet signifikant reduzierte Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen bei Vorliegen einer Behandlungsvereinbarung, wobei in der Interventions- Gruppe zusätzlich stets Vertrauenspersonen der Patientin oder des Patienten einbezogen worden waren. Die Reduzierung der Anzahl der Klinikaufenthalte zeigte sich nicht. Rittmannsberger und Lindner (2006) konnten an 19 Linzer Betroffenen in einem Spiegelbilddesign, welches im Schnitt die 33,5 Monate vor und nach Abschluss einer BV verglich, den Rückgang freiwilliger und unfreiwilliger Aufnahmen zeigen. Hinsichtlich der Reduzierung der Aufenthaltsdauer gelang ihnen dies jedoch nicht.

Für mit einer Begleitmaßnahme unterstützt formulierte Behandlungsvereinbarung findet eine RCT- Studie von Swanson, Swartz, Elbogen et al. (2006) mit 469 Teilnehmern im 1-Monats-Follow-up eine verbesserte therapeutische Beziehung und verbesserte Behandlungszufriedenheit gegenüber Nichtteilnehmenden. Für das 6-, 12- und 24-Monats-Follow-up wurden die Teilnehmenden der Begleitmaßnahme zusätzlich hinsichtlich des Abschlusserfolges (bei 61% der Teilnehmenden) geteilt und durch Einbeziehung eines Propensity Score auf der Basis relevanter zum Erfolg kovariater Größen vergleichbar gemacht. Die damit erfolgte Untersuchung der Langzeitwirkung von Behandlungsvereinbarung zeigte weniger Zwangsmaßnahmen und eine somit verbesserte Autonomie und Selbstbestimmung bei den Teilnehmenden, denen es gelungen war, eine Behandlungsvereinbarung zu erstellen (Swanson et al., 2008).

Khazaal, Chatton, Pasandin, Zullino und Preisig (2009) verglichen in einem retrospektiven Spiegelbilddesign die zwei Jahre vor und nach einer kognitiv-behavioralen Intervention für 18 bipolare Betroffene u. a. mit dem Inhalt, eine Behandlungsvereinbarung zu verfassen. Sie fanden eine anschließend reduzierte Anzahl von Klinikaufhalten, von unfreiwilligen Aufnahmen und von stationär verbrachten Tagen. Eine randomisierte Studie im Kontext des britischen multizentrischen CRIMSON Projektes (CRisis plan IMPact: Subjective and Objective coercion and eNgagement; Thornicroft et al., 2013) mit 560 Teilnehmenden konnte keinen konkreten Nutzen hinsichtlich der Vermeidung von Zwang und der Reduzierung von Klinikaufhalten durch Behandlungsvereinbarung zeigen. Allerdings kritisieren die Autoren an anderer Stelle, die in den beteiligten Teams verbreitet zum Formalismus deformierte Handhabung von Vorausplanung für den Krisenfall (Henderson et al., 2015). Eine niederländische randomisiert-kontrollierte Studie mit 212 von Psychose oder bipolarer Störung Betroffenen (Ruchlewska et al., 2014) verglich Gruppen mit entweder unter Peer-Begleitung oder mit Hilfe einer Pflegekraft entstandenen rechtlich nicht bindenden BV-ähnlichen Dokumenten zur Krisenprävention und -bewältigung sowie eine Kontrollgruppe ohne Dokument im 18-Monats-Follow-up. Die Autoren fanden jedoch keine Auswirkung der beiden Formen von Vorsorgedokument auf die Anzahl freiwilliger oder unfreiwilliger Aufnahmen. Lediglich für eine Untergruppe unfreiwilliger Aufnahme, den gerichtlich angeordneten Einweisungen, zeigt sich bei den Behandlungsgruppen eine signifikante Reduzierung gegenüber der Kontrollgruppe.

Zur Wirkungsweise von grundsätzlich auf dem Patientenwillen beruhenden, jedoch bilateral

vereinbarten Vorsorgedokumenten gehen Swanson et al. (2008), vor allem im Hinblick auf die angestrebte Reduzierung von Zwang, von folgenden vier Mechanismen aus:

1. Die Erfahrung des Dokumentierens von Präferenzen bzgl. künftiger Behandlung stärkte die Motivation und Einbindung in die Behandlung, womit sich u. U. Rückfälle reduzieren ließen, die ggf. zur Anwendung von Zwang geführt hätten.
2. Vorbereitung und Diskussion der Regelungen als sozial-interaktiver Prozess zwischen Patientin oder Patient und Behandelnde können das therapeutische Bündnis verbessern (Swanson, Swartz, Ferron, et al., 2006). Neben dem Beziehungsaspekt zeigte sich die stärkere Beurteilung der Versorgung als bedürfnisgerecht sowie das verbesserte Vertrauen der Patientinnen und Patienten, dass der so mit den Präferenzen vertraut gewordene Behandelnde sich im Krisenfall für die Patientin oder den Patienten einsetze und unerwünschte Behandlungsformen vermeiden helfe.
3. Der ggf. im Dokument benannte bevollmächtigt stellvertretend Entscheidende, die ggf. vorsorgliche Einwilligung in präferierte künftige Behandlungsformen, wie z. B. spezifische Medikamente oder Klinikunterbringung überhaupt, aber auch konkrete Verfahrenshinweise für das Personal können helfen, Zwangsmaßnahmen zur Durchsetzung von abgelehnten Behandlungsformen zu vermeiden (Swanson, Swartz, Elbogen, et al., 2006).
4. Hinweise zu Kommunikation, Krankheitsverlauf und zu in der Vergangenheit wirksamen Therapiemaßnahmen können den Behandelnden und auch, wenn rechtzeitig z. B. von Angehörigen beigebracht, den Ordnungsbehörden helfen, unangemessene Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Das Dokument könne zudem die in einer akuten Krise eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit ersetzen und der Patientin oder dem Patienten in dieser verletzlichen, hilflosen Situation eine „Stimme“ geben, was zu einer faireren Behandlung beitrüge. Die so erhöhte Chance auf eine würde- und respektvolle Behandlung trüge rückwirkend positiv zur Kooperationsbereitschaft in solchen Situationen bei (Watson & Angell, 2007).

Bei dieser Studie handelt es sich um einen RCT mit angeschlossener qualitativer Prozessevaluation, in dem folgende Forschungsfragen beantwortet werden sollen:

Kann durch den Einsatz der Behandlungsvereinbarung gg. einem Krisenpass in der psychiatrischen Regelversorgung eine Reduzierung der unfreiwillig stationär verbrachten Tage (Unterbringung) erreicht werden? (primäre Fragestellung). Das Auftreten anderer Zwangsergebnisse (Zwangsmedikation, Fixierung, Isolation) in Folgeaufenthalten reduziert werden?

2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Hamburger Klinik hat im Kontext dieser Studie gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern Behandlungsvereinbarungen im Akutbereich systematisch im ambulanten und stationären Akutbereich eingeführt und in drei Schritten ausgewertet: Zunächst ging es in einer Pilotstudie um die Wirkung des Vertragsschlusses, dann um die Gültigkeit der Vereinbarungen in Krisen sowie um die langfristige Wirkung auf die Rate der Zwangsmaßnahmen, im Verlauf dann auch um begünstigenden und erschwerenden Faktoren bei der Implementierung.

Fragestellungen

- Werden mit Behandlungsvereinbarungen auch Patientinnen und Patienten mit Zwangserfahrung erreicht?
- Haben Behandlungsvereinbarungen im Vergleich mit Krisenpässen eine größere subjektiven Bedeutung und eine bessere Wirkung auf die Zwangserfahrung (Anzahl der Tage unter Zwang)?
- Welche Faktoren begünstigen oder erschweren die Implementierung?

Methodik

a) Pilotstudie zur Wirkung des Vertragsabschlusses:

Es handelte sich hier um eine qualitative Interview Studie. Es wurden mit Teilnehmenden, die eine BV abgeschlossen hatten Leitfaden gestützte, problemzentrierte Interviews geführt. Zunächst wurde der Leitfaden in einem Betroffenenengremium (EmPeeRie NoW: Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) entwickelt und diskutiert. Zusätzlich wurde ein Log-Buch während der Pilotphase zu Hemmnissen des Abschlusses von Behandlungsvereinbarungen auf Seiten der Mitarbeitenden gesammelt.

Ablauf:

Vor Beginn des Gesprächs mit den Probandinnen und Probanden wurde über den Datenschutz und die Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt und eine Einwilligungserklärung unterzeichnet. Ebenfalls hat sich der oder die Interviewende vorgestellt und über die Studie sowie den weiteren Ablauf informiert. Zur Erleichterung der Auswertung der Interviews wurden die Unterhaltungen mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend durch den/die Interviewer transkribiert.

Eingeleitet wird in dem Leitfragenkatalog mit Fragen zu dem Empfinden nach dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung in Bezug zum Prozess der Genesung. Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem Klinikumfeld. Darin geht es vorrangig um die Versorgung und das therapeutische Bündnis. Die folgenden Fragen spezifizieren sich auf den Bereich der Maßnahmen gegen den Willen. Das Interview wird mit Fragen zu der Bewertung der Behandlungsvereinbarung im Allgemeinen abgeschlossen mit einer Möglichkeit zu Anmerkungen seitens des Interviewpartners.

Datenanalyse:

Für die Aufbereitung der Tonaufnahmen wurde eine wörtliche Transkription gewählt. Bei der Transkription wurden vereinzelt Satzbaufehler behoben und bei Schwierigkeiten, aufgrund der wechselnden Qualität der Audiospur, Passagen sinnhaft wiedergegeben. Die Inhaltsanalyse nach Mayring und Codierung der Interviews wurde mithilfe der Software MAXQDA® durchgeführt.

b) Hauptstudie:

Randomisiert kontrollierte, prospektiv, konfirmatorische multicenter Studie bzgl. der Reduktion von Tagen unter Zwang. Es handelt sich um eine Effectiveness Studie, zur Überlegenheitsprüfung von Nutzen und Risiko der Intervention Behandlungsvereinbarung (BV) unter Alltagsbedingungen im Vergleich zu Kontrollintervention Krisenpass (KP).

Die Studie wird innerhalb der regulären psychiatrischen stationären Versorgung und ggf. auch in der ambulanten Versorgung der Psychiatrischen Institutsambulanz an der jeweiligen

Klinik durchgeführt.

Messinstrumente:

Zwangsergebnisse: Routedaten liegen nach Entlassung oder Verlegung zum nächsten Quartalsabschluss je Fall (Aufenthalt einer Person) vor: Anzahl Ereignis/Minuten Fixierung; Anzahl Ereignis/Minuten Isolation, Anzahl Zwangsmedikationen 0/1/>1; Zur Stichprobenbeschreibung wird zur Einschätzung des Schweregrades die Brief Psychiatric Rating Scale² (BPRS), Global Assessment of Functioning³ (GAF) Globales Funktionsniveau und die [Clinical Global Impression Scale](#)⁴ (CGI) eingesetzt.

¹Høyer et al., 2002; Iversen, Høyer, Sexton, & Grønli, 2002; Kjellin & Wallsten, 2010

² Overall & Gorham, 1976

³ Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003

⁴ Guy, 1976

Studienteilnehmende:

Die Studienteilnehmenden rekrutieren sich aus den regulär stationär oder ambulant psychiatrisch versorgten Patientinnen und Patienten der beteiligten Kliniken und Polikliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Das Angebot Behandlungsvereinbarungen richtet sich an volljährige psychiatrisch versorgte Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und schweren bzw. chronischen Verläufen mit z. B. wiederholten Klinikaufenthalten, unfreiwilliger Unterbringung oder Maßnahmen gegen den Willen. Als Teil des Entlassungsmanagements beginnt die Intervention bereits im Rahmen der stationären Routinebehandlung innerhalb eines ggf. unfreiwilligen Stationsaufenthaltes oder im Rahmen der ambulanten Versorgung.

Einschlusskriterien:

1. Lebensjahre >18 Jahre, keine Obergrenze
2. Primärdiagnose aus ICD-10 Hauptgruppen F20-29 oder F30-39
3. reguläre Sektor-Patientin/ regulärer Sektor-Patient mit Wohnsitz im Versorgungsgebiet der Klinik

oder Wiederkehrer (gegenwärtig mindestens 2. stationärer Klinikaufenthalt in Klinik)

oder gegenwärtige Versorgung in einer psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik

4. mindestens ein psychiatrischer stationärer Aufenthalt innerhalb der letzten 24 Monate auch in anderer Klinik **oder** Zwang bei einem Aufenthalt in der Vergangenheit (Unterbringung, Fixierung, Isolation, Zwangsmedikation) auch in anderer Klinik

Ausschlusskriterien:

1. unzureichende kognitive Kapazität zur Teilnahme nach klinischer Einschätzung
2. unzureichendes Verständnis der deutschen Sprache
3. voraussichtliche Langzeitunterbringung oder Verlegung in Forensik
4. im Vordergrund stehende somatische oder hirnorganische Erkrankung (z. B. fortgeschrittene Demenz, mittelgradige Intelligenzminderung) oder im Vordergrund stehende Substanzabhängigkeit
5. wenn gegenwärtig stationärer Aufenthalt, dann weniger als 3 Tage

Übersicht des Studienablaufs je Teilnehmende

Konsequente Prüfung der Eignung

- Zeitpunkt: stationär: frühestens ab dem 3. Tag nach Aufnahme; ambulant: beim nächsten regulären Behandlungs- oder Gesprächstermin
- Aufklärung, Erläuterung der Angebote BV und Krisenpass
- Prüfung der Ein-/Ausschluss-Kriterien
- Einverständniserklärung des Teilnehmenden
- psychopathologischen Basisdiagnostik (GAF, BPRS, CGI)

Randomisierung erfolgt durch einen an Rekrutierung und Intervention nicht beteiligten Mitarbeitenden nach Einverständniserklärung des Teilnehmenden. Die Blocklisten zur Zufallszuweisung wird mit Hilfe von SAS, Version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC) durch das Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie im Zentrum für Experimentelle Medizin des UKE erzeugt.

Genesungsbegleitende:

Wenn es am Standort Genesungsbegleitende gibt, sollte ihre Moderation der Erstellung der BV systematisch angeboten werden.

Intervention: Behandlungsvereinbarung:

Abschluss einer BV mit der verantwortlichen Bezugsperson. Jedem Teilnehmenden werden aktiv Gesprächstermine mit einer von der Behandlungssituation unabhängigen Person zur inhaltlichen Vorbereitung der BV angeboten (z. B. im UKE Hamburg: Peer-Beraterinnen und Berater/ Genesungs- begleitende). Wenn sich die oder der Teilnehmende *in stationärer Versorgung* befindet, erfolgt der Abschluss der BV nach Möglichkeit vor Aufenthaltsende. Andernfalls wird der Abschluss in ambulanter Nachsorge unter Beteiligung der betreffenden Station nachgeholt. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in ambulanter Versorgung* befindet, erfolgt der Abschluss der BV in ambulanter Nachsorge unter Beteiligung der versorgenden Ambulanzmitarbeitenden.

Kontrollbedingung: Krisenpass

(KP) Verantwortlich für die Durchführung:

verantwortliche Behandelnde (Arzt/Ärztin) oder Bezugsperson. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in stationärer Versorgung* befindet, wird im Rahmen des Entlassungsmanagements am Ende der stationären Behandlung ein KP ausgehändigt. Dieser enthält Kontaktadressen, die aktuelle Medikation, Informationen zu ggf. bestehenden Vorsorgedokumenten und zu Behandlungspräferenzen. Informationen zu guten und schlechten Erfahrungen mit Medikamenten im Krisenfall werden durch die Unterschrift eines Arztes/Ärztin bekräftigt. Wenn sich die oder der Teilnehmende *in ambulanter Versorgung* befindet, wird ein KP im Rahmen des nächsten Behandlungs- oder Gesprächstermins ausgefüllt und ausgehändigt.

Primäre und sekundäre Endpunkte

Endpunkte / Erhebungsform	Operationalisierung / Instrument
Hauptzielkriterium „Tage in Unterbringung“ (days of detention)	<ul style="list-style-type: none">• Routinedaten und Auskunft der Teilnehmenden• Tage unfreiwillig in stationärem Aufenthalt verbracht• Datenquellen: KIS, Teilnehmendenbefragung zu Unterbringung andernorts
Nebenzielkriterium „Zwangsergebnisse“	<ul style="list-style-type: none">• Routinedaten und Auskunft der Teilnehmenden• Anzahl / Dauer / Form im stationären Aufenthalt erlebte Zwangsergebnisse (Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation)• Datenquellen: KIS, Teilnehmendenbefragung zu Zwangserleben andernorts

Verblindung:

Die Studie erfolgt unverblindet (Open-label-Studie). Teilnehmende und die Intervention koordinierende und durchführende Personen sind sich notwendigerweise jederzeit der Gruppenzuordnung des/der Teilnehmenden bewusst.

Statistische Methoden:

Die Datenauswertung erfolgt mit SPSS, Version 20 (IBM Corp., Armonk, NY) und SAS, Version 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC). Für das primäre Zielkriterium des RCT wird eine Intention-to-treat-Analyse mit einer zero-inflated negativen binomialen Regression berechnet. Dabei wird die Gruppenvariable (BV vs. KP) als fester Effekt und der Messwert der Baseline-Erhebung als Kovariate ins Modell aufgenommen. Um den Effekt einer tatsächlich durchgeführten Intervention zu untersuchen, wird zusätzlich eine Per-protocol-Analyse durchgeführt. Zusätzlich werden die Modelle in einer Sensitivitätsanalyse um die Variablen Diagnose, Zentrum, Alter und Geschlecht ergänzt. Für die sekundären Zielgrößen des RCT wird dieses Vorgehen gleichermaßen angewendet. Sozio-demographische Daten werden deskriptiv für das gesamte Kollektiv und pro Gruppe dargestellt. Das Fehler 1. Art wurde auf 5% (zweiseitige Hypothesen) festgelegt. Alle Ergebnisse werden mittels adjustierter Schätzer und der dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle tabellarisch dargestellt.

Prozessevaluation:

Qualitative Interviews mit Patientinnen und Patienten bzgl. der Relevanz der BV in erneuten Krise. Es wurden mit Teilnehmenden des RCT, die eine BV abgeschlossen hatten Leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Patientinnen und Patienten geführt. Zunächst wurde der Leitfaden in einem Betroffenenforum (EmPeeRie NoW: Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung) entwickelt und diskutiert.

Vor Beginn des Gesprächs mit den Probandinnen und Probanden wurde über den Datenschutz und die Vertraulichkeit der Daten aufgeklärt und eine Einwilligungserklärung unterzeichnet. Ebenfalls hat sich der oder die Interviewende vorgestellt und über die Studie sowie den weiteren Ablauf informiert. Zur Erleichterung der Auswertung der Interviews wurden die Unterhaltungen mit einem Tonaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend durch den Interviewer transkribiert. Eingeleitet wird in dem Leitfragenkatalog mit Fragen zu dem Empfinden nach dem Abschluss der Behandlungsvereinbarung in Bezug zum Prozess der Genesung. Der nächste Abschnitt befasst sich mit dem Klinikumfeld. Darin geht es vorrangig um die Versorgung und das therapeutische Bündnis.

Die folgenden Fragen spezifizieren sich auf den Bereich der Maßnahmen gegen den Willen. Das Interview wird mit Fragen zu der Bewertung der Behandlungsvereinbarung im Allgemeinen abgeschlossen mit einer Möglichkeit zu Anmerkungen seitens der Interviewpartnerin oder des Interviewpartners.

Datenanalyse:

Für die Aufbereitung der Tonaufnahmen wurde eine wörtliche Transkription gewählt. Bei der Transkription wurden vereinzelt Satzbaufehler behoben und bei Schwierigkeiten, aufgrund der wechselnden Qualität der Audiospur, Passagen sinnhaft wiedergegeben. Die Inhaltsanalyse nach Mayring und Codierung der Interviews wurde mithilfe der Software MAXQDA® durchgeführt.

Quantitative Online-Befragung von Mitarbeitenden zu den Bedingungen der Implementierung

Diesen Zweck – bestehende Durchführungshindernisse abzubilden – verfolgt die zusätzliche Studie, die in Form einer Mitarbeitendenbefragung anhand der bisher theoretisch wie auch – in der gleichen Population (Log-Buch Pilotstudie) – empirisch sich zeigenden Hindernisse nun die konkret in den beteiligten Abteilungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie vorliegenden Hinderungsgründe in einer angestrebten Vollerhebung systematisch erhebt und vergleicht.

Darüber hinaus werden die angegebenen Hinderungsgründe und das Ausmaß ihres Vorhandenseins in Zusammenhang gebracht mit nicht nur demographischen Daten (z. B. Berufsgruppe, Wochenarbeitsstunden, Anzahl Bezüge etc.), sondern auch mit der Anzahl bisher bearbeiteter und/oder abgeschlossener Behandlungsvereinbarungen/Krisenpässe.

Ein letzter Aspekt der vorliegenden Studie prüft die zu erwartende Motivation und Intention zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen anhand der *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991). Es werden die Valenz und Wahrscheinlichkeit der drei wichtigsten Wirkkomplexe nach Nicaise, Lorant und Dubois (2013) bewertet.

Ablauf:

Dazu wurde UNIPARK & QuestBack© eine quantitative online Befragung der Mitarbeitenden durchgeführt. Die Mitarbeitenden wurden per Emailverteiler kontaktiert. Ein Reminder wurde nach zwei und nach vier Wochen nach der ersten Aufforderung verschickt.

Datenanalyse:

Es wurde eine Korrelationsstudie mit exploratorischer Faktorenanalyse durchgeführt, um die Vielzahl möglicher korrelierenden, manifesten Variablen auf einen kleinen Satz latenter Variablen (Faktoren) zu reduzieren, die einen möglichst großen Teil der Varianz der Ausgangsvariablen aufklären. Die Datenauswertung erfolgte mit R.

3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

- Die Pilotstudie ist abgeschlossen (Uhlig, 2017).
- Die Rekrutierung von Studienteilnehmenden des RCT ist abgeschlossen.
- Der Katamnese - Zeitraum ist 12/2019 abgeschlossen.

- Quantitative Datenanalyse voraussichtlich 02/2020 abgeschlossen.
- Abschließende Aussagen zur Wirkung der Behandlungsvereinbarung auf die Tage unter Zwang sind voraussichtlich Anfang 2020 möglich.
- Die quantitative und qualitative Prozessevaluation der Patientinnen und Patienten / Mitarbeitenden ist abgeschlossen.

Erreichbarkeit der Vorhabensziele:

Die Ziele des Teilprojekts wurden mit Einschränkungen erreicht. Die geplante Stichprobengröße der randomisiert kontrollierten Studie konnte im Zeitrahmen alleine nicht erreicht werden. Der Rekrutierungszeitraum wurde deshalb verlängert und zunächst ein weiterer Kooperationspartner mit dem Klinikum Rüdersdorf hinzugewonnen. Mit fünf Kliniken aus NRW im Forschungsverbund mit der Universitätsklinik Bochum (Prof. Juckel) konnte eine Kooperation mit der Chance einer gemeinsamen Auswertung von zwangserfahrenen Patientinnen und Patienten vereinbart werden. In der Hauptstudie konnten gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern ca. 300 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden. Das Gesamtziel von 374 wurde damit knapp verfehlt; relevante Aussagen werden trotzdem möglich sein.

Die abschließende quantitative Analyse gemeinsam mit den Kooperationspartnerinnen und Partnern wird noch bis Anfang 2020 dauern.

Aufgrund der besonderen Schwierigkeiten bei der Datenerhebung wurden die Anstrengungen bei der Prozessevaluation intensiviert – die qualitativen Interviews einer Auswahl der Teilnehmenden, wurde durch eine Online Mitarbeitendenbefragung am Standort UKE zu den Hindernissen bei Rekrutierung und Implementierung ergänzt. Da nicht nur zu Gunsten der vorliegenden Studie, sondern und vor allem auch zur perspektivisch flächendeckenden Einführung von Behandlungsvereinbarungen die Mitwirkung der Bezugspersonen essenziell ist, war es notwendig, ein genaueres Bild der anscheinend bestehenden Durchführungshindernisse zu bekommen, so dass entsprechende Gegenmaßnahmen empfohlen und Abhilfen geschaffen werden können. Die Prozessevaluation konnte rechtzeitig abgeschlossen werden.

4. Ergebnisse

<p>Es ist bekannt, unter welchen Bedingungen Behandlungsvereinbarungen zur Reduzierung von Zwang führen.</p>	<p>(a) Eine Pilotstudie belegt den Einfluss der BV auf die Vertrauensbildung (b) Die Hauptstudie belegt die großen Schwierigkeiten, gerade Patientinnen und Patienten mit Zwangsrisiko bzw. -erfahrung zu erreichen, und gibt Aufschluss, was zu beachten ist. (c) Eine zusätzliche Online-Befragung der Mitarbeitenden gibt Aufschluss über deren Vorbehalte bzgl. Implementierung und Wirkung von Behandlungsvereinbarungen. (d) Die Hauptstudie wird zeigen, welche Patientinnen und Patienten unter welchen Bedingungen von einer BV profitieren.</p>
--	--

- a) Die **Pilotstudie** ist abgeschlossen (Uhlig, 2016): Die Wirkung des Vertragsschlusses auf Vertrauensbildung inkl. Selbstvertrauen gut. Es konnte gezeigt werden, dass der Prozess des Abschlusses der Behandlungsvereinbarung für die Betroffenen einen positiven Einfluss auf die Beziehung mit der behandelnden Bezugsperson hatten. Es bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Prozess der Gesprächsführung. Als relevant wurde das Erkennen des Angebotzeitpunktes, und eine ausreichende Zeit zum Abschluss genannt. Die im Log-Buch erfassten qualitativen Hindernisse in der Implementierung ließen sich zu folgenden Kategorien zusammenfassen:
- - Informiertheit/Kompetenzgefühl der Mitarbeitenden
 - - organisatorische Hindernisse
 - - kommunikative Hindernisse
 - - Hindernisse auf Patientenseite
 - - zeitliche Hindernisse
- und wurden zur anschließenden Online Mitarbeitendenbefragung in entsprechende Items umgesetzt.
- b) Die **Hauptstudie**, eine randomisiert kontrollierte Multicenterstudie offenbarte Implementierungsprobleme bei der speziellen Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit Zwangsrisiko, zugleich aber auch wertvolle neue Erfahrungswerte bzgl. Implementierung. Insgesamt konnten bisher gemeinsam mit den Partnern 338 Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, wobei der Anteil der zwangserfahrenen Patientinnen und Patienten in NRW noch nicht sicher abzuschätzen ist. Das Gesamtziel wurde damit (knapp) verfehlt; relevante Aussagen werden trotzdem möglich sein.
- c) Die **Prozessevaluation der Erfahrungen der Patientinnen und Patienten** hatte den besonderen Schwerpunkt der Anwendung bzw. den (subjektiven) Nutzen der BV in erneuten Krisen. Eine sehr geringe Stichprobe von N= 4. Diese Pilotstudie legt nahe, dass die BV als ein nützliches Angebot wahrgenommen und entsprechend von Patientinnen und Patienten gut angenommen wird. Drei Kategorien ließen sich zusammenfassen:

Informierte Entscheidungsfindung:

Die Teilnehmenden gaben an, dass sie durch den Abschluss der Behandlungsvereinbarung viele Informationen und Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten und Patientenrechten erhalten hätten, die Ihnen zuvor unbekannt waren und für eine informierte Entscheidungsfindung hinsichtlich der eigenen Behandlung im Vorfeld gefehlt haben. Alle Teilnehmenden gaben an, dass die rechtliche Information und die strukturgebende Funktion der Behandlungsvereinbarung das **Sicherheitsempfinden** nach Abschluss gesteigert hätte.

„Für mich ist es einfach so eine Art Absicherung. Also ich fühl mich dadurch deutlich sicherer. Also ich weiß halt, wenn ich nochmal einen Rückfall hätte, dann würde ich darauf drängen in dieses Krankenhaus zu kommen. Die hätten dann die Behandlungsvereinbarung.“ (Teilnehmer, männlich)

Selbstreflektion:

Drei der vier Interviewten gaben an sich durch die Behandlungsvereinbarung mehr mit sich selbst auseinandergesetzt zu haben.

*„Es hat da auch so einen reflektiven Prozess gegeben.
 [...] Meine Annahme ist halt eben, dass die Behandlungsvereinbarung auch deswegen eigentlich gut sein kann, weil viele Fragen gestellt werden, die man sich vorher vielleicht noch nicht gestellt hat“ (Teilnehmerin weiblich)*

Als relevanteste Themen der BV wurden Medikamente und Zwangsmaßnahmen genannt.

Die **Prozessevaluation bei den Mitarbeitenden** legte besonderes Gewicht auf die Hemmnisse bei der Implementierung und den (subjektiven) Nutzung der BV.

Stichprobenbeschreibung: Knapp die Hälfte der infrage kommenden Mitarbeitenden haben sich beteiligt. Der Anteil der Mitarbeitenden überwiegt analog der beruflichen Wirklichkeit.

Ähnliches gilt für die Erfahrung.

Ergebnisse: Die komplexen Antworten lassen sich in drei Faktoren zusammenfassen: Sorge um die Verbindlichkeit der BV (auf Patientinnen und Patienten-Seite), Ablehnung und Überforderung.

Die Mitarbeitendenbefragung wurde im Zeitraum Juni-August 2019 durchgeführt und wurde als online-Fragebogen den Mitarbeitenden der drei beteiligten Abteilungen zugänglich gemacht. Von den etwa 60 Mitarbeitenden, die zur Population gehörten, lieferten N=25 Mitarbeitende abgeschlossene Datensätze. Die Beantwortungszeit lag im Mittel bei M=18,82 Minuten (SD=6,93 min). Von den Teilnehmenden waren n=6 (24%) männlich und n=19 (76%) weiblich. Das Alter lag im Mittel bei M=45 Jahren (SD=11,5). Nach Berufsgruppe haben n=4 Ärztinnen und Ärzte, n=2 Peer-Begleitende, n=9 Pflegenden, n=8 Psychologinnen und Psychologen und n=2 Sozialpädagoginnen und -pädagogen teilgenommen. Davon arbeiteten n=12 stationär, n=2 teilstationär und n=11 ambulant; n=10 in Vollzeit, n=14 in Teilzeit, n=1 auf 450-EUR-Basis.

Von n=9 Teilnehmenden der Befragung wurden in den letzten 24 Monaten keine BVen bearbeitet; n=13 hatten als primäre Bezugsperson mind. eine BV bearbeitet und n=8 in unterstützender Funktion. Im Mittel wurden als primäre Bezugsperson M=4 BVen (SD=6) bearbeitet und in unterstützender Funktion M=8 (SD=11). In Summe wurden 43 BVen nach Angaben der Teilnehmenden zum Abschluss gebracht.

Die Teilnehmenden beantworteten in der Befragung insg. 39 Items (Antwortskala von 1 „stimme gar nicht zu“ bis 6 „stimme voll zu“) im Block „Theoretische Hindernisse“ zu den untenstehenden 10 Themenbereichen mit insg. guten Reliabilitäten:

- Wissen	alpha = .88	(2 Items)	M=2.6	SD=1.3
- Umsetzbarkeit	alpha = .64	(5 Items)	M=3	SD=.96
- Verantwortung	alpha = .86	(5 Items)	M=2.5	SD=.9
- Zeit	alpha = .85	(5 Items)	M=3.8	SD=1.1
- Verbindlichkeit für Betroffene	alpha = .79	(4 Items)	M=3.4	SD=1
- Kompetenz der Betroffenen	alpha = .83	(5 Items)	M=2.3	SD=1
- Überforderung	alpha = .73	(3 Items)	M=2.8	SD=1.1

- Seite der Klinik	alpha = .60	(4 Items)	M=3.9	SD=1
- Vertrauen der Betroffenen	alpha = .71	(2 Items)	M=3	SD=1.3
- Zwang	alpha = .56	(4 Items)	M=4.2	SD=.87

Bei allen Themenbereichen (abgesehen von „Zwang“) drücken hohe Werte eher Zweifel, Bedenken, eigene Überforderung, zu wenig Zeit etc. aus – also Einstellungen und Meinungen, die eher der Durchführung von BVen entgegenstehen bzw. diese skeptisch sehen.

37 Variablen gingen in eine exploratorische Faktorenanalyse ein (aufgrund fehlender Werte wurden die Items des Themenbereichs „Vertrauen der Betroffenen“ ausgeschlossen). Die Parallelanalyse ergab drei Faktoren. Es wurde eine schiefwinklige (hier: "oblimin") Rotation gewählt und die "minres" (minimal residual method)-Extraktion, die mit der Datenlage (25 Datensätze bei 37 Variablen) umgehen konnte. Die Faktoren wurden wie folgt benannt; einige Items wurden aufgrund zu geringer Trennschärfen ausgeschlossen: Faktor 1: Sorge (--> zuerst 14 Items, später 12 Items) ; Faktor 2: Ablehnung (--> zuerst 14 Items, später 9 Items); Faktor 3: Überforderung (--> zuerst 9 Items, später 7 Items).

Es ergaben sich für die ersten beiden Faktoren sehr gute Reliabilitäten: Faktor 1: (2 Items raus); hiernach 12 Items; alpha = .92; Trennschärfen .61-.84; Faktor 2: (5 Items raus); hiernach 9 Items;

alpha = .92; Trennschärfen .62-.89; Faktor 3: (2 Items raus); hiernach 7 Items; alpha = .79; Trennschärfen .50-.74.

Höhere Werte bedeuten höhere Ausprägungen auf den drei Faktoren. Es zeigen sich leichte Unterschiede in den Mittelwerten auf den drei Faktoren pro Geschlecht (ohne Berufsgruppe):

	Sorge	Ablehn.	Überf.
M	2.94	2.61	2.33
W	3.48	2.46	3.35

Signifikante Korrelationen zwischen den kontinuierlichen demographischen Variablen und den drei Faktoren ergeben sich größtenteils nicht. Nur Faktor 3 "Überforderung" korreliert sign. negativ ($r=-.5$, $p=.009$) mit Alter: Je höher das Alter, desto geringer die Überforderung. Nur der erste Faktor (Sorge) korreliert sign. und positiv mit der Anzahl der bearbeiteten BVen ($r=.58$; $p=.038$). Die anderen beiden Faktoren (Ablehnung und Überforderung) weisen neg., aber nicht-sign. Korr. auf. -- NB: Die Anzahl der Vpn, die einen Eintrag bei der AV "bearbeiteter BVen" gemacht haben, beträgt nur $n=13$.

Des Weiteren beantworteten die Teilnehmenden 9 Items zur Erreichung positiver Zielgrößen als Wahrscheinlichkeit (in Prozent von 0-100). Die Reliabilitätsanalyse ergab ein alpha von $\alpha=.91$ und Trennschärfen zwischen $.58$ und $.89$. In den Mittelwerten zeigen sich einige Unterschiede zwischen den Berufsgruppen:

IDE01	Arzt/Ärztin	Peer-Begleitung	Pflege	Psychologin/Psychologe	Sozialpädagogin/Sozialarbeiter
.....
männlich 69.77778	NA 66.94444	69.72222	NA		
weiblich 73.33333	26.38889	65.01587	66.35185	49.38889	

Eine Korrelation mit der Anzahl der bearbeiteten BVen war nicht signifikant ($r=-.29$, $p=.338$).

5. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Prozessevaluation zeigte, dass der Abschluss der Behandlungsvereinbarung an sich einen positiven Nutzen für die Betroffenen hat. Es konnte gezeigt werden, dass Prozess des Abschlusses für die Betroffenen einen positiven Einfluss auf die Beziehung mit der behandelnden Bezugsperson hatten und eine hohe Zufriedenheit mit dem Prozess der Gesprächsführung bestand. Es erfolgt eine sorgfältige Information und Aufklärung, die für einen erfolgreichen Prozess informierter Entscheidung hinsichtlich der eigenen Behandlung notwendig ist. Das Sicherheitsempfinden der Betroffenen, sowie Reflektionsprozesse werden gefördert. Die Behandlungsvereinbarung kann so womöglich zu einer stärkeren Patientenautonomie und selbstbestimmten Entscheidungsprozessen beitragen. Als relevant wurde das Erkennen des Angebot Zeitpunktes, und eine ausreichende Zeit zum Abschluss genannt, was verdeutlicht, dass die BV als fester Bestandteil in Behandlungsstrukturen eingepflegt werden muss, wenn es zu einem Regelangebot werden soll. Darauf deutete auch die anschließende Online-Befragung der Mitarbeitenden hin.

Die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeitenden an der Befragung war mäßig. Geschlechts- und Berufsgruppenverteilung zeigt das übliche Bild innerhalb der sozialen Berufe. Die angegebenen Anzahlen der bearbeiteten BVen weisen hohe Standardabweichungen auf, was bedeutet, dass einzelne Mitarbeitende sehr viele und andere sehr wenige BVen in Angriff genommen haben. Wenn man nun noch einmal auf die eingegangenen Themenbereiche schaut, zeigt sich, dass vor allem Zeitmangel, zu geringe Unterstützung von Seiten der Klinik und die Befürchtung, Betroffene sähen für sich selbst eine eher geringe Verbindlichkeit durch ihre BVen, sowie die praktische Umsetzbarkeit im klinischen Alltag als Hindernisse bzgl. des Abschlusses von BVen gesehen werden. Dies bedeutet, dass trotz relativ optimistischer Einstellungen hinsichtlich der Erreichbarkeit der positiven Zielgrößen (zumindest des konventionellen Personals), vor allem strukturelle Gegebenheiten (Zeit, Ressourcen, Unterstützung durch die Klinik) für den Mangel an Motivation, BVen durchzuführen, angegeben werden, an denen es möglich wäre, konkret anzusetzen. Auch bemerkenswert ist – und sollte noch einmal betont werden – dass trotz pessimistischerer Bewertung der Wirkwahrscheinlichkeit und bedeutsam geringerer Arbeitsstundenanzahlen das Gros der BVen in dieser Stichprobe von Peer- Begleiterinnen durchgeführt wurde, was einmal mehr zeigt, wie auch hier strukturell anzusetzen wäre.

6. Gender Mainstreaming Aspekte

Gender Mainstreaming Aspekte: Frauen und Männer waren auf allen Ebenen der Projektdurchführung gleichberechtigt beteiligt. Das gilt für die aktivbeteiligten Forschenden ebenso wie für den Einschluss der Patientinnen und Patienten und die Online-Befragung der Mitarbeitenden.

7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit

Verwertung, Verarbeitung, Veröffentlichungen: Kurzvorstellung des Projektvorhabens bei der Jahrestagung der DGPPN im November 2017, 2018 in Berlin.

8. Literatur

Borbé, R., Jaeger, S., & Steinert, T. (2009). Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 36(1), 7–15.

Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK fordert Behandlungsvereinbarungen. Retrieved November 1, 2015, from <http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/einzelseite/artikel/patientenrec.html>

Elbogen, E. B., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Ferron, J., Wagner, H. R., & Wilder, C. (2007). Effectively implementing psychiatric advance directives to promote self-determination of treatment among people with mental illness. *Psychology, Public Policy, and Law*, 13(4), 273–288.

Guy W. (1976). Clinical Global Impressions ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised (DHEW Publ. No. ADM 76-338). National Institute of Mental Health: Rockville, MD. 218– 222.

Henderson, C., Farrelly, S., Moran, P., Borschmann, R., Thornicroft, G., Birchwood, M., ... Joshua. (2015). Joint crisis planning in mental health care: The challenge of implementation in randomized trials and in routine care. *World Psychiatry*, 14(3), 281–283.

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmulker, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329(7458), 136.

Hildebrandt, B., & Dietz, A. (1998). Bielefeld: Offenheit und Neugier waren der Anfang. In A. Dietz, N. Pörksen, & W. Voelzke (Eds.), *Behandlungsvereinbarungen. Vertrauensbildende Maßnahmen in der Akutpsychiatrie* (pp. 29–44). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Hoffmann, B. (2010). Patientenwille, Patientenverfügung, Behandlungswunsch ein Jahr nach Inkrafttreten des 3. BtÄndG. *Recht Und Psychiatrie*, 28(4), 201–210.

Höfling, W. (2009). Das neue Patientenverfügungsgesetz. *Neue Juristische Wochenschrift: NJW*. Verlag C.H. Beck.

Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93–108.

Iversen, K. I., Høyer, G., Sexton, H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 433–439.

Khazaal, Y., Chatton, A., Pasandin, N., Zullino, D., & Preisig, M. (2009). Advance directives based on cognitive therapy: A way to overcome coercion related problems. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 35–38.

Kjellin, L., & Wallsten, T. (2010). Accumulated coercion and short-term outcome of inpatient psychiatric care. *BMC Psychiatry*, 10(1), 53.

- Overall, J.E., Gorham, D.R. (1976). 047 BPRS. Brief Psychiatric Rating Scale. In: W. Guy (Ed.), ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rev. Ed. Rockville, Maryland, 157-169.
- Papageorgiou, A., King, M., Janmohamed, A., Davidson, O., & Dawson, J. (2002). Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 513–519.
- Radenbach, K., Falkai, P., Weber-Reich, T., & Simon, A. (2014). Joint crisis plans and psychiatric advance directives in German psychiatric practice. *Journal of Medical Ethics*, 40(5), 343–345.
- Rittmannsberger, H., & Lindner, H. (2006). Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. *Psychiatrische Praxis*, 33(2), 95–98.
- Ruchlewska, A., Wierdsma, A. I., Kamperman, A. M., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B. J., & Mulder, C. L. (2014). Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: A randomized controlled trial. *PLoS One*, 9(3), e91882.
- Sass H., Wittchen H.U., Zaudig M., Houben I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe.
- Swanson, J. W., Swartz, M., Ferron, J., Elbogen, E., & Van Dorn, R. (2006). Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: Prevalence, demand, and correlates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(1), 43–57.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., RA, V. A. N. D., Wagner, H. R., Moser, L. A., ... Gilbert, A. R. (2008). Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of Mental Health*, 17(3), 255–267.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Van Dorn, R. A., Ferron, J., Wagner, H. R., ... Kim, M. (2006). Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943–1951.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., ... Marshall, M. (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: A randomised controlled trial. *Lancet*, 381(9878), 1634–1641.
- Uhlig, R. (2016) Behandlungsvereinbarung in der psychiatrischen Klinik. Masterarbeit vorgelegt an der Universität Hamburg.
- Watson, A. C., & Angell, B. (2007). Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(6), 787–93.
- Zentrale Ethikkommission. (2013). Stellungnahme: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(26), 1334–1338.

Teilprojekt 4:

Einfluss von Recovery-Orientierung auf das Ausmaß des Zwangs

Untersuchung der Auswirkungen Recovery-orientierter Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen auf objektiv und subjektiv erlebten Zwang

1. Verantwortliche Leiterinnen und Leiter

Fr. Dr. Lieselotte Mahler,

Fr. PD Dr. Christiane Montag, Hr. Dr. Alexandre Wullschleger

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
5. Ablauf der Studie
 - 5.1. Studiendesign
 - 5.2. Befragung
 - 5.3. Studienpopulation
 - 5.4. Erfasste Outcome-Parameter
 - 5.5. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
 - 7.1. Quantitative Untersuchung
 - 7.2. Qualitative Untersuchung
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

3. Zusammenfassung

Das Teilprojekt beschäftigt sich mit der Frage des Zusammenhangs zwischen dem Grad der Recovery- Orientierung akutpsychiatrischer stationärer Behandlungsangebote und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurde eine naturalistische Studie mit *mixed-methods* Ansatz durchgeführt.

Zunächst wurden alle Chefärztinnen und -ärzte von psychiatrischen Versorgungskliniken Deutschlands angeschrieben und um Teilnahme an einer Online-Befragung gebeten. Diese Befragung beinhaltete das Ausfüllen des Fragebogens Recovery-Oriented Services Evaluation (ROSE) sowie die Erfassung von Daten bzgl. der jeweiligen Kliniken und der dort durchgeführten Zwangsmaßnahmen. An diesem Teil der Befragung nahmen 28 Chefärztinnen und -ärzte teil. Die kontaktierten Chefärztinnen und -ärzte wurden auch gebeten, Mitarbeitenden der akutpsychiatrischen Stationen ihrer Klinik um Teilnahme an einer zweiten Online-

Befragung zu benennen. Diese beinhaltete das Ausfüllen des ROSE, eines von unserem Forschungsteam entwickelten Fragebogens zur Erfassung Recovery-fördernder Stationsstrukturen (ERFSS) sowie der Staff Attitude to Coercion Scale (SACS). Es nahmen insgesamt 88 Mitarbeitende an der Befragung teil. Die erfassten Daten wurden mittels einer Korrelationsanalyse ausgewertet. Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem ermittelten Grad der Recovery-Orientierung und der Anzahl und Dauer der durchgeführten Zwangsmaßnahmen festgestellt werden. Eine detaillierte Analyse des ERFSS zeigte dennoch, dass trotz eines insgesamt hohen Grad an Recovery-Orientierung in den teilnehmenden Kliniken viele Stationsstrukturen und - abläufe den Standards einer am Konzept der Recovery-orientierten Therapie nicht entsprechen.

Es wurden zudem auf Basis der Ergebnisse der Befragung von Chefärztinnen und -ärzten sechs Kliniken ausgewählt, die sehr niedrige und sehr hohe ROSE-Scores aufwiesen. Diese wurden aufgesucht, und es fanden vor Ort jeweils zwei Fokusgruppen statt, eine mit Pat. und eine mit Mitarbeitenden. Die erfassten Daten wurde mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die qualitative Analyse konnte nur bedingt die in der quantitativen Analyse festgestellten Unterschiede im Grad der Recovery-Orientierung bestätigen. Die ausgewerteten Daten weisen eher auf gemeinsame Problembereiche hin, die eine Relevanz für die Vermeidung von Zwang haben, wie

z.B. das therapeutische Angebot auf einer geschützten Station. Weitere ausbaufähige Bereiche im stationären Rahmen wie z.B. die Zusammenarbeit mit Angehörigen, der Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund oder die Beschäftigung von Peers wurden identifiziert. Über strukturelle Gegebenheiten hinaus wurde von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung während und nach einer Zwangsmaßnahme, betont. Dies weist darauf hin, dass die Gestaltung einer transparenten und respektvollen Beziehung die Priorität jeder Recovery-orientierten Einrichtung sein sollte, da diese Haltung dauerhaft die Behandlung von Patientinnen und Patienten und die Stationsstrukturen prägt.

4. Ausgangslage

Aktuell wird im Zuge der Implementierung des Weddinger Modells geprüft, inwiefern der Recovery- Ansatz und die dazugehörigen Haltungs- und Strukturänderungen die Möglichkeit für eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen schaffen können (Czernin et al, in Vorbereitung). Auch das NHS National Quality Board hat auf Kernprinzipien (Erhalt von Würde, Mitgefühl, Autonomie, „choice“) der Patienten-zentrierten Versorgung verwiesen und unterstützt die Stärkung der Patientenmeinungen (MIND, 2011). Das Recovery-Konzept zielt weniger auf die Erreichung des Funktionsniveaus, welches vor Krankheitsausbruch bestand, ab, sondern betont die Wiederherstellung von Selbstdetermination und die Entwicklung eines bedeutungsvollen Lebens (Andresen et al. 2010; Silverstein et al. 2008). In diesem Zusammenhang werden der Wiederaufbau von Selbstwert, positivem Identitätsgefühl und der Kontrolle über die Behandlung und das Leben verstanden (Slade et al. 2014). Xu et al. bestätigten in einer Studie mit 186 Patientinnen und Patienten, dass unabhängig von Alter, Geschlecht, initialen Symptom- und Recovery-Werten Langzeiteffekte auf Recovery durch erhöhten Stigma-Stress messbar sind (Xu et al. 2019). Der negative Einfluss von Zwangsunterbringungen scheint durch die emotionale und kognitive Wahrnehmung von Zwang determiniert. Signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl der bis dato erlebten Zwangsunterbringungen und Selbst-Stigma, Empowerment und Recovery konnten in dieser Arbeit nicht gefunden werden. Dem Einfluss des Grades der Recovery-Orientierung auf den von Patientinnen und Patienten

mit schweren psychischen Erkrankungen objektiv und subjektiv erlebten Zwang wurde bisher in der Versorgungsforschung wenig Beachtung zugemessen und soll im Rahmen dieses Teilprojektes unter Berücksichtigung der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang beleuchtet werden.

5. Ablauf der Studie

5.1. Studiendesign

Um eine möglichst flächendeckende Erhebung zu erreichen und um Selektionsbias zu vermeiden, darüber hinaus im Hinblick auf die vorhandenen Ressourcen und die Teilnahme mancher Berliner Kliniken an dem TP 7, wurde entschieden, ein modifiziertes Design für die Studie zu entwickeln. So wurde eine bundesweite Internet-basierte Erhebung der Recovery-Orientierung allgemeinpsychiatrischer Stationen geplant. Auf Basis dieser Befragung wurden Kliniken ausgewählt, in denen Gruppeninterviews mit Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden durchgeführt wurden.

5.2. Befragung

Es wurden von der Studienleitung im Juli 2018 bundesweit alle Chefärztinnen und -ärzte psychiatrischer Versorgungsklinken per Email kontaktiert und bis Oktober 2018 zweimalig per Email an die Teilnahme erinnert. Diese wurden angehalten, eine Online-Befragung zur Erhebung von Grundinformationen über die Klinikorganisation und die Einzugsregion sowie über die in den jeweiligen Kliniken in den letzten 12 Monaten durchgeführten Zwangsmaßnahmen durchzuführen.

Des Weiteren war eine Online-Befragung von Mitarbeitenden der Stationen, auf denen Zwangsmaßnahmen stattfinden, zu ausgewählten Struktur- und Prozessmerkmalen vorgesehen. Es wurde angekündigt, dass qualitative Gruppeninterviews mit Patientinnen und Patienten

auf 10 bundesweit ausgewählten Stationen geplant sind. Nach Komplettierung der Chefarztbefragung, sollten Mitarbeitende den Fragebogen Recovery-Oriented Services Evaluation (ROSE) und einen von unserem Forschungsteam entwickelten Fragebogen zur Erfassung Recovery-fördernder Stationsstrukturen (ERFSS) ausfüllen. Im Rahmen dieser Online-Befragung wurden auch Daten zur Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang mittels der Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) erhoben. Mitarbeitende wurden auch gebeten, eine Einschätzung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf den jeweiligen Stationen anzugeben. Vorgesehen war die Teilnahme von mindestens 5 Mitarbeitenden pro Station (berufgruppenübergreifend).

5.3. Studienpopulation

Die Onlinebefragung wurde von 28 Chefärztinnen und -ärzten und 88 Mitarbeitenden vollständig ausgefüllt.

Anhand der Gesamt-Scores der ROSE erfolgte die Selektion der 6 aufzusuchenden Kliniken, die den höchsten bzw. geringsten Grad der Recovery Orientierung in der Online-Befragung der Chefärzteinnen und -ärzte erreichten.

Zwei der ausgewählten Kliniken konnten die Durchführungen der Mitarbeitenden- und Patientinnen und Patienten-Fokusgruppeninterviews nicht ermöglichen, sodass je eine weitere

Klinik kontaktiert wurde, deren Chefärztinnen- und Chefarztbefragung einen ROSE-Score in den o. g. Punktbereichen ergab. Insgesamt wurden 3 Kliniken mit hohen Recovery-Scores (R+) und 3 mit niedrigen Scores (R-) aufgesucht. Die Fokusgruppeninterviews wurden mit Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden der von den Chefärztinnen und -ärzten ausgewählten Stationen nach eigens erstellten Leitfäden durchgeführt. Die Leitfragen der Interviews beziehen sich auf folgende Themenbereiche: Berücksichtigung eigener Wünsche/Bedürfnisse im Behandlungsverlauf, Gestaltung von Therapieplanungen, Erleben von Zwangsmaßnahmen und informellem Zwang, Beurteilung der sozialarbeiterischen Angebote, kultursensible Beratung.

Insgesamt nahmen 16 Patientinnen und Patienten und 28 Mitarbeitende teil. Die geforderte Mindestanzahl von 5 Teilnehmenden pro Interview wurde in Bezug auf die Patientengruppen nicht erreicht. Die Mitarbeitendenbefragungen konnten nicht als Audioaufzeichnung festgehalten werden und wurden während des Interviews verschriftlicht. Die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

5.4. Erfasste Outcome-Parameter

- Durchgeführte Zwangsmaßnahmen im letzten Jahr
- Anteil der untergebrachten Patientinnen und Patienten
- Informationen über die Klinik: Lage, Bettenanzahl, Flughafen/Bahnhof im Einzugsgebiet
- Grad der Recovery-Orientierung:
 - ROSE
 - ERFSS
- Haltung des Personals zu Zwang:
 - SACS

5.5. Datenauswertung

Quantitative Untersuchung: IBM PASW Statistics® 25.0. wurde verwendet um statistische Signifikanzen, die bei 2-seitigem $p < 0.05$ angenommen wurde, zu untersuchen. Zur Testung der Normalverteilung fand aufgrund der geringen Fallzahl der Shapiro-Wilk-Test Anwendung. Die deskriptive Statistik wurde mittels Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerten und Standardabweichungen abgebildet. Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Recovery-Instrumenten (ERFSS, ROSE), der Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Zwang (SACS) und den Parametern des quantitativen Zwangs (Anzahl und Dauer von Isolierungen/Fixierungen) wurden Spearman-Korrelationen durchgeführt, da die Anzahl/Dauer der Isolierung und die Anzahl der Fixierungen nicht normal verteilt waren.

Qualitative Untersuchung: Die qualitativen Daten wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2010). Die Kodierung der Textstellen und die Kategorienbildung wurde von zwei Mitglieder des Forschungsteams parallel unternommen. Die kodierten Textstellen und die gebildeten Kategorien wurden im zweiten Schritt gemeinsam besprochen und gemeinsam angepasst.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die Entscheidung, ein modifiziertes Design für das Teilprojekt anzuwenden, erforderte eine längere Vorbereitungszeit als initial geplant. Es ergaben sich zudem einige Schwierigkeiten

in Bezug auf die erforderliche Genehmigung des Projekts durch die Datenschutzstelle und den Personalrat, die hohe Anforderungen an unser Team stellten. Dies führte ebenfalls zu Verzögerungen im Zeitplan.

Das neue Design hatte zum Vorteil, eine bundesweite Erhebung zu ermöglichen. Dennoch mussten wir leider feststellen, dass die Akzeptanz der Studie durch die angeschriebene Chefärztinnen und -ärzte besonders gering war. Dass nur ca. 5% der kontaktierten Kliniken auf unsere Anfrage antworteten, obwohl das neue Design ein sehr vereinfachtes Prozedere beinhaltete, muss als eine besondere Limitierung der Studie betrachtet werden. Dies wirft auch die Frage, wie Kliniken dazu gewonnen werden können, an solchen Projekten teilzunehmen. Dass dieses Thema eine besondere Brisanz hat, kann sicherlich als eine Erklärung für diese sehr geringe Beteiligung genannt werden.

Eine andere Limitierung stellt auch die unbefriedigende Qualität der erfassten Daten über die Zwangsmaßnahmen dar. Oft konnten keine genauen Zahlen von den Chefärztinnen und -ärzten genannt werden, sodass nur Schätzungen zur Verfügung gestellt wurden. Dies zeigt auch wieder, wie wichtig die Erfassung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen und die Verbreitung dieser Zahlen zu wissenschaftlichen Zwecken sind. Dies ist ein besonders politisch relevantes Thema, das dringend Beachtung finden soll.

Trotz dieser Einschränkungen gestaltete sich dennoch die Zusammenarbeit mit den aufgesuchten Kliniken als sehr positiv. Die teilnehmenden Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten gaben uns sehr interessierte und durchaus positive Rückmeldungen. Die durchgeführten Interviews zeigten im Allgemeinen, wie sehr das Thema der Strukturierung und Orientierung der stationären Arbeit eine zentrale Bedeutung hat, insbesondere in Bezug auf Zwangsmaßnahmen.

Obwohl auf Grund dieser Limitierungen die initialen Ziele des Teilprojekts nicht im Ganzen erreicht werden konnten, konnten durch diese Studie einige interessante Aspekte der Recovery-Orientierung und des Umgangs mit Zwangsmaßnahmen im stationären Rahmen erfasst werden.

7. Ergebnisse

7.1. Quantitative Untersuchung

Befragung der Chefärztinnen und -ärzte (N=28):

50% der teilnehmenden Kliniken befinden in städtischer Umgebung (N=14) und 39,3% (N=11) der psychiatrischen Einrichtungen weisen keine Flughafen- oder Fernbahnhofsnahe auf. Es beteiligten sich Chefärztinnen und -ärzte aus 3 Universitätskliniken, 11 Fachkrankenhäusern und 14 psych.

Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Der Mittelwert der Anzahl stationärer Betten betrug 134 (SD=77,3; N=28), während die Anzahl teilstationärer Betten bei 47,3 (SD=33,1; N=27) lag. Die Anzahl der Fixierungen in einem 12-monatigen Zeitraum wurde von den Chefärztinnen und -ärzten im Mittel mit 156,5 (SD=172,4; N=18), wohingegen bzgl. der Anzahl der Isolierungen lediglich N=6 verwertbare Angaben erreicht wurden (Mittelwert 135,8; SD=190,1). Zwangsmedikation nach BGB kamen in 3 Kliniken nicht, in 10 Kliniken mit bis zu 10 Fällen, in 7 Kliniken mit 10-100 Fällen und in 3 Kliniken mit über 100 Fällen vor. Zwangsmedikation nach PsychKG wurden in 5 Kliniken nicht durchgeführt. In 8 Kliniken wurden bis zu 10 Zwangsmedikationen (PsychKG), in 8 Kliniken 10-100 derartige Fälle und in 2 Kliniken über 100 Fälle angegeben.

Die folgende Tabelle stellt die deskriptive Statistik zu den ROSE-Subskalen dar:

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
ROSE-Total-Score	28	61,00	169,00	123,0714	23,90557
ROSE_Treatment	28	31,00	72,00	57,1786	9,19361
ROSE-Support	28	14,00	44,00	27,4286	7,33550
ROSE-Admin	28	2,00	41,00	19,2857	10,32744
ROSE-Culture	28	13,00	24,00	19,1786	2,98209
Gültige Werte (Listenweise)	28				

Befragung der Mitarbeitenden (N=88):

Zusammenfassung struktureller und Prozessmerkmale:

31,8 % der Mitarbeitenden (N=28) gaben an, dass die offene Tür dokumentiert wird. 15 von 88 Mitarbeitende waren der Ansicht, dass Zwangsmaßnahmen nicht standardmäßig dokumentiert werden und 20 Mitarbeitende bejahten das Fehlen der Dokumentation subtiler Zwangsmaßnahmen. Das Stattfinden einer Nachbesprechung von ZM wurde von 9 Mitarbeitende (N=88) negiert, wohingegen 5 Mitarbeitende eine Nachbesprechung lediglich im Team und 27 Mitarbeitende eine Nachbesprechung als gelegentlich in Anwesenheit des von ZM betroffenen Patientinnen und Patienten angaben. 18 Mitarbeitende votierten für das Angebot einer standardisierten und systematischen Nachbesprechung mit Patientinnen und Patienten.

Das Kontaktangebot zu aufsuchenden Teams in der Patientenversorgung wurde von 43 Mitarbeitenden (48,9%), das Vorhalten von STÄB von 33 Mitarbeitenden (37,5%) bejaht. Das Vorhandensein eines flexiblen ambulanten Weiterbehandlungsangebots bestätigten 71 Mitarbeitende (80,7%). Die Möglichkeit der Trialogteilnahme wurde von 41 Mitarbeitenden (46,6%) verneint. Die Verfügbarkeit der Gemeinschaftsräume wurde von 83 Mitarbeitenden als den ganzen Tag gewährleistet angegeben. Das Vorhandensein eines Außenbereichs, den alle Patientinnen und Patienten frei aufsuchen können, bejahten 25 Mitarbeitende, während 11 Mitarbeitende das Fehlen eines Außenbereichs bekundeten.

Die Einhaltung von Besuchszeiten wurde von 39 Personalmitgliedern als in Ausnahmen flexibel und am Wochenende vollkommen. Die Arbeit mit einem Bezugspflegesystem wurde von 16 Mitarbeitenden verneint; nur 30 Mitarbeitende gaben an, dass Bezugspflege für alle Patientinnen und Patienten ermöglicht wird. Routinemäßige multiprofessionelle Gesprächsführung wurden von 45 Mitarbeitenden bejaht; jedoch wurde die Therapieplanung nur von 45 Mitarbeitenden als im Beisein der Patientin oder des Patienten angegeben. 58 Mitarbeitende bestätigten die ärztlich geleitete Führung der Oberarzt-Visitengesprächen und 48 Personalmitglieder bejahten das Einladen von Angehörigen zu den Visiten. 41 Mitarbeitende gaben die Möglichkeit der Behandlung ohne Psychopharmakotherapie für alle Patientinnen und Patienten und 43 Mitarbeitende eine durchgehend aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Entscheidungen bzgl. Psychopharmaka an. Das Anbieten von psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurde von 62 Mitarbeitenden und die Beschäftigung von Angehörigen-Peers auf den Stationen von 82 Mitarbeitenden negiert. Die Durchführung von Netzwerkgesprächen wurde von 30 Personalmitgliedern als gelegentlich-regelmäßig eingeschätzt.

Eine aktive Unterstützung bei der Ausübung sinnerfüllter Tätigkeiten, auch außerhalb der Station wurde von 28 Mitarbeitenden bejaht.

Die folgende Tabelle veranschaulicht Stichprobengröße, Mittelwerte und Standardabweichungen der ERFSS-Gesamt-Scores, ROSE-Gesamt-Scores und der Subskalen des SACS gemäß Husum et al. 2008 (Husum et al. 2008).

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
SACS-Coercion as offending	88	10,00	26,00	18,1705	3,11548
SACS-Coercion as care	88	10,00	31,00	24,2955	3,91037
SACS-Coercion as treatment	88	3,00	12,00	5,7614	2,37319
Rose-Gesamtscore	88	76,00	233,00	144,1705	37,72533
ERFSS-Gesamtscore	88	39,00	93,00	64,4545	12,08391
Gültige Werte (Listenweise)	88				

Es betätigte sich in Bezug auf den Grad der Recovery-Orientierung, dass die Einschätzung der Mitarbeitenden sich mit der Bewertung der Chefärzte deckte, was lediglich für eine der sechs selektierten Kliniken nicht zutraf (ROSE-Total Mitarbeiter: 148 versus Rose-Total Chefärzte 96). Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass aus zwei der sechs für den qualitativen Studienteil ausgewählten Kliniken keine Mitarbeitendendaten vorlagen. Somit erreichte eine Klinik sowohl gemäß Mitarbeitende-, als auch Chefarztbefragung einen exzellenten Recovery-Grad. In einer weiteren Klinik ergab sich aus beiden Befragungen ein guter Recovery-Grad und in einer Klinik ein Grad der Recovery-Orientierung, der als wesentliche Veränderungen benötigend einzuschätzen ist.

Der eigens erstellte ERFSS, der von den Mitarbeitenden auszufüllen war, korreliert signifikant mit dem ROSE-Gesamt-Score und allen Subskalen des ROSE; auch nach Kontrolle für die Bettenanzahl und Flughafen-/Bahnhofsnahe. Lediglich, wenn für Lage der Klinik (städtisch versus ländlich) kontrolliert wird, ergibt sich eine nicht sign. Korrelation zwischen ERFSS-Total und der Subskala ROSE-Organisationskultur. Die Anzahl und Dauer der Isolierungen und Fixierungen als quantitative Zwangsparameter sind nicht sign. mit den Recovery-Instrumenten (ERFSS, ROSE) korreliert, wobei anzumerken ist, dass bei der Anzahl der Isolierungen nur 6 verwertbare Angaben aus der Chefarztbefragung zur Verfügung standen. Es konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang und den quantitativen Zwangsparametern bestätigt werden. Die Anzahl der Fixierungen korreliert zwar signifikant mit der SACS-Subskala „Coercion as offending“; jedoch bleibt dieser Effekt nach Kontrolle der o. g. Parameter (Bettenanzahl, Lage der Klinik) nicht erhalten.

7.2. Qualitative Untersuchung

a.) Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Gestaltung der Behandlung:

Die Interviews mit Mitarbeitenden zeigten, dass Kliniken mit einem niedrigen Grad an Recovery-Orientierung tendenziell weniger Möglichkeiten der Mitbestimmung des Therapieprogramms und der Berücksichtigung von Wünschen bieten:

- *Wünsche von Pat. sind schwierig. Es gibt Vorgaben, was wir haben. Die Therapieplanung ist im Team ohne Patienten. (R-)*
- *Therapieplan werde an Tag 1 nach Aufnahme erstellt, dabei würden Vorerfahrungen des Pat. mit Therapieprogramm berücksichtigt, BHK sei systemisch orientiert und das Team würde vor dem Pat. reflektieren (R+)*

Über diese Tendenz hinaus ist es aber zu bemerken, dass auch Kliniken mit einem niedrigen Recovery-Score durchaus Wert auf Flexibilität legen:

- *Es sind fest strukturierte Gruppenangebote vorhanden und Spaziergänge nach Patientenwunsch (Achtsamkeitsbasiert, Naturerleben, Fokus Straßenverkehrsteilnahme) und ein flexibles Ergotherapieangebot 1x/Woche. Es gibt Entscheidungsfreiheit bzgl. der Teilnahme. Man kann auch hingehen und gar nichts tun. (R-)*

Bestimmte Grenzen der Mitbestimmungsmöglichkeiten wurden in fast allen aufgesuchten Kliniken und unabhängig von dem Grad der Recovery-Orientierung genannt: Erstens sind Angebote für untergebrachte Patientinnen und Patienten ausbaufähig, insbesondere wenn die Therapieräume nicht direkt auf Station; zweitens gibt es wenig Spielraum in Bezug auf Patientinnen und Patienten, deren Symptomatik eine zuverlässige Gruppenteilnahme nicht ermöglicht.

Patientinnen und Patienten berichteten durchaus, dass sie wenig Möglichkeiten der Mitbestimmung in der Gestaltung der Behandlung und des Therapieplans sehen, unabhängig vom Grad der Recovery- Orientierung:

- *Man denkt, man kriegt seinen eigenen Therapieplan und dann vertraut man auch schon...
über welche Sachen jetzt dazu gehören, um die Gesundheit zu fördern oder die Persönlichkeit zu stärken, keine Ahnung. Da verlasse ich mich z. B. auf den Plan. (R+)*
- *Da ist so eine feste Planung und denen muss jeder Patient also mitgehen, also mitmachen. Wie soll ich sagen, ich kann nicht viel sagen zu der Therapieplanung (R-)*

Pat. berichteten dennoch von einer gewissen Freiheit innerhalb der verschiedenen Therapien, z.B. bei der Ergotherapie:

- *Das ist ja hier, das war damals schon ganz voll mit der Therapie und in der Ergotherapie konnte man sich aussuchen, was man machen möchte. Vor allen Dingen was ganz wichtig ist, da kann man verschiedene Sachen ausprobieren, ob es einem liegt, ob man das machen möchte oder nicht. In den Ergotherapien oder Haustherapien hat man immer mit dem Therapeuten selber Kontakt, ja, das war schon okay. (R+)*

b.) Gesprächsangebot:

Mitarbeitende aller Kliniken beschrieben einen hohen Bedarf an Gespräche seitens der

Patientinnen und Patienten, dem sie nicht immer gerecht werden können. Die Rolle des Pflegepersonals und anderer Berufsgruppen, wie z. B. der Seelsorge, wurde betont. Mitarbeitende betonten auch, dass Personalressourcen vordergründig der limitierende Faktor hinsichtlich des Gesprächsangebot sind. Sowohl Personalmangel als auch die Bindung von Ressourcen durch engmaschige Betreuung und Kriseninterventionen bei schwerstkranken Patientinnen und Patienten wurde hierbei genannt. Darüber hinaus wurde auch betont, dass der Gesprächsbedarf von Patientinnen und Patienten, die besonders zurückhaltend sind, unter Umständen wenig berücksichtigt wird.

Fast alle Pat. erlebten das Gesprächsangebot als ungenügend:

- *Es geht, ist okay. Aber es ist auch auf eigenen Wunsch ja? (Patientin 1): Ich glaube, hier ist Personalmangel. (Patientin 2): Und sie sind sehr beschäftigt. (Patientin 1): Aber die schaffen nicht, alles schnell schnell. (R+)*
- *Nur wenn man von alleine die Ärzte anspricht (R-)*
- *Das hätte ich auch gedacht, dass da mehr Gespräche stattfinden, gerade so zum Anfang, wo man ja ein bisschen verwirrt war. (R+)*

c.) Therapieangebot:

Patientinnen und Patienten bewerteten das vorhandene Therapieangebot in der Mehrheit als ungenügend. Sie äußerten auch einen großen Bedarf an Ablenkung und Beschäftigung:

- *Das war viel zu wenig Beschäftigung. Am Anfang war es gut und dann ist man nicht in der Lage was zu tun. Aber dann z. B. möchte ich diese Kurse Ergotherapie oder vielleicht ein bisschen mehr Bewegung z. B. Schwimmbad oder so was. Also es gibt verschiedene Patienten, die verschiedene Sachen mögen und das dauert hier ein bisschen zu kurz an, wahrscheinlich zu wenig Angebote. Die Angebote sind da aber vielleicht wenn es besser wäre, dass man das öfter und länger machen kann. (R+)*
- *Also diese Gespräche müssten mindesten 1-2 Mal in der Woche sein, z. B. diese Psychoedukation und die anderen Sachen. Hier ist viel zu wenig angeboten. (R+)*
- *Und man nimmt auch sehr zu, weil man hatte den ganzen Tag nichts zu tun, also außer den Therapien, die stattfinden, aber sie füllen den Tag auch nicht ganz aus und dann isst man vermehrt. (R-)*

Patientinnen und Patienten begrüßten dennoch Gruppentherapien und Therapieansätze, die Alltagsfähigkeiten fördern:

- *Ich fand es gut, wenn man mit Skills arbeitet, also so Fähigkeiten, die man hat und dann die müssen mehr fördern von denen. (R-)*
- *ich dachte, ich würde keine Gruppentherapie, lieber einzeln, aber dann habe ich meine Meinung geändert und dann wollte ich viel lieber diese Gruppentherapie, sie haben mir viel mehr gebracht und ich habe es gesehen in den Patienten auch. Sogar die Psychologin, die das meistens geführt hat, für sie war das auch immer, also sie war reicher dadurch, in Erfahrung, im Umgang mit den Patienten usw. (R+)*

d.) Umgang mit Stations- und Ausgangsregeln:

In Kliniken mit einem niedrigen Grad an Recovery-Orientierung wurde deutlich, dass sowohl Stations- als auch Ausgangsregeln meistens wenig flexibel gehandhabt werden:

- *Ausgänge werden im Team am Donnerstag ohne Pat. eingeschätzt. (R-)*
- *Besuch ist nur im Aufenthaltsraum zugelassen. Bei älteren Pat. sind die Besuchszeiten lockerer, werden aber generell eingehalten. (R-)*
- *3x15 min zu Beginn, 2x2h, 2x30 min, feste Schemata aus Gewohnheit. (R-)*

Dahingegen wird in den Kliniken mit einem höheren Grad der Recovery-Orientierung Wert auf Flexibilität und Individualisierung gelegt:

- *Regeln können z. T. deeskalierend außer Kraft gesetzt werden. (R+)*
- *[Ausgangsregelung] wird immer neu verhandelt und hat eine rasche Dynamik, je nach Patientengruppen. Es wird nicht zu starr gehalten. (R+)*

Dennoch waren begleitete Ausgänge in allen der aufgesuchten Kliniken Teil der Alltagspraxis.

Patientinnen und Patienten berichteten, dass eingeschränkte Ausgänge eine Belastung darstellen. Die Festlegung der Regelung wurde in mehreren Kliniken als einen Abspracheprozess beschrieben.

Dennoch äußerten Pat. in einer der R- Kliniken den Eindruck, dass Ausgänge „erarbeitet“ werden sollen:

- *Also es fängt an, also es wird geregelt, meistens wird es besprochen, also Ausgänge muss man sich schon erarbeiten, habe ich so mitbekommen. Man muss sich therapieren lassen... (R-)*
- *Man muss zum Pflegepersonal halt aufmerksam entgegentreten. Also als ich die Küche abgeräumt habe, durfte ich raus, irgendsowas. (R-)*

e.) Visiten:

In allen der aufgesuchten Kliniken werden die Visiten multiprofessionell gestaltet, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung.

- *Teilnehmende sind der Oberärztin/-arzt bzw. Chefärztin/-arzt 1x/Woche, alle Therapeutinnen/Therapeuten, Stationsärztin/-arzt. (R-)*
- *Von 10.-11.30 Uhr (Kommentar SD: ggf. 13.30 Uhr) findet sie im Visitenraum statt. Es sind mind. 1 Pflegekraft, Oberärztin/-arzt, 1-2 Stationsärzte, die alle 16 Pat. kennen sollten, anwesend. Sozialdienst, PIA. (R-)*
- *Zuerst werden die Suchtpatientinnen/-patienten in den Raum gebeten. Anwesend sind ärztl. und psychologische Therapeutinnen und Therapeuten, Chefärztin/-arzt, Oberärztin/-arzt, Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, der auch eine Motivationsgruppe bei der Entgiftung anbietet, 1-2 Pflegekräfte. Die Pat. werden einzeln reingebeten. Wünsche und Ziele der Behandlung sowie Probleme werden besprochen, Perspektiven angeregt;*

Übergangseinrichtung, Seniorenheim, Reha. Der Tenor ist motivationale Unterstützung. (R+)

In einer Klinik wurde die klassische Visite zugunsten von Behandlungskonferenzen abgeschafft.

Es ist auch zu bemerken, dass unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung die Therapieplanung oft in Abwesenheit der Pat. erfolgt.

Patientinnen und Patienten beschrieben Visiten zum Teil auf Grund der hohen Teilnehmeranzahl als belastend:

- *Man ist ein bisschen überrascht, wie viele drin sitzen im Raum. Manchmal sind es nur 2, manchmal ist ein bisschen verwirrend mit verschiedenen Ärzten und Medikamenten. (R+)*
- *Also, die Visiten waren okay, obwohl ich mich damals ziemlich belagert fühlte, immer in der Akutsituation, weil da sind viele Menschen dabei und es ist schon immer voll. Dann hat man sowieso Hemmung, irgendwas zu sagen und dann sagt man lieber gar nichts oder stimmt irgendwas zu. Aber ich fühle mich da immer völlig überlagert, also da sind 7 Leute drin oder so, und wenn die von mir irgendwas erwarten, das ist erst mal ganz schön eng. (R+)*

In den R+ Kliniken wurden dennoch Visiten als unterstützend und hilfreich beschrieben:

- *Ich habe es nicht so richtig durchschauen können, aber die Behandlungskonferenzen, die waren eigentlich immer zum Großteil klärend, auch was die Perspektive angeht, die man dann hat. Jetzt habe ich mich nicht richtig ausgedrückt; es war schon immer zukunftsprägend, -weisend; also jedenfalls zukunftsgestaltend. (R+)*

Dahingegen wurden Visiten in einer der R- Kliniken eher als wenig partizipativ beschrieben:

- *Man wird beobachtet, dann setzen sie sich zusammen und beurteilen, wie es einem geht. Und das kommt in der Visite zum Tragen (R-)*

f.) Beziehung zum Personal:

Patientinnen und Patienten berichteten in der Mehrheit von einer vertrauensvollen Beziehung zum Personal. Das Gefühl, in die Therapie einbezogen zu werden, ernst genommen werden und Ehrlichkeit seitens des Personals zu spüren, wurden dabei als wichtige Faktoren genannt. Einige Pat. äußerten zudem den Wunsch nach mehr Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Wünsche, und mehr Zuwendung vom Personal, gerade in der Akutphase oder beim ersten Aufenthalt.

g.) Umgang mit Zwang:

Alle befragten Mitarbeitende konnten genauen standardisierten Abläufe für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen beschreiben und betonten auch die Rolle deeskalativer Maßnahmen wie z. B. Ausgänge. Darüber hinaus wurde in vielen der aufgesuchten Kliniken besonderen Wert auf die Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen Patientinnen Patienten und

Team während der ZM gelegt:

- *Die Pat. werden bei Fix. nicht allein gelassen. Wir erhalten die Rückmeldung von Pat., dass ihnen die 1:1 gut tut. Manchmal wird es auch klar abgelehnt. (R-)*
- *Der Pat. kommt ins Intensivzimmer bei Fixierungen und wird kontinuierlich im deeskalierenden Gesprächskontakt gehalten. (R+)*

In einer Klinik wurden vor einiger Zeit 1:1 Betreuungskräfte eingestellt, die intensive Betreuungssituationen übernehmen und diesen kontinuierlichen Kontakt gewährleisten. Diese werden als sehr hilfreich in der Vermeidung von ZM gesehen. Der Stellenwert ethischer Fallvorstellungen und Supervisionen wurde dort auch in Bezug auf Zwang betont.

In zwei Kliniken mit einem hohen Recovery-Grad wurden spezifische Nachsorgeinterventionen für angegriffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genannt.

In einer der R+ Kliniken wurde erwähnt, dass die Statistik bzgl. der durchgeführten ZM in der Klinik regelmäßig mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besprochen werden.

h.) Nachbesprechung:

Nachbesprechungen wurden einerseits als wichtiges Werkzeug und Intervention genannt. Andererseits wurde in vielen Kliniken, selbst in denen mit einem hohen Grad der Recovery-Orientierung, beschrieben, dass diese zu selten stattfinden. Widerstände seitens der Mitarbeitenden und der Patientinnen und Patienten sowie der zeitliche Aufwand wurden als Erklärungen dafür genannt.

Patientinnen und Patienten gaben oft in ähnlicher Weise an, keine NB erhalten zu haben. Die Wenigen, die eine hatten, beschrieben eher ein informelles Gespräch.

i.) Umgang mit Medikation:

Was den Umgang mit der Medikation angeht, wurde in den R+ Kliniken in den Mitarbeitenden-Interviews öfter den Fokus auf die Selbstwirksamkeit und die Mitbestimmungsmöglichkeiten gesetzt. In diesen Kliniken wurde auch das Absetzen der Medikation als mögliches Ziel genannt.

Patientinnen und Patienten äußerten zu diesem Thema gemischte Meinungen. Einerseits wurde in einer der R+ Kliniken von Patientinnen und Patienten berichtet, dass deren Erfahrung bzw. Meinung berücksichtigt wurde:

- *Also uns ist erklärt worden, wir haben sogar Material zum Lesen und zu unterscheiden, ob wir vielleicht andere Medizin nehmen wollen, also versuchen z. B. mit etwas anderes... also in den Visiten über Nebenwirkungen und aber wenn das nicht hilft, dann vielleicht denn das... ist ja klar, keiner weiß sofort, was einem hilft. Also ich finde, dass sie sich Mühe geben und man gut aufgehoben ist und ich habe Vertrauen an die Ärztin, sie ist für mich ein total lieber Mensch und sie macht ihren Job. (R+)*

Andererseits wurde auch gesagt, dass Wünsche bzgl. der Medikation nur begrenzt eingebracht werden konnten:

- *Es wurde eigentlich gar nicht berücksichtigt, also sie sind ja alle hoch dosiert und dieses radikale Fixieren und dann gleich auf das Medikament setzen in der hohen Dosis; also habe ich auch nachts eingenässt. (R+)*
- *Meine Antwort steht im Raum. Ob die akzeptiert wird oder nicht, das ist ja meine Antwort. Aber Vorschläge kann man unterbreiten. Man hat ein geringes Mitspracherecht, was die Medikation angeht (R-)*

j.) Angehörigen:

Obwohl Mitarbeitende aller Kliniken angaben, mit Angehörigen regelmäßig Kontakt aufzunehmen, schien diese Kontaktaufnahme in den R- Kliniken sich eher auf Informationssammlung zu fokussieren, wobei in R+ spezielle Angebote für Angehörige wie z. B. Peer-Beratung oder Gruppen erwähnt wurden.

- *Selten werden Angehörige in die Visite genommen, da dies zu lange dauert. (R-)*
- *Sie sind uns sehr willkommen, auch um die Gesundheit einzuschätzen, Ziele abstecken. Ist eine Vollremission zu erwarten? Sie können Defizite in der Lebensführung aufzeigen, die Reintegration in den Alltag unterstützen (R-)*
- *der Trialog findet regelmäßig außerhalb des Krankenhauses statt. [...] Häufig haben wir Helferkonferenzen, zu denen aktiv eingeladen wird. (R+)*
- *Angehörigen-Gespräche werden individuell angeboten (R+)*
- *Unsere Ergotherapeutin hat auch eine Angehörigengruppe, die sie extern anbietet. (R+)*

Rooming-in wurde in 3 Kliniken angeboten, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung. Das Angebot wird laut Angaben der Mitarbeitende selten in Anspruch genommen. Zu diesem Thema berichteten Pat. von sehr unterschiedlichen Erfahrungen im Umgang mit deren Angehörigen, die nicht zum Grad der Recovery-Orientierung eindeutig einzuordnen sind. Einige fühlten sich in dieser Hinsicht gut aufgehoben, wobei andere Pat. den Umgang als ungenügend bzw. bedrängend erlebten. Pat. merkten auch an, dass Angehörigen mehr Hilfe bzw. Unterstützung angeboten werden sollte.

k.) Peers:

Peers werden in allen R+ Kliniken eingestellt, im Gegenteil zu den R- Kliniken. In einer Klinik arbeitet auch eine Angehörigen-Peer.

l.) Kultursensible Aspekte der Behandlung:

Die Berücksichtigung von kulturellen Besonderheiten, wie z.B. Essenswünsche, wurde in fast allen Kliniken als begrenzt beschrieben. Das Fortbildungsangebot zu dem Thema wurde auch als ausbaufähig beschrieben.

m.) Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern:

Was der Umgang mit Fremdsprachen angeht, wurde analog zu kultursensiblen Aspekten die Einstellung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern als mangelhaft gesehen, unabhängig vom Grad der Recovery-Orientierung.

- *Die Telefondolmetscher wurden nach 4 Wochen wieder gecancelt; vermutlich zu teuer. Es gibt aber viele Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnissen. (R-)*
- *Die Inanspruchnahme von Dolmetschern ist schwierig. Im Konsildienst in der Hochzeit der Asylsuchenden hat es mit den I-Pad vermittelten Dolmetschern nicht gut funktioniert. Hochqualifizierte Dolmetscher sind zu teuer. Wir können max. 25-30 Euro pro Stunde beanspruchen, weswegen wir die hochqualifizierten Dolmetscher nicht mehr anfragen und müssen auf Mitarbeiter mit Sprachkenntnissen zurückgreifen. (R+)*

8. Diskussion

Die durchgeführte Studie konnte zum ersten Mal eine Übersicht über Aspekte von Recovery-Orientierung an deutschen psychiatrischen Versorgungskliniken liefern. Diese zeigte, wie unterschiedlich geprägt diese Orientierung in Kliniken ist. Es ist aber anzumerken, dass der durchschnittliche ROSE-Wert unter den teilnehmenden Kliniken durchaus sehr hoch ist. Ob es sich hier um ein Selektionsbias handelt, dadurch dass Kliniken, die freiwillig an der Studie teilnahmen, vermutlich eher Recovery-orientiert arbeiten, oder ob diese Zahl die breite Realität der stationären psychiatrischen Versorgung widerspiegelt, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Dennoch kann postuliert werden, dass Prinzipien der Recovery-Orientierung den Weg in die psychiatrische Klinik gefunden haben.

Die nähere Betrachtung verschiedener konkreter Recovery-Merkmale mittels des ERFSS, der gut mit dem ROSE korrelierte, wies dennoch auf bestimmte Bereiche hin, die im Sinne der Recovery-Orientierung von psychiatrischen Einrichtungen ausbaufähig sind, wie z. B. psychotherapeutische und multiprofessionelle Gesprächsangebote, der Einbezug der Pat. in die Therapieplanung und Entscheidungsfindung über anzuwendende Psychopharmaka oder der flexible Umgang mit Stationsregeln. Dies zeigt deutlich, dass die konkrete Umsetzung einer Recovery-Orientierung noch weiterer Schritte und Bemühungen bedarf, die sicherlich nur unter enger Einbeziehung aller Akteure des psychiatrischen Hilfesystems zu erreichen sind. Die Diskrepanzen zwischen den Kliniken konnten nur bedingt im Rahmen der qualitativen Untersuchung bestätigt werden. Der Vergleich von Kliniken mit einem hohen und einem geringen Grad der Recovery-Orientierung zeigte zwar einige Unterschiede zwischen den Kliniken, insbesondere was den flexiblen Umgang mit Regeln, das Vorhalten spezieller Angebote für Angehörige, die Einbeziehung von Peers oder die Gestaltung von Visiten angeht. Dennoch wurde in dieser Analyse deutlich, wie sehr alle Kliniken auf ähnliche Grenzen stoßen, unabhängig vom Grad ihrer Recovery-Orientierung: So wurde mehrfach erwähnt, wie ungenügend das therapeutische Angebot zum Teil erlebt wird, insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die untergebracht sind bzw. die Station nicht verlassen dürfen. Diese Patientengruppe wie auch Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden akuten Symptomen scheinen wenig Möglichkeiten einer sinnvollen Beschäftigung auf der Station zu haben. Patientinnen und Patienten wünschen sich darüber hinaus auch Therapien, die ihre Alltagskompetenzen fordern und sie auf die Zeit nach der Klinik vorbereiten. In ähnlicher Weise wurde auch erwähnt, wie unbefriedigend das Angebot an therapeutischen Gesprächen ist, vor allem bei bestimmten Patientengruppen, die sich entweder keine Gespräche aktiv einfordern können, oder auf Grund der Akuität ihrer Erkrankung nicht von Therapeutinnen und Therapeuten aufgesucht werden.

Was der Umgang mit Zwang und ZM angeht, konnten ebenfalls nur in begrenztem Umfang

Unterschiede zwischen den Kliniken festgestellt werden. Erwähnenswert ist aber, dass Nachbesprechungen (NB) scheinbar nur selten durchgeführt werden. Dabei besteht eine Diskrepanz zwischen den quantitativen und qualitativen Daten, die auf eine eher seltene Umsetzung der NB aufweisen. Unsere Erfahrung mit der NB zeigt, diese Diskrepanz meistens an der Definition der NB liegt, wobei manche Mitarbeitende darunter eine teaminterne NB oder eine informelle NB unmittelbar nach der ZM verstehen, welche betroffene Pat. oft nicht als solche wahrnehmen bzw. an denen sie nicht beteiligt werden. Was die anderen Aspekte der Anwendung von Zwang betrifft, wurde der Wert eines engmaschigen Kontakts und Betreuung während ZM, z.

B. durch den Einsatz von 1:1 Betreuung betont, was sich mit Aussagen von Pat. deckt. Ein offenerer Umgang mit Statistiken über angewandte ZM scheint auch ein Merkmal Recovery-orientierter Kliniken zu sein und zeugt von einer vorhandenen Bereitschaft, sich diesem Problem zu stellen.

Ein anderer verbesserungsbedürftige Bereich stellt der Umgang mit Patientinnen und Patienten, die eine Fremdsprache sprechen bzw. bestimmte kulturelle Merkmalen aufweisen, dar. Es musste leider festgestellt werden, dass der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern weiterhin sehr selten ist. Ebenso wurde mehrfach erwähnt, dass kulturelle Besonderheiten wie z. B. Essenswünsche, nur begrenzt Berücksichtigung finden und dass es kaum Fortbildung zum Thema kultursensible Behandlung gibt. Diese Situation stellt insbesondere in urbanen psychiatrischen Kliniken, die viele Pat. mit Migrationshintergrund behandeln, eine besondere Herausforderung und Mangel dar, insbesondere was deren aktive Beteiligung an der Gestaltung der Therapie und die Berücksichtigung von kulturspezifischen Wünschen und Präferenzen angeht.

Ferner wurde in den Fokusgruppen deutlich, wie viel Wert Patientinnen und Patienten auf eine vertrauens- und respektvolle therapeutische Beziehung legen. Das Gefühl, an Entscheidungen beteiligt zu werden, wurde dabei als ein wichtiger Faktor erwähnt. Die durchgeführten Interviews zeigen, wie hilfreich Patientinnen und Patienten Situationen wahrnehmen, in denen sie Zuwendung und Respekt spüren, z. B. während entsprechend gestalteten Visiten oder Therapieplanungen. Es muss also betont werden, wie unverzichtbar der Fokus auf die Qualität der Beziehung ist. Zur Gestaltung dieser scheint die (psychotherapeutische) Haltung des Personals bei ausreichender Personalbesetzung ein zentraler Faktor zu sein. Es ist allerdings zu vermuten, dass über strukturelle Faktoren hinaus die Haltung eine entscheidende Rolle in der Wirksamkeit stationärer Behandlungen und deren Wahrnehmung durch die Patientinnen und Patienten spielt.

Umgekehrt kann postuliert werden, dass Haltung auch Strukturen prägt. Diese Ergebnisse sollen Stationen und Professionelle ermutigen, in der akuten psychiatrischen Arbeit weiterhin den Aufbau und die Qualität der therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt zu stellen, wobei psychotherapeutische Kenntnisse und Haltungen über die Berufsgruppen hinweg gefördert werden müssen.

Stärke dieser Studie sind ihr *mixed-methods* Design, das ermöglichte, einige Aspekte der Recovery-Orientierung sowohl quantitativ als auch qualitativ zu beleuchten. Dabei wurde klar, dass die Ergebnisse dieser beiden Studienansätze sich zum Teil deutlich unterscheiden. Dies soll ein Ansporn zur weiteren Einbeziehung qualitativer Forschungsansätze sein, insbesondere zur Untersuchung komplexer institutioneller Settings wie psychiatrischer Stationen. Die kombinierte Befragung von Pat. und Mitarbeitenden stellt auch eine Stärke der Studie dar, da diese sich ergänzenden Perspektiven eine umfassendere Betrachtung dieses

Themas ermöglichen.

Was die Limitierungen der Studie angeht, war es leider auf Grund der teilweise sehr mangelhaften Angaben zu durchgeführten ZM sowie einer sehr geringen Teilnahme der angeschriebenen Kliniken nicht möglich, abschließende Aussagen zur Frage, inwiefern der Grad der Recovery-Orientierung mit der Anzahl von ZM assoziiert ist, zu treffen. Die angewandte Rekrutierungsstrategie, obwohl sie theoretisch eine flächendeckende Erhebung ermöglicht hätte, konnte also nicht ausreichend die angeschriebenen Kliniken erreichen. Unsicherheiten in Bezug auf Online-Befragungen und die alleinige Kontaktaufnahme über Chefärztinnen und -ärzte spielten sicherlich dabei eine Rolle. Dennoch ist auch anzunehmen, dass das Thema auf Widerstände gestoßen ist, insbesondere was das Preisgeben von quantitativen Informationen über Zwangsmaßnahmen und spezifische stationäre Abläufe angeht.

Dies zeigt, wie unausweichlich eine verpflichtende, standardisierte und öffentlich zugängliche quantitative Dokumentation von ZM ist – nicht nur, um eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema zu ermöglichen - sondern auch, um sinnvolle Motivationsstrukturen und einen offenen Diskurs herzustellen, damit das Ziel einer Beschränkung von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen auf ein Mindestmaß in Zukunft wirklich Umsetzung finden kann.

9. Genderaspekte

Genderaspekte wurden berücksichtigt, indem darauf geachtet wurde, dass Frauen und Männer unter der untersuchten qualitativen Stichprobe repräsentiert sind. Interessanterweise muss angemerkt werden, dass unter den Chefärztinnen und -ärzten, die sich an der Studie beteiligten, Frauen überrepräsentiert waren.

10. Veröffentlichungen und Vorträge

- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Wie können Gewalt und Aggressionen auf Stationen effektiv reduziert werden? Ein Überblick aus Forschung und Praxis (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Acute psychiatry: recovery orientated structures and attitudes reduce aggression and coercion (L. Mahler)

11. Empfehlungen

- (1) In jeder Phase der Behandlung, insbesondere in akuten Krisensituationen, muss der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Gerade während und nach einer Zwangsmaßnahme soll eine intensive (während der ZM lückenlose) therapeutische Begleitung und nicht lediglich eine (Sicht-) Kontrolle oder Überwachung stattfinden. Diese kann nicht an externe Kräfte delegiert werden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Vertrauenspersonen soll intensiviert werden. Kontakte mit Angehörigen und Informationsvermittlung sollen immer dialogisch und für die betroffenen Patientinnen und Patienten transparent gestaltet werden.

Dies wird von Patientinnen und Patienten gefordert und aktuell oft als Mangel erlebt. Dabei soll auch die eigene Belastung der Angehörigen berücksichtigt werden.

- (3) Es soll ein umfassendes, vielfältiges Therapieangebot für untergebrachte Patientinnen und Patienten bzw. Patientinnen und Patienten, die die Station nicht verlassen dürfen, vorhanden sein. Langweile und Unterforderung können zu vermehrter Aggression und Zwang führen. Dabei soll das therapeutische Milieu die Selbstregulierungsmöglichkeiten und Ressourcen der Betroffenen unterstützen und diese auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vorbereiten.
- (4) Die Teilnahme an Therapien soll flexibel und bedürfnisangepasst gestaltet werden. Die Erstellung des Therapieplans sowie die Festlegung der Behandlungsziele soll gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erfolgen.
- (5) Es sollen regelmäßige, verbindliche Einzelgespräche angeboten werden, unabhängig von der Akuität der Erkrankung.
- (6) Visiten sollen als multiprofessionelle, ergebnis-offene, reflektierende Prozesse gestaltet werden.
- (7) Patientinnen und Patienten sollen in die Entscheidungsfindung über medikamentöse Therapien konsequent einbezogen werden. Entscheidungen diesbzgl. sollen transparent kommuniziert werden.
- (8) Stationsregeln sollen flexibel gehandhabt werden. Die Sinnhaftigkeit dieser Regeln soll regelmäßig hinterfragt werden. Ein zu starres Reglementarium führt zu Frustration und kann Aggression und darauffolgende Zwangsmaßnahmen potenzieren.
- (9) Interkulturelle Angebote und die Berücksichtigung individueller kultureller und religiöser Gewohnheiten sollen entwickelt werden. Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern soll gewährleistet werden.

12. Referenzen

- Czernin, K., Bempohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., Mahler, L. (2019). Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzeptes „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. Psychiatrische Praxis (in Bearbeitung)
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. G. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer- defined recovery? Psychiatry research, 177(3), 309-317.
- MIND (The National Association for Mental Health). (2011). Listening to experience: An independent inquiry into acute and crisis mental healthcare. London, UK: MIND.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of

recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical psychology review*, 28(7), 1108-1124.

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Müller, M., Mayer, B., Rössler, W., Rüsç, N. (2019). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 458-465.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Teilprojekt 5

Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter

Subjektives Erleben und Nachwirkung von Zwangsmaßnahmen (Qualitative Analyse)

Verantwortliche Leitung: Fr. Dr. Lieselotte Mahler, Fr. PD Dr. Christiane Montag, Hr. Dr. Alexandre Wullschleger

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und verantwortliche Leiterinnen und Leiter
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
 - 4.1. Ziele des Projekts
 - 4.2. Projektstruktur
5. Ablauf der Studie
 - 5.1. Studiendesign
 - 5.2. Studienpopulation
 - 5.3. Erfasste Outcome-Parameter
 - 5.4. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
 - 7.1. Quantitative Ergebnisse
 - 7.2. Qualitative Ergebnisse
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

3. Zusammenfassung

Das Teilprojekt widmet sich der Frage des subjektiven Erlebens von Zwang im stationären Rahmen und der Einflussfaktoren, die zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen (ZM) beitragen. Im Rahmen der durchgeführten quantitativen und qualitativen Analysen der TP 4 und 5 wurden Daten zu diesen Themen erfasst.

Auf der quantitativen Ebene wurde der belastende bzw. der traumatisierende Charakter durchgeführter Zwangsmaßnahmen näher erforscht (TP 5). Die erhobenen Daten zeigen, dass 81,8% der Patientinnen und Patienten Zwangsmaßnahmen als extrem belastend erlebten (Coercion Experience Scale (CES)) und, dass 71% der Befragten eine peritraumatische Reaktion zeigten, die ein hohes Risiko für die Entwicklung einer PTBS darstellt (Peritraumatic Distress Inventory (PDI)) erlebt. Darüber hinaus konnte in der Stichprobe des TP 5 festgestellt, dass bei 20.5% der Pat. der klinische Verdacht einer PTBS bestand (Impact of Events

Scale (IES)). Eine nähere Betrachtung dieser Zahlen mittels einer Regressionsanalyse zeigte, dass die Patientenwahrnehmung der Gründe, die zu der ZM führten, als struktur- oder personalbezogen das Erleben von den ZM als belastend bzw. traumatisch signifikant prädierte. Psychiatrisch Tätige und Institutionen sind hiermit gefordert, einen besonderen Fokus auf die Prävention von Traumafolgestörungen bei Patientinnen und Patienten, die ZM erlebten, zu legen. Darüber hinaus weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass vermehrt auf eine transparente Kommunikation bzgl. getroffener Entscheidungen und die Aufrechterhaltung von Kontakt und Beziehung geachtet werden soll, auch und insbesondere im Rahmen von ZM.

Die erhobenen qualitativen Daten zeigen, dass ZM sowohl bei Patientinnen und Patienten als auch bei Mitarbeitenden in vielen Fällen einschneidende Ereignisse darstellen, die auf Seiten der Patientinnen und Patienten oft mit Gefühlen von Angst, Autonomieverlust, Bevormundung und Erniedrigung einhergehen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung vor und während der ZM scheint dabei eine zentrale Bedeutung zu haben. Patientinnen und Patienten legen dabei einen besonderen Wert auf eine transparente und ehrliche Kommunikation und auf das Gefühl, fair behandelt zu werden.

Mitarbeitende betonten ebenfalls auch die Rolle einer kontinuierlichen und kontakthaltenden Betreuung während der ZM, auch wenn sie diese oft als extrem unangenehm und als im Konflikt mit ihrem Berufsbild empfinden.

Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende erwähnten auch verschiedene Faktoren, die zur Anwendung von Zwang beitragen. Darunter wurden vor allem strukturelle Aspekte genannt, u. a. ein ungenügendes Therapieangebot, enge Räumlichkeiten mit fehlenden Rückzugsmöglichkeiten oder Überbelegung der Stationen. Personalmangel wurde als zentral erwähnt. Darüber hinaus wurden aber auch hier wiederum Aspekte der Beziehung, und insbesondere des gegenseitigen Verstehens und der Individualisierung der Behandlung, sowie der Haltung zu Zwang thematisiert.

Letztlich wurde von Patientinnen und Patienten thematisiert, dass ZM nur ein Teil eines insgesamt von Zwang geprägten stationären Kontextes seien. Intransparente Entscheidungen, Kommunikationsschwierigkeiten, der Druck, Medikamente zu nehmen, und die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch z.B. eine geschlossene Tür, wurden alle als besonders wichtige Aspekte dieses „Zwangsklimas“ genannt. In dieser Hinsicht werden Kliniker und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gefordert, den Aspekt des informellen Zwangs vermehrt in Fokus deren Bemühungen zu nehmen.

4. Ausgangslage

Aus Kasuistiken, Psychoseseinaren und Interviewstudien ist bekannt, dass Zwangsmaßnahmen von den betroffenen Menschen sehr unterschiedlich verarbeitet werden. Das retrospektive Erleben von Zwang variiert zwischen Wut, Hilflosigkeit, Angst, Scham oder Demütigung bis hin zur Traumatisierung einerseits und Erleichterung, Ruhe oder Sicherheit andererseits. Zwang und Zwangsmaßnahmen stellen zudem eine besondere Belastung für die Mitarbeitende dar. Faktoren, die die Anwendung und das Erleben von Zwang beeinflussen, sind noch unzureichend erforscht.

4.1. Ziele des Projekts:

Ziele des TP sind:

- das Ausmaß des belastenden und traumatisierenden Charakters von Zwangsmaßnahmen
- die Faktoren, die dieses Erleben beeinflussen
- die Einflussfaktoren, die die Anwendung von Zwang im stationären Rahmen begünstigen
- die Charakteristiken des subjektiven Erlebens von Zwang seitens der Mitarbeitenden

zu untersuchen.

4.2. Projektstruktur:

Das ursprünglich geplante Studiendesign konnte wie in den letzten Zwischenberichten beschrieben, auf Grund begrenzter Kapazität, nicht durchgeführt werden. Es wurde entschieden, zum Zweck des Erreichens der TP-Ziele, quantitative Daten aus den TP 4 und 5 sowie qualitative Daten aus diesen beiden TP gesondert auszuwerten. Dafür wurden auch Fragen, die die TP-Ziele betreffen, in die verschiedenen entwickelten Leitfäden und Befragungsinstrument integriert.

5. Ablauf der Studie

5.1. Studiendesign

Es handelt sich um eine Studie mit einem *mixed-methods* Ansatz, wobei quantitative und qualitative Untersuchungen kombiniert werden. Es wurden Datenquellen aus den TP 4 und 5 benutzt.

5.2. Studienpopulation

Die hier ausgewerteten und zusammengefassten Daten wurden im Rahmen der TP 4 und 5 erfasst. Die Beschreibung der jeweiligen Studienpopulation und der Randomisierungs- bzw. Auswahlmethoden sind aus den entsprechenden Berichten zu entnehmen.

5.3. Erfasste Outcome-Parameter

Quantitative Daten:

- Belastender Charakter von Zwangsmaßnahmen: Coercion Experience Scale (CES) (aus TP 5)
- Traumatisierender Charakter von ZM: Peritraumatic Distress Inventory (PDI) und Impact of events Scale (IES) (aus TP 5)
- Erfassung der von den Pat. erlebten Gründe, die zu der Anwendung von Zwang führten: Patientinnen und Patienten wurden gefragt, verschiedene Gründe, die aus deren Sicht eine Rolle in der Anwendung von Zwang gespielt haben, auf einer 4-Punkte Likert-Skala zu bewerten (0=nein, 1=kaum, 2=ziemlich, 3=ja) (aus TP 5).

Qualitative Daten:

- Fragen nach dem Erleben von Zwangsmaßnahmen
- Fragen nach dem Erleben anderer Formen von informellem Zwang
- Fragen nach den Einflussfaktoren, die zum Ansatz von ZM beitragen

5.4. Datenauswertung

Quantitative Daten:

Die im Rahmen des TP 8 erfasste Daten (CES, PDI, IES-R, Gründe für ZM) wurden zunächst und Studiengruppenübergreifend deskriptiv ausgewertet. Es wurde zudem eine einzelfaktorielle ANOVA mit den jeweiligen Variablen (CES, PDI, IES-R, Gründe für ZM) als abhängige Variablen und der Art der Index Zwangsmaßnahme als Faktor gerechnet, zusammen mit einer Kontrastanalyse.

Was die von Patientinnen und Patienten angegebenen Gründe für ZM angeht, wurden die zusätzlich in zwei Gruppen aufgeteilt: „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personalbezogene Gründe“.

Für diese zwei Gruppen wurden Mittelwerte gerechnet. Die Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS zu leiden, wurde anhand der von den Deutschen Übersetzern des IES entwickelten Formel gerechnet. Es wurde zwei Regressionsanalysen durchgeführt. Die erste soll die Vorhersehbarkeit des belastenden Charakters von ZM (CES) (abhängige Variable) durch folgende unabhängige Variablen: Geschlecht, Diagnose, CGI-S, GAF, Negativsymptome, fehlende Einsicht, Art der ZM, jeweiliger Mittelwert der Kategorien „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personalbezogene Gründe“, Ratio zwischen diesen beiden Kategorien. Die zweite wurde mit der abhängigen Variable PDI und denselben unabhängigen Variablen durchgeführt, um die Vorhersehbarkeit des traumatisierenden Charakters von ZM zu prüfen. Beide Regressionsanalysen wurden mit der Einschlussmethode durchgeführt.

Qualitative Daten:

Daten aus den 8 Einzelinterviews und den insgesamt 15 durchgeführten Fokusgruppen wurden analog zu den TP 4 und 5 mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) ausgewertet.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Wie im Punkt 4.2. erläutert, das ursprünglich geplante Studiendesign konnte nicht umgesetzt werden. Grund dafür war, dass die Ressourcen des Forschungsteams, die durch die anderen TP gebunden wurden, für die Umsetzung dieses TP nicht mehr genügten. Dennoch führte diese Designänderung dazu, dass die hier dargestellten Auswertungen der Qualität und dem Umfang der im Rahmen der anderen TP erhobenen Daten gerecht werden konnte.

Das geänderte Design hat auch zum Vorteil, die Perspektiven der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden zu berücksichtigen und gegenüberzustellen. Durch diese beiden Sichtweisen konnten also wichtige Parameter der Anwendung von Zwang erläutert werden. In ähnlicher Weise liefert auch die gesonderte Betrachtung quantitativer Daten, die im Rahmen der anderen TP erhoben wurden, bedeutende Ergebnisse, die das Ausmaß der Belastung von Patientinnen und Patienten durch Zwangsmaßnahmen beleuchten.

Trotz dieser Designänderung konnten die Ziele des TP im Rahmen des vorgesehenen

Zeitplans erreicht werden.

Dass im Rahmen dieses neuen Designs keine Beteiligung von Peer-Forscherinnen und -Forscher erfolgen konnte muss als tatsächliche Limitierung dieses TP angemerkt werden. Trotz der Einbeziehung von Daten aus den anderen Teilprojekten wurde auch nicht möglich, die Anzahl von 100 Interviews zu erreichen.

7. Ergebnisse

7.1. Quantitative Ergebnisse

Ergebnisse sind in Tab. 3 zusammengefasst.

Belastender Charakter von Zwangsmaßnahmen: Coercion Experience Scale (CES):

Der durchschnittliche Gesamtscore in der Gesamtstichprobe des TP 5 betrug 95,79 (SD=31,10). Die durchgeführte ANOVA zum Vergleich der verschiedenen Arten von Zwangsmaßnahmen weist auf einen signifikanten Unterschied hin. Die Kontrasteanalyse zeigte, dass sich dabei Patientinnen und Patienten, die eine Fixierung erlebt haben (M=101,72, SD=3,76), signifikant unterscheiden von Patientinnen und Patienten, die eine Isolierung erlebten (M=85,366, SD=32,35) ($p=0,019$). 81,8% der befragten Patientinnen und Patienten zeigten CES-Werte über den von den Autoren der Skala vorgeschlagenen Cut-Off von 70 Punkte.

Traumatisierender Charakter von ZM:

Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

In der Gesamtstichprobe, der Durchschnittswert des PDI betrug 22,87 (SD=12,99). Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den angewandten Zwangsmaßnahmen. Bei 71% der Patientinnen und Patienten war der PDI-Gesamtscore über den von Guardia et al. Vorgesprochenen Cut-off von 14 Punkte.

Impact of events Scale (IES-R)

In der Gesamtstichprobe betragen die Mittelwerte der IES-R Subskalen: 11,00 (SD=10,51) bei der Intrusion-Subskala, 17,54 (SD=12,09) bei der Vermeidung-Subskala, und 11,27 (SD=9,27) bei der Übererregung-Subskala. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Zwangsmaßnahmen. Anhand der von den deutschen Übersetzern des IES-R vorgeschlagenen Regressionsformel konnte festgestellt werden, dass 20,5% der Patientinnen und Patienten einen hohen Verdacht auf PTBS aufwiesen.

Gründe für Zwangsmaßnahmen:

Die Ergebnisse sind in der Abb. 1 zusammengefasst. Reizüberflutung, Einsichtsmangel und Inkompetenz des Personals sind die drei Gründe, denen die Patientinnen und Patienten am meisten zustimmten.

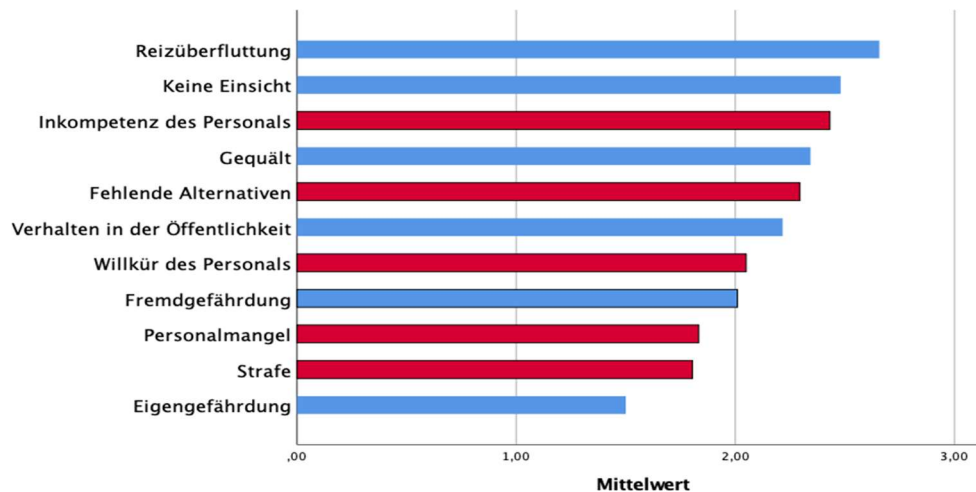


Abb. 1 Gründe für Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Patientinnen und Patienten
Gründe wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: „Fürsorgliche Gründe“ (blaue Balken) und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ (rote Balken).

Die Mittelwerte für die gebildeten Kategorien „Fürsorgliche Gründe“ und „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ betragen 2,63 ($SD=1,06$) bzw. 2,10 ($SD=0,84$).

Einflussfaktoren bzgl. der Wahrnehmung von Zwangsmaßnahmen:

CES: Die gerechnete lineare Regressionsanalyse war statistisch signifikant ($F(12,76)=5.055$, $p<0,001$, $R^2=0,444$). Die Variable „Strukturelle bzw. Personal-bezogene Gründe“ war der einzige signifikante Prädiktor des belastenden Charakters der ZM ($B=23.097$, $p=0.001$).

PDI: Die gerechnete lineare Regressionsanalyse war statistisch signifikant ($F(12,78)=1.934$, $p=0,043$, $R^2=0,229$). Hier konnte gezeigt werden, dass die Wahrnehmung der Gründe, die zu ZM führten, als struktur- bzw. personal-bezogen der einzige Prädiktor des traumatisierenden Charakters der ZM war ($B=7.721$, $p=0.015$).

7.2. Qualitative Ergebnisse

7.2.1. Subjektives Erleben von Zwang

Mitarbeitende:

Der Ansatz von Zwangsmaßnahmen ruft bei Mitarbeitenden überwiegend unangenehme Gefühle hervor:

- *Ich habe auch das Gefühl, es ist natürlich was etwas was man auf jeden Fall aversiv erlebt auch als derjenige, der es durchführt (TP5; FG3)*
- *Das ist nie ein schönes Gefühl, wenn man Zwangsmaßnahmen durchführen muss (TP5; FG1)*

Mitarbeitende gaben auch an, eine gewisse Frustration in diesem Zusammenhang zu spüren:

- *Weil er überhaupt nicht mehr in den Kontakt mit uns geht und das dann irgendwo frustrierend und ich immer denken muss dann wird es wieder sein und man dann auch so ein bisschen am Ende seines Lateins ist (TP5; FG1)*

Für Mitarbeitende stellen Zwangsmaßnahmen immer eine Ausnahme dar. Allerdings berichten sie auch, dass auch, dass sie Zwangsmaßnahmen als ein unangenehmes, dennoch

unvermeidbares Teil deren Arbeit sehen:

- *Tatsächlich ist es für mich ein Teil des Jobs der sicherlich keinen Spaß macht. Aber, ja halt gegeben ist. (TP5; FG1)*

Dennoch steht dieser Teil des psychiatrischen Alltags im Konflikt mit dem eigenen Berufsbild:

- *Also ich glaub das ist anders dann als bei anderen Berufen, wo viel Gewalt mit im Spiel ist, wo das aber vielleicht irgendwie keine Ahnung so wie bei der Polizei oder so, immer so mit Adrenalin und man möchte diese Action haben, also so ist es ja eigentlich nicht. [...] Und das ist halt irgendwie schon dieses paradoxe finde ich in der Psychiatrie. Dass man ja eigentlich genau das Gegenteil möchte und das dann machen muss. Und das ist halt immer unangenehm (TP5; FG3)*

Die Art und das Ausmaß der Gefühle, die von Zwangsmaßnahmen hervorgerufen werden, stehen laut Mitarbeitende auch im Zusammenhang mit verschiedenen Faktoren. Erstens gaben Mitarbeitende an, dass die Psychopathologie bzw. das Verhalten der betroffenen Patientinnen und Patienten eine Rolle in deren Wahrnehmung der Situation spielt. Bei psychotischen Symptomen oder weiblichen Patientinnen wird die Zwangsmaßnahme bspw. als unangenehmer empfunden im Vergleich zu anderen Konstellationen:

- *Das ist schon ein Unterschied ob man jetzt zum Beispiel aus einer wirklichen Psychose heraus zum Beispiel passiert die Fixierung. Oder ob das halt so ein gesteuertes provokantes aggressives Verhalten ist. Dementsprechend fühlt man sich ja auch immer noch mal unterschiedlich (TP5; FG1)*
- *Es gibt Patienten, die in ihrem Erleben so wahnhaft sind. Unlängst hatten wir da eine Frau, die beispielsweise ihr gesamtes Umfeld der sexuellen Belästigung mehr oder weniger beschuldigte in ihrem Erleben. Und ja, das ist dann so ein komisches Gefühl, wenn man da sagen wir mal, noch zu viert zu fünft auf eine Patientin rauf geht sie festhalten muss und sie fixieren muss. Ich finde also bei mir macht das was, da denke ich schon drüber nach. Wir gehen, wir steigen genau in dieses Schema jetzt sozusagen von der Patientin ein (TP5; FG2)*
- *Die Psychopathologie macht auch einen großen Unterschied, wie schwer es einem fällt. Und auch das Äußere bisschen vom Patienten. Also ich glaub so Patienten, die von Anfang an total aggressiv sind und auch so ja also, da finde ich es nicht so schwer. Was ich unheimlich finde ist Patienten mit Vergiftungsängsten Zwangs zu medizieren. Ich find das ist immer so also so wenn die, was man irgendwie, wenn man quasi ihren Wahn damit so in diesem Moment bestätigt. Also das fällt mir irgendwie am schwersten und das sind ja auch oft die Patienten, die nicht voll remittieren, die einem das immer noch irgendwann vorwerfen würden (TP5; FG3)*

Die Nachvollziehbarkeit spielt laut Mitarbeitende auch eine Rolle in deren Wahrnehmung von Zwang:

- *Wenn ich die Zwangsmaßnahme von mir selbst und mit meinem Team begründen kann geht es mir damit nicht schlecht (TP5; FG1)*

- *Und das ist dann hinterher schon manchmal so, dass ich denke „Ach Mist, stimmt das hätte ich anders machen sollen“ (TP5; FG3)*

Der weitere Verlauf (Remission vs. weiterer notwendiger Ansatz von Zwangsmaßnahmen) ist laut Mitarbeitende auch ein entscheidender Faktor.

Ein besonderer Aspekt stellt das Hinzuziehen von der Polizei bei der Durchführung von ZM. Dies wird zum Teil als Schutz und Entlastung empfunden, zum Teil aber auch als zur Eskalation beitragend und als ein Faktor, der den belastenden Charakter von ZM verstärkt:

- *Aber heute war ich so froh als die Polizei da war und diese Situation, diesen Patienten (Pause) entfernt hat. Dass ich eigentlich nur erleichtert war, dass es diese Möglichkeit gab. Denn es war so gefährlich und so unangenehm. (TP5; FG3)*
- *Also manchmal ist es ja auch entlastend, dass irgendwie so, wenn die Polizei Teil dieser Gewalt übernimmt, dass wir das nicht machen müssen (TP5; FG3)*
- *Also ich finde das merkt man im Kontakt mit der Polizei oft, wenn wir Amtshilfe dazu ziehen. Dass die sozusagen die Entwürdigung der Maßnahmen und das Schamgefühl und gedemütigt werden gefühlt durch die Polizei-Interventionen häufig total schlimm ist (TP5; FG3)*
- *Aber ich glaube die Polizei verhält sich aber auch viel deutlich anders. Ich finde die Situation kippt da total oft, weil die einfach einen viel respektloseren Ton haben gegenüber dem Patienten oder genau gerade das sagen was man nicht sagen sollte in dieser Situation. (TP5; FG3)*

Mitarbeitende nannten auch in den durchgeführten Interviews verschiedene Möglichkeiten des Umgangs mit diesen Gefühlen bzw. des Vorbeugens unangenehmer Gefühle. Dabei wurde neben standardisierten Verfahren zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen und spezifischen Fortbildungen auch die Nachsorge für angegriffene Mitarbeitende erwähnt. Betont wurde auch, dass die Arbeit im Team und die Möglichkeit des teaminternen Debriefings besonders hilfreich und wichtig sind:

- *Dadurch, dass es standardisiert ist, dass man weiß es findet zum Beispiel eine Nachbesprechung statt, also dass jeder auch direkt im Anschluss da bleibt, verhindert, dass man sozusagen emotional reagiert, gar nicht weiß: Wann werde ich das los, was ich vielleicht dafür gefühlt habe oder dass es nicht so gelaufen ist wie ich das irgendwie vielleicht abgesehen habe, oder wie auch immer. Das ist einfach einen festen Platz hat und es nicht einfach direkt auseinanderght. Das meine ich damit. (TP5; FG2)*
- *Und ähm für mich und die Kollegen an diese Fixierung dann halt eben, würden wir dann zusammen dann halt bevor wir auseinander gehen, um weiter zu arbeiten, würde dann halt noch mal irgendwie jeder gefragt wie er sich denn halt fühlt Und dann halt dabei wie man sich findet und so. (TP5; FG2)*
- *Und vom Gefühl her ist es glaube ich einfach wichtig für mich, wenn man es dann hinterher noch mal nach zu besprechen und zu gucken, hätte man etwas anders machen können was man zunächst mal mitnehmen kann. (TP5; FG1)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten berichteten von sehr belastenden, teilweise traumatisierenden Erfahrungen während ZM. Unter anderem wurden Gefühlen der kompletten Abhängigkeit und Autonomieverlust erwähnt:

- *Ja, also man muss eben darum bitten, dass man Wasser zu trinken bekommt, dass man auf die Toilette kann bzw. man wurde festgebunden und dann kriegt man so ein Gefäß zum Urinieren oder überhaupt. (TP4; R+)*
- *Ich hatte richtig Panik, ich wusste nicht warum sie mich festmachen und ich hatte auch hier an den Armen so feste Schlingen und als ich wieder aufgewacht bin, habe ich gedacht, mein Arm fällt ab. Dann habe ich jemanden gerufen, dass man das lockerer macht und es ist keiner gekommen. Ich hatte richtig Angst. (TP4; R-)*
- *In der Fixierungssituation gab es noch eine Situation, wo die Schwester mich gefüttert hat. Das war extremst unangenehm einfach mal, also, ich sag mal, ich möchte mich dann auf gar keinen Fall da füttern lassen. Aber sie hat darauf bestanden einfach mal, weil das Essen wohl so heiß war. Und war für uns beide auf jeden Fall der totale (.) Horror einfach mal, sag ich mal so. Also, die Schwester hat das auch sehr ungern gemacht, weil sie mich eigentlich kennt aus besseren Phasen (TP5; Int 1)*
- *Kann der Mitarbeiter nicht nachvollziehen, einfach mal. Also, er sieht, dass es sehr unangenehm ist, aber er kann es nicht nachvollziehen einfach mal, was es bedeutet, ausgeliefert zu sein einfach mal, irgendwie darauf angewiesen zu sein, dass man Wasser kriegt, dass man Wasser lassen darf irgendwie. Das ist, also, das ist einfach Mist. (TP5; Int 1)*
- *Ja, die Fixierung, war schon sehr unangenehm, wie eine Vergewaltigung oder so. Und das sieht man, wenn man fixiert ist, ist man ja auch nicht auf Augenhöhe mit den Leuten, die vor einem stehen oder einen bewachen oder einen beschützen sollen oder was auch immer. (TP5; Int 3)*
- *Also jetzt die Zeit, wo ich nicht in (Name Gelände draußen), wo ich gerade mal hier in den Innenhof durfte mit Begleitung, kann ich nicht mal in (Name Gelände draußen) durfte. Das war für mich wirklich schlimm. Also da habe ich echt gelitten. Da habe ich gedacht: „Jetzt bin ich eingesperrt“. Das war für mich wirklich eingesperrt sein. So in Begleitung rausdürfen. Da fühlt man sich richtig gegängelt, wie ein kleines Kindchen. Das ist wirklich schwer zu ertragen. Also das fand ich sehr belastend. (TP5; Int 4)*

Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit und das ständige Beobachtet-Werden wurden auch als eine massive Belastung angegeben. Viele Patientinnen und Patienten erklärten, ZM mit Fatalismus und Resignation hinzunehmen. Einige berichteten auch von dem Druck, sich beweisen zu müssen, damit die ZM beendet werde:

- *Da wurde mir auch gesagt: „Sie kommen hier nur raus, wenn Sie Medikamente nehmen.“ Und das, natürlich, das war, das war unter Druck, ja, auf jeden Fall. Die wollen das halt schnell, schnell. Sie sehen mich und sehen mich, wie ich bin, und das ist nicht gesund. Sie wissen wie ich bin, wenn ich gesund bin. Und natürlich wollen sie mir helfen und sie wissen, die*

Medikamente helfen. Aber immer dieses: „Nehmen sie doch mal, nehmen sie doch mal, nehmen sie doch mal.“ Oder so. Es ist halt, also diese Ganze setzt sich halt da zusammen: Medikamente, zwei Therapien, alleine gelassen. Und das ist schon eine Art Druck, denn man will ja da rauskommen. (TP5; Int 2)

Einige Patientinnen und Patienten gaben auch an, dass ZM zum Teil eine beschützende bzw. eine beruhigende Funktion haben können:

- *Es gibt Menschen, die schmeißen sich dann vor die U-Bahn. (.) Und da ist es besser, man ist in der Klinik, selbst wenn man da fixiert wird, was sehr unangenehm ist, aber da wird man da praktisch dran gehindert diese Tat auszuführen. (TP5; Int 3)*
- *Deswegen habe ich diese Zwangsmaßnahme als ein schützendes, also sehr schützendes Raum empfunden, weil ich halt da meine Psychose, oder meine Störung, ja auch ausleben konnte, ohne dass in irgendeiner Art und Weise mir Gefahr droht. (TP5; Int 2)*

Andere Patientinnen und Patienten erwähnten dennoch auch, dass paradoxerweise ZM den Vorteil haben, dass eine kontinuierliche Betreuung bzw. eine Rückzugsmöglichkeit vorhanden sei:

- *Also der Vorteil einer Zwangsfixierung ist halt, dass ich eine 1:1 Betreuung habe. (TP4; R-)*
- *Voll schön endlich aus der Isolation raus zu kommen und raus zu dürfen. Also ich fand das schön, ja, endlich in ein normales Zimmer zu kommen. Obwohl es ist angenehm auch ein Einzelzimmer zu haben und das ist ja in der Isolation dieses Angenehme dann halt ein Einzelzimmer. Wenn man rauskommt hat man halt ein Dreibettzimmer und dann muss man sich halt auch arrangieren und das kann natürlich auch zu Komplikationen kommen*

Patientinnen und Patienten merkten auch an, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die Art des Erlebens von ZM beeinflusse:

- *Diesmal war es dann auch so, dass Frau, also die Ärztin, die es angeordnet, dass ich auch mit der ganz gut klar komme. Da geht es dann. Aber wenn man jetzt beispielsweise ein Arzt hat, der, ähm, ähm, ja, kein, ja, wie soll ich es sagen, also der Spaß hat einen zu quälen oder so, solche Menschen gibt es ja auch, aber zum Glück selten, dann ist das natürlich eine fruchtbare Traumatisierung, also es kommt einem dann wirklich vor wie eine Vergewaltigung. (TP5; Int 3)*

Über ZM hinaus berichten Patientinnen und Patienten von einer Art Zwangsklima, das das ganze Leben auf Station beeinflusst:

- *Also ich finde dieses Thema zu reden Isolation, das ist lächerlich. Das ist ein kleiner Punkt von Milliarden, die geändert werden müssen. Die Isolation, ja mag sein, traumatisches Erlebnis für manche, was auch immer. Aber das geht auch schnell vorbei, sobald man sich wieder gefangen hat, ist man da draußen. Aber*

die 6 Wochen in der Klinik sind nicht schnell vorbei und das ist viel, viel schlimmer. Und das ist ein traumatisches Erlebnis. Die Isolation ist ein kleiner Teil davon. Und darüber, das hätte ich mir gewünscht. Das generell gefragt wird: „Wie fühlen Sie sich in der Klinik? Was können wir in der Klinik verändern? Was kann das Pflegepersonal, was können wir, was können wir in der Einrichtung ändern? Was kann man generell?“ Zum Beispiel eine Konsole wäre auch mal was geiles oder Coachen oder einfach irgendwas, um es einfach gemütlich machen. Internet auf der ganzen Station, WLAN auf der ganzen Station. Ich meine wir sind jung. Und das sind meistens junge Leute, die auf dieser Station sind und wir werden uns da alleine überlassen. (TP5; Int 2)

Zu diesem Aspekt gehört auch das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden bzw. seiner eigenen Expertise aberkannt zu sehen, oder unselbstständig zu sein:

- *Sie müssen sich ja vorstellen, ein Patient, der hier seit 15 Jahren mitläuft, (.) immer wieder, (.) der hat garantiert mehr Kompetenz als jeder Arzt oder jeder andere, der ihm was sagen will, einfach mal, und ihm wird diese Kompetenz jedes Mal abgesprochen. (TP5; Int 1)*
- *Also auch diese ganzen Regeln und dieses ganze Unselbstständige. Wir müssen klopfen, wenn wir Geld wollen, wir müssen klopfen, wenn wir ein Handtuch wollen, wir müssen klopfen, wenn wir das wollen. Das könnte man auch alles transparenter. Wir sind doch keine Kinder. Man wird behandelt wie ein kleines Baby. Wirklich. Als Kranker abgestempelt und behandelt wie ein Säugling, der sich, ein Kleinkind, was sich nicht um sich selbst kümmern kann. (.) Wie wäre es zum Beispiel mit gemeinsam kochen, gemeinsam Mittagessen? Das wird doch alles vorgekaut. Man hat keine Beschäftigung. Es gibt gemeinsam backen, wuhu. Eine Stunde, wo ein Patient mithelfen darf. Gemeinsam kochen, gemeinsam backen, gemeinsam Abendbrot vorbereiten, gemeinsam putzen. Du musst da nicht putzen, du musst nicht kochen, du hast da kein Leben, du bist nicht selbstständig. Wie wird, und da soll man, und da soll man dann, wenn man rauskommt selbstständig wieder sein Leben leben? (TP5; Int 2)*

Mangelnde bzw. intransparente Kommunikation sowie strenge Regeln tragen auch dazu bei:

- *Der Arzt ist sehr engagiert irgendwo und ist aber überlastet, einfach mal. Also die einfachsten Sachen, wie dass eine Kurve geändert wird oder so, gehen dann schon mal verschwunden, und dann sitzt man da, hat eigentlich Ausgang mit ihm besprochen und hat keinen Ausgang. Beziehungsweise die Medikamente, wenn sie reduziert werden sollten, sind nicht reduziert worden oder so ein Scherz. Und dann kollidiert das wieder mit dem Pflegepersonal und dann geht der Kladderadatsch wieder von vorne los. Das Pflegepersonal ist frustriert, der Patient ist frustriert und der Arzt weiß nichts davon, einfach mal, weil er einfach nur so seinen Job nicht richtig gemacht hat. (TP5; Int 1)*
- *Das einzige was man machen kann, ist Rauchen und Essen. Dann gibt es dreimal Essen und dann aber auch dieses, und dann auch immer dieses um 7 aufstehen müssen, um halb 8 zu frühstücken. Warum kann denn das Frühstück nicht wie im Hotel? Es ist kein Hotel, ja, aber dann, sollte, man sollte es mehr wie ein Hotel machen. (TP5; Int 2)*

- *Man weiß ja auch nie, und das ist, das was finde ich auch ein Problem, man weiß nie, was über einen gesprochen wird. Denn nach der Visite wird noch besprochen, also man weiß nie, was denken die Ärzte wirklich über einen, was denken die Pfleger wirklich eine und was wird über einen gesprochen. Das ist nicht Transparenz, äh, nicht transparent. Es ist nichts transparent. Sehr intransparent auf jeden Fall. (TP5; Int 2)*

Die geschlossene Tür spiele dabei auch eine zentrale Rolle:

- *Aber einfach so, die Tatsache, dass die Tür offen ist, ist schon sehr viel wert. (...) Sieht man dann auch beim Personal, dass die wesentlich weniger gestresst sind, einfach mal, dass Patienten weniger Stress haben, einfach mal, und. (...) Also das wäre eigentlich schön, wenn diese, generell diese Türen offen sein könnten beziehungsweise man könnte hier sogar die ganzen Durchgänge von einem Garten zum nächsten machen, einfach mal. Also, wenn alle Stationen gleichzeitig offen wären, könnte man sich frei bewegen zwischen drei Stationen einfach mal, könnte bei den älteren Leuten sein, könnte bei den akuten Leuten sein, könnte vorne in der Turnhalle sein, einfach mal. (TP5; Int 1)*

Druck in Bezug auf Medikation sei laut Patientinnen und Patienten auch ein Thema in diesem Zusammenhang:

- *Und ich wurde halt da also nicht unbedingt zwangsmedikamentiert, aber mir wurde halt gedroht, so, dieses: „Wenn du die Medikamente nicht nimmst, kommst du hier nie wieder raus.“ Also mir wurde, ich wurde genötigt. (TP5; Int 2)*

7.2.2. Einflussfaktoren

Mitarbeitende:

Zu der Frage, welche Faktoren zu der Anwendung von Zwangsmaßnahmen beitragen, wurden von Mitarbeitenden folgende Aspekte erwähnt:

Patientinnen- und Patienten-bezogene Faktoren:

Neben dem Ausmaß der psychotischen Symptome und der Anspannungszustände sowie der Unmöglichkeit, mit einer Patientin oder einem Patienten in Kontakt zu treten, spielt laut Mitarbeitende die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten, die auf Station behandelt werden, eine entscheidende Rolle in der teilweise vermehrten Anwendung von Zwang:

- *Wir haben so viele angespannte Patienten und dann ist der erste, der da fixiert werden muss und die sind dann so selbst auch angespannt, und das potenziert sich dann. (TP5; FG3)*
- *Also ich meine es häuft sich denke ich immer dann, wenn wir wirklich schwer aggressive oder es hängt eigentlich immer gerade am meisten denke ich davon ab, wenn was für Patienten wir haben. (TP5; FG3)*

Strukturelle Faktoren:

Im Vergleich zu den Patienten-bezogenen Faktoren wurden strukturelle Einflussfaktoren sehr häufig von den befragten Mitarbeitenden genannt:

Der Mangel an Beschäftigung bzw. die Langeweile auf Station, spielt laut den Mitarbeitenden eine zentrale Rolle in der Entstehung von Aggression und darauffolgenden Zwangsmaßnahmen:

- *Für vier bis sechs Wochen sind bei uns, sind wir einfach nicht ausgelegt für, also auch was unsere Therapieangebote. Die langweilen sich ja einfach zu Tode, muss man so einfach mal sagen zum Teil ja. Und dafür sind wir auch einfach nicht ausgelegt für vier bis sechs Wochen. Die die Patienten, unserer Therapieangebote ist einfach nicht darauf ausgelegt, dass ist immer noch auch auf eine Akut-Station ausgelegt. (TP5; FG1)*
- *Ja dass auch dann die Patienten hier einfach so provokant sind, weil sie sich auch einfach langweilen und auch nichts anderes einfällt was man so machen könnte. (TP5; FG1)*

Die Räumlichkeiten der Stationen wurden auch als potentielle Eskalationsfaktoren wahrgenommen. Dabei wurde erstens erwähnt, dass es teilweise an einen Außenbereich fehlt:

- *Wir sind von den Räumlichkeiten her zu beschränkt und haben halt keinen Garten oder so. Wo sicherlich, wenn wir einen hätten sicherlich die ein oder andere Zwangsmaßnahme einfach vermieden werden könnte indem man die Tür in Anführungszeichen aufmacht und äh erst Mal sagt so jetzt einmal Dampf ablassen (TP5; FG2)*

Die Überbelegung von Patientenzimmern wurde auch als Einflussfaktor genannt:

- *Dann haben wir hier noch Dreibettzimmer ohne Bad. Ja das ist jetzt auch nicht mehr sozusagen ganz modern. Dann müssen wir hier ja hier Toiletten dann für alle, die natürlich bei unseren Akut-Patienten auch alle noch immer verschmutzt sind was auch immer wieder zu Eskalationen führt. (TP5; FG1)*
- *Keine Einzelzimmer. So wenn man das Gefühl hat, das kommt dazu, weil wir einfach nicht Räumlichkeiten haben, die das deeskalieren könnten. Weil dann könnten wir so zwischenmenschlich so viel machen wie wir wollen, wenn irgendwie auf zu wenig Raum zu viele Menschen sind. Kann man nix machen (TP5; FG3)*

Mitarbeitende sahen auch den Mangel an Rückzugsmöglichkeit als einen zusätzlichen Faktor, der zu Eskalation und Aggression führen kann:

- *Klar allein der Aufbau der Station. Also es gibt ja keinen wirklichen Rückzugsort für Patienten muss man sagen. Klar es gibt den Tagesraum, es gibt ein Raucher-raum, aber da ist kein wirklicher Rückzug mal sich alleine aus dem Reizen rauszunehmen. (TP5; FG1)*

- *Wo ich auch glaube teilweise durch unsere Räumlichkeiten, oder das Klima kann man ja jetzt nicht so diesen sicheren Raum erst Mal bieten, in dem man jetzt so ähm irgendwie erst mal irgendwie ohne Medikamente oder so was erzielt bei Patienten. (TP5; FG3)*

Unter diesen baulichen Aspekten wurden auch von anderen Mitarbeitenden erstens der Mangel an Möglichkeiten der Reizabschirmung in Krisenzimmern erwähnt, zweitens der potenzierende Effekt bestimmter baulicher Aspekte, wie z.B. die Kanzel als Ort der Eskalation:

- *Hier liegt der Fokus hier in der Mitte. Es ist so eine Bündelung und Fokus, dass dann häufig dann ganz viele Patienten. Dann kommts so zu einer Enge, weil auch die die schwerkranken Patienten, und das ergibt auch wiederum Sinn, dass die in der Regel in der Nähe der Kanzel sind, dass man sie besser im Blick hat und so. Aber das führt schon einfach zu so 'ner Bündelung vor der Kanzel, wo dann viel Unruhe ist und diese Unruhe wieder überträgt. (tP5; FG1)*

Einige Mitarbeitende nannten auch den strengen Umgang mit Regeln als möglichen eskalativen Faktor:

- *Stationsregeln, Zubettgehzeiten förderten mitunter Aggression. (TP4; R+)*

Darüber hinaus wurden Kommunikationsschwierigkeiten und Lücken in dem Informationsfluss als potenzielle Einflussfaktoren:

- *Im Team bestehen unterschiedliche Meinungen. Absprachen im Team werden mitunter nicht ausreichend mitgeteilt. (TP4; R+)*
- *Ausgänge werden in Übergaben nicht immer klar kommuniziert. (TP4; R+)*

Als weitere Einflussfaktoren wurden auch die gesetzliche Lage und die Zusammenarbeit mit dem komplementären Bereich erwähnt. Mitarbeitende bedauerten teilweise, dass Patientinnen und Patienten zum Teil sehr lange auf Station bleiben müssen, entweder wegen einer langen Unterbringung oder wegen eines Mangels an Angeboten im komplementären Bereich. Dies führe zu Überbelegungen und weiteren Eskalationsmöglichkeiten.

Personal-bezogene Faktoren:

Der Personalmangel wurde oft als erschwerender Faktor von den Mitarbeitenden wahrgenommen:

- *Es war hier völlig drunter und drüber dann mussten wir jemanden fixieren. Dann waren wir nur zu zweit draußen. Und ich habe kein längeres Gespräch mit einem Patienten führen können, weil ständig irgendwo ein akutes Anliegen kam was ja hier auch normal ist auf der Station. Es ist halt sehr schade, weil ich glaube, dass man auch viele Situationen deeskalieren kann, indem man sich Zeit für den Patienten nimmt. Aber wenn man halt hier draußen die ganze Zeit eigentlich nur am rumrennen ist und ständig irgendwo irgendwas Akutes deeskalieren muss, kann man sich nicht Zeit nehmen. Irgendwann wenn man den einen deeskaliert und in der anderen Zeit sich aber zwei andere, ja Streiten,*

macht das auch keinen Sinn. (TP5; FG1)

- *Also eine Sache ist natürlich schon Besetzung. Also wenn eine andere Besetzung ist, macht man weniger De-isolierungsversuche, sondern sagt, das können wir jetzt nicht leisten. (TP5; FG3)*
- *keine Ruheräume, keine Fixierungszimmer, keine Nasszelle, keine Einzelzimmer mit z. B. nur einer Matratze. Die Alarmauslösung im Dienst führt dazu, dass max. 6 Mitarbeiter kommen. Die Latte wird tiefer angesetzt, da wir keine Manpower haben und zu wenig Sicherheitsgefühl führt. Mir bleibt nichts als die Polizei zu rufen, zumal wir häufig v.a. weibl. Kollegen haben (TP4; R-)*

Aber darüber hinaus gaben auch Mitarbeitende an, dass die Haltung eine entscheidende Rolle in der Anwendung von ZM spiele. Dabei könne die Haltung als präventiver oder als eskalativer Faktor fungieren:

- *Und das was zum Beispiel nur vom Team abhängt, also wo eine De-isolierung vielleicht gelingen würde, aber es einfach aus Teamgründen nicht kann. Dann ist aber glaube ich auch Erfahrung. Also manche Kollegen haben da so eine Intuition und sagen das machen wir jetzt, und andere ähm, aus Erfahrung heraus, und andere sagen aus Erfahrung heraus bei dem würde ich es auf keinen Fall machen. Und das sind dann so Erfahrungsschulen, die dann manchmal stimmen. [...]Das ist dann, das ist gar nicht das Gesamt-Team, sondern die Einzelerfahrung der in der Schicht gerade anwesenden. (TP5; FG3)*
- *Also da gibt es richtig große Mentalitätsunterschiede in der Pflege zwischen den Stationen. Ähm das ist sozusagen die andere Seite der Medaille. Das führt manchmal auch dazu, dass Zwangsmaßnahmen schneller angewendet werden. Manchmal schneller beendet, aber auch schneller angewendet (TP5; FG3)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten nannten als mögliche Einflussfaktoren auf die Anwendung von Zwang den Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten auf Station, die fehlende Freiheit, die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten bzw. Privatsphäre und Einzelzimmer, sowie den Personal-mangel:

- *Ich hatte auch ein bisschen Angst, dass einfach jemand nachts einfach in mein Zimmer hereinspaziert, klar von den Personen, wo man da so ein bisschen provozierender umgeht, aber man hatte auch gefragt, ob die mich einschließen, weil es mir lieber war, eingeschlossen zu sein im Raum mit Bad, Wasser, Bett habe ich hier alles, aber haben sie gesagt, das darf man nicht machen, auch kein Stuhl vorne dran. (TP4; R-)*
- *Ja, wenn es alles ein bisschen freier gestaltet gewesen wäre, also wäre ein näherer Kontakt gekommen zu den Ärzten vermutlich. (TP4; R+)*
- *Also, wenn es irgendwas geben würde, einfach mal, was diese Fixierung nicht notwendig machen würde, das wäre sehr zu begrüßen, auf jeden Fall. Da würde ich sagen, ist hier in erster Linie der Raum gefragt, einfach mal. Also, nicht dieser Raum, sondern halt, dass die Patienten mehr Raum haben, weil das kollidiert halt alles miteinander. (TP5; Int 1)*
- *Bei mir zum Beispiel denke ich eben praktisch 2,3 Leute gebraucht, die mit mir*

permanent im Gespräch gewesen wären. Dafür ist zu wenig Geld einfach da, und zu wenig Geld für Notsituationen, weil gerade nachts zum Beispiel hier sind dann zwei Pfleger für 30 Leute oder so zuständig. (TP5; Int 3)

- *Also die Therapieangebote sind sehr begrenzt. Man ist die ganze Zeit alleine eigentlich mit sich selber oder mit den Mitpatientin und ist am Fressen und Rauchen. Also das Einzige, was man macht, ist Essen und Rauchen in dieser Klinik. (TP5; Int 2)*

Aber einige Patientinnen und Patienten sahen auch bei den Mitarbeitenden der Stationen eine gewisse Hilflosigkeit bzw. eine Angst, die sie für die Anwendung von Zwang zum Teil verantwortlich machen:

- *I: Wie erklären Sie sich, dass die Zwangsmaßnahme überhaupt angewandt wurde? P: Hilflosigkeit, (.) seitens des Personals. Anders kann ich mir das nicht erklären. (.) Ratlosigkeit vielleicht so ein bisschen, also, ja. I: Wie meinen Sie das, dass das Personal hilflos war? P: Also instinktiv zerstören Menschen, das was sie nicht verstehen. Das ist so ein Urinstinkt, den hat der Mensch einfach an sich irgendwie und was man nicht versteht, das macht man kaputt irgendwie. Das ist halt, egal wie man es anpackt. Das ist wie mit der Mohnblume, die gepflückt wird. (..) Kennen Sie das? (TP5; Int 1)*
- *Man ist nicht auf Augenhöhe, die Behandler, man hat dann halt maximal einer, der einem betreut, aber so ein richtiges Gespräch führt, man mit denen eigentlich auch kaum, weil die auch Angst haben. Also wenn beide Seiten Angst haben, führt das zu einer Eskalation halt, das ist das Problem. (TP5; Int 3)*

Es wurde auch von Patientinnen und Patienten erwähnt, dass zu schnell auf ZM gegriffen wird, ohne dass Pat. Zeit haben, sich an den stationären Bedingungen zu gewöhnen. Ein Pat. nannte auch die Diagnosemischung auf Station als potenziellen Eskalationsfaktor:

- *Dann scheitert es halt daran, dass wir dann vielleicht noch Patienten haben, am besten mit Demenz oder so, wenn es eine durchmischte Station ist. Kommt auch des Öfteren mal vor, dass jemand nicht auf die Geronto kann, sondern hier landet einfach mal mit Demenz. Ist denn immer sehr mit Finger-spitzengefühl anzupacken die Situation und, (..) naja. (.) Leben hier halt sehr viele unterschiedliche Menschen, die alle ziemlich bunt sind, einfach mal, auf engem Raum und das ist immer schwierig (TP5; Int 1).*
- *Die wollen schnell, schnell, schnell, schnell, schnell. Anstatt einfach mit denen zu reden, Gesprächstherapien. „Ja was sagen denn die Stimmen zu Ihnen?“ Mir wurde ich wurde nie gefragt: „Was sagen die Stimmen denn zu Ihnen?“ Ich wurde nie, mir wurde nie, mir wurde nie Verständnis entgegen gebracht, so von wegen: „Erzählen Sie doch mal. Wie fühlen Sie sich? Was sagen die Stimmen zu Ihnen? Wie sind die Stimmen für Sie? Sind sie freundliche, sind sie böse? Möchten Sie mit den Stimmen leben? Haben Sie denn das Gefühl Sie sind bedroht?“ (TP5; Int 2)*

Schwierigkeiten bei Patientinnen und Patienten, die keine Muttersprachler sind, wurden auch als Einflussfaktoren erwähnt.

7.2.3. Entscheidungsfindung:

Mitarbeitende unterscheiden klar zwischen vorhersehbaren und unvorhersehbaren Situationen. Letztere führen oft dazu, dass es kaum Zeit gebe, die Entscheidung und genaue Durchführung im Team zu besprechen. Diese Vorbereitungszeit diene sowohl die Besprechung der konkreten Durchführung der Maßnahme als auch der Abwägung der Pros und Contras, die letztlich zu der Entscheidung führen:

- *Es hilft dem Personal, die Situation zu verstehen auch besser Risiken mitunter auch einzuschätzen und es sensibilisiert für Zwangsmaßnahmen und natürlich, was ich jetzt ganz vergessen hab vor Zwangsmaßnahmen steht natürlich auch immer einen anderen Weg zu finden. Aber es macht dann glaube ich verständlich warum wir auch entsprechend handeln (TP5; FG2)*
- *Man diskutiert das davor, naja letztlich Abwägung des aktuellen Leidensdruck, woher der rührt. Inwiefern die Alltagseinschränkung dadurch beeinträchtigt ist durch das aktuelle psychotische Erleben. Welche Vorfälle es vorher schon gab. Wie wahrscheinlich ist es, dass die jetzt wieder auftreten, wenn er die Medikation jetzt nicht nimmt. Ja oder halt schon so immer latent angespannte Zustände, wo es schon fast sag ich mal vielleicht zu Übergriffen kam. Also ja so verschiedene Dinge, die dann ja im Team immer wieder besprochen werden (TP5; FG3)*

Mitarbeitende beschreiben auch ein Gefühl von Zwiespalt bzw. von Zweifel, wenn es um die Entscheidung geht, Zwang anzuwenden:

- *Was ich immer sehr schwierig finde, da wir ja auch die Entscheidungen treffen müssen. Man ist immer so zwiegespaltet, also schützt man jetzt, also wo setzt man den Fokus. Auf den Schutz der Mitarbeiter oder die Rechte des Patienten, und das ist nicht immer so einfach. (TP5; FG3)*

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Qualität spielen auch eine wesentliche Rolle in dem Entscheidungsfindungsprozess. Die Befindlichkeiten und Wahrnehmungen der verschiedenen Mitarbeitenden und Berufsgruppen sind laut den Befragten dabei zentral:

- *Aber ist ja auch häufig dann, dass ein Patient kommt fixiert oder so. Und dann ganz klar, wenn ihr gut im Kontakt mit dem Patienten seid, dann ruft ihr mich an, könnt ihr ihn losmachen und dann fertig. Dann ist das quasi ist, wird das auch abgegeben an euch. Finde ich zu hundert Prozent eigentlich dann auch, klar wir sind mit im Boot, aber die Entscheidung liegt ja letztendlich akut in der gegebenen Situation an euch. Wenn ihr sagt, der ist jetzt gut im Kontakt und so dann wird's gemacht. Und tagsüber sonst gemeinsam mit, äh ja in der Regel zumindest einer von allen Beteiligten ist, die Psychologen jetzt nicht immer extra. Aber dass halt irgendwie Pflegepersonal und Ärzte zusammen reingehen und dann wird gemeinsam besprochen. Mit Bezugs-Pflegekraft in der Regel. (TP5; FG1)*
- *Es gibt dann so eine Dynamik im Haus, die dann sagt man muss der Pflege und ihrem äh sozusagen Sicherheitsbedürfnissen folgen. Man darf das nicht übergehen. (TP5; FG3)*

7.2.4. Einfluss von ZM auf die therapeutische Beziehung:

Mitarbeitende:

Mitarbeitende betrachten ZM als einschneidende Ereignisse für Patientinnen und Patienten, die der therapeutischen Beziehung erheblich schaden können:

- *Also ich glaube schon, und im Einzelfall natürlich immer, das kann deutliche Spuren hinterlassen bis zu Abbrüchen von Beziehungen muss man sagen. „Du brauchst mir gar nicht mehr in die Nähe kommen. Mit dir will ich eigentlich gar nichts mehr zu tun haben.“; ich habe schon alles erlebt. (TP5; FG2)*
- *Dann bricht schon manchmal für die Patienten so ein ganzes Weltbild zusammen. (TP5; FG2)*

Aber Akutsituationen, die zu ZM führen, sind auch für Mitarbeitende schwere Ereignisse, die auf deren Seite die Beziehung zur Patientin oder zum Patienten belasten:

- *Interviewer: Passiert es auch, dass nach einer Zwangsmaßnahme von Ihrer Seite aus der Beziehung verletzt wird oder nicht möglich ist? Mitarbeiter: Wäre für mich sehr verwunderlich, wenn das nicht passieren könnte. Also auch das kann bei jeder Zwangsmaßnahme passieren. Ich glaube das hängt einfach davon ab wie die Zwangsmaßnahme abläuft Ich glaube, wenn jemand wirklich schwer verletzt wird, ist vor allem für denjenigen überhaupt nicht absehbar ist. Man gerät in eine Situation wo man plötzlich schwerer Gewalt entgegensteht und es war für einen eigentlich nicht absehbar. Das kann meiner Meinung nach dazu führen, dass die therapeutische Bindung erst einmal belastet ist. (TP5; FG2)*
- *Ich bin gerade so die ersten Tage ähm, merke ich bei mir selber, war schon oft so, dass man eher funktioniert einfach. Weiß nicht, ob das Selbstschutz ist, dass man so sich so ein bisschen abschottet, auch von dem emotionalen Erleben dem Patienten gegenüber. Dass das oft in den ersten Tagen so ein bisschen fast abstumpft will ich mal sagen, bei mir. (TP5; FG3)*

Mitarbeitende betonten auch, wie wichtig es sei, den Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten während der ZM zu halten:

- *Und dann vor die Patienten dann lassen wir die Patienten auch nicht irgendwie, einfach da hat im Sinn hat irgendwie jemanden da. Das die dann halt wir haben diese 1:1, dass dieser Mensch dann irgendwie auch betreut dann unmittelbar dann nach dieser Fixierung. [...]sie fühlen sich dann halt nicht so alleine gelassen oder dass man ihm dann halt böses antun wollen oder so was dann halt. Und dann haben wir auch gute Kontakte mit diesem Menschen, ja. (TP5; FG2)*
- *Ich finde das funktioniert irgendwie, wenn man kontinuierlich so ganz dran ist oft erstaunlich gut. Durch einfach weiter machen. Aber das finde ich echt manchmal schwierig muss ich sagen, wenn man für eine Zwangsmaßnahme jemanden auch eine andere Station verlegt hat. Und dann gibt es so eine Unterbrechung und dann kommt der Patient sozusagen endaktualisiert zurück, dann finde ich es häufig ziemlich schwierig wieder richtig anzuknüpfen. (TP5; FG3)*

Trotzdem betonten die befragten Mitarbeitende auch, dass ZM zum Teil positive Ereignisse für die Beziehung sein können:

- *Das ist die häufigere Variante, die wir erleben, dass die Patienten auch sozusagen die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme im Nachgang dann für sich erkennen. Wenn das gut besprechbar war, dass das auch die Arzt-Patienten Patienten-Arzt-Beziehung stärkt. Oder Pflege. Jede Beziehung zum therapeutischen Personal (TP5; FG2)*
- *Das finde ich schon irgendwie interessant. Also, dass es jetzt auch nicht so ist, dass alle nur ganz schlimme Erinnerungen haben, sondern es durchaus auch Patienten gibt, die sagen, dass es ihnen dadurch besser ging, dass sie entlastet wurden. Dass ihnen vielleicht auch eine Medikation, die sie davor abgelehnt haben, ihnen dann doch geholfen hat, irgendwie in ein anderes Stadium reinzukommen. Das finde ich schon interessant. Ich finde es kommt immer wieder vor und da sind glaube ich auch die Wahrnehmungen unterschiedlich. (TP5; FG2)*

Patientinnen und Patienten:

Patientinnen und Patienten betonten auch, wie wichtig der Kontakt zu den Mitarbeitenden während der ZM sei:

- *Na ja, es war eine Krankenschwester, zu der ich ein sehr starkes Vertrauen aufgebaut habe, und die mir sehr gut geholfen hat während der Fixierungszeit. Dieses Vertrauen ist sehr wichtig. Und je länger die mich behandelt, desto mehr Vertrauen habe ich ihr gegenüber entwickelt und sie ist auch jetzt noch meine Lieblingsschwester hier. Ich habe mir ein paar Mal eiskalt in die Hose gepisst bei der Fixierung und es war nicht schön. (TP4; R+)*

8. Diskussion

Die hier dargestellte *mixed-methods* Studie biete wichtige Erkenntnisse bzgl. des Erlebens von Zwang im stationären Rahmen und der Faktoren, die es beeinflussen. Ergebnisse der Studie zeigen deutlich, wie einschneidend und belastend das Erleben von ZM für Patientinnen und Patienten sein kann. Die quantitative Untersuchung zeigte, dass Patientinnen und Patienten ein extrem hohes Belastungsniveau in Bezug auf durchgeführten ZM, insbesondere bei Fixierungen erleben, das deutlich höher ist als in manchen Studien, die ebenfalls den CES angewendet haben (Bergk et al., 2010). Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass bei über 70% der Patientinnen und Patienten die erlebte ZM potentiell als Trauma fungierte, was sich mit den über 80% der Patientinnen und Patienten, die über dem 70-Punkte Cut-Off im CES lagen, deckt. Ferner bestand in unserer Analyse bei ca. 20% der betroffenen Patientinnen und Patienten der Verdacht einer PTBS. Diese Zahlen weisen über deren erschreckenden Charakter hinaus darauf hin, dass potentielle Konsequenzen von ZM noch unzureichend thematisiert und berücksichtigt werden, insbesondere was die Entwicklung von PTBS-Symptomen angeht. Es werden in diesem Zusammenhang neue Strategien gefordert, um einerseits ZM zu vermeiden, andererseits aber auch, um diese Konsequenzen im Sinne einer tertiären Prävention zu mildern. Darüber hinaus ist auch die Entwicklung Trauma-sensibler Behandlungsansätze notwendig, um der möglicherweise hohe Prävalenz

von PTBS unter den von ZM betroffenen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, vor allem vor dem Hintergrund möglicher Retraumatisierung durch die Anwendung von Zwang. Dies stellt für alle in der Psychiatrie Tätigen eine besondere Herausforderung dar, die einen umfassenden Reflexionsprozess über den Umgang mit Zwang im stationären Rahmen beinhalten soll.

Interessanterweise konnte auch gezeigt werden, wie die Patientenwahrnehmung der Gründe, die zu einer ZM geführt haben, das Ausmaß der Belastung bzw. der Traumatisierung signifikant beeinflusst. Laut unseren Ergebnissen wird eine ZM als besonders belastend bzw. traumatisierend erlebt, je mehr die Patientinnen und Patienten die Gründe hierfür als struktur- bzw. personalbezogen einschätzen.

Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass ein besonderer Wert auf eine transparente Kommunikation und Aufklärung über den Einsatz von ZM gelegt werden soll. Wie in früheren Studien und in den anderen Teilprojekten gezeigt, ist für Patientinnen und Patienten das Gefühl, respektiert und fair behandelt zu werden, von zentraler Bedeutung (Mielau et al., 2018). Einbrüche in der therapeutischen Beziehung bzw. Hindernisse in deren Aufbau können mit dramatischen Konsequenzen verbunden sein, wie z.B. die Entwicklung einer PTBS.

Anknüpfend an diese Ergebnisse wurde auch in der qualitativen Analyse deutlich, wie wichtig die Qualität der therapeutischen Beziehung im Kontext von ZM ist, sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende. Beide thematisierten die Rolle einer kontakthaltenden Beziehung während ZM und den Einfluss der Beziehung auf das Erleben von Zwang. Den Kontakt während der ZM zu halten scheint eine besondere Funktion zu haben, nämlich die Beziehung vor Brüche zu schützen und belastende Erlebnisse auf beiden Seiten zu vermeiden. Insbesondere bei Erkrankungen mit Störungen des Denkens und des Realitätsbezuges, wie allen akuten psychotischen Zuständen, sind eine vertrauensvolle Begleitung, aber auch eine strukturgebende (kognitiv/räumlich/zeitlich/milieubildend...) Unterstützung im 1:1 Kontakt unabdingbar zur Regulation, anderenfalls massiv überflutender Emotionen. All diese Erkenntnisse weisen wieder darauf hin, dass der Gestaltung der therapeutischen Beziehung, gerade in der Akutphase eine zentrale Bedeutung beigemessen werden sollte, denn nur so kann es gelingen, diese Beziehung trotz des Einsatzes von ZM aufrechtzuerhalten und ZM im Nachhinein zwar als ein belastendes Ereignis, aber dennoch auch als Teil einer weiter fortgesetzten Behandlung und Zusammenarbeit zu sehen.

Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten erwähnten auch in diesem Zusammenhang, dass ZM teilweise sogar ein positives Ereignis für die Gestaltung der Beziehung sein können. Das Erleben von Zwang ist aber trotzdem im Allgemeinen seitens der Patientinnen und Patienten geprägt von Gefühlen von Erniedrigung, Autonomieverlust und Abhängigkeit. Eingeschränkt- und Beobachtet-werden stellen dabei zusätzliche Belastungen dar, selbst wenn ZM als notwendig oder beschützend betrachtet werden.

Die Untersuchung des Erlebens von Zwang auf Seite der Mitarbeitenden zeigte, dass ZM zum größten Teil unangenehme Gefühle hervorrufen, die im Konflikt zum eigenen Berufsbild stehen. Neben patienten-bezogenen Aspekten, die dieses Erleben beeinflussen, wie z.B. das Ausmaß der psychotischen Symptomatik oder das Verhalten, das zu der Anwendung von Zwang führte, erwähnten Mitarbeitende auch, dass die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung dabei entscheidend sei. Vor dem Hintergrund, dass Entscheidungsfindungsprozesse über Zwangsmaßnahmen zum Teil mit einem gewissen Zwiespalt bei Mitarbeitenden einhergehen, muss diesem Aspekt der Nachvollziehbarkeit der Entscheidung eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Offene und transparente teaminterne Besprechungen über den Einsatz von ZM, gerade bei vorhersehbaren Eskalationen, sollten vermehrt in den Fokus der stationären Arbeit rücken, zumal solche Entscheidungsbildungsprozesse häufig auch die

Gelegenheit der Alternativfindung bieten. Solche Situationen sollten so gestaltet werden, dass Mitarbeitende ihre Meinung, Bedenken und ggf. Zweifel frei äußern dürfen.

9. Genderaspekte

Gender-spezifische Aspekte wurden insofern berücksichtigt, dass darauf geachtet wurde, dass Frauen in den jeweiligen Stichproben repräsentiert sind.

10. Veröffentlichungen und Vorträge

Keine Veröffentlichungen und Vorträge zu diesem TP.

11. Empfehlungen

- (1) Es soll besonders auf die patientenbezogene Transparenz und Vermittlung der Begründung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen und deren Beendigung geachtet werden, da die Wahrnehmung der Gründe, die zu der Anwendung von ZM führen, eine bedeutsame Rolle in der subjektiven Wahrnehmung von Zwang der Betroffenen spielt.
- (2) Es soll besonders auf den möglicherweise traumatisierenden Charakter der angewandten ZM geachtet werden. Es konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der betroffenen Patientinnen und Patienten die ZM als traumatisierend erlebt, was potentiell schädliche Konsequenzen birgt. Diese Aspekte sollen vermehrt Gegenstand zukünftiger Forschung sein.
- (3) Es soll auf alle Dimensionen der Anwendung von Zwang auf den Stationen geachtet werden, zu denen jegliche Formen von Druck und Beeinflussung gehören. Jede Art informellem Zwang trägt ebenfalls zu einem ausgeprägten „oppressiven Klima“ auf der Station bei, dass sich ebenso wie Zwangsmaßnahmen negativ auf das Erleben der Patienten auswirkt.
- (4) In jeder Phase der Behandlung, insbesondere aber in akuten Krisensituationen, muss der Fokus auf der Beziehungsarbeit liegen. Auch während und nach einer Zwangsmaßnahme soll eine therapeutische Begleitung und nicht lediglich eine (Sicht-) Kontrolle oder Überwachung stattfinden. Daher kann diese auch nicht an externe Kräfte delegiert werden.
- (5) Die Bedingungen für das Hinzuziehen der Polizei während Akutsituationen zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen sollen kritisch überprüft werden, da sich polizeiliche Präsenz verstärkend auf das Erleben von Zwang auswirken kann.
- (6) Es soll ein umfassendes Nachsorgeangebot für Mitarbeitende, die mit Gewalt konfrontiert sind, vorhanden sein.
- (7) Die räumlichen Gegebenheiten der Stationen sollen überdacht werden und es soll ggf. nach möglichen Verbesserungsansätzen gesucht werden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Mitarbeitende mehrfach betont haben, dass

räumliche Enge sowie begrenzte Rückzugsmöglichkeiten, fehlende Gartenflächen und die oft kaum vorhandenen Einzelzimmer die Wahrung der Privatsphäre erschweren und einen negativen Einfluss auf das Vorkommen von Aggression und dementsprechend von Zwang haben.

- (8) Bei der räumlichen Gestaltung der Stationen soll auch auf potentielle Orte der Eskalation geachtet werden, wie z.B. der Raucherraum oder der Pflegestützpunkt.
- (9) Die Personalbesetzung stellt einen wesentlichen Faktor in der Anwendung von Zwang dar, insbesondere hinsichtlich der Suche nach und der Anwendung von Alternativen. Dies soll bei zukünftigen Planungen zur Personalbesetzung von Kliniken besonders beachtet werden.

12. Referenzen

- Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES)—Validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10, 5. doi:10.1186/1471-244X-10-5.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielau J, Altunbay J, Lehmann A, Bempohl F, Heinz A, Montag C. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2018, 22(2):115-122.

Teilprojekt 6: Alternativen zum Zwang – Befragung von Mitarbeitenden, Betroffenen und Angehörigen

1. Verantwortliche Leitung

Prof. Dr. Tania Lincoln (Universität Hamburg),
Kolja Heumann (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Projektmitarbeitende

Christian Topf (Universität Hamburg, studentische Hilfskraft), Dalia Linden (Universität Hamburg, studentische Hilfskraft), Andreas Jung (Ex-In Hessen e.V.)

Kontaktdaten

Prof. Dr. Tania Lincoln, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg, Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und verantwortliche Leitung
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage/Einleitung
5. Erhebung- und Auswertungsmethodik
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
 - 7.1. Patientinnen- und Patientenbefragung
(Abbildung 1: Patientenbefragung und Abbildung 2: Patientenbefragung)
 - 7.2. Pflegebefragung - Online
(Abbildung 3: Befragung der Pflegerinnen und Pfleger)
 - 7.3. Pflegebefragung - Interviews
(Tabelle 2: Nützlichkeitschätzung und Tabelle 3: Anwendungshäufigkeit)
 - 7.4. Angehörigen-Befragung – Interviews und Online-Befragung
(Abbildung 4: Angehörigenbefragung und Abbildung 5: Angehörigenbefragung)
8. Diskussion & Gesamtbeurteilung
 - 8.1. Zusammenfassung und Diskussion der wesentlichen Ergebnisse
 - 8.2. Methodische Schwächen der Studien
9. Gender Mainstreaming Aspekte
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse
11. Verwertung der Projektergebnisse (Empfehlungen)
 - 11.1. Implikationen der Ergebnisse
12. Publikationsverzeichnis
 - 12.1. Bachelorarbeiten
 - 12.2. Masterarbeiten
13. Liste potentieller milderer Mittel zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

3. Zusammenfassung

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in akuten Gefahrensituationen ist nur unter dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit zulässig, d.h. wenn eine drohende Gefahr durch keine weniger einschneidende Maßnahme (milderes Mittel) abgewendet werden kann. Allerdings gibt es keine Vorgabe über Art und Anzahl anzuwendender milderer Mittel. Ebenso ist bisher wenig darüber bekannt, welche milderen Mittel eingesetzt und von beteiligten Personen als hilfreich eingeschätzt werden. Aufbauend auf zwei Vorstudien wurden in Teilprojekt 6 bundesweit betroffene Patientinnen und Patienten, Pflegerinnen und Pfleger sowie Angehörige psychisch erkrankter Menschen zu ihren Erwartungen und Erfahrungen an/mit dem Einsatz von milderen Mitteln aus den Perspektiven befragt. Dabei ging es (1) um die Einschätzung der Nützlichkeit milderer Mittel im Allgemeinen, (2) die Häufigkeit ihrer Anwendung in konkreten Zwangssituationen, sowie (3) den Zusammenhang zwischen personenbezogenen und strukturellen Faktoren und der Anwendung milderer Mittel. Sowohl betroffene Patientinnen und Patienten als auch Pflegerinnen und Pfleger schätzen gesprächsintensive, (psycho-)therapeutisch geprägte mildere Mittel, die ggf. eine Auseinandersetzung mit den Ursachen/Auslösern der aktuellen Eskalation beinhalten (Krisengespräche, Interesse signalisieren oder Bedürfnisse erfragen) als besonders hilfreich ein, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Während Pflegerinnen und Pfleger angeben, diese milderen Mittel in konkreten Zwangssituationen auch häufig einzusetzen, geben betroffene Patientinnen und Patienten an, diese milderen Mittel nicht angeboten bekommen zu haben. Beide Gruppen geben an, dass in konkreten Zwangssituationen aus dem breiten Spektrum möglicher milderer Mittel am häufigsten Überzeugungsversuche (= Überzeugen von der Wichtigkeit ein Medikament einzunehmen) und das Androhen von Zwang zum Einsatz kommen, die beiden am wenigsten als mild sondern vielmehr bereits als informeller Zwang einzuordnen sind. Angehörige psychisch erkrankter Menschen schätzen ein Großteil milderer Mittel als hilfreich ein, insbesondere solche, die über eine reine Symptombehandlung hinausgehen und den Gesprächs- bzw. Betreuungsaufwand dem individuellen Bedarf anpassen. Gleichzeitig zeigt sich auch aus Angehörigen-Sicht ein erheblicher Spielraum für die Ausschöpfung von milderen Mitteln in konkreten Zwangssituationen. In keiner Befragung zeigten sich relevante Einflussfaktoren auf die Anwendung milderer Mittel. Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit eines vermehrten Einsatzes gesprächsintensiver, individueller milderer Mittel hin.

4. Ausgangslage/Einleitung

Wird das Verhalten einer psychiatrischen Patientin oder eines psychiatrischen Patienten in einer akuten Gefahrensituation als Eigen- oder Fremdgefährdung gewertet, so können unter bestimmten Umständen Zwangsmaßnahmen (ZM) gegen den Willen der betroffenen Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Am häufigsten werden dabei Fixierung (61%), Isolierung (25%) und Zwangsmedikation (5%) angewandt (Adorjan et al., 2017). Durch die (mensen-)rechtlichen Entwicklungen in den vergangenen Jahren wurden die Voraussetzungen für eine solche Zwanganwendung sowohl im Betreuungsrecht als auch in einem Großteil der Gesetze auf Länderebene neu geregelt (Gerlinger et al., 2018; Müller, 2018). Handlungsleitend ist nunmehr durchgehend das Prinzip der Verhältnismäßigkeit, nach dem Zwangsmaßnahmen nur dann angewendet werden dürfen, wenn die drohende Gefahr durch keine weniger einschneidende Maßnahme (milderes Mittel) abgewendet werden kann. Mit dieser Vorgabe sind jedoch keine konkreten Mittel zur Zwangsvermeidung noch eine anzuwendende Anzahl festgelegt. Ferner ist **bisher zu wenig darüber bekannt, welche**

milderen Mittel hilfreich sind und in welchem Ausmaß diese eingesetzt werden.

Zwar enthalten Behandlungsempfehlungen eine Reihe von milderen Mitteln, die Behandelnde zur Abwendung von Zwang einsetzen können (bspw. Anderl-Doliwa et al., 2005). Ein Großteil solcher Mittel wurde in einer Befragung von betroffenen Patientinnen und Patienten von diesen auch als potentiell nützlich zur Deeskalation und Vermeidung von Zwang eingeschätzt (Heumann, Bock & Lincoln, 2017). Gleichzeitig wurde von den betroffenen Patientinnen und Patienten allerdings nicht bestätigt, dass diese Mittel im Vorfeld ihrer letzten Zwangserfahrung tatsächlich zur Anwendung kamen. In einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten (Teichert, Schäfer & Lincoln, 2016) gaben diese ebenfalls an, einen großen Teil der empfohlenen milderen Mittel nicht anzuwenden.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Teilprojekt 6 des Verbundprojektes zur Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilffssystem knüpft an die Ergebnisse dieser Pilotstudien an, mit dem Ziel Erwartungen und Erfahrungen an/mit dem Einsatz von milderen Mitteln aus verschiedenen Perspektiven zu erfassen sowie konkrete Empfehlungen für die psychiatrische Praxis zu erstellen. Dafür werden sowohl die bisher nicht untersuchten Perspektiven von Pflegerinnen und Pflegern und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen berücksichtigt als auch eine erneute Befragung betroffener Patientinnen und Patienten bei einer größeren, repräsentativeren Stichprobe durchgeführt. Konkret wurden folgende Fragestellungen/Leitfragen untersucht:

1. Welche milderen Mittel schätzen die befragten Gruppen allgemein (d.h. über verschiedene Situationen hinweg) als nützlich ein, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden?
2. Welche dieser milderen Mittel wurden im Vorfeld von konkreten Zwangssituationen (= Situationen, in denen es zu einer Zwangsmaßnahme kam) eingesetzt bzw. wurden erfahren?
3. Welche personenbezogenen (bspw. Alter oder Geschlecht der betroffenen Patientinnen und Patienten oder der beteiligten Pflegemitarbeitenden) oder strukturellen Faktoren (bspw. Ausstattung/Konzept der Station) hängen mit dem Einsatz dieser milderen Mittel zusammen?

Zu diesem Zweck wurden zwei bundesweite anonyme Befragungen mit Patientinnen und Patienten und Pflegerinnen und Pflegern durchgeführt. Dafür wurden alle psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsauftrag in Deutschland angeschrieben, mit der Bitte für die Studie zu werben. Ergänzend wurde über bundeslandübergreifende Organisationsstrukturen und Interessenverbände beider Gruppen für die Studien geworben. Die Teilnehmende konnten die Fragebögen je nach Präferenz Online oder im Paper-Pencil-Format bearbeiten. Um die Pflegeperspektive zu vertiefen, wurden zusätzlich Interviews mit Pflegerinnen und Pflegern aus verschiedenen Kliniken und Bundesländern geführt. Die Angehörigenperspektive wurde aufgrund fehlender Vorstudien zunächst durch Interviews erhoben, gefolgt von einer auf den Ergebnissen dieser Interviews basierenden bundesweiten Online-Befragung. Die Inhalte der einzelnen Befragungen werden im jeweiligen Abschnitt des Ergebnisberichts dargestellt. Alle Befragungen wurden partizipativ durchgeführt, d.h. dass an der Entwicklung aller Fragebögen Experten der jeweiligen Perspektiven beteiligt waren. Ferner erfolgte die Auswertung und weitere Diskussion der Ergebnisse in Zusammenarbeit mit einem Psychiatrie-Erfahrenen Forscher.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Alle Ziele des Teilprojekts konnten im Zeitplan erreicht werden. Über die im Antrag formulierten Soll-Ziele hinaus wurde eine weitergehende Interviewbasierte Befragung von Pflegerinnen und Pflegern durchgeführt.

7. Ergebnisse

7.1. Patientinnen- und Patientenbefragung (n=155)

Die Befragung betroffener Patientinnen und Patienten bestand aus drei Abschnitten: Der erste Abschnitt beinhaltete Fragen über die zuletzt erlebte Zwangssituation. Zu diesen zählten Fragen zu den Umständen der Situation (bspw. Anlass für die Zwangsmaßnahme), der Zwangsmaßnahme selbst sowie der Frage welche der in einer Liste vorgeschlagenen milderen Mittel zu Zwangsvermeidung angeboten wurden. Im zweiten Teil erfolgte eine allgemeine Bewertung dieser milderen Mittel, indem die fünf insgesamt als am nützlichsten eingeschätzten Mittel ausgesucht werden sollten. Der letzte Teil beinhaltete personenebezogene Fragen zu den Befragten und wurde im Vergleich zur Vorstudie bewusst kurzgehalten.

Es wurden deutschlandweit 155 Patientinnen und Patienten erreicht, die an der Befragung teilgenommen haben. Das durchschnittliche Alter betrug 43,36 Jahre (22% k.A.¹³), 49% waren weiblich, 29% männlich (23 % k.A.), der Großteil (71,6%) hatte keinen Migrationshintergrund. Die häufigsten genannten Diagnosen waren affektive (45,2%) gefolgt von psychotischen (42,6%) und Persönlichkeitsstörungen (14,2%). Zum Zeitpunkt der untersuchten Zwangsmaßnahme war die Mehrzahl unfreiwillig (61%) und zum wiederholten Male (65%) in der Klinik.

Zu den erlebten Zwangsmaßnahmen gehörten Fixierung (77%), Zwangsmedikation (intravenös: 51%, oral: 46%), Isolation (47%), Festhalten (46%) und andere Zwangsmaßnahmen (15%).

Die Befragten gaben an, im Vorfeld der letzten ZM durchschnittlich 4.7 mildere Mittel (aus einer Liste von 25) angeboten bekommen zu haben. Älteren Patienten wurden signifikant weniger Mittel angeboten, als jüngeren ($\Delta\log\text{Count}=-0.022$, $p<.05$), darüber hinaus zeigten sich keine relevanten Einflussfaktoren (bspw. Geschlecht, Diagnose) auf die Anzahl angebotener Mittel. Als Grund für die Anwendung von Zwang sahen knapp 39% der Befragten einen individuellen Anlass über die juristisch vorgegebenen Kategorien (Selbst- und Fremdgefährdung) hinaus an. Wie in der Befragung von Heumann et al. (2017) waren die am häufigsten angebotenen milderen Mittel der "Überzeugungsversuch" zur Medikamenteneinnahme, gefolgt von "Androhung von Zwang", "Angebot von Beruhigungsmedikation", "Verhaltensregeln genannt bekommen" und "Informationen über Rechtslage erhalten".

Die fünf milderen Mittel, die von betroffenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich am nützlichsten eingeschätzt wurden, um Zwang zu vermeiden sind 1.) Angebot eines

¹³ Aufgrund der Rückmeldungen zur Vorstudie hinsichtlich Bedenken über die Anonymität wurden die Angaben soziodemographischer Daten an das Ende der Befragung gestellt. Diese wurden nicht von allen Teilnehmenden ausgefüllt.

Krisengesprächs, 2.) Erfragen individueller Bedürfnisse, 3.) Signalisieren von Interesse und Verständnis, 4.) Zeit geben sich selbst zu beruhigen, 5.) Angebot, gemeinsam einen Kaffee zu trinken/eine Zigarette zu rauchen (siehe auch Tab.1). Die Maßnahmen, die in konkreten Zwangssituationen am häufigsten erlebt wurden (s. o.), wurden hingegen von weniger als 15% der Befragten als allgemein nützlich zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eingeschätzt.

Wie in Abbildung 1 ersichtlich, zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten somit vielfach Mittel angeboten bekamen, die sie allgemein als nicht nützlich zur Zwangsvermeidung einschätzten. Im Gegensatz dazu wurden ihnen solche Mittel, die sie als besonders nützlich einschätzten besonders selten angeboten. Dies gilt insbesondere für das Angebot eines Krisengesprächs und dem Erfragen individueller Bedürfnisse. Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch statistisch: So ergab sich eine signifikant negative Korrelation zwischen der allgemeinen Nützlichkeitsbewertung und der Angebotshäufigkeit aller milderer Maßnahmen ($r(25) = -.410, p < .05$).

Abbildung 2 zeigt das Verhältnis zwischen der Häufigkeit des Angebotes und der Häufigkeit der allgemeinen Nützlichkeitsbewertung zur Vermeidung von ZM. Bei einer positiven Differenz wurden Mittel häufiger als nützlich eingeschätzt, als dass sie angeboten wurden. Die höchsten Werte haben die Mittel "Angebot eines Krisengesprächs" und "Bedürfnisse erfragen". Bei einer negativen Differenz wurden Mittel häufiger angewendet, als nützlich eingeschätzt. Hier haben die Mittel "Überzeugungsversuch" und "Androhung von Zwang" die höchsten Werte.

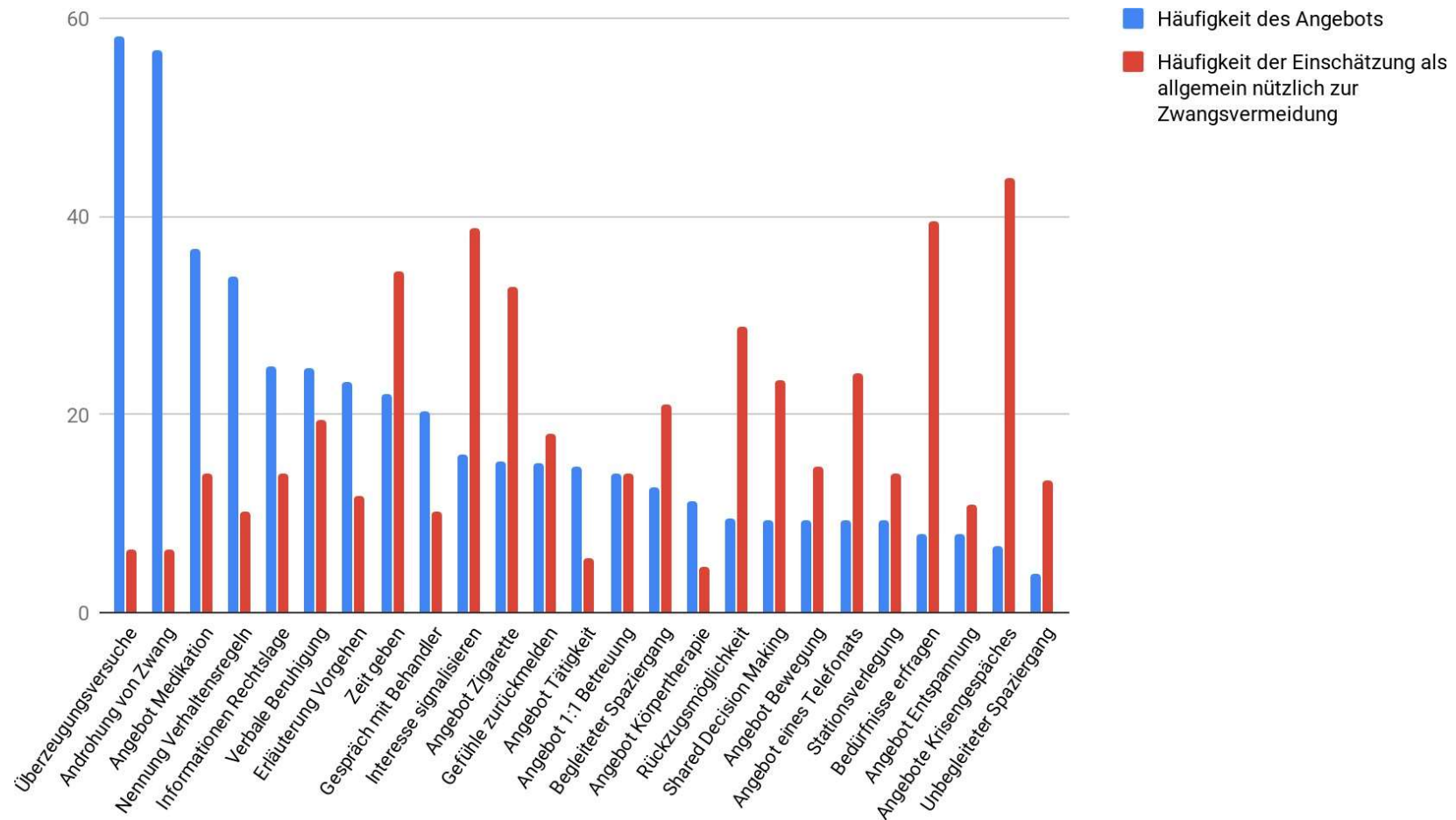


Abbildung 1: Patientenbefragung: Häufigkeit des Angebotes und Häufigkeit der Einschätzung als allgemein nützlich zur Zwangsvermeidung

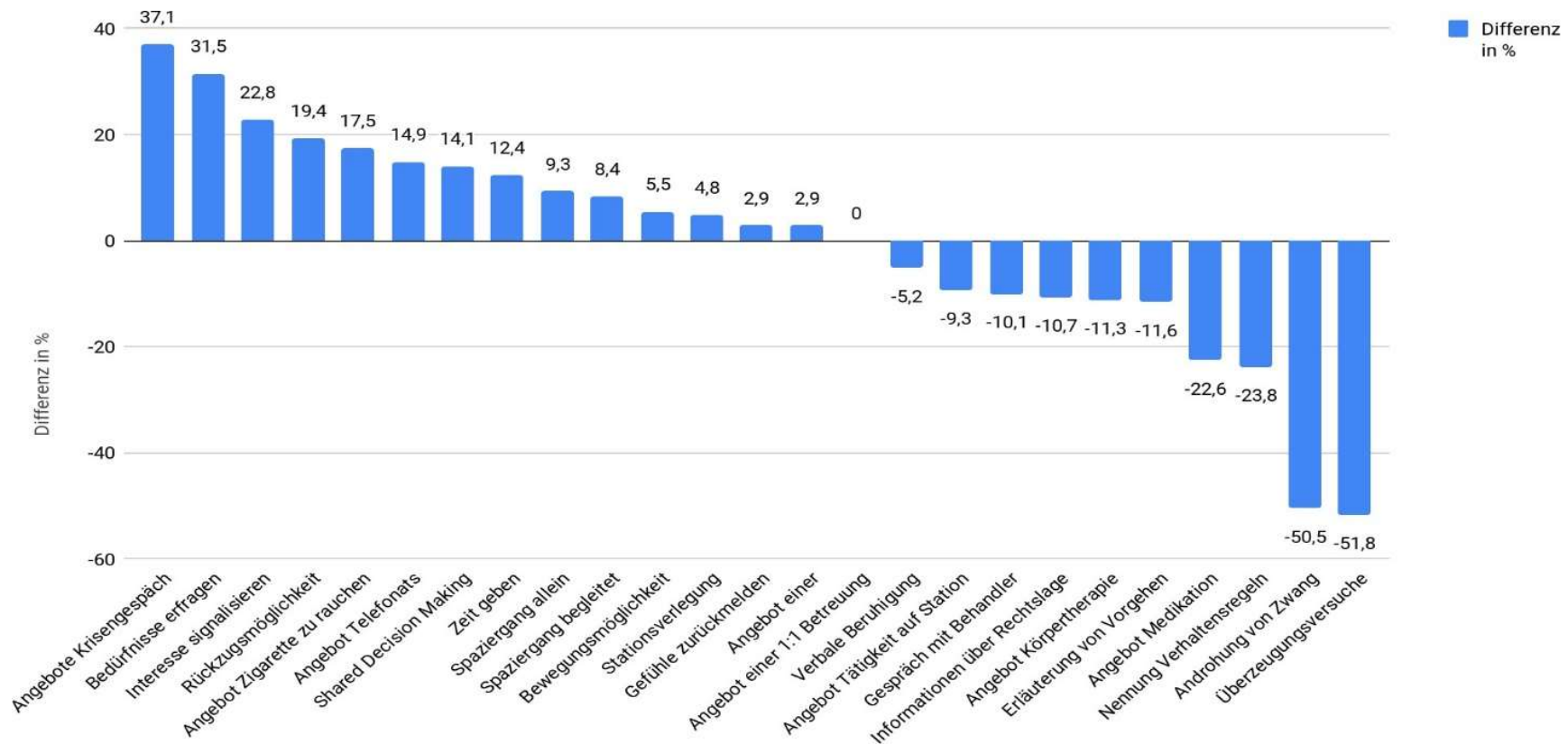


Abbildung 2: Patientenbefragung: Differenz zwischen Häufigkeit der Einschätzung als allgemein nützlich zur Zwangsvermeidung und Häufigkeit des Angebotes.

7.2. Pflegebefragung - Online (n = 232)

Die quantitative Befragung von Pflegerinnen und Pflegern bestand ebenfalls aus drei Abschnitten über die zuletzt erlebte Zwangssituation, die Einschätzung der allgemeinen Nützlichkeit von milderem Mitteln (aus einer Liste von 302), sowie zu personenbezogenen Daten. Ergänzend hinzu kamen Fragen nach der Einstellung der Pflegerinnen und Pflegern gg. Zwangsmaßnahmen, sowie nach den Gegebenheiten der Kliniken, in denen die letzte Zwangsmaßnahme angewendet wurde. Anders als bei der Befragung von Patientinnen und Patienten erfolgte die Bewertung der allgemeinen Nützlichkeit der milderem Mittel zur Zwangsvermeidung für jedes Mittel einzeln (gar nicht nützlich bis sehr nützlich).¹⁴

Es wurden deutschlandweit 232 Pflege-Mitarbeitende erreicht. Das durchschnittliche Alter betrug 39,61 Jahre, 56% der Teilnehmenden waren weiblich. Die durchschnittliche Berufserfahrung in der Psychiatrie betrug 13.1 Jahre, 38,4% hatten eine Zusatzausbildung als Psychiatrie-Fachpflege.

Die befragten Pflegerinnen und Pfleger gaben an, im Vorfeld der letzten ZM durchschnittlich 16.6 mildere Mittel angewandt zu haben, und damit deutlich mehr als die von Teichert et al. (2016) befragten Psychiaterinnen und Psychiater. Den Grund für die Anwendung von ZM sahen die Pflegerinnen und Pfleger meist in der Selbst- und Fremdgefährdung von Patientinnen und Patienten, wobei in über 75 % der Fälle Fremdgefährdung angegeben wird. Ferner gaben 10,2 % an, aus einem anderen Grund eine ZM angewandt zu haben, wobei eine Analyse der Freitextantworten keine wesentlich abweichenden Aspekte ergab.

Weder personenbezogene Faktoren noch Charakteristika der Institutionen zeigten einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl angebotener milderer Mittel. Einzig die eingeschätzte Zeit zwischen Beginn der Krisensituation und der Anwendung der Zwangsmaßnahmen zeigt einen signifikant positiven Einfluss auf die Anzahl angewendeter Mittel ($R^2 = .142$, $\beta = .34$, $p < .001$).

Die am häufigsten angebotenen milderen Mittel waren "Kollegen hinzuziehen", "Patientin Zeit geben", "Interesse signalisieren und Verständnis zeigen". Gleichzeitig wurde jede dieser Mittel von mehr als 60% der Pflegerinnen und Pfleger als allgemein nützlich zur Zwangsvermeidung eingeschätzt. Abbildung 3 zeigt den Vergleich zwischen eingeschätzten allgemeinen Nutzen der jeweiligen Mittel und der Angebotshäufigkeit in der letzten Zwangssituation. Es zeigt sich die Tendenz, dass allgemein nützlich eingeschätzte mildere Mittel auch häufiger angewendet wurden als weniger nützlich eingeschätzte Mittel. Dieser Zusammenhang konnte auch statistisch bestätigt werden ($r(30) = .823$, $p < .001$).

¹⁴ Ergänzend zur Patientinnen- und Patienten-Befragung wurden noch 5 Mittel, die ausschließlich aus Pflege-Perspektive einzuschätzen sind, aufgelistet (bspw. die eigene Haltung überprüfen).

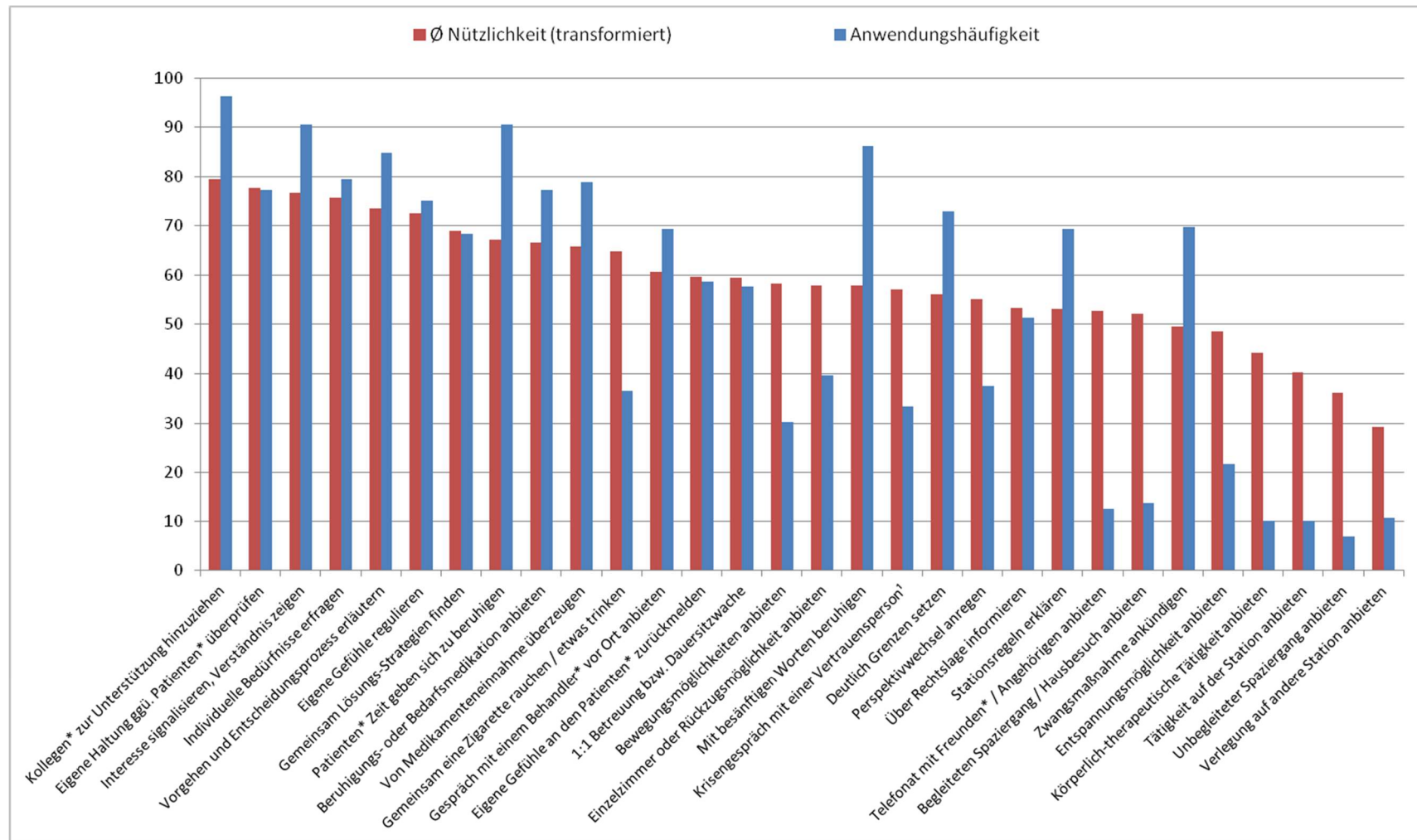


Abbildung 3: Befragung der Pflegerinnen und Pfleger. Vergleich Angebotshäufigkeit und Nützlichkeitseinschätzung zur Zwangsvermeidung

7.3. Pflegebefragung - Interviews (n = 46)

In der Interviewbefragung wurden Pflegerinnen und Pfleger nach den eingesetzten milderen Mitteln in zwei verschiedenen Situationen befragt: Die letzte Situation, in der es zu einer Zwangsmaßnahme kam (eskalierte Situation) und die letzten Situation, in der eine Zwangsmaßnahme verhindert werden konnte (geglückte Situation). Im Unterschied zur bundesweiten Online-Befragung, in der eingesetzte mildere Mittel anhand einer fertigen Liste angekreuzt wurden, wurde anhand des freien Berichts der Teilnehmenden über die jeweiligen Situationen von den Interviewern bewertet, ob ein Mittel als angewendet gezählt wurde oder nicht. Ferner wurden Fragen zu weiteren Merkmalen der jeweiligen Situation sowie zu personenbezogenen Daten gestellt.

Es wurden 46 Pflegerinnen und Pfleger aus 20 Kliniken in 8 Bundesländern zu insgesamt je 42 geglückten und eskalierten Situationen interviewt. 43% waren weiblich, das durchschnittliche Alter betrug 41,22 Jahre. Die psychiatrische Berufserfahrung betrug durchschnittlich 15,6 Jahre, 19,6% hatten eine Fachpflege-Ausbildung, 8,7% ein Studium in Pflegewissenschaften und 10,9% waren geschulte Deeskalationstrainer.

In den eskalierten Situationen wurden durchschnittlich 8.3 mildere Mittel im Vorfeld der Zwangsmaßnahme angeboten, was sich nicht signifikant von der durchschnittlichen Anzahl angewendeter Mittel in den geglückten Situationen unterschied (9.05). Ebenso ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. Alter, Geschlecht und Diagnose der Patientinnen und Patienten, dem Bekanntheitsgrad und der Einschätzung, ob ausreichend Personal auf der Station war. Allerdings wurde die Beziehung zu den betroffenen Patientinnen und Patienten in den geglückten Situationen als signifikant besser eingeschätzt, als in den eskalierten Situationen ($t(56.27) = - 2.5, p = .016$).

In Tabelle 1 sind die häufigsten milderen Mittel im Vorfeld der eskalierten Situation und der „geglückten Situation“ aufgelistet, statistische Unterschiede sind mit einem Sternchen gekennzeichnet. Es zeigt sich, dass in den geglückten Situationen signifikant häufiger „Bedürfnisse erfragen“, „Interesse signalisieren“ und „Gemeinsame Lösung finden“ und in den eskalierten Situationen signifikant häufiger „Vorgehen und Entscheidungsprozess erläutern“ und „sonstige Personen hinzuziehen“ angeboten wurde. Darüber hinaus wurde in den eskalierten Situationen signifikant häufiger mit der Anwendung einer Zwangsmaßnahme gedroht.

Am häufigsten angebotene mildere Mittel

Eskalierte Situation

- Vorgehen und Entscheidungsprozess erläutern (47%)*
- Auf Stationsregeln hinweisen (47%)
- Teamreflexion (47%)
- Sonstige Personen hinzuziehen (47%)*
- Bedürfnisse/Gefühle erfragen (45%)
- Interesse signalisieren (45%)

Geglückte Situation

- Bedürfnisse/Gefühle erfragen (69%)*
- Interesse signalisieren (69%)*
- Sich in PatientIn einfühlen (62%)*
- Zeit geben (52%)
- Gemeinsam eine Lösung finden (48%)*
- Stationsregeln erklären (48%)

Tabelle 1. Vergleich der häufig angebotenen milderen Mittel zwischen eskalierter und geglückter Situation. * = sign. auf 0.05%-Niveau

Vergleich der Befragungen von Pflegerinnen und Pflegern und Patientinnen und Patienten

Vergleicht man Abbildung 1 und Abbildung 3, so fällt ein gegenläufiger Trend auf: Während Pflegerinnen und Pfleger die von ihnen als allgemein nützlich eingeschätzten Maßnahmen auch häufiger angeboten haben, geben die befragten Patientinnen und Patienten an, die von ihnen als allgemein nützlich eingeschätzten Mittel seltener angeboten bekommen zu haben. Herausgestellt für einzelne mildere Mittel ergibt sich das in Tabellen 2 & 3 dargestellte Bild.

Hierbei zeigt sich eine große Übereinstimmung von Patientinnen und Patienten und Pflegerinnen und Pflegern im Hinblick auf die Nützlichkeitseinschätzung: Beide Gruppen sehen „Interesse signalisieren“, „Bedürfnisse erfragen“ und „Zeit geben“ als besonders nützliche Mittel zur Zwangsvermeidung an. Diskrepanzen ergeben sich allerdings bei der angegebenen Anwendungshäufigkeit. Während die Pflegerinnen und Pfleger angeben, die Maßnahmen „Zeit geben“, „Interesse signalisieren“ und „Bedürfnisse erfragen“ häufig angeboten zu haben, berichten die Patientinnen und Patienten, diese Mittel vergleichsweise selten erlebt zu haben. Da sich beide Gruppen offenbar einig über die Nützlichkeit bestimmter Mittel sind, ist es demnach eine entscheidende Frage, wie die Diskrepanz in der dargestellten Angebotshäufigkeit zustande kommt. Der Wert dieser milderen Mittel wird durch die Ergebnisse der Interviews mit Pflegerinnen und Pflegern noch einmal hervorgehoben, wo sich zeigte dass „Bedürfnisse erfragen“ und „Interesse signalisieren“ in geglückten Situationen signifikant häufiger angeboten wurden.

Nützlichkeitseinschätzung		
	Pflegerinnen und Pfleger*	Patientinnen und Patienten
Häufig	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interesse signalisieren 2. Bedürfnisse erfragen 3. Vorgehen erläutern 4. Shared Decision Making 5. Zeit geben 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Krisengespräch 2. Bedürfnisse erfragen 3. Interesse signalisieren 4. Zeit geben 5. Zigarette/Getränk
<p>Table 2: Vergleich der Nützlichkeitseinschätzung von mildereren Mitteln aus Perspektive von Pflegerinnen und Pflegern und Patientinnen und Patienten</p> <p>* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt wurden, ausgenommen</p>		

Anwendungshäufigkeit		
	Pflegerinnen und Pfleger*	Patientinnen und Patienten
Häufig	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zeit geben 2. Interesse signalisieren 3. Verbale Beruhigung 4. Vorgehen erläutern 5. Bedürfnisse erfragen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Überzeugungsversuch 2. Androhung von Zwang 3. Beruhigungs-Med. anbieten 4. Verhaltensregeln 5. Info über Rechtslage
<p>Table 3: Vergleich der Anwendungshäufigkeit von mildereren Mitteln aus Perspektive von Pflegerinnen und Pflegern und Patientinnen und Patienten.</p> <p>* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt werden können, ausgenommen</p>		

7.4. Angehörigen-Befragung – Interviews (n=12) und Online-Befragung (n=140)

In der Interviewbefragung wurden 12 Angehörige unterschiedlicher Rollen (Eltern, Geschwister, Kinder und Partner) psychisch Erkrankter Menschen aus sechs verschiedenen Bundesländern zu Situationen befragt, in denen die erkrankten Angehörigen Zwang erfahren haben. Dabei wurde sowohl nach konkreten Erfahrungen mit mildereren Mitteln (was war hilfreich/was nicht?) als auch nach Wünschen an solche Mittel gefragt. Die Ergebnisse der Befragten beinhalteten Maßnahmen, die sich sowohl auf die Struktur als auch auf das Angebot ambulanter und stationärer Versorgung sowie auf Aspekte des Kontakts zwischen Behandelnden und Angehörigen bezogen. Die einzelnen Vorschläge, die hier aus Platzgründen nicht näher ausgeführt werden, bildeten die Basis für die bundesweite quantitative Befragung an einer größeren Stichprobe von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Diese Befragung bestand aus einem Abschnitt zu personenbezogenen Daten der Teilnehmenden und der erkrankten Angehörigen, einem weiteren zur Einschätzung der allgemeinen Nützlichkeit (aus einer Liste aus 37) milderer Mittel, sowie einen Abschnitt, in der die Angehörigen befragt wurden, welche dieser mildereren Mittel in einer konkreten Zwangssituation des erkrankten Angehörigen im vergangenen Jahr angeboten wurden.

Die Liste milderer Mittel bestand aus Angeboten zum Einbezug von Angehörigen, sowie ambulanten und stationären Angeboten für die Betroffenen selbst. Die Bewertung der allgemeinen Nützlichkeit der mildereren Mittel im zweiten Abschnitt erfolgte für jedes Mittel einzeln (gar nicht nützlich bis sehr nützlich). Im Unterschied zu den Befragungen von Patientinnen und Patienten und Pflegerinnen und Pflegern bezog sich die Definition von Nützlichkeit sowohl auf Deeskalation (also Zwangsvermeidung) als auch auf Prävention von Krisensituationen.

Insgesamt nahmen deutschlandweit 140 Angehörige¹⁵ an der Befragung teil. Von diesen waren 48% Eltern eines psychisch erkrankten Menschen, gefolgt von Partnern (14%), Geschwistern (7%) und Kindern (6%). Das durchschnittliche Alter betrug 51,6 Jahre, 75% der Teilnehmenden waren weiblich. Die erkrankten Angehörigen waren im Durchschnitt 38,6 Jahre alt, 52% waren männlich. Die durchschnittliche Dauer der Erkrankung betrug 15,4 Jahre, der Hälfte wurde eine Schizophrenie oder andere psychotische Erkrankung (56%) diagnostiziert, gefolgt von affektiven Erkrankungen (13%) und Persönlichkeitsstörungen (7%). In der konkreten Zwangssituation wurden am häufigsten Zwangseinweisungen (75,5%) genannt, gefolgt von Zwangsmedikation (59%), Fixierungen (48%), Festhalten (34%) und Isolierung (31%).

Die befragten Angehörigen schätzten ein Großteil der abgefragten mildereren Mittel als nützlich zur Prävention und Deeskalation von Zwangssituationen ein (vgl. Abb. 4). Die fünf mildereren Mittel, die von den meisten Teilnehmenden als ziemlich oder sehr nützlich eingeschätzt wurden beziehen sich alle auf stationäre Angebote für die erkrankten Angehörigen: „Zeitnahe Gespräche mit Arzt oder Pflegefachkraft“ (96,6%), „Gespräche zur Vermeidung erneuter Zwangsmaßnahmen“ (95,5%), „Besprechung ambulanter Nachbetreuung“ (95,5%), „Intensive 1:1-Betreuung“ (94,4%), „Gemeinsame Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme“ (93,3%). Einzig die ambulante „Behandlung durch alternative Heilverfahren“ (34,8%) wird von weniger als 50% der Teilnehmenden als ziemlich oder sehr nützlich eingeschätzt.

¹⁵ 11% der Befragten machte keine Angabe zu soziodemographischen Daten.

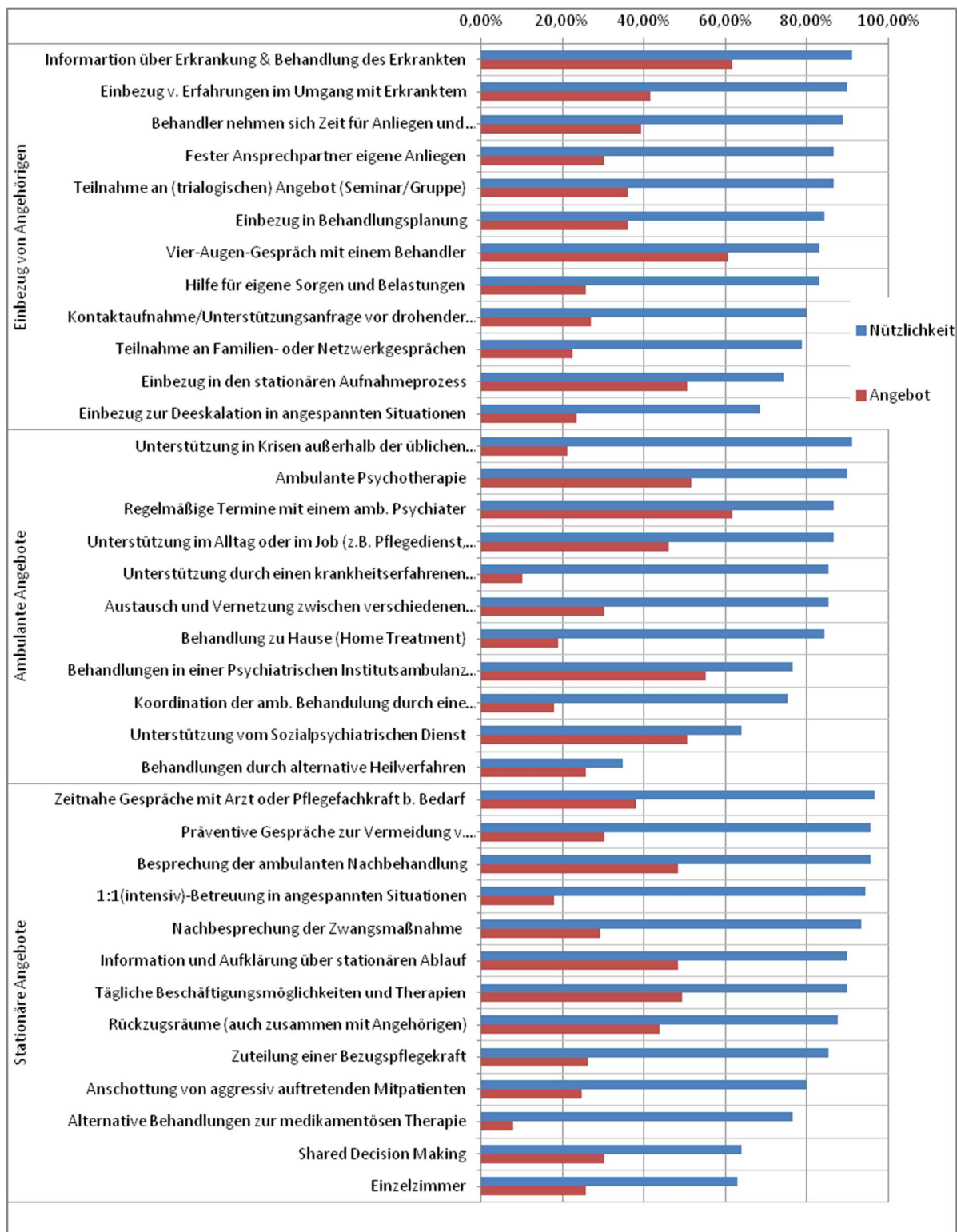


Abbildung 4: Angehörigenbefragung: Häufigkeit der Nützlichkeitsbewertung und Häufigkeit des Angebots in %.

Auch wenn ein Großteil der Mittel als allgemein nützlich zur Prävention und Deeskalation von Krisensituationen eingeschätzt wird, haben die befragten Angehörigen wenige dieser Mittel in konkreten Zwangssituationen erlebt. So wurden von den 37 im Fragebogen zur Auswahl stehenden mildereren Mittel im Durchschnitt 12,7 angeboten. Im Durchschnitt kam also jedes mildere Mittel nur in jedem dritten Fall zum Einsatz. Lediglich 6 der mildereren Mittel wurden in einer gewissen Regelmäßigkeit (d.h. bei über 50% der Befragten) angeboten.

Diese waren: Information der Angehörigen (61.8%), Regelmäßige Termine der Erkrankten mit einem ambulanten Psychiater (61,8%), Vier-Augen-Gespräch der Angehörigen mit einem Behandler (60.7%), Einbezug der Angehörigen in den stationären Aufnahmeprozess (50.6%), Behandlung der Betroffenen in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (55,1%) und Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (51.7%).

Abbildung 5 zeigt das Verhältnis zwischen der prozentualen Angebots-Häufigkeit milderer Mittel und der prozentualen Häufigkeit ihrer Nützlichkeits-Einschätzung (ziemlich nützlich oder sehr nützlich) zur Prävention und Deeskalation von Krisensituationen. Bei einer positiven Differenz wurden Mittel häufiger als nützlich eingeschätzt, als dass sie angeboten wurden.

Beispielsweise wurde es von ca. 90% der Angehörigen als nützlich im Sinne der Zwangsprävention bewertet, wenn ihr erkrankter Angehöriger über den geplanten Ablauf und die Behandlung eines stationären Aufenthalts aufgeklärt wird. Gleichzeitig gaben nur ca. 50% der Befragten an, dass ihr Angehöriger dieses mildere Mittel auch erhalten hat. Hieraus ergibt sich also ein Differenzwert von 40%. Deutlich wird, dass es bei allen Mitteln eine Differenz derart besteht, dass sie häufiger als nützlich eingeschätzt werden als dass sie angeboten wurde.

Knapp die Hälfte aller milderer Mittel wird sogar mindestens doppelt so häufig als nützlich eingeschätzt als dass sie angewendet wurden. Die Mittel mit der größten Diskrepanz zwischen eingeschätzter Nützlichkeits-Einschätzung und tatsächlichem Angebot sind "Intensive 1:1 Betreuung in angespannten Situationen", "Unterstützung durch einen krankheitserfahrenen Geneungsbegleiter", "Ambulante Unterstützung des Erkrankten in Krisen außerhalb der Öffnungszeiten", "Alternative Behandlung zu Medikation" und "Home Treatment".

Auch in der Angehörigen-Befragung ergab sich kein statistischer Zusammenhang zwischen personenbezogenen Merkmalen und der Anzahl berichteter Angebote. Einzig hinsichtlich der Nützlichkeits-Einschätzung zeigte sich ein relevanter Zusammenhang mit der Diagnose: Angehörige von Psychose-Erkrankten schätzten angehörigenbezogene Angebote als nützlicher ein, als Angehörige von Erkrankten mit einer anderen Diagnose ($U = 669.000$, $p = .028$). Anders als bei den Befragungen von Patientinnen und Patienten und Pflegerinnen und Pflegern zeigt sich auch kein Zusammenhang zwischen der allgemeinen Nützlichkeits-Einschätzung und der Angebotshäufigkeit milderer Mittel ($r(37) = .191$, $p = .264$).

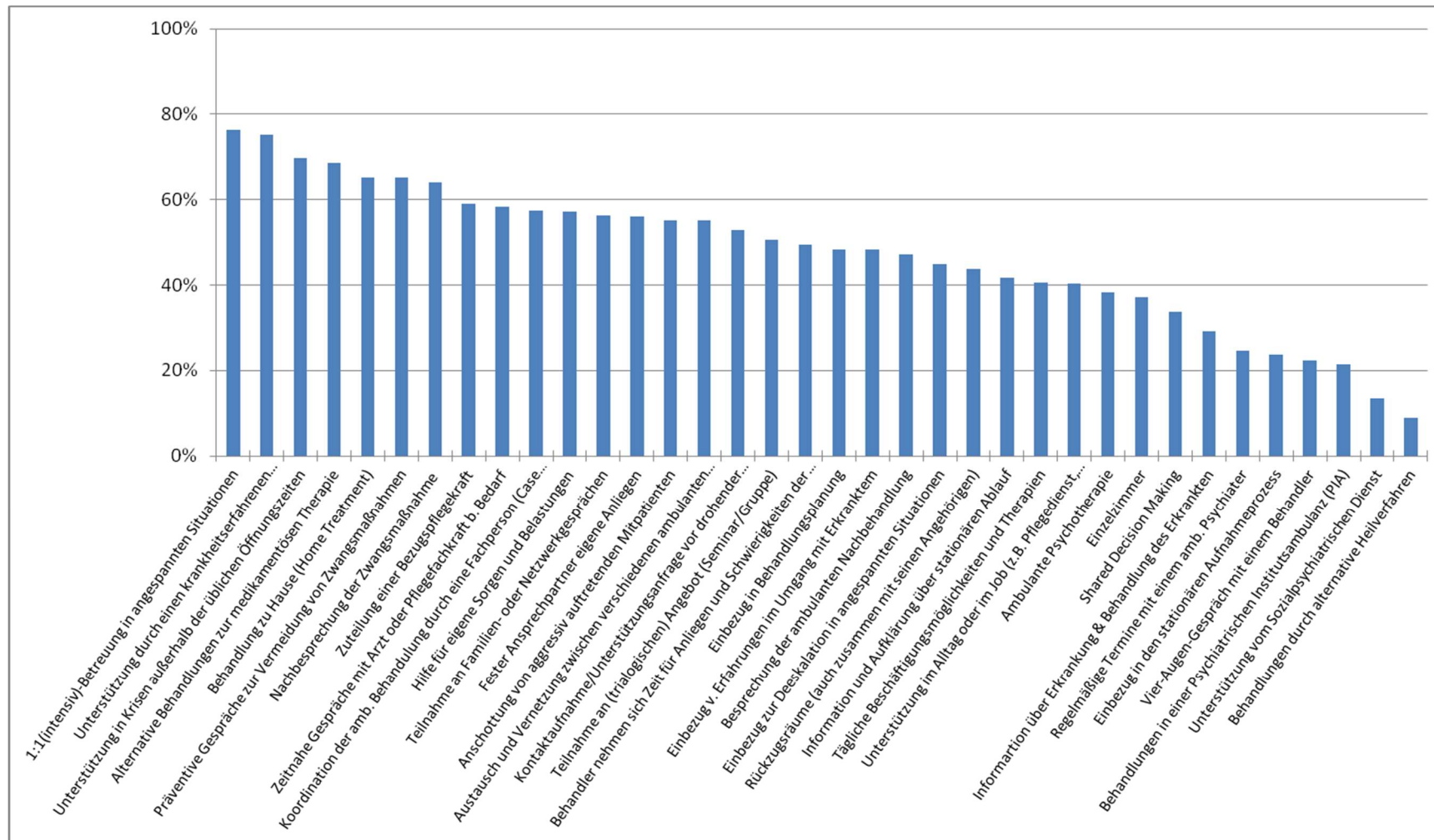


Abbildung 5: Angehörigenbefragung: Differenz von prozentualer Angebotshäufigkeit und Nützlichkeitsbewertung.

8. Diskussion & Gesamtbeurteilung

8.1. Zusammenfassung und Diskussion der wesentlichen Ergebnisse

(1) Im Wesentlichen geben Patientinnen und Patienten an, in konkreten Eskalationssituationen vielfach mildere Mittel zur Zwangsvermeidung angeboten bekommen zu haben, die sie allgemein als nicht nützlich zur Deeskalation einschätzen. Besonders für Mittel wie “Überzeugungsversuch” zur Medikamenteneinnahme oder “Androhung von Zwang”, die unter die informellen Zwangsmaßnahmen fallen, zeigt sich diese Diskrepanz zwischen Anwendungshäufigkeit und eingeschätzter Nützlichkeit deutlich. Auch Pflegerinnen und Pfleger gaben an, diese Mittel häufig einzusetzen und widersprechen der Patientenwahrnehmung in diesem Punkt somit nicht grundsätzlich.

(2) Umgekehrt berichten Patientinnen und Patienten, dass ihnen einige Mittel die sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Pflegerinnen und Pflegern im Allgemeinen als besonders nützlich zur Zwangsvermeidung eingeschätzt werden, in konkreten Eskalationssituationen vergleichsweise selten angeboten wurden. Dies gilt insbesondere für gesprächsinensive, (psycho-)therapeutische geprägte Mittel, die ggf. auch eine Auseinandersetzung mit den Ursachen/Auslösern der aktuellen Krise beinhalten, wie bspw. “Angebot eines Krisengesprächs”, „Interesse signalisieren“ und “Bedürfnisse erfragen”. Vor allem die letzten beiden milderen Mittel werden von Pflegerinnen und Pflegern ebenfalls als besonders nützlich zur Zwangsvermeidung eingeschätzt. Analog dazu geben Pflegerinnen und Pfleger in Interviews an, dass diese Mittel in erfolgreich deeskalierten Situationen signifikant häufiger zum Einsatz kommen als in eskalierten.

(3) Dem gegenüber zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem Bericht der Pflegerinnen und Pfleger, die angeben, derartige Mittel in konkreten Eskalationssituationen anzubieten und dem Bericht der Patientinnen und Patienten, die angeben, dass ihnen diese Angebote nicht gemacht wurden. Aus unserer Sicht gibt es – neben systematischen Verzerrungs-Effekten (s. u.) wie bspw. sozialer Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragen durch die Pflegerinnen und Pflegern – drei wesentliche plausible inhaltliche Erklärungen für diese Diskrepanz, die sich gegenseitig nicht ausschließen:

a. Die Mittel werden nicht mit der gebotenen Ernsthaftigkeit (nicht „state-of-art“) oder auf eine Art durchgeführt, sodass sie an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten vorbeigehen und daher nicht als solche wahrgenommen werden. Um diese Erklärung zu prüfen, sollte weiter untersucht werden, wie und mit welchem Zeitaufwand Mittel dieser Art durchgeführt werden und auf welche Art sie durchgeführt werden sollten, damit sie von Betroffenen als nützlich erlebt werden.

b. Insbesondere die Androhung von Zwang, aber auch nachdrücklich geführte Überzeugungsversuche (ggf. reden zwei oder mehr Mitarbeitende dabei auf die Patientin oder den Patienten ein) sind aus der Perspektive von Betroffenen sehr hervorstechende Mittel, die daher die Situation aus der Patientenperspektive mit hoher Wahrscheinlichkeit dominieren. Entsprechend werden beide auch den informellen Zwangsmaßnahmen zugeordnet (Jäger, 2017). Zwangsandrohung etwa demonstriert ein extremes Machtgefälle zuungunsten von Patientinnen und Patienten, während Überzeugungsversuche ein Gefühl des Bedrängtwerdens verursachen können bzw. den oft ohnehin bestehenden Eindruck verstärken, die

Behandlung fokussiere primär auf Medikamenten und nicht auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Beide Mittel wirken sich somit ungünstig auf zwischenmenschliches Vertrauen aus, was wiederum eine unabdingbare Basis für potentiell nützliche mildere Mittel bildet. So könnten durch die Androhung von Zwang und den Fokus auf Überzeugungsversuchen eigentlich wirksame Mittel wie Krisengespräche, Zeit lassen, Interesse signalisieren und Bedürfnisse erfragen nicht richtig greifen und werden daher von den Patientinnen und Patienten auch nicht als solche wahrgenommen und entsprechend erinnert. Oder anders formuliert: Aus Sicht betroffener Patientinnen und Patienten ist es vermutlich schwer, sich auf ein Krisengespräch einzulassen oder ernstgemeintes Interesse zu verspüren, wenn gleichzeitig die Anwendung von Zwang im Raum steht.

Selbst dort, wo ggf. Zwang tatsächlich erst am Ende einer langen Kette von anderen Mitteln angedroht wird, steht er aus Sicht der Patientinnen und Patienten möglicherweise bereits von Anfang an als Möglichkeit im Raum, sofern diese bereits Zeuge von Zwangsmaßnahmen bei anderen Patientinnen und Patienten der Station wurden oder bereits Vorerfahrungen mit Zwangsmaßnahmen haben. Für Behandelnde stellt dies durchaus ein Dilemma dar, da aus einer ethischen Perspektive angezeigt ist eine Zwangsmaßnahme anzukündigen bevor sie angewendet wird. Gleiches gilt für Überzeugungsversuche (meist bzgl. einer medikamentösen Behandlung), die ferner in einem Großteil der PsychKGs als zwingende Voraussetzung für eine Zwanganwendung formuliert sind. Dies macht allerdings aus unserer Sicht den Stellenwert echter alternativer Mittel umso deutlicher.

c. Patientinnen und Patienten befinden sich in Eskalationssituationen nicht selten in einem Ausnahmezustand, bspw. sind stark verängstigt, angespannt, agitiert und nicht selten auch wahnhaft, und nehmen daher bestimmte Mittel, z. B. solche, die bedrohlich wirken, stärker wahr als andere. Dies könnte den oben angesprochenen Effekt verstärken und erklären, warum die Androhung von Zwang in dem erinnerten Erleben der Patientinnen und Patienten weiter oben steht als in den erinnerten Angaben der Pflegerinnen und Pfleger. Falsch wäre es aus unserer Sicht allerdings zu schließen, dass Patientinnen und Patienten aufgrund ihres Zustandes grundsätzlich nicht geeignet seien, über die Situation Auskunft zu erteilen. Dagegen spricht die Konsistenz der Ergebnisse über die beide Patientenbefragungen hinweg, sowie die Tatsache, dass sich neben der Androhung von Zwang auch an positives Verhalten der Pflegerinnen und Pfleger erinnert wird (z. B. Aufklärung über Rechte) und schließlich die hohe Übereinstimmung von Pflegerinnen und Pfleger und Patientinnen und Patienten bei der Nützlichkeitsbewertung der Mittel.

Zusammengefasst ist demnach die Gesamtinterpretation möglich, dass die Androhung von Zwang und der Fokus auf Überredungsversuche für die Betroffenen so dominant sind, dass andere mildere Mittel ihr Ziel verfehlen, bzw. gar nicht erst wahrgenommen werden.

(4) Angehörige psychisch erkrankter Menschen geben an, dass sie eine Vielzahl milderer Mittel im Allgemeinen als ziemlich oder sehr nützlich zur Prävention und Deeskalation von Krisensituationen einschätzen. Am nützlichsten wurden von nahezu allen Angehörigen mildere Mittel im stationären Rahmen eingeschätzt, die über eine reine Symptombehandlung hinaus gehen und den Gesprächs- bzw. Betreuungsaufwand dem individuellen Bedarf anpassen – und dies sowohl vor oder während einer aufkommenden Krisensituation (bspw. zeitnahe Gespräche bzw. intensive 1:1- Betreuung) als auch im Falle einer durchgeführten Zwangsmaßnahme (bspw. Nachbesprechung einer Zwangsmaßnahme). Es fällt auf, dass es sich hierbei vor allem um potentiell zeitintensive Angebote handelt.

(5) Gleichzeitig deutet die Angehörigenbefragung auf eine große Diskrepanz zwischen der potentiellen Nützlichkeit und der Anwendung milderer Mittel in konkreten Krisensituationen hin. Während nahezu alle Mittel von dem Großteil der Angehörigen als ziemlich oder sehr nützlich eingeschätzt wurden, wurde nur jede dritte Maßnahme den Angehörigen tatsächlich angeboten. Hier zeigt also auch aus Sicht der Angehörigen noch erheblicher Spielraum für die Ausschöpfung von mildereren Mitteln im psychiatrischen Versorgungssystem. Dies gilt für allem für Mittel, die durch eine gewisse zeitliche (bzgl. Öffnungszeiten oder Aufwand) oder inhaltliche Flexibilität zur Routine- Behandlung kennzeichnet sind. Hierzu zählen insbesondere stationär die intensive 1:1 Betreuung in angespannten Situationen und alternative Behandlungsformen zur Medikation sowie ambulant die Unterstützung durch einen krankheitserfahrenen Genesungsbegleiter, die Unterstützung des Erkrankten in Krisen außerhalb der Öffnungszeiten und Home Treatment.

8.2. Methodische Schwächen der Studien, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen

Rekrutierungsbias bei Patientinnen und Patienten und Pflegerinnen und Pflegern:

Aufgrund der Brisanz des Untersuchungsthemas „Zwangsmaßnahmen“ ist eine Selektion bei den Studienteilnahme nicht auszuschließen. So könnte die Diskrepanz in den Antworten zur Häufigkeit angebotener Mittel dadurch zustande kommen, dass einerseits besonders engagierte Pflegerinnen und Pfleger und andererseits Patientinnen und Patienten mit besonders schlechten Erfahrungen an den Befragungen teilgenommen haben. Andererseits ist aufgrund der Belastung durch das Thema insbesondere bei Patientinnen und Patienten ebenso denkbar, dass Patientinnen und Patienten mit besonders traumatischen Erfahrungen gar nicht an einer derartigen Befragung teilnehmen. Die Streuungen in den Antworten beider Gruppen, bspw. in der Einstellung gg. Zwangsmaßnahmen von Pflegerinnen und Pflegern als auch in der Behandlungszufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten sprechen gegen eine systematische Verzerrung der Ergebnisse aufgrund derartiger Effekte.

Soziale Erwünschtheit, v. a. in der Onlinebefragung der Pflegerinnen und Pflegern:

Die Tendenz sozial erwünscht zu antworten, d.h. in die vermutlich erwartete/anerkannte Richtung zu antworten, könnte für die recht hohe Zahl der angekreuzten angebotenen Mittel verantwortlich sein, die in deutlicher Diskrepanz zu den Angaben der Patientinnen und Patienten steht und zudem doppelt so hoch ist wie in den Pflege-Interviews berichtet. Der Unterschied zwischen Interviews und Online- Befragung lässt sich allerdings ebenso gut durch Erinnerungseffekte erklären, ggf. wird der Einsatz eines mildereren Mittels im Interview nicht erinnert wohingegen im Fragebogen alle Mittel in einer Liste vorgegeben wurden. Es gibt keinen schlüssigen Hinweis, dass ein derartiger Antwort-Effekt nicht vorliegen könnte, die möglicherweise dadurch entstehende Verzerrung der Ergebnisse würde die oben diskutierten Schlussfolgerungen allerdings nicht in Frage stellen, sondern allenfalls noch verstärken.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Die verantwortliche Leitung des Teilprojekts ist von einer weiblichen und einem männlichen Mitarbeitenden besetzt. Ebenso wurde bei der Vergabe der zu vergebenden Stellen und Abschlussarbeiten auf Gleichstellungsaspekte geachtet. Alle Erhebungen wurden geschlechtsdifferenzierend durchgeführt, bei den Auswertung in Subanalysen auch auf

Geschlechterunterschiede untersucht.

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

- 21. Treffen deutschsprachiger SozialpsychiaterInnen, 27.02. – 03.03.2017; Palma de Mallorca: Kurzvorstellung des Projektvorhabens mit dem Ziel Kooperationspartner zu gewinnen. Ebenso bei der Jahrestagung der DGPPN sowie beim Weltkongress für Psychiatrie im Oktober 2017 in Berlin.
- Heumann, K., Bock, T. & Lincoln, T. (März 2017): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis*, 44, 85-92.
- Fachtag „Neue Wege in Therapie und Begleitung psychisch beeinträchtigter Menschen“ der DGSP-Landesvertretung Hessen e.V. am 09.10.2018 in Marburg: Vorstellung der Projekte, Diskussion erster Teilergebnisse.
- Fachtagung „Gewalt und Zwang im institutionellen Kontext“ der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden 25. und 26.10.2018: Vorstellung der Projekte, Diskussion erster Teilergebnisse.
- Schriftliche Publikationen (Fachzeitschriften, Projektzusammenfassung für Studien- Teilnehmende) der Ergebnisse in Vorbereitung

11. Verwertung der Projektergebnisse (Empfehlungen)

Gemeinsam mit den anderen Projektpartnerinnen und -partnern wurden die im vorliegenden Abschlussbericht veröffentlichten gemeinsamen Empfehlungen vereinbart. Ferner wurden vertiefte Implikationen und Empfehlungen anhand der Ergebnisse des Teilprojekts formuliert:

11.1. Implikationen der Ergebnisse

Folgende Minimalanforderungen an das psychiatrische Versorgungssystem ergeben sich aus unserer Sicht direkt oder indirekt aus den Ergebnissen. Diese Anforderungen dienen dazu den Grundsatz, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen tatsächlich um ein letztes Mittel handelt und mildere Mittel zunächst ausgeschöpft werden sollten, auch praktisch zu wahren. Im Wesentlichen beinhalten sie Vorschläge, die dazu dienen sollen a) die Hürde für Zwangsmaßnahmen hochzusetzen, und b) die Bereitschaft und Kompetenz zu erhöhen, „mildere Mittel“ einzusetzen.

Zu a)

- Es sollten finanzielle Anreize für psychiatrische Krankenhäuser mit progressiven Initiativen zur Zwangsreduktion (und/oder nachweislich unterdurchschnittlich Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen im nationalen Vergleich) geschaffen werden.

- Kliniken, die mit Zwangsmaßnahmen als grundsätzliche Möglichkeit arbeiten möchten, sollten bestimmte Qualitätsstandards erfüllen müssen, die sich an der verfügbaren Evidenz aber auch internationalen Best-Practice-Modellen orientieren. Dazu zählen neben der Anwendung und Dokumentation flexibler und gesprächs-(intensiver) milderer Mittel im Sinne der vorliegenden Studie, aus unserer Sicht u.a. eine verpflichtende Durchführung von Behandlungsvereinbarungen und die verpflichtende Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit dem/der Patient/in, der/die während dieser Besprechung zudem Einsicht in die Dokumentation erhält. Derartige Qualitätsstandards sollten von einem unabhängigen und partizipativ besetzten Gremium festgelegt und regelmäßig erneuert werden.
- Bei der Protokollierung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen sollten auch die im Vorfeld eingesetzten mildereren Mittel zu ihrer Vermeidung dokumentiert werden. Dabei sollten Dokumentationssysteme entwickelt und genutzt werden, die ein routinemäßiges Ausfüllen erschwert. Die Dokumentation sollte entsprechend öffentlich zugänglich sein, so dass sie von Prüfstellen eingesehen und auch für statistische Auswertungen genutzt werden kann.
- Auch wenn sich in unserer Studie keine Zusammenhänge zwischen Gestaltungsmerkmalen und der Anzahl milderer Mittel zeigte, empfehlen wir die Klinik räumlich derart zu gestalten, dass sie eher zum Einsatz milderer Mittel einlädt als zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen. So sollten die Fixierungsliegen bspw. nicht unmittelbar auf der Station erreichbar sein, da dies bereits die Hürde für eine Fixierung deutlich erhöhen würde.
- Existierende unabhängige Beschwerdestellen, die derweil auf ehrenamtlicher Basis arbeiten und nur teilweise finanziert sind, sollten finanziell ausgebaut werden. Diesbezüglich unterversorgte Regionen sollten derart unterstützt werden, dass unabhängige Beschwerdestellen eingerichtet werden können. Dies könnte bspw. durch eine gesetzliche Verpflichtung im Rahmen der PsychKGs, wie bereits in einigen Bundesländern üblich, geschehen.

Zu b)

- Da Pflegerinnen und Pfleger im Prozess der Deeskalation eine bedeutsame Rolle zukommt und diese im Wesentlichen die Gruppe sind, die die mildereren Mittel einsetzen, sollte dies in der Pflegeausbildung einen höheren Stellenwert bekommen. Dies könnte durch die Förderung der Fachpflegeausbildung, sowie des Studiums der Pflegewissenschaften gelingen.
- Schulungen in empathischer Gesprächsführung und Krisengesprächen: Die Ausbildung von allen psychiatrisch Tätigen sollte in einem intensiven Umfang Schulungen zur Gesprächsführung und Krisenmanagement adressieren. Dies sollte mittels intensiver Vermittlung und Übung praktischer Gesprächsführungskompetenzen in verschiedenen Krisensituationen bei verschiedenen Störungen, Altersgruppen und Konstellationen in Form von supervidierten Rollenspielen geschehen. Ferner muss die Ausbildung sicherstellen, dass die Auszubildenden die Patientenperspektive kennenlernen, in dem die Erfahrungen von Betroffenen in die Ausbildung einfließen (z. B. durch Filme, aber auch durch direkten Austausch mit

Betroffenen). Inhaltlich sollte der Fokus auf die kontextuellen und interaktionellen Aspekten von Krisensituationen liegen und nicht auf einer möglichst effektiven Beruhigung „aufgebrachter“ Patientinnen und Patienten. Dies beinhaltet die Auseinandersetzung mit den Ursachen/Auslösern der Situation sowie den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Zudem sollte ein stärkerer Fokus als bisher auf Patientenrechte gelegt werden und die menschenrechtliche Perspektive einbezogen werden. Das Gelernte sollte in einer praktischen Prüfung nachgewiesen und in regelmäßigen praktischen Fortbildungen aufgefrischt werden.

- Vor allem in Akutpsychiatrien sollten ausschließlich Pflegerinnen und Pfleger eingesetzt werden, die derart ausgebildet sind und die Bereitschaft mitbringen, stärker Kommunikation, Interaktion und Patientenbedürfnisse in den Vordergrund zu stellen.
- Dem Bedarf der Patientinnen und Patienten nach therapeutischen und pflegerischen Gesprächen während der Intensivbehandlung in der Psychiatrie muss entsprochen werden. Nur durch Gespräche mit Patienten kann eine gute Beziehung aufgebaut werden, die Zwangsmaßnahmen präventiv entgegenwirkt. Da es sich um eine kostenintensive Intensivbehandlung handelt sollte sich die zeitliche Intensität von Psychotherapie ebenfalls deutlich über jene einer ambulanten Behandlung hinausgehen, die üblicherweise bei einer Stunde pro Woche liegt. Psychotherapie sollte Leitliniengerecht von ausgebildeten Therapeuten erfolgen.

Ferner sollten auch den Angehörigen angeboten werden, in die Behandlung eingebunden zu werden. Die kann in Form - nachweislich wirksamer - Familientherapie erfolgen oder in Form von Informations- und Angehörigenangeboten, die sich ausschließlich an Angehörige richten und auf ihre speziellen Unterstützungsbedarfe ausgerichtet sind.

Die Auswirkungen derartiger Maßnahmen auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen sollte nach 5-10 Jahren evaluiert werden, um zu entscheiden, ob eine umfassende Reform notwendig ist. **Da aber möglicherweise davon auszugehen ist, dass die Möglichkeit einer Zwangsausführung bei Behandelnden die ernsthafte Durchführung der potentiell nützlichen „milderen Mittel“ konterkarieren kann, stellt sich die Frage, ob die oben genannten Verbesserungen im derzeit bestehenden Versorgungs-System überhaupt die Chance haben, Zwang signifikant zu reduzieren. Um Zwang nachhaltig zu reduzieren und das Vertrauen in das psychiatrische Versorgungssystem wiederherzustellen, wäre unseres Erachtens eine grundsätzlichere, strukturelle Veränderung der psychiatrischen Versorgung notwendig.**

- Im Folgenden sind daher weitere Empfehlungen formuliert, die sich indirekt aus unseren Ergebnissen ableiten lassen. Bezugsrahmen ist dabei der berechtigte Anspruch von Patientinnen und Patienten an eine niedrigschwellige und nachhaltig wirksame Behandlung, die von gegenseitigem Vertrauen mit Behandelnden geprägt ist, die in einer angstfreien Atmosphäre stattfindet und in der Behandelnde den Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe begegnen, ihre Bedürfnisse hinreichend berücksichtigen und Freiräume für eigene Entscheidungen schaffen.

- Der derzeitige Umgang mit Selbstgefährdung in der Psychiatrie ist zu hinterfragen. Es sollte unter Einbezug von qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ethikerinnen und Ethikern, Juristinnen und Juristen und Betroffenen umfassend diskutiert werden, inwieweit die heutigen Regelungen (Überwachung und Verhinderung einer Gefährdung um jeden Preis, was zu Lasten von Vertrauen, Krisengesprächen und Problemlösungen gehen kann) therapeutisch zielführend und praktikabel sind. In diesem Zusammenhang ist auch zu diskutieren, ob der Sicherheitsaspekt, der nach unserer Befragung der Pflegerinnen und Pfleger für 75% der Zwangsmaßnahmen verantwortlich war, aus der Psychiatrie ausgelagert werden sollte, so dass Psychiaterinnen und Psychiater, Pflegerinnen und Pfleger und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Psychiatrie eine rein behandelnde Rolle zu kommt, die eine zwangsfreie Atmosphäre sicherstellt und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten erhöht.
- Die einseitige Fokussierung auf eine medikamentöse Behandlung in der psychiatrischen Versorgung sollte aufgegeben werden. Zum einen zeigen Befragungen, dass psychotherapeutische Angebote von der Mehrheit der Patientinnen und Patienten präferiert werden. Zum anderen deuten Studien zunehmend auf negative Langzeiteffekte von Psychopharmaka hin und stellen auch deren Langzeitwirkung in Frage. Trotz Dauermedikation sind die Langzeitverläufe von psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten unbefriedigend.

Der Fokus der psychiatrischen Behandlung sollte stattdessen auf Behandlungen liegen, die geeignet sind, den Patientinnen und Patienten nachhaltige Hilfe und nebenwirkungsarme Hilfe zur Selbsthilfe zukommen zu lassen. Hierbei kann der Fokus auf leitliniengerechter Psychotherapie sowie auf praktischer Unterstützung zur Problemlösung in den Bereichen soziale Beziehungen, Wohnen und Arbeit liegen.

Medikation kann bei akuten Erregungszuständen eine sinnvolle Ergänzung sein und bei Bedarf eingesetzt werden, wenn keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies bedeutet praktisch eine Aufstockung und Aufwertung qualifizierter Psychotherapie und praktischer Sozialarbeit in den Psychiatrien.

- Deinstitutionalisierung. Stationäre Aufenthalte sollten zugunsten aufsuchender und ambulanter Hilfen weiter reduziert werden. Diese können besser gewährleisten, dass konkrete Lösungen für die Probleme von Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag/sozialen Umfeld gefunden werden – im Gegensatz dazu reißt eine stationäre Behandlung die Patientinnen und Patienten aus ihrem Umfeld heraus, was nicht selten mit einem weiteren Verlust von Ressourcen, (z. B. Verlust der Wohnung) einhergeht und somit psychosozialen Stress eher erhöht. Zwar können Auszeiten gelegentlich sinnvoll und entlastend sein, diese sollten aber so kurz wie möglich gehalten werden.

Ähnlich wie der Fokus auf Medikation ist auch der Fokus auf stationäre Behandlung eher Ausdruck von Hilflosigkeit und Angst, die einer nachhaltigen professionellen Behandlung eher im Weg steht. Stattdessen könnten – in Anlehnung an das italienische System oder dem Modell der Polikliniken – bspw. sogenannte „Gesundheitshäuser“ entstehen, in denen kleine Behandlungsteams Betroffene in einer

warmen, einladenden Atmosphäre überwiegend ambulant versorgen, aber für Krisenzeiten auch die Möglichkeit zur Übernachtung anbieten.

- Die Schwelle für eine Inanspruchnahme professioneller Hilfe für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Störungen gerade in Krisensituationen sollte gesenkt werden. Dies kann zum einen durch einen festen Ansprechpartner in allen Phasen der Behandlung gelingen – der/die ggf. in den bereits erwähnten leicht zugänglichen regionalen Gesundheitszentren angesiedelt ist. Zum anderen sollte ebenso die Möglichkeit anonym bleibender Gesprächsangebote (auch aus rechtlicher Sicht) geprüft werden, um gerade auch misstrauischen Menschen ein Hilfsangebot machen zu können.

12. Publikationsverzeichnis

12.1. Bachelorarbeiten

Befragung von Pflegekräften zum Umgang mit Maßnahmen zur Zwangsvermeidung in der Psychiatrie

– Christian Johannes Topf, Juni 2018, Universität Hamburg.

12.2. Masterarbeiten

Wie Zwangsmaßnahmen verhindert werden können – aus Angehörigenperspektive – Tina Petersen, Juni 2018, Universität Hamburg.

Was hilft wann? Interviews mit psychiatrischen Pflegekräften zur Zwangsvermeidung – Margarete Agnes Sophia Böhm, November 2018, Universität Hamburg.

Maßnahmen zur Zwangsvermeidung. Eine bundesweite Befragung akut-psychiatrischer Pflegekräfte – Dalia Luna Linden, Oktober 2018, Universität Hamburg.

„Können wir reden?“ Eine bundesweite, quantitative Betroffenenbefragung über angewandte und nützliche Maßnahmen zur Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem – Marie-Luise Stückle, Oktober 2018, Universität Hamburg.

Welche (Behandlungs-)Angebote und Maßnahmen Zwang verhindern könnten – eine bundesweite, quantitative Befragung Angehöriger psychisch Erkrankter – Miriam Peetz, Juni 2019, Universität Hamburg.

13. Liste potentieller milderer Mittel zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Sammlung potenzieller milderer Mittel durch Expertengremien der Mitglieder beider BMG-geförderter Forschungsverbände (ZVP & ZIPHER), Zusammenfassung und Abstimmung der abschließenden Liste in der Steuerungsgruppe des Teilprojekts.

Einzelne mildere Mittel (bspw. 27, 28, 30) sind bereits den sogenannten informellen Zwangsmaßnahmen zuzuordnen und werden dementsprechend von betroffenen Patientinnen und

Patienten nicht als nützlich zur Zwangsvermeidung eingeschätzt. Detaillierte Hinweise bzgl. der Nützlichkeit der einzelnen Mittel sind dem Teilprojektbericht zu entnehmen.

1	Dem Patienten / der Patientin Interesse signalisieren und Verständnis für seine / ihre Gefühle zeigen (z.B. auf den Patienten zugehen, Gründe für die Anspannung erfragen, auf Erleben und Ängste des Patienten eingehen).
2	Individuelle Bedürfnisse des Patienten / der Patientin erfragen (z.B. „Was brauchen Sie gerade, damit es Ihnen bessergeht?“).
3	Gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin Lösungs-Strategien finden (z.B. nach bislang hilfreichen Strategien in Anspannungssituationen fragen).
4	Bei dem Patienten / der Patientin einen Perspektivenwechsel anregen (z.B. „Was würden Sie an meiner Stelle tun, um Ihnen zu helfen?“).
5	Dem Patienten / der Patientin Zeit geben, sich selbst zu beruhigen.
6	Den Patienten / die Patientin mit besänftigenden Worten beruhigen (z.B. „Ich merke, dass Sie aufgebracht sind. Versuchen Sie doch erstmal wieder sich etwas zu beruhigen, dann schauen wir weiter“).
7	Anbieten gemeinsam mit dem Patienten / der Patientin eine Zigarette zu rauchen oder einen Kaffee bzw. Tee zu trinken.
8	Dem Patienten / der Patientin ein Gespräch mit einer behandelnden Person vor Ort anbieten.
9	Dem Patienten / der Patientin anbieten einen vertrauten Behandler, Psychotherapeuten, Patientenvertreter oder Peer-Begleiter, für ein Krisengespräch dazu zu holen.
10	Dem Patienten / der Patientin ein Telefonat mit Freunden oder Angehörigen anbieten.
11	Dem Patienten / der Patientin Entspannungsmöglichkeit anbieten (z.B. heißes Bad, entspannende Musik, Massagesessel).
12	Dem Patienten / der Patientin die Beteiligung an einer Tätigkeit auf der Station (z.B. Putzen, Essenszubereitung, Gartenarbeit) anbieten.
13	Dem Patienten / der Patientin Bewegungsmöglichkeiten anbieten, um Aggressionen und Energie abzubauen (z.B. Hometrainer, Tischtennisplatte oder Punchingball).
14	Dem Patienten / der Patientin anbieten, auch außerhalb der dafür vorgesehenen Zeiten eine körperlich-therapeutische Tätigkeit (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie) wahrzunehmen oder die entsprechenden Räumlichkeiten zu nutzen.
15	Dem Patienten / der Patientin einen begleiteten Spaziergang außerhalb der Station oder einen Hausbesuch anbieten.
16	Dem Patienten / der Patientin einen unbegleiteten Spaziergang außerhalb der Station anbieten.
17	Dem Patienten / der Patientin eine Verlegung in ein Einzelzimmer oder eine andere Rückzugsmöglichkeit (z.B. Zeit in einem ruhigen Raum oder im Garten) anbieten.
18	Dem Patienten / der Patientin eine Verlegung auf eine andere Station anbieten.
19	Dem Patienten / der Patientin die eigenen Gefühle zurückmelden (z.B. „Es macht mir Angst, wenn Sie immer wieder sagen, dass Sie sich das Leben nehmen möchten.“).
20	Versuchen die eigenen Gefühle zu regulieren (z.B. durchatmen, einen Schritt zurücktreten, kurz in sich gehen, eigene Gefühle wahrnehmen sich ggf. selbst beruhigen).
21	Sich selbst und die eigene Haltung dem Patienten / der Patientin gegenüber überprüfen (z.B. „Bin ich gerade hilfreich für den Patienten / die Patientin oder zu angespannt?“).
22	Das eigene Vorgehen und den zugehörigen Entscheidungsprozess erläutern.
23	Dem Patienten / der Patientin die Stationsregeln, ihren Sinn und die Konsequenzen bei Nichtbeachtung erklären.

24	Den Patienten / die Patientin über seine / ihre aktuelle personenbezogene Rechtslage informieren oder ein Gespräch mit der gesetzlichen Betreuung anbieten (z.B. „Dass Sie hierbleiben müssen, ist die Entscheidung eines Richters. Wenn Sie etwas dagegen haben, können Sie Widerspruch einlegen.“).
25	Kollegen zur Unterstützung hinzuziehen.
26	Dem Patienten / der Patientin eine Sedierung, ein pflanzliches Beruhigungsmittel (z.B. Baldrian) oder die Bedarfsmedikation anbieten (z.B. „Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen ein Medikament zur Beruhigung geben.“).
27	Versuchen, den Patienten / die Patientin von der empfohlenen Medikamenteneinnahme zu überzeugen (z.B. „Ich bin mir sicher, dass es Ihnen bessergehen wird, wenn Sie die Medikamente nehmen.“).
28	Dem Patienten / der Patientin deutlich Grenzen setzen (z.B. sich in den Weg stellen; deutlich „Nein“ sagen).
29	1:1 Betreuung/Dauersitzwache: Dauerhaft bei dem Patienten / der Patientin bleiben, bis sich die Situation beruhigt hat.
30	Dem Patienten / der Patientin ankündigen bzw. androhen im nächsten Schritt eine Zwangsmaßnahme anzuwenden.

Teilprojekt 7:

Interventionsstudie: Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen

1. Verantwortliche Leitung

Fr. Dr. Lieselotte Mahler,
Fr. PD Dr. Christiane Montag,
Hr. Dr. Alexandre Wullschleger

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und verantwortliche Leitung
2. Inhaltsverzeichnis
3. Zusammenfassung
4. Ausgangslage
 - 4.1. Ziele des Projekts
 - 4.2. Projektstruktur
5. Erhebung- und Auswertungsmethodik
 - 5.1. Studienpopulation
 - 5.2. Randomisierung und Einwilligung
 - 5.3. Verblindung
 - 5.4. Studiengruppen
 - 5.5. Befragung
 - 5.6. Intervention
 - 5.7. Erfasste Outcome-Parameter
 - 5.8. Datenauswertung
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
 - 7.1. Quantitative Untersuchung
 - 7.2. Qualitative Untersuchung
8. Diskussion
9. Genderaspekte
10. Veröffentlichungen und Vorträge
11. Empfehlungen
12. Referenzen

3. Zusammenfassung

Das Teilprojekt untersuchte die Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen auf objektiven und subjektiven Zwang, sowie auf die Entwicklung traumafolgender Symptome und auf die therapeutische Beziehung. Dafür wurde eine multizentrische, zwei-armige (standardisierte Nachbesprechung vs. Standardbehandlung), randomisiert-kontrollierte Studie mit einem *mixed-methods* Ansatz (quantitative und qualitative Datenerfassung) in sechs Berliner Versorgungskliniken durchgeführt. Nach initialer Randomisierung von 422 Patientinnen und Patienten konnten 109 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Quantitative Daten wurden mittels faktorieller

ANOVA mit Studienarm und Geschlecht als unabhängigen Variablen analysiert. Obwohl die *intention-to-treat* Analyse keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen hinsichtlich der erhobenen Outcome-Parameter zum subjektiv erlebten Zwang (MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS), Coercion Ladder (CL) und Coercion Experience Scale (CES)) erbrachte, konnten Sensitivitätsanalysen in den *per-protocol* - und *as-treated* -Stichproben zeigen, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit niedrigeren CL und MPCS Scores assoziiert war, d.h. möglicherweise das subjektive Erleben von Zwang verringern konnte. Hinsichtlich traumafolgender Symptome zeigte die *intention-to-treat* Analyse einen statistisch signifikanten Effekt der Nachbesprechung auf die Symptomdimensionen Intrusion und Hyperarousal der Impact of Events Scale (IES). Es konnte allerdings kein Gruppenunterschied bzgl. der peritraumatischen Reaktion auf die durchgeführte Zwangsmaßnahme mit dem Peritraumatic Distress Inventory (PDI) festgestellt werden. Die Sensitivitätsanalysen (*per-protocol* und *as-treated*) legen ferner nahe, dass die Nachbesprechung einen positiven Einfluss auf die Qualität der therapeutischen Beziehung hat, sowohl nach der Bewertung von Pat. als auch von Therapeutinnen und Therapeuten (Outcome-Parameter: Working Alliance Inventory (WAI)). Die *intention-to-treat* Analyse zeigte diesbzgl. allerdings keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Interessanterweise zeigte die durchgeführten Analysen mehrere signifikanten Interaktionseffekte zwischen Studiengruppe und Geschlecht bzgl. der Parameter des subjektiven Zwangs und der therapeutischen Beziehung. Demnach ist es anzunehmen, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen einen größeren Effekt bei Frauen zeigt im Vergleich zu Männern.

Zusätzlich zu der quantitativen Datenerhebung wurden 3 leitfaden-gestützte Fokusgruppen mit Mitarbeitenden der teilnehmenden Kliniken sowie 8 semi-strukturierte Einzelinterviews mit Pat. durchgeführt. Die erfassten Daten wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Mitarbeitende empfanden die Nachbesprechung als wichtig, insbesondere was die Qualität und den Ausbau der therapeutischen Beziehung angeht. Es wurde auch von ihnen betont, dass die Nachbesprechung einen Reflexionsprozess sowohl bei Pat. als auch bei Mitarbeitenden anregt und Professionelle ermutigt, über die eigene Praxis zu nachzudenken. Eigene Gefühle und Wahrnehmungen thematisieren zu können, wurde dabei als besonders wichtig erachtet.

Umsetzungshürden bzw. Vorbehalte bzgl. der Intervention, sowie Vorschläge zur Implementierung wurden auch angesprochen. Pat. empfanden die Nachbesprechung als entlastend und vertrauensverstärkend. Sowohl Pat. als auch Mitarbeitende betrachteten einen späten Zeitpunkt für die Durchführung der Nachbesprechung als angebrachter im Vergleich zu einem Gespräch unmittelbar nach der durchgeführten Zwangsmaßnahme. Dabei ist entscheidend, auf individuelle Verfassungen und Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen.

4. Ausgangslage

Unter den in den letzten Jahren entwickelten Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen fand die Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen besondere Beachtung. Sie wurde u. a. als Teil komplexerer Interventionen wie z.B. der Six core strategies (6CS) erfolgreich implementiert (Azeem 2011). Bisherige Studien zeigen, dass die Nachbesprechung von Patientinnen und Patienten gewünscht ist (Mielau et al. 2017), positiv bewertet wird und einen möglichen positiven Effekt auf die therapeutische Beziehung haben kann (Bonner, 2010). Sie wird von verschiedenen Fachverbänden

empfohlen (DGPPN 2018; SAMW 2016). Dennoch wird sie in der Praxis zu selten durchgeführt (Needham 2010). Darüber hinaus existieren zurzeit keine Standards bzgl. ihrer Implementierung und Durchführung. Die Studienlage ist dementsprechend dünn und beruht fast ausschließlich auf qualitativen Studien. Nur eine Studie mit einem randomisiert-kontrollierten Design wurde bis heute durchgeführt. Diese konnte zeigen, dass die Nachbesprechung zu einer Reduktion von Isolierungen führen konnte, aber keinen Effekt auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen hatte (Whitecross 2013).

Mögliche Wirkfaktoren der Nachbesprechung sind die Möglichkeit eines gegenseitigen Lernens durch Perspektivwechsel und Austausch zwischen Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden, die Reduktion subjektiv erlebten Zwangs durch die Anerkennung und Berücksichtigung von Gefühlen, die im Rahmen der Akutsituation erlebt wurden, die Wiederherstellung der Arbeitsbeziehung zwischen Betroffenen und Team, ein „psychohygienischer“ Effekt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, und die Prävention traumafolgender Symptome, welche sämtlich zu einer Prävention zukünftige Zwangsmaßnahmen beitragen könnten (Mahler 2013).

Um die Durchführung der Nachbesprechung zu systematisieren und ein Werkzeug dafür zu entwickeln, wurde in multiprofessioneller Zusammenarbeit ein Leitfaden entwickelt und getestet (Wullschleger 2019).

4.1. Ziele des Projekts

Dieses Teilprojekt hatte zum Ziel, die Auswirkungen einer standardisierten Nachbesprechung auf:

- das subjektive Erleben von Zwang
- die therapeutische Beziehung
- die Entwicklung posttraumatischer Symptome
- das Vorkommen von weiteren Zwangsmaßnahmen bis zu 6 Monate nach Entlassung

im Vergleich zur Standardbehandlung ohne eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen zu untersuchen.

Primäre Hypothese war, dass eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen, die das Behandlungsteam mit den betroffenen Patientinnen und Patienten und ggf. deren Bezugspersonen unter Moderation durchführt, das subjektive Erleben und das objektive Vorkommen von Zwang in der Behandlung reduziert.

Sekundäre Hypothesen gingen davon aus, dass eine systematische und standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen, die negativen Folgen von Zwangsmaßnahmen auf die therapeutische Beziehung und die Entwicklung traumafolgender Symptome vermindert.

4.2. Projektstruktur

Das TP wurde als eine multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie mit quantitativem und qualitativem Methodenansatz konzipiert. Alle psychiatrischen Versorgungskliniken Berlins wurden angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Insgesamt nahmen 6 Kliniken an der Untersuchung teil. Die Untersuchung fand auf akuten psychiatrischen Stationen, auf denen Zwangsmaßnahmen angewendet werden, statt. Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus (PUK SHK) war das verantwortliche Zentrum unter der

Leitung der drei Studienleitenden. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Charité bewilligt. Die Studie wurde bei ClinicalTrials.gov (ID NCT03512925) registriert.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

5.1. Studienpopulation

Eingeschlossen wurden alle vollstationär behandelten, volljährigen Patientinnen und Patienten unter 65 J., die die Diagnose einer psychotischen Erkrankung erhalten hatten (ICD-10: F1x.5, F2x, F31.x), und bei denen im Untersuchungszeitraum eine Zwangsmaßnahme (Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation unter rechtllichem Beschluss) durchgeführt wurde. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung eine manifeste Eigen- oder Fremdgefährdung, eine schwerste organische Hirnerkrankungen, eine akute Intoxikation zeigten oder nicht über genügende Deutschkenntnisse verfügten. Patientinnen und Patienten, die weniger als 24 Stunden auf der Station blieben, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

5.2. Randomisierung und Einwilligung

Die Studienmitarbeitenden informierten sich täglich telefonisch über neue potentielle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über die auf den teilnehmenden Stationen verantwortlichen Ansprechpartner. Da die vorgesehene Intervention nicht wesentlich von der klinischen Routine abweicht und die Patientinnen und Patienten in der Regel zum Zeitpunkt einer Zwangsmaßnahme nicht einwilligungsfähig sind, erfolgte die Randomisierung nach dem sog. Zelen-Design (Torgerson 1998). Dies bedeutet, dass Patientinnen und Patienten zunächst in eine der beiden Studiengruppen randomisiert wurden und deren schriftliche Einwilligung in die weitere Teilnahme erst kurz vor der Studienbefragung etwa zum Zeitpunkt der Entlassung eingeholt wurde.

5.3. Verblindung

Sowohl den Studienmitarbeiterinnen und -mitarbeitern als auch den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten der Kliniken war der Randomisierungsstatus notwendigerweise bekannt.

5.4. Studiengruppen

Interventionsgruppe: In der Interventionsgruppe sollte eine leitfaden-gestützte, systematische Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmaßnahme unter Moderation durch ein Mitglied des Stationsteams, das nicht direkt an der Zwangsmaßnahme beteiligt war, durchgeführt werden.

Kontrollgruppe: In der Kontrollgruppe wurde die durchgeführte Zwangsmaßnahme nicht standardisiert anhand des Leitfadens nachbesprochen. In der Kontrollgruppe konnte, wie es bereits im klinischen Alltag der Fall ist, eine Nachbesprechung stattfinden, jedoch ohne standardisiertes Setting und ohne Moderation.

5.5. Befragung

- Die quantitative Befragung der Studienteilnehmenden durch das Forschungsteam erfolgte zum Zeitpunkt der Entlassung.
- Qualitative Untersuchung: Es wurden insgesamt 8 Patientinnen und Patienten interviewt mithilfe eines semi-strukturierten Leitfadens. Es fand zudem 3 Fokusgruppen mit Mitarbeitenden der teilnehmenden Stationen statt.

5.6. Intervention

Der Leitfaden zur Durchführung der Nachbesprechung befindet sich im Anhang dieses Berichts. Mitarbeitende der teilnehmenden Stationen wurden im Vorfeld der Studie durch die Studienleitung geschult. Der Leitfaden wurde im Vorfeld dieser Studie im Rahmen einer kleinen Pilotstudie untersucht, in der gezeigt werden konnte, dass der Leitfaden sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Mitarbeitenden positiv bewertet wird und als hilfreich erlebt wurde (Wullschleger).

5.7. Erfasste Outcome-Parameter

Primäre Endpunkte waren der subjektiv erlebte Zwang, gemessen mit der Coercion Ladder (CL), der Mac Arthur Perceived Coercion Scale (MPCS) und der Coercion Experience Scale (CES), sowie objektiv angewandte Zwangsmaßnahmen im Follow-up, operationalisiert als Anzahl und Dauer der angewandten im 6-Monate Follow-up.

Sekundäre Endpunkte waren die Qualität der therapeutischen Beziehung zum Behandlungsende, beurteilt durch Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten mit dem Working Alliance Inventory (WAI), sowie Posttraumatische Symptome, gemessen mit den Selbstbeurteilungsfragebögen Peritraumatic Distress Inventory (PDI) und Impact of events Scale (IES) Als potentielle Kovariaten wurden sozio-demografische und klinische Daten: Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, Migrationshintergrund, bisheriger Verlauf der Erkrankung (Beginn, Anzahl Episode bzw. Exacerbationen), aktuelle und vorherige Behandlungen, Vorerfahrung mit Zwangsmaßnahmen und Nachbesprechung im Rahmen der Patientenbefragung erhoben. Ferner wurden zusätzlich über die behandelnden Ärzte Daten bzgl. des Schweregrades der Erkrankung und des globalen Funktionsniveaus mittels den Clinical Global Impression Scale (CGI) und Global Assessment of Functioning (GAF) erhoben. Erleben der Nachbesprechung: Studienteilnehmende wurden gefragt, ob alle relevanten Aspekte während des Gespräches thematisiert wurden, ob durch das Gespräch deren Vertrauen in das Team bestärkt wurde und ob Alternativen zu Zwangsmaßnahmen gefunden werden konnten. Diese Fragen wurden jeweils auf einer 4-Punkte Likert Skala (1:nein, 2:kaum, 3:ziemlich, 4:ja) beantwortet.

5.8. Datenauswertung

- Quantitative Untersuchung: Als Hauptanalyse wurde eine *intention-to-treat* Analyse auf Basis der Stichprobe all jener initial randomisierten Patientinnen und Patienten, die nachfolgend in die Studienuntersuchung einwilligten, durchgeführt. Zudem wurden 2 Sensitivitätsanalysen (Stichproben *per-protocol* und *as-treated*) geplant. Die Gruppen wurden bzgl. der sozio-demografischen und klinischen Daten mittels Chi-quadrat und t-Tests verglichen.

Bezüglich der primären und sekundären Endpunkte wurde jeweils eine ANOVA mit Studiengruppe (Intervention) und Geschlecht als Faktoren gerechnet. Bei den posttraumatischen Symptomen wurde zusätzlich eine ANCOVA mit der abhängigen Variable IES, sowie Intervention und Geschlecht als Faktoren und dem durchschnittlichen PDI-Wert als Kovariate gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf ein $p < 0,05$ festgesetzt. Die statistischen Analysen wurden mit SPSS®, Version 25.0, durchgeführt.

- Qualitative Untersuchung: Daten aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010) ausgewertet.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die randomisiert-kontrollierte Studie konnte nach weiterer konzeptioneller Entwicklung des Leitfadens, initialer Untersuchung desselben im Rahmen einer internen Pilotstudie und dem positiven Votum der Ethikkommission der Charité wie geplant begonnen und durchgeführt werden. Die Kooperation mit den teilnehmenden Kliniken gestaltete sich überwiegend positiv. Dennoch sind einige Schwierigkeiten aufgetreten, die hier erwähnt werden müssen. Erstens war die Umsetzung der geplanten Intervention zwischen den teilnehmenden Stationen sehr unterschiedlich. Dies hängt sicherlich zum Teil mit den zeitlichen Kapazitäten der jeweiligen Teams zusammen. Trotz sehr intensiver Bemühungen unsererseits konnten wir teilweise nur in geringem Ausmaß dafür sorgen, dass die vorgesehene Intervention tatsächlich stattfand.

Zweitens wurde die Rekrutierung von Studienteilnehmenden einerseits durch die Symptom-schwere und andererseits durch die o. g. organisatorischen und logistischen Hindernisse zum Teil deutlich schwieriger als initial geplant. Der Informationsfluss zwischen den Studienleitenden und den teilnehmenden Kliniken war auf einigen Stationen unzureichend und führte dazu, dass einige Patientinnen und Patienten nicht befragt werden konnten. Diese Schwierigkeiten führten dazu, dass das vorgesehene Rekrutierungsziel nicht erreicht werden konnte. Deswegen wurde entschieden, die Rekrutierungsphase nach Ende 2018 an der PUK SHK zu verlängern. Dank dieser Verlängerung konnten wir insgesamt 109 Patientinnen und Patienten in die Studie einschließen. Aus diesem Grund fehlen noch einige Follow-up Daten bzgl. weiterer Zwangsmaßnahmen nach Entlassung. Es ist uns deswegen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich, Ergebnisse bzgl. dieser Daten zu präsentieren.

Aus organisatorischen Gründen und um den vorgesehenen Zeitplan halten zu können, konnten wir auch keine flächendeckende Erfassung der Haltung der Mitarbeitenden zu Zwang durchführen, sodass wir von einer weiteren Analyse dieses Endpunkts abgesehen haben. Als positiv soll hier erwähnt werden, dass die Nachbesprechung sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Mitarbeitenden als sehr positiv erlebt wurde. Darüber hinaus konnten im Rahmen dieses Teilprojekts sehr wertvolle Informationen und Hinweise zur weiteren Implementierung einer solchen Intervention gewonnen werden.

7. Ergebnisse

7.1. Quantitative Untersuchung

Beschreibung der Stichproben:

Es wurden insgesamt 422 Patientinnen und Patienten nach der ersten erlebten Zwangsmaßnahme in eine der beiden Studiengruppen randomisiert. Davon wurden 211 in die Interventions- und 211 in die Kontrollgruppe randomisiert. In jeder Gruppe wurden 98 Patientinnen und Patienten frühzeitig entlassen und konnten vom Forschungsteam nicht kontaktiert werden. Von den Patientinnen und Patienten, die kontaktiert wurden, lehnten 35 Pat. in der Interventionsgruppe und 40 in der Kontrollgruppe die Teilnahme an der Studie ab. 26 bzw. 16 Patientinnen und Patienten in der Interventions- und der Kontrollgruppe wurden auf Grund von revidierten Diagnosen, persistierenden kognitiven Defiziten oder ungenügenden Deutschkenntnissen ausgeschlossen. Bei 16 der 35 Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe, die eine Teilnahme ablehnten, wurde die vorgesehene Nachbesprechung durchgeführt, 9 lehnten sie ab und 10 erhielten keine aus anderen Gründen (Zeitmangel, andere logistische Gründe).

Letztlich willigten 109 Patientinnen und Patienten (Interventionsgruppe: 52, Kontrollgruppe 57) in die Studie ein. Auf Basis dieser Stichprobe wurde die Hauptanalyse (*intention-to-treat*) durchgeführt. In der Interventionsgruppe erhielten 48 Pat. nach Personalangaben eine standardisierte Nachbesprechung. Dennoch gaben 8 von diesen Pat. an, keine Nachbesprechung erhalten zu haben. In der Kontrollgruppe bekamen 44 Pat. keine Nachbesprechung, und 13 Pat. erhielten eine nicht-standardisierte Nachbesprechung. Die *per-protocol* Analyse wurde daher auf Basis einer Stichprobe von 92 Patientinnen und Patienten geführt (Interventionsgruppe: 48, Kontrollgruppe: 44). Die 109 Patientinnen und Patienten wurden ferner nach deren Angaben und der Angaben der Stationsteams bzgl. der Durchführung einer standardisierten oder nicht-standardisierten Nachbesprechung in zwei Gruppen für die *as-treated* Analyse aufgeteilt (Nachbesprechung: 61, keine Nachbesprechung: 48).

Sozio-demografische und klinische Daten:

Die Studiengruppen erschienen in allen drei untersuchten Stichproben in Bezug auf Geschlecht, Alter, Diagnose, sozio-demografische und klinische Parameter vergleichbar. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bzgl. dieser Variablen. Die Beschreibung der Stichprobe ist in Tab. 1 zusammengefasst.

Erleben der Nachbesprechung:

Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe, die eine Nachbesprechung erhielten, bewerteten diese hinsichtlich der Thematisierung relevanter Aspekte als positiv (Mittelwert: 3,25). Das Verstärken des Vertrauens in das Team wurde ebenfalls als hoch bewertet (Mittelwert: 3,17).

Dahingegen konnten laut Patientinnen und Patienten kaum Alternativen zu den Zwangsmaßnahmen während des Gesprächs gefunden werden (Mittelwert: 2,00).

Subjektiv erlebter Zwang:

Ergebnisse sind in Tab. 2 zusammengefasst.

Coercion Ladder:

Die *intention-to-treat* Analyse zeigte keine Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bzgl. der durchschnittlichen CL Scores. Es wurde weder signifikante

Haupteffekt von Studienarm oder Geschlecht noch ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

In der *per-protocol* Analyse zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Gruppenunterschied, obwohl Patientinnen und Patienten in der Interventionsgruppe geringere durchschnittliche CL Scores zeigten. Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war jedoch statistisch signifikant ($F(1,85)=4.626, p=0.034$). Paarweise Vergleiche zeigten einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ($F(1,85)=7.525, p=0.007$), aber nicht bei Männern ($F(1,85)=0.089, p=0.766$).

In der *as-treated* Analyse zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt zugunsten der Interventionsgruppe ($F(1,102)=6.803, p=0.010$). Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war ebenfalls statistisch signifikant ($F(1,102)=5.131, p=0.026$).

Paarweise Vergleiche zeigten einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ($F(1,102)=11.638, p=0.001$), aber nicht bei Männern ($F(1,102)=0.060, p=0.807$).

MacArthur Perceived Coercion Scale:

Ähnlich wie bei der Coercion Ladder, zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in der *intention-to-treat* Analyse. Auch hier wurde weder ein Haupteffekt von Geschlecht noch ein Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

Dennoch fanden sich signifikante Unterschiede in den Sensitivitätsanalysen (Stichproben *per-protocol* und *as-treated*). Patientinnen und Patienten, die eine Nachbesprechung erhalten hatten, zeigten signifikant niedrigere durchschnittliche MPCs Scores als Patientinnen und Patienten, die keine erhalten hatten (*per-protocol*: $F(1,81)=5.294, p=0.024$); *as-treated*: $F(1,98)=7.918, p=0.006$). In den *per-protocol* und *as-treated* Analysen waren weder der Haupteffekt von Geschlecht noch der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht statistisch signifikant.

Coercion Experience Scale (CES):

Was die CES angeht, konnten in der *intention-to-treat* und der *per-protocol* Analyse keine signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte festgestellt werden. Allerdings ergab sich in der *as-treated* Analyse ein signifikanter Interaktionseffekt Studienarm*Geschlecht ($F(1,93)=4.777, p=0.031$). Der Effekt der NB bei Frauen ($F(1,93)=4.070, p=0.047$) war statistisch signifikant, aber nicht bei Männern ($F(1,93)=1.138, p=0.289$).

Post-traumatische Symptome:

Peritraumatic Distress Inventory (PDI):

Die drei durchgeführten Analysen zeigten keinen signifikanten Gruppenunterschied. Es wurde in keiner der Analysen weder ein signifikanter Haupteffekt von Studienarm oder Geschlecht noch ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

Impact of Events Scale (IES-R):

Die durchgeführte *intention-to-treat* Analyse zeigte einen signifikanten Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe in Bezug auf zwei Subskalen des IES-R, nämlich die Subskala Hyperarousal ($F(1,79)=4.463, p=0.038$) und die Subskala Intrusion ($F(1,79)=5.279, p=0.024$). Die Analyse der Subskala Vermeidung zeigte keinen Unterschied zwischen beiden Studiengruppen. Es wurden weder ein signifikanter Haupteffekt von Geschlecht noch ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht festgestellt.

Die *per-protocol* Analyse zeigte ebenfalls signifikante Gruppenunterschiede zugunsten der

Interventionsgruppe bzgl. der Subskalen Intrusion ($F(1,63)=6.377, p=0.014$) und Hyperarousal ($F(1,63)=6.067, p=0.017$). Die *as-treated* Analyse zeigte nur bei der Subskala Hyperarousal einen signifikanten Unterschied zugunsten der NB-Gruppe ($F(1,79)=5.003, p=0.028$). In diesen Analysen wurden ebenfalls keiner weiteren signifikanten Haupt- oder Interaktionseffekte festgestellt.

Therapeutische Beziehung:

Working Alliance Inventory (WAI) bei Patientinnen und Patienten:

In der *intention-to-treat* Analyse konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden. Es wurde kein Haupteffekt von Geschlecht festgestellt. Allerdings war bei der Subskala Bindung der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht signifikant ($F(1,98)=4.805, p=0.031$). Paarweise Vergleiche zeigten, dass es einen signifikanten Effekt der NB bei Frauen ($F(1,98)=4.599, p=0.034$), aber nicht bei Männern ($F(1,98)=0.924, p=0.339$) gibt. Ähnliche Ergebnisse konnten bei der Subskala Aufgaben gezeigt werden: Der Interaktionseffekt zwischen den Faktoren Studienarm und Geschlecht war signifikant ($F(1,98)=4.856, p=0.030$) und die paarweisen Vergleiche zeigten, dass die Auswirkung der NB bei Frauen ($F(1,98)=3.620, p=0.060$), aber nicht bei Männern ($F(1,98)=1.481, p=0.227$), tendenziell besser war.

Die *per-protocol* Analyse zeigte aber einen statistisch signifikanten Unterschied zugunsten der Interventionsgruppe für die Subskala Bindung ($F(1,83)=5.032, p=0.028$). Wie bei der *intention-to-treat* Analyse war der Interaktionseffekt Studienarm*Geschlecht statistisch signifikant ($F(1,83)=4.618, p=0.035$). Hier war wieder der Effekt der NB statistisch signifikant bei Frauen ($F(1,83)=9.511, p=0.003$), aber nicht bei Männern ($F(1,83)=0.004, p=0.947$). Bei der Subskala Aufgaben ergaben sich ähnliche Ergebnisse mit einem signifikanten Interaktionseffekt ($F(1,83)=5.832, p=0.018$) und einem deutlich stärkeren Effekt der NB bei Frauen ($F(1,83)=7.568, p=0.007$) im Vergleich zu Männern ($F(1,83)=0.422, p=0.518$). Dasselbe gilt für den Gesamtscore: der Interaktionseffekt Studienarm*Geschlecht ist signifikant ($F(1,83)=4.380, p=0.039$) und der Gruppenunterschied ist größer bei Frauen ($F(1,83)=7.970, p=0.006$) als bei Männern ($F(1,83)=0.014, p=0.907$).

In der *as-treated* Analyse konnte festgestellt werden, dass Patientinnen und Patienten, die eine NB erhalten haben, die therapeutische Beziehung als besser einschätzen als Pat., die keine NB erhielten. Dieser Unterschied war bei allen drei Subskalen (Bindung ($F(1,98)=10.220, p=0.002$; Ziele ($F(1,98)=6.367, p=0.013$; Aufgaben ($F(1,98)=5.307, p=0.023$)) und dem Gesamtscore ($F(1,98)=8.526, p=0.004$) statistisch signifikant. Bei der Subskala Aufgaben zeigten sich wieder ein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,98)=4.491, p=0.037$) und ein deutlich stärkerer Effekt der NB bei Frauen ($F(1,98)=9.6630, p=0.003$) im Vergleich zu Männern ($F(1,98)=0.017, p=0.896$).

Working Alliance Inventory (WAI) bei Therapeutinnen und Therapeuten:

Es konnten keinen signifikanten Haupteffekt der Studiengruppe in Bezug auf der Bewertung der therapeutischen Beziehung seitens der zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten in der *intention-to-treat* Analyse gefunden werden. Es wurde allerdings ein signifikanter Haupteffekt vom Geschlecht bei der Subskala Bindung festgestellt ($F(1,87)=6.094, p=0.016$). Paarweise Vergleiche zeigten, dass Therapeutinnen und Therapeuten diesen Aspekt der therapeutischen Beziehung besser bei weiblichen ($MW(SD)=21.11 (3.87)$) als bei männlichen ($MW(SD)=18.76 (5.19)$) Patientinnen und Patienten bewerteten.

Dennoch zeigten sich signifikante Unterschiede zugunsten der Interventionsgruppe bzgl. der Subskalen Ziele ($F(1,71)=4.435, p=0.039$) und Bindung ($F(1,71)=5.716, p=0.019$) sowie des Gesamtscore ($F(1,71)=7.036, p=0.010$) erst in der *per-protocol* Analyse. Dabei zeigte sich

bei allen Subskalen und dem Gesamtscore ein signifikanter Haupteffekt vom Geschlecht, wobei Therapeutinnen und Therapeuten die Beziehung zu deren weiblichen Pat. als besser einschätzten als bei den männlichen Pat. (Bindung ($F(1,71)=6.606$, $p=0.012$); Ziele ($F(1,71)=5.355$, $p=0.024$); Aufgaben ($F(1,71)=4.258$, $p=0.043$); Gesamtscore ($F(1,71)=7.983$, $p=0.006$)).

In der *as-treated* Analyse wurden ähnliche signifikante Unterschiede bzgl. der Subskalen Bindung ($F(1,87)=6.981$, $p=0.010$) und Aufgaben ($F(1,87)=4.538$, $p=0.036$), sowie des Gesamtscore ($F(1,87)=8.996$, $p=0.004$) festgestellt. Bei der Subskala Bindung war wieder der Haupteffekt vom Geschlecht signifikant, wobei dieser Aspekt der Beziehung in Bezug auf weibliche Pat. besser eingeschätzt wurde als in Bezug auf männliche Pat. ($F(1,87)=6.777$, $p=0.011$). Ähnliche Ergebnisse wurden bei dem Gesamtscore festgestellt ($F(1,87)=4.048$, $p=0.047$).

Vorkommen von Zwangsmaßnahmen nach Entlassung:

Leider liegen noch nicht alle Follow-up Daten vollständig vor, sodass derzeit noch keine Datenauswertung stattfinden konnte.

7.2. Qualitative Untersuchung

A. Fokusgruppen mit Mitarbeitenden:

Die Erfahrungen der Mitarbeitenden mit der Nachbesprechung wurden überwiegend als positiv bewertet.

- *Die Erfahrung eigentlich von dem in den Gesprächen fand ich, waren eigentlich durchweg gut. (Fokusgruppe (Fokusgruppe 3 (FG3))*
- *Es ist sehr wichtig, dass das gemacht wird. Es ist wichtig für den Patienten, dass die Situation noch mal aufgegriffen wird. Die sind häufig froh, dass dieses Thema aufgegriffen wird. (FG2)*

Die standardisierte Form der NB wurde auch als hilfreich betrachtet:

- *Ich glaube der Vorteil von so `ner strukturierten Nachbesprechung ist eben, dass man bestimmte wesentliche Punkte in der Fragestellung einfach nicht außer Acht lässt. Die einfach vorher mehr oder weniger so „Na wie wars so“ ungefähr. (FG2)*
- *Ich glaube das war einer der angenehmen Sachen, also dass wir wirklich so in einem Behandlungs-Team sitzen und das besprechen strukturiert besprechen uns dafür Zeit nehmen. Und wenn das öfters der Fall wäre, glaube ich wäre das einfach glaube ich generell besser, als auf diese Thematik nur bezogen. (FG3)*

Inhaltliche Aspekte der Intervention:

Die Mitarbeitenden schilderten zum größten Teil die Nachbesprechung als einen Reflektions- und Austauschprozess. Dieser Prozess gestaltet sich einerseits bei den Patientinnen und Patienten wie folgt:

- *Ich habe ja schon vorher erwähnt, dass diese Nachbesprechung gibt den Patienten halt die Möglichkeit zu reflektieren diesen Vorfall halt hier. (FG2)*

- *Und ich glaube, dass es durchaus dann einfach bei manchen Patienten, nicht bei allen, aber bei manchen Patienten dazu führt, dass sie noch einmal anders über die Situation und sich selbst reflektieren können und manchmal darüber nachdenken können „wie wirke ich eigentlich auf andere“ (FG1)*

Andererseits findet ein ähnlicher Prozess bei den teilnehmenden Mitarbeitenden statt.

- *Aber ich glaube das ist auf alle Fälle auch, und das betone ich in dem Fall, auch für die Mitarbeiter eine gute Gelegenheit ist über ihre Arbeit und ihr Verhalten am Patienten zu reflektieren. Also ich würde mir wünschen, dass wir das in dem Rahmen weiter machen bei uns. (FG2)*
- *Oder vielleicht auch von dem Patienten hören, also das finde ich total schrecklich, dass ich diese Bedrohung ausgesprochen habe oder so und dann diese so also merken (FG3)*
- *Also ich habe für mich ein paar Sachen daraus gelernt die sehr wichtig sind, also was ich öfters gehört habe zum Beispiel wie schlimm Patienten es fanden in der Fixierung allein zu sein. Das ist ja eigentlich auch für uns, wir müssen, der Patient soll in der Fixierung auch nie alleine sein. Das wird aber trotzdem oft nicht so durchgesetzt. Und das habe ich irgendwie auch für mich gelernt mehr darauf zu bestehen. Und weil sehr vielen Patienten gesagt haben "Das war das Allerschlimmste". Dass sie irgendwie fixiert waren und niemand bei Ihnen war. Ich glaube, so was hat mir irgendwie geholfen (FG3)*

Es handelt sich aber auch um einen gemeinsamen Prozess, aus dem ein gegenseitiges Lernen entsteht:

- *Und dann versucht man halt zu besprechen und zu sagen „Okay wir haben da ´ne unterschiedliche Auffassung, aber jetzt ist es passiert. Jetzt müssen wir beide damit leben“ und dass man zumindest versucht zu besprechen, dass man jetzt die restliche Zeit, die man zusammen verbringt irgendwie ohne Stress und ohne Aggressionen miteinander verbringen kann. (FG1, PB2)*
- *Ich probiere halt mit dem Patienten da noch mal zu einem gemeinsamen Ergebnis zu kommen. Nicht dass wir uns im Sinne einer Einigkeit, sondern im Sinne eines Verstehens beider Seiten. Was da passiert ist warum das passiert ist was auch der Vorlauf war. Und das dann halt irgendwie zu verstehen und vielleicht auch noch mal die Perspektive zu wechseln aber halt auch unseren in dem Fall dann ja häufig unseren im Sinne von Team Standpunkt oder auch meinen persönlichen galt zu vertreten auch wenn ich da auf eine Ablehnung stoße. (FG1, PB3)*
- *Dass man da vielleicht von den Patienten ein bisschen mehr Verständnis bekommt. (FG1)*

Mitarbeitende äußerten sich auch über den Einfluss der Nachbesprechung auf die therapeutische Beziehung. Dabei wurde vor allem betont, dass die Nachbesprechung dazu dienen kann, nach einer schweren Krisensituation einen gemeinsamen Weg wieder zu finden.

- *In der Situation selbst kann der Patient das nicht erkennen, aber im Nachgang*

und gerade in der Nachbereitung kann das ist sicherlich auch ja gut und besser mit dem Patienten besprochen werden. Und dann darüber die Beziehung. (FG2)

- *Und ich glaube das ist sehr wichtig irgendwie einen Besprechungsraum zu finden. Weil ich glaub das auch oft dieses „Ich red´ nicht mehr mit diesem Patienten“ Obwohl der Patient jetzt vielleicht aus diesem Zustand längst raus ist. Und ich glaube aber, dass es durch diese Intervention eigentlich nicht wirklich passiert. (FG3)*
- *Und ich glaube so dieses, dass wir jemanden gemeinsam behandeln und dass man irgendwie gemeinsam diese Zeit durchsteht ist sehr wichtig und ich glaube das ist immer sehr gefährlich, wenn jemand sich aus der Situation entfernt und dann nie wieder in diese Situation zurückkommt zur Begegnung mit dem Patienten. Also sich irgendwann total bedroht fühlte und dann diesen Abschluss nicht hat. (FG3)*

Die Möglichkeit, während der Nachbesprechung Alternativen zu möglichen zukünftigen Zwangsmaßnahmen zu finden, wurde auch erwähnt:

- *Was wir dort besprechen ist was, was hilft Ihnen in so einer Situation. Und ich find´ mit vielen Patienten kann man schon- mit einigen auch nicht, muss man natürlich sagen- kann man so relativ simple Dinge vereinbaren wie: Mir hilft es dann mal eine Runde im Garten zu drehen. (FG2)*
- *Ich denke schon, dass es hilft vielleicht in anderer Situation etwas anders zu handeln als zu fixieren. (FG2)*

Die Mitarbeitende wurden auch gefragt, inwiefern eigene Gefühle und Wahrnehmungen in die Nachbesprechung thematisiert werden konnten. Dies wurde als besonders wichtig erachtet, selbst wenn sie nicht immer im Vordergrund des Gesprächs standen:

- *Wenn ich jetzt dem Patienten sage „Sie machen mir Angst“, dann merkt der Patient, vielleicht merkt der das ja gar nicht, dass er gerade anderen Angst macht, ja wenn er hier total laut rumschreit und mega angespannt ist. Oder sich selber gerade ärgert. Dann denkt man ja auch nicht darüber nach so wie man jetzt auf andere wirkt. Und wenn man das dem Patienten dann sagt glaube ich schon, dass es einfach Verständnis und Selbstreflexion fördert. (FG1)*
- *Ich glaube schon, dass hin und wieder mal, dass die Patienten sich in ihrer akuten Phase nicht dessen bewusst sind, dass wir halt auch Gefühle haben und dass man uns halt nicht so einfach beleidigen kann und dass wir doch nicht so einfach akzeptieren und hinnehmen werden und dass man halt schon mal seine Gefühle kundtut. Das glaube ich ist schon eine ganz wichtige Sache. Dann im Nachhinein. (FG1)*
- *Ich glaube, ob unsere eigene Seite so viel Beachtung gefunden hat, ich glaube das steht hier eher hinten an im Gespräch mit den Patienten. Allerdings wenn es aufgegriffen wurde fand ich es auch mal ganz hilfreich sozusagen das eigene Gefühl zu benennen und dem Patienten das quasi widerzuspiegeln. Weil es da auch wieder im Einzelfall durchaus aufgegriffen wurde und dann auch für Verständnis und bessere Akzeptanz für die getroffene Maßnahme jetzt beigetragen hat. (FG2)*

Mitarbeitende betonten aber auch, dass diese Dimension über die Nachbesprechung hinaus mehr Berücksichtigung im Alltag finden sollte:

- *Unabhängig von den Zwangssituationen ist eh meine Gefühlswelt da mit reinzutragen generell also zum Beispiel zu sagen wo ich stehe wo ich nicht das empfinde, warum mich das beschäftigt (FG1)*
- *So also, so ich glaub, dass man so eine persönliche Ebene reinbringt ist oder so auch, dass man sich selber mitteilt ist hilfreich. Aber das glaube ich auch wiederum etwas, das man einfach auf alle Situationen wieder beziehen sollte, auf alle Gesprächssituationen. Aber ich find das hat es schon in mehreren Situationen gezeigt oder zum Beispiel, dass man sagt, dass man Angst hatte. Oder auch sagt, was man sich dahinter, dabei dachte so ein bisschen. (FG3)*
- *Aber es hat sich manchmal in den Nachbesprechungen gezeigt, dass dringend nötig wäre, dass alle Berufsgruppen viel mehr Intervention oder Supervision haben. Oder die Leute Selbsterfahrungs-Möglichkeiten haben. Weil das zeigt sich in der Akut-Situation, also in der Zwangsmaßnahme zeigen sich die eigenen Emotionen die eigenen Verwicklungen. Und das merkt man immer mal wieder bei Kollegen. Das kann man dann nicht in der Nachbesprechung mit behandeln. Das ist sozusagen nicht der Ort. Das müssen die dann mit sich machen. Man merkt eher, dass es ein Problem ist, dann viele Kollegen das nicht haben, diesen Ort. (FG3)*

Bereitschaft von Patientinnen und Patienten und Mitarbeitenden:

Die befragten Mitarbeitenden betonten die Rolle der Bereitschaft von Patientinnen und Patienten in der Umsetzung der Intervention. Sie merkten an, dass manche Pat. nicht dazu bereit waren, über die ZM zu sprechen:

- *Also bei uns haben mehrere gesagt, nee ich will darüber nicht reden. (FG3)*
- *Ja, es gibt sicherlich Patienten, da ist es dann Thema. Die bringen das auch noch mal mit rein, da wird es auf jeden Fall gemacht. Aber gibt es auch Patienten da, also grad, wenn es wiederholt ist, dass es nicht immer unbedingt nachbesprochen wird. (FG1)*
- *Und dann kommt es glaube ich auch auf den Patienten an, ob eine Nachbesprechung stattfindet oder nicht, weil ganz viele Patienten sind ja dann auch so, dass sie sagen „Da will ich jetzt nicht drüber reden“ und dann kann man das auch einfach nicht nachbesprechen, Weil wenn der Patient sich da verweigert dann ist es halt so. (FG1)*

Als Grund dafür wurden u. a. Schamgefühle oder die aktuelle Symptomatik genannt.

- *Andererseits glaube ich sind auch manche Patienten, die dann auch vielleicht remittieren. Aber denen das auch so peinlich ist, dass es irgendwie so darauf rumzustochern ihnen nicht guttut. Also das ist ein Teil und ich glaube da finde ich irgendwie so ja die Remission der Symptomatik einen großen Einfluss. Also so auf wie zielführend dieses Gespräch ist (FG3)*
- *Und dann gabs also auch bei den Interviews gabs ein paar Patienten, die schon einfach noch so psychopathologisch auffällig waren, ähm. Die haben auch zu dem Interviewzeitpunkt immer noch nicht wirklich realisiert, was unsere Gründe*

waren. Also auch wenn wir die dann noch mal darlegen und ähm Erklärungen finden mussten, warum jetzt an der Stelle das Verhalten sehr auffällig war oder ähm. Die dann irgendwie noch daneben reden und dann irgendwie ganz andere Gründe anführten. (FG3)

Dennoch erleben laut Mitarbeitende Patientinnen und Patienten durchaus die NB als Erleichterung:

- *Häufig ist das für Sie vielleicht auch ein bisschen Scham besetzt. Sie selbst denken das, dass darüber sollte man nicht sprechen. Dann erfahre ich häufig als eine Erleichterung, wenn man dieses Thema anspricht da wird dann sehr offen drüber gesprochen (FG2)*

Im Allgemeinen gaben die Mitarbeitenden an, dass die NB regelmäßig angeboten werden soll, um sich an die Bereitschaft von Pat. anzupassen.

In den Fokusgruppen wurde auch die Bereitschaft von Mitarbeitende thematisiert und als ein Faktor, der die Umsetzung der NB erschweren kann, beschrieben.

Für manche Mitarbeitende werden bestimmte emotionale Widerstände und Hemmungen deutlich.

- *Es ist jetzt auch nichts was so gerne gemacht wird. Weil muss man sich wieder mit der Sache auseinandersetzen. Da ist dann vielleicht so ein bisschen Verdrängung dabei. Von beiden Seiten vom Patienten und von unserer Seite aus. Man möchte ja eigentlich, man will das ja, beide Seiten wollen es ja eigentlich nicht. Und dann wahrscheinlich auch schwierig das immer wieder so anzusprechen. (FG1)*
- *Es ist nicht immer per se einfach für die Beteiligten darüber zu sprechen. Das erfordert genauso eine Schwelle, weil man ja so, man weiß ja irgendwie hat man einem Patienten Gewalt angetan. Ich glaube, ich könnte mir vorstellen, dass nicht wenige vielleicht auch so ethisch mit sich ringen. (FG2)*
- *Ich glaube auch grad für unerfahrene Kollegen, die das noch nicht so häufig erlebt haben mag das sogar kritisch hinterfragt werden, dass man da eigene Gefühle bildet. Also wenn es darum geht zu sagen „Das hat mir Angst gemacht“ oder „Sie wirkten bedrohlich“ und äh. Kann ja auch zumindest gedanklich dazu führen, dass man denkt „Eigentlich muss ich ja in dieser Situation in Anführungszeichen der Starke sein, der das hier alles im Griff behält, die Anordnung trifft. Und warum sollte ich mich dann gegenüber dem Patienten gerade als geängstigt oder auch angreifbar geben? Schwächt das nicht meine Situation?“ Aus meiner Erfahrung ist es eher genau das Gegenteil. Es stärkt eher, wenn man sagt, dass es einem Angst macht oder man selber sehr angespannt war. (FG2)*

Diese Widerstände führen dazu, dass oft nur einige Mitarbeitende die NB führen.

- *Ich glaube, das ist so ein Punkt, die Tendenz besteht, was du sagst, dass immer die gleichen Leute die Nachbesprechung dann machen. Und bestimmte Leute, bei denen es sehr hilfreich wäre, dass auch noch mal ihre Position einbringen*

oder dann die direkte Rückmeldung kriegen so hat der Patient das erlebt oder so, dass die das dann einfach nicht machen. (FG3)

Zeitpunkt der Intervention:

Mitarbeitende äußerten sich zum Zeitpunkt der Intervention. Im Allgemeinen wurde angemerkt, dass die NB nicht unmittelbar nach der Akutsituation stattfinden sollte:

- *Also ich finde immerhin da ein bisschen in ein zwei Tage Abstand zwischen zu haben und es dann noch mal zu besprechen. Auch vom Patienten her vom Gefühl besser. Weil ich das eine reine Gefühlssache ist. Äh, dass man, also beide Seiten mit einem gewissen Abstand drüber sprechen kann. Und sagen was ist da eigentlich passiert. Darum das nicht auch, im akuten Moment zu machen. (FG1)*
- *Also weil ich finde, dass es auch so ein bisschen von den Patienten einfach abhängt. Wenn der Patient nach der Fixierung halt immer noch komplett aufassungsgestört ist macht es für mich wenig Sinn, dann halt zu sagen ich bespreche das jetzt halt mit ihm nach. Da würde ich dann schon warten bis er dann, soweit wieder klar im Kopf ist, dass man das mit ihm auch nach besprechen kann. (FG1)*

Die Frage des Zeitpunkts wurde als zentral wahrgenommen. Dabei betonten die Mitarbeitenden, dass die Auswahl des richtigen Zeitpunkts eine Gradwanderung sei:

- *Nachbesprechung findet schon früh statt um Kontakt aufzunehmen durch die Pflege aber natürlich dann auch spät zu einem späteren Zeitpunkt mit den Ärzten und Ärztinnen zusammen. Und es sollte nicht zu weit entfernt sein. Es sollte aber auch nicht jetzt komplexe Fragen unmittelbar danach erfolgen (FG2)*
- *Aber wenn die Fixierung wirklich so heftig waren mit viel Gegenwehr, und vielleicht dann noch Verletzungen waren oder so waren, dann würde ich schon versuchen das dann relativ zeitnah versuchen zu besprechen. Aber wie gesagt das ist dann auch abhängig von dem Zustand des Patienten. (FG1)*
- *Aber auch den richtigen Moment für dieses Gespräch. Weil dann teilweise irgendwie so, entweder sind die Patienten doch noch total psychotisch und sagen dann immer noch „Ja und sie haben mich vergiftet“ und ich weiß nicht. Oder das ist dann drei Monate später und eigentlich möchte niemand mehr an diese schlimme- also der Patient möchte dann auch nicht mehr an diese Zeit denken. Und man ist irgendwie an der Entlassung dran und möchte nach vorne schauen (FG3)*

Umsetzungshindernisse:

Es wurden von Mitarbeitenden einige Faktoren, die die Umsetzung der Intervention im Alltag erschweren, genannt. Als erster Faktor wurde Zeitmangel angegeben:

- *Da haben wir nicht so die Zeit für, dass man nicht so wirklich da ist die Wichtigkeit da noch nicht so da bei uns. (FG1)*

Einige Mitarbeitende berichteten, dass andere Formen der NB durchgeführt werden. Dies würde unter Umständen die Umsetzung der standardisierten NB hindern:

- *Die Nachbesprechung erfolgt halt immer. [...] Also halt nicht immer in dem Rahmen der wahrscheinlich angemessen wäre aber irgendwo ist es ist immer so ein bisschen. Ich glaube, dass deshalb die Priorität nicht so hoch ist. Wenn man sich denkt, ja komm da haben wir schon mal drüber gesprochen. Auch wenn es nur drei Minuten waren. (FG1)*

Der Intervention wird auch laut manchen Mitarbeitenden noch keine hohe Priorität beigemessen:

- *Also da stehen immer wieder so viele Baustellen an, die man dann wichtiger, die man wichtiger empfindet und dann geht das halt irgendwie so unter. Das ist so eher das Probleme. (FG1)*

Umsetzungshilfe:

Einige Aspekte, die zu einer besseren Umsetzung der Intervention beitragen könnten, wurden auch von Mitarbeitenden genannt. Darunter wurden zwei Ideen besonders betont. Einerseits sollte laut Mitarbeitende eine feste verantwortliche Person auf jeder Station ernannt werden. Andererseits wurde vorgeschlagen, die Dokumentation der ZM zu verbessern und eine NB-Liste zu führen.

B. Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten:

Die NB wirkte auch laut Patientinnen und Patienten entlastend. Dabei kamen aber auch zum Teil unangenehme Gefühle hoch:

- *Ja, schlechte Gefühle. Traurigkeit, schlechte Gefühle. So Oh nee bitte lieber Gott, nicht noch mal. [...] Ja, aufwühlend auf jeden Fall. (Int 8)*

Dass direkt über den Hergang der Zwangssituation und die Wahrnehmung des Teams und der Patientinnen und Patienten gesprochen wird, insbesondere aber auch über Sachverhalte, die den Patientinnen und Patienten nicht mehr erinnerlich sind, trug laut der Befragten zur Entlastung bei:

- *Dass es dann einfach nicht mehr so ein Geheimnis war, weil ich dachte die ganze Zeit das ist so ein Geheimnis, weil niemand darüber gesprochen hat. [...] und es wurde nie über die Fixierung gesprochen. Es wurde nie über Telepathie gesprochen. Es wurde nie über meine Stimmen gesprochen, aber ich habe das selbst auch nicht angesprochen so richtig, aber es wurde auch nicht drüber gesprochen. Und ähm als es mal angesprochen wurde war ich irgendwie so ein bisschen erleichtert, weil es dann nicht so ein Mythos war. (Int 8)*

In der NB wurden auch möglichen Alternativen zu ZM thematisiert:

- *Vielleicht beruhigende Musik, habe ich gesagt. Aber da ist halt auch die Frage, so, oder den Patienten zu fragen: „Möchten Sie gerne Musik hören?“ Und dann vielleicht ein Lautsprecher, dass man/. Oder vielleicht sagen könnte, wie Bluetooth irgendwie, dass man selber die eigene Musik oder so, vielleicht*

beruhigende Musik. Aber halt irgendwie eine Beschäftigung. (Int 2)

Von den befragten Patientinnen und Patienten wurde auch der Zeitpunkt der Nachbesprechung angesprochen. Ähnlich zu den Mitarbeitenden wurde geäußert, dass ein späterer Zeitpunkt besser sei:

- *Also man hat es so eine Woche sacken lassen. Kurz danach hat mich eigentlich keiner angesprochen [...] Ich war so vollgepumpt mit Drogen und war total am Ende und bin da halt einfach wie so `ne Leiche rumgelaufen und da hab` ich einfach nur eine Zigarette nach der anderen gebraucht. [...]Das war gut, dass mich da jetzt niemand angequatscht hat. (Int 8)*
- *Das war ein guter Zeitpunkt, weil ich ja wieder zurechnungsfähig war. (Int 2)*

Ein Patient erwähnte auch, dass sie sich gewünscht hätte, früher mit seinem Angehörigen über die Zwangssituation sprechen zu können:

- *Mein, mein Bruder hat zu mir gesagt „Ich hab` dich in der Fixierung erlebt“ und er wollte unbedingt mit mir darüber sprechen, weil er meinte „Was war da mit dir los und so? „Und ich wollte das wissen, du hast über Stimmen gesprochen und so-was“. Und wollte mit mir darüber reden, hat aber total lange gewartet, weil er auch so verunsichert war. Und ich hab` das Gefühl gehabt, dass die Ärzte ihm irgendwas gesagt haben. Und ich hab` auch im Gefühl, dass die Ärzte gesagt haben „Erzählen Sie nicht, dass wir so viel Kontakt haben. Oder Einzelheiten“. (Int 8)*

Alle der interviewten Patientinnen und Patienten, die keine NB erhalten hatten, gaben an, sie hätten sich eine gewünscht:

- *Mehrmals! Immer! Jedes Mal nachdem ich fixiert worden bin oder jedes Mal nachdem ich eigentlich hier aufgenommen worden bin, so, hätte ich wirklich mal so ein ausführliches Gespräch gewünscht. (Int 6)*

Ein Patient gab an, eine NB abgelehnt zu haben:

- *Wieder keine Lust mich noch mal auf so Gespräch und so. Ich will das hinter mir lassen, jetzt endlich mal, mit diesen ganzen Klinikaufenthalten. (Int 5)*

Ein Patient äußerte in ähnlicher Weise, dass seiner Meinung nach viele Patientinnen und Patienten, insbesondere Männer, ungern über ZM reden wollen:

- *Also ich glaube die meisten, die isoliert waren oder die meisten, die fixiert waren, die wollen auch über dieses Erlebnis nicht sprechen, weil es ja unmenschlich ist und man entmannt wurde. Gerade Männer haben damit ein Problem, weil Männer ja. [...]Weil ich, weil sie ja entmannt werden. Also ich glaube Frauen werden auch nicht so häufig fixiert wie Männer. Da kommen auch nicht tausend Polizisten, weil eine Frau kann man ja auch, ja. Ich glaube Männer haben ein großes Problem damit über die Gefühle oder über dieses Ereignis zu sprechen, weil sie halt entmannt werden. (Int 2)*

8. Diskussion

Die vorliegende randomisiert-kontrollierte Studie hatte das Ziel, die Auswirkungen einer Nachbesprechung (NB) stattgehabter Zwangsmaßnahmen auf subjektive und objektive Parameter von Zwang in der psychiatrischen Behandlung, auf das Auftreten von Traumafolgesymptomen, sowie die therapeutische Beziehung im Vergleich zur Standardbehandlung zu untersuchen.

Die intention-to-treat (ITT) Analyse, welche als primäre Strategie zur Datenanalyse gewählt wurde, um Ergebnisverzerrungen durch nachträgliche Änderungen der Studienintervention zu minimieren, zeigte allerdings keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der primären Outcomeparameter zum subjektiv erlebten Zwang in der Behandlung. Erst in der Analyse der Subgruppe jener Patientinnen und Patienten, die die Studienintervention protokollkonform erhalten hatten (per-protocol Analyse), bzw. der Subgruppe der Patientinnen und Patienten, welche unabhängig von ihrem Randomisierungsstatus eine NB vs. keine NB erhalten hatten (as-treated Analyse), zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede, welche einen mildernden Einfluss der Nachbesprechung auf das subjektive Erleben von Zwang nahelegen.

Diese Ergebnisse können nicht ohne eine genauere Betrachtung der analysierten Studienpopulationen diskutiert werden. Die Tatsache, dass der hier berichtete RCT multizentrisch innerhalb der psychiatrischen Pflichtversorgung durchgeführt wurde, gehört einerseits zu den Stärken der Studie und erhöht deren externe Validität, andererseits ergeben sich eine Reihe von Problemen: Da Zwangsmaßnahmen an nicht einwilligungsfähigen Personen durchgeführt werden, aber alle Betroffenen erfasst werden sollten, wurde vor Einholen der Einwilligungserklärung randomisiert (Zelen-Design) und die NB oder Kontrollbedingung nachfolgend als zwei mögliche Routineinterventionen durchgeführt. Dadurch ist die Zahl der später in die Studie eingeschlossenen Patientinnen und Patienten deutlich geringer als die Zahl der randomisierten Teilnehmenden. Neben der Reduktion der statistischen Power der Studie ergibt sich hier bereits ein Selektionsbias, da davon ausgegangen werden muss, dass nur Patientinnen und Patienten mit einer minimal-positiven Grundhaltung gegenüber dem psychiatrischen System überhaupt in die Studienbefragung eingewilligt haben. Darüber hinaus gehören sowohl die leitfadengestützte, standardisierte, wie auch freie Formen der Nachbesprechung zur üblichen klinischen Routine, auch wenn sie - aus verschiedenen Gründen - noch immer zu selten angewendet werden. Dies führte dazu, dass einige Patientinnen und Patienten der ITT-Stichprobe entweder keine protokollkonforme Nachbesprechung erlebten oder, wenn sie in die Kontrollgruppe randomisiert worden wurden, ebenfalls nicht protokollkonform eine freie Nachbesprechung erhielten. Obwohl die Ergebnisse der per-protocol und der as treated Stichproben klar für die Wirksamkeit einer wie auch immer gearteten Nachbesprechung sprechen, müssen diese Resultate dahingehend relativiert werden: Patientinnen und Patienten, die in der Kontrollgruppe eine Nachbesprechung erhielten, hatten diese möglicherweise aktiv eingefordert oder den Behandelnden implizit angetragen; möglicherweise waren in diesen Fällen Therapeutinnen und Therapeuten insgesamt aktiver oder motivierter. Jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche entgegen des Studienprotokolls keine Nachbesprechung bekamen, könnten diese aktiv abgelehnt haben, kritischer gewirkt haben; ihre Therapeutinnen und Therapeuten könnten weniger engagiert gewesen sein oder über geringere zeitliche Ressourcen verfügt haben. Darüber hinaus könnte das „Nichterinnern“ einer stattgehabten NB in der as treated Gruppe einem zu frühen Zeitpunkt (Medikamenteneinfluss, erkrankungsbedingte Denkstörung) der NB, einem Leugnen aus wahnhaften Gründen

oder anderweitigen therapeutischen Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau geschuldet sein. Auch die Integration der NB in anderweitige Routinegespräche oder Visiten, also die Durchführung ohne einen markierten eigenen Rahmen, kann deren Prägnanz und Erinnerbarkeit entgegenstehen, so dass z. B. einige NB nicht als eine solche erkennbar waren. Die Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Die Gründe für die Nichtdurchführung einer NB sollten in weiteren Untersuchungen differenziert werden; auch der beträchtliche zeitliche Aufwand und allgemeine Implementierungsschwierigkeiten sollten beachtet werden.

Gleichwohl ergeben sich deutliche Anhaltspunkte dafür, dass die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen das globale Erleben von Zwang in der Behandlung vermindern und die Wahrnehmung von deren Fairness und Effektivität steigern könnte. Die Erfahrungen aus der Studie zeigen allerdings, dass der Zeitpunkt der Intervention nicht standardisiert werden kann, da er nicht nur vom Remissionsverlauf, sondern auch von der inneren Bereitschaft des Patienten, sich auf eine erneute Beschäftigung mit den während der Zwangsmaßnahme erlebten Gefühlen und Gedanken einzulassen, abhängig ist. Die Nachbesprechung sollte daher ggf. mehrfach angeboten werden und kann in Abhängigkeit vom Stand des Verarbeitungsprozesses des betroffenen Menschen unterschiedliche Schwerpunkte haben. Zukünftige Untersuchungen könnten diesbezüglich eine Differenzierung zum Ziel haben, da denkbar sein kann, dass z. B. zeitnah nach der ZM veranlasste Nachbesprechungen eher dem gegenseitigen Perspektivwechsel, den Abgleich von Eigen- und Fremdwahrnehmung und die Reparatur von Beziehungsbrüchen zum Fokus haben, während spätere NB sich möglicherweise verstärkt mit der Erkrankungsbewältigung, (Selbst-)Stigmatisierung und sonstigen psychischen Folgen der Erkrankung beschäftigen. Patientinnen und Patienten, welche die NB erlebt hatten, empfanden diese ganz überwiegend als hilfreich, während problematische Aspekte im Sinne von unerwünschten Wirkungen nicht erwähnt wurden.

Sehr interessant ist die Tatsache, dass die Wirksamkeit der Nachbesprechung auf das subjektive Erleben von Zwang bei Frauen deutlich größer war als bei männlichen Patienten bzw. der Gruppenunterschied durch das weibliche Subsample getrieben wurde. Zur Erklärung könnte gemutmaßt werden, dass Frauen zum einen ein höheres subjektives Niveau an Gezwungensein und Angst in einem Stationssetting erleben als Männer, welche wiederum häufiger selbst Ausgangspunkt von Aggression sind. Zwangsmaßnahmen könnten bei Frauen evtl. häufiger Erinnerungen an frühere traumatische Erlebnisse reaktivieren. Frauen zeigen häufig eine günstigere Prognose, z.B. einer psychotischen Erkrankung, verfügen häufig über bessere sozial-kognitive Fähigkeiten und Emotionswahrnehmung und könnten daher evtl. vom psychotherapeutischen Setting der Nachbesprechung in einem früheren Stadium oder in größerem Ausmaß profitieren als Männer.

Möglicherweise erleben sich Männer auch subjektiv (und außerhalb des Krankenhauses) häufiger als Ursprung von Aggression oder als angstgebietend für Andere, sind häufiger komorbid suchterkrankt und/oder intoxikiert zum Zeitpunkt der ZM oder akzeptieren sogar Gewalt als Problemlösungsstrategie. Letztlich bleibt unser Ergebnis aber unerwartet, so dass zukünftige Forschungsprojekte zum einen symptombezogene (z.B. ZM zur Beherrschung von Eigen- oder Fremdgefährdung, bei euphorisch-expansiver oder defensiv-ängstlicher Aggression durch den Patienten) und soziale Aspekte bei der Entstehung von psychiatrischen Zwangssituationen berücksichtigen müssen, zum anderen aber evtl. geschlechtsspezifische Interventionen zur Nachbearbeitung von Zwangsmaßnahmen entwickeln sollten.

Hinsichtlich der sekundären Outcomeparameter stellten sich signifikante Effekte der Nachbesprechung auf die Ausprägung traumafolgender Symptome, wie Hyperarousal und Intrusionshäufigkeit, auch in der ITT- Stichprobe dar. Dies erscheint ein wichtiges Ergebnis, da unbearbeitete traumatische Erfahrungen den Erkrankungsverlauf und die Inanspruchnahme

einer weiteren psychiatrischen Unterstützung massiv beeinträchtigen können. Aus theoretischen Erwägungen erscheint es denkbar, dass eine während der NB therapeutisch unterstützte Kontextualisierung und Strukturierung eines potenziell traumatischen Ereignisses zur Narrativbildung und somit zur Verhinderung von Traumafolgestörungen beitragen könnte. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden, da nicht untersucht werden konnte, ob und mit welcher Häufigkeit die Studienteilnehmenden tatsächlich eine manifeste Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) entwickelt haben. Die Wirkungen der Nachbesprechung könnten zudem auch unspezifisch sein, indem die Reparatur der Arbeitsbeziehung und die Aufarbeitung einer bisher nicht besprochenen negativen Erfahrung zu Beruhigung und Sicherheitsgefühl beitragen und auch intrusive Gedanken reduzieren können. Alarmierend scheint allerdings unser Befund, dass unabhängig von der Nachbesprechung im Mittel ca. 70% aller Studienteilnehmende soweit erhöhte Werte für peritraumatisches Distresserleben bezogen auf die erlebte ZM zeigten, welche weitere Screeninguntersuchungen zur Entwicklung einer PTSD erforderlich machen sollen (Guardia et al. 2013). Da prämorbid traumatische Erfahrungen als Risikofaktor insbesondere für die Entwicklung von psychotischen Störungen nachgewiesen wurden (Varese et al., 2012), müssen (re-)traumatisierende Situationen während einer psychiatrischen Behandlung zunehmend in den Fokus des therapeutischen Interesses treten. Wenngleich die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen größte Priorität besitzt, könnte das Angebot von Nachbesprechungen nach unvermeidbaren Zwangsmaßnahmen möglicherweise die Auftretenswahrscheinlichkeit von Traumafolgesymptomen reduzieren.

Die Durchführung der NB war zudem in der ITT-Stichprobe mit einer signifikanten Verbesserung der therapeutischen Bindung bei Frauen verbunden; in den Sensitivitätsanalysen zeigten sich auch insgesamt stärkere Übereinstimmungen hinsichtlich Aufgaben und Zielen der therapeutischen Beziehung.

Die Ergebnisse des randomisiert-kontrollierten Studienteils zeigen insgesamt, dass die Durchführung einer Nachbesprechung nach stattgehabten Zwangsmaßnahmen das subjektive Erleben von Zwang in der Behandlung reduzieren, die therapeutische Beziehung verbessern und die Entwicklung traumafolgender Symptome reduzieren könnte. Der Einbezug der NB in die klinische Routine wird daher empfohlen.

Zukünftige Studien sollten untersuchen, welche patientenbezogenen und behandlungsbezogenen Variablen mit der Durchführung (vs. Nichtdurchführung/Ablehnung) einer NB assoziiert sind, und auf welche Weise geschlechtsspezifische Faktoren das Erleben von Zwang wie auch die Wirksamkeit einer Nachbesprechung beeinflussen.

9. Genderaspekte

Interessanterweise wurde festgestellt, dass Frauen besonders von der Nachbesprechung profitieren. Darüber hinaus konnte auch gezeigt werden, dass das subjektive Erleben von Zwang höher bei Frauen als bei Männern war. Verschiedene Gründe dafür können diskutiert werden: Es ist vorstellbar, dass Frauen neben den angewendeten Zwangsmaßnahmen den stationären Aufenthalt auf Grund des Gesamtklimas der Station inkl. Aggression von Mitpatienten, Distanzlosigkeiten und Belästigungen als deutlich belastender empfinden als Männer. Die emotionale Reaktion von Frauen auf Gewalt inkl. Zwangsmaßnahmen gestaltet sich sicherlich anders als bei männlichen Patienten. Die Bereitschaft, sich kritisch mit dem Aufenthalt und auch mit dem eigenen Erleben in Bezug auf Zwangsmaßnahmen auseinanderzusetzen ist möglicherweise höher bei Frauen als bei Männern. Diese Ergebnisse weisen jedenfalls daraufhin, dass Genderaspekte in Bezug auf Zwang berücksichtigt werden müssen,

sowohl in der Praxis als auch in zukünftigen Forschungsprojekten. Es sollte überlegt werden, wie Männer von der Nachbesprechung besser erreicht werden können.

10. Veröffentlichungen und Vorträge

- Alexandre Wullschleger, Angelika Vandamme, Jennifer Ried, Mara Pluta, Christiane Montag und Lieselotte Mahler (2019). Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Akutstationen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Psychiatrische Praxis*; 46: 128-134
- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Auswirkung der standardisierten Nachbesprechung durchgeführter Zwangsmaßnahmen - erste Ergebnisse einer randomisiert- kontrollierten multizentrischen Studie (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der DGPPN 2018 in Berlin: Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: A standardized debriefing session of coercive measures as a way to reduce coercion (A. Wullschleger)
- Vortrag beim Kongress der WPA 2017 in Berlin: Wie geht es weiter nach Zwang? Implementierung einer standardisierten, dialogischen Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (A. Vandamme)

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in internationalen und nationalen Fachzeitschriften, welche dem Peer-Review-Verfahren unterliegen, wird gegenwärtig vorbereitet.

Masterarbeiten:

- Katharina Sindlinger. Therapeutische Allianz im Kontext von Zwangsmaßnahmen. März 2019, Humboldt-Universität Berlin.
- Lara Raphaela Renner. Die standardisierte Nachbesprechung von erlebten Zwangsmaßnahmen und ihre Auswirkung auf Trauma-folge Symptome. September 2019, SHB, Berlin
- Amelie Garbe: Implizite und explizite Einstellungen der Mitarbeiter/-innen gegenüber Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie. September 2019, Humboldt-Universität Berlin.

11. Empfehlungen

Hauptempfehlung: Die leitfaden-gestützte Nachbesprechung (NB) von Zwangsmaßnahmen soll im Rahmen der klinischen Routine implementiert werden.

An Professionelle und Klinikleitungen

- (1) Die Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen sollte regelhaft und möglichst leitfadengestützt ablaufen. Das standardisierte Setting wurde sowohl in der bereits veröffentlichten Pilotstudie als auch in dieser Untersuchung als hilfreich empfunden, um das Gespräch adäquat zu strukturieren, eine multiprofessionelle

Zusammenarbeit zu fördern und ein gemeinsames Reflektieren zu begünstigen. Die NB soll die Möglichkeit eines ausführlichen Austauschs zwischen den betroffenen Patientinnen und Patienten und dem behandelnden Team darstellen und ihre Wirkung u. a. durch die Anregung zum Perspektivwechsel entfalten.

- (2) Die NB hat einen hohen psychotherapeutischen Wert. Dementsprechend soll sie nicht im Rahmen anderer Gespräche oder Visiten, sondern in einem eigenen geeigneten Rahmen stattfinden. Dies wurde durch die durchgeführten qualitativen Interviews deutlich und zeigte sich auch daran, dass einige Patientinnen und Patienten die NB nicht als solche erlebt haben, wenn diese als Teil anderer Gespräche durchgeführt wurde.
- (3) Der richtige Zeitpunkt der NB soll individuell festgelegt werden und es kann diesbezüglich keine Pauschalempfehlung ausgesprochen werden. Dabei sollte neben psychopathologischen Aspekten die emotionale Bereitschaft der betroffenen Patientinnen und Patienten, sich mit der Zwangssituation auseinanderzusetzen, besonders berücksichtigt werden. Daher soll die NB ggf. mehrfach bzw. regelmäßig angeboten werden.
- (4) Die Implementierung der NB soll als Konzept von der Klinik- und Stationsleitung unterstützt werden, um mögliche Widerstände zu überwinden. Auf jeder Station sollte eine verantwortlicher Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner genannt werden, der die Bezugstherapeutinnen und -therapeuten in der Planung, Durchführung und Dokumentation der Gespräche begleitet und unterstützt.
- (5) Die Durchführung der NB und die Dokumentation ihres Inhalts soll in die übliche Dokumentation von Zwangsmaßnahmen integriert werden.
- (6) Die Implementierung der NB soll eine ausführliche Schulung der Stationsmitarbeitenden beinhalten. Dabei sollten die Grundlagen der Intervention erläutert werden sowie praktische Übungen stattfinden. Diese Schulung sollte als Teil der Klinikfortbildung zum Thema Prävention von Zwang stattfinden.
- (7) Nach Durchführung einer NB soll auf die Möglichkeit der Erstellung einer Behandlungsvereinbarung bzw. eines Krisenplans verwiesen werden, um möglicherweise erarbeitete Alternativen festlegen zu können.

An die Gesetzgebung

- (8) Die NB soll gesetzlich verpflichtend gemacht werden.

12. Referenzen

- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 24(1), 11-15. doi:10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2018). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.
- Mahler, L. J.-J., I.; Montag, C.; Gallinat, J. Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext 2013. In: Köln: Psychiatrie Verlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 601-613). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielau, J., Altunbay, J., Heinz, A., Reuter, B., Bempohl, F., Rentzsch, J., . . . Montag, C. (2017). [Coercive Interventions in Psychiatry: Prevention and Patients' Preferences]. *Psychiatr Prax*, 44(6), 316-322. doi:10.1055/s-0042-105861
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: a core nursing intervention. *Perspect Psychiatr Care*, 46(3), 221-233. doi:10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016). Zwangsmaßnahmen in der Medizin. *Schweizerische Ärztezeitung*, 97(02).
- Torgerson, D. J., & Roland, M. (1998). What is Zelen's design? *BMJ*, 316(7131), 606. doi:10.1136/bmj.316.7131.606
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J. & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, 38, 661–671.
- Whitecross, F., Seery, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counseling intervention. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 512-521. doi:10.1111/inm.12023
- Wullschleger, A., Vandamme, A., Ried, J., Pluta, M., Montag, C., & Mahler, L. (2019). [Standardized Debriefing of Coercive Measures on Psychiatric Acute Wards: A Pilot Study]. *Psychiatr Prax*, 46(3), 128-134. doi:10.1055/a-0651-6812

Tab. 1 : Sozio-demografische und klinische Daten der untersuchten Stichproben.

	Intention-to-treat (n=109)		Per-protocol (n=84)		As-treated (n=109)	
	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	Interventionsgruppe	Keine NB	NB
	n=57	n=52	n=44	n=48	n=48	n=61
Alter (Jahre) M (SD)	39.11(11.36)	38.54 (14.27)	38.66 (11.28)	39.02 (14.11)	38.17 (11.74)	39.03 (13.76)
Geschlecht						
Weiblich n (%)	26 (45.6%)	28 (53.8%)	20 (45.5%)	26 (54.2%)	22 (45.8%)	32 (52.5%)
Männlich n (%)	31 (54.4%)	24 (46.2%)	24 (54.5%)	22 (45.8%)	26 (54.2%)	29 (47.5%)
Migrationshintergrund n(%)	n=103		n=87		n=103	
Ja n (%)	11 (20.4%)	17 (34.7%)	10 (23.8%)	14 (31.1%)	13 (28.3%)	15 (26.3%)
Nein n (%)	43 (79.6%)	32 (65.3%)	32 (76.2%)	31 (68.9%)	33 (71.7%)	42 (73.7%)
EU-Rente n (%)	n=99		n=83		n=99	
Ja	16 (29.1%)	12 (27.3%)	10 (23.3%)	11 (27.5%)	11 (23.4%)	17 (32.7%)
Nein	39 (70.9%)	32 (72.7%)	33 (76.7%)	29 (72.5%)	36 (76.6%)	35 (67.3%)
Höchster Abschluss n(%)	n=98		n=82		n=97	
Kein Abschluss	4 (7.3%)	3 (7.1%)	3 (7.0%)	2 (5.1%)	4 (8.7%)	3 (5.9%)
Hauptschulabschluss	9 (16.4%)	7 (16.7%)	6 (14.0%)	7 (17.9%)	6 (13.0%)	10 (19.66%)
Mittlere Reife	15 (27.3%)	12 (28.6%)	14 (32.6%)	12 (30.8%)	14 (30.4%)	13 (25.5%)
Abitur	11 (20.0%)	5 (11.9%)	9 (20.9%)	4 (10.3%)	10 (21.7%)	6 (11.8%)
Berufsfachschule	7 (12.7%)	6 (14.3%)	4 (9.3%)	6 (15.4%)	4 (8.7%)	9 (17.6%)
Hochschulabschluss	9 (16.4%)	9 (21.4%)	7 (16.3%)	8 (20.5%)	8 (17.4%)	10 (19.6%)
Diagnose n (%)						
F19.x5, F30.2, F31.2	10 (17.5%)	13 (25.0%)	7 (15.9%)	13 (27.1%)	7 (14.6.1%)	16 (26.2%)
F2.x	47 (82.5%)	39 (75.0%)	37 (84.1%)	35 (72.9%)	41 (85.4%)	45 (73.8%)
Klinische Parameter	n=53	n=51	n=41	n=47	n=45	n=59
GAF M (SD)	28.49 (12.42)	26.27 (13.28)	29.93 (12.73)	26.40 (13.67)	29.47 (12.42)	25.83 (13.03)
CGI-S M (SD)	5.53 (0.72)	5.80 (0.57)	5.49 (0.78)	5.79 (0.59)	5.53 (0.76)	5.76 (0.57)
Symptomschwere M (SD)						
Positivsymptome	2.43 (0.75)	2.27 (0.94)	2.34 (0.79)	2.28 (0.95)	2.33 (0.80)	2.37 (0.89)
Negativsymptome	1.21 (0.88)	1.18 (0.95)	1.17 (0.86)	1.17 (0.96)	1.18 (0.86)	1.20 (0.96)
Globale Symptome	2.45 (0.64)	2.43 (0.70)	2.41 (0.67)	2.38 (0.71)	2.47 (0.66)	2.42 (0.67)
Manie	1.34 (1.13)	1.29 (1.24)	1.24 (1.14)	1.28 (1.25)	1.27 (1.14)	1.36 (1.21)
Depression	0.58 (0.86)	0.47 (0.67)	0.54 (0.78)	0.43 (0.65)	0.58 (0.78)	0.49 (0.77)
Mangelnde Einsicht	2.30 (0.87)	2.29 (0.97)	2.17 (0.89)	2.28 (0.97)	2.20 (0.89)	2.37(0.93)
Frühere ZM n (%)	n=108		n=91		n=108	
Ja	37 (66.1%)	35 (67.3%)	28 (65.1%)	33 (68.8%)	30 (63.8%)	42 (68.9%)
Nein	19 (33.9%)	17 (32.7%)	15 (34.9%)	15 (31.3%)	17 (36.2%)	19 (31.1%)
Frühere NB n (%)	n=73		n= 62		n=73	
Ja	3 (8.1%)	5 (13.9%)	0 (0.0%)	5 (14.7%)	0 (0.0%)	8 (18.6%)
Nein	34 (91.9%)	31 (86.1%)	28 (100.0%)	29 (85.3%)	30 (100.0%)	35 (81.4%)
Verweildauer (d) M (SD)	54.69 (38.81)	70.10 (45.93)	52.95 (36.54)	69.56 (46.58)	54.96 (37.16)	66.50 (44.88)
Index ZM n (%)						
Fixierung	37 (64.9%)	31 (59.66%)	30 (68.2%)	27 (56.3%)	34 (70.8%)	34 (55.7%)
Isolierung	15 (26.3%)	18 (34.6%)	11 (25.0%)	18 (37.5%)	11 (22.9%)	22 (36.1%)
Zwangsm. Unter Beschluss	5 (8.8%)	3 (5.8%)	3 (6.8%)	3 (6.3%)	3 (6.3%)	5 (8.2%)

GAF: Global Assessment of Functioning; CGI-S: Clinical Global Impression Scale – Severity scale; ZM: Zwangsmaßnahme; NB: Nachbesprechung.

Tab. 2: Mittelwerte der erhobenen Outcome-Parameter und Ergebnisse der faktoriellen ANOVA bzgl.

des Haupteffekts der Studiengruppe.

	Intention-to-treat		Per-protocol		As-treated	
	Control <i>n</i> =55	Intervention <i>n</i> =51	Control <i>n</i> =42	Intervention <i>n</i> =47	No review <i>n</i> =46	Review <i>n</i> =60
CL						
MW (SD)	6.13 (3.27)	5.76 (3.23)	6.88 (3.21)	5.72 (3.32)	6.83 (3.11)	4.92 ± 3.11
F		0.358		2.988		6.803
<i>p</i>		0.551		0.088		0.010*
Part. Eta-square		0.003		0.034		0.063
MPCS						
MW (SD)	3.39 (1.28)	3.04 (1.33)	3.69 ± 1.23	3.04 ± 1.32	3.63 (1.26)	2.92 (1.27)
F		1.775		5.294		7.918
<i>p</i>		0.186		0.024*		0.006**
Part. Eta-square		0.018		0.061		0.075
CES						
MW (SD)	97.35 (31.34)	93.98 (31.08)	98.44 (32.48)	93.72 (31.65)	98.08 (31.28)	94.04 (31.14)
F		0.267		0.475		0.474
<i>p</i>		0.606		0.493		0.493
Part. Eta-square		0.003		0.006		0.005
PDI						
MW (SD)	23.11 (14.57)	22.58 (10.92)	23.47 (13.81)	22.22 (11.32)	23.70 (13.27)	22.13 (12.82)
F		0.077		0.335		0.422
<i>p</i>		0.783		0.564		0.518
Part. Eta-square		0.001		0.004		0.004
IES						
Vermeidung						
MW (SD)	17.57 (12.73)	17.50 (11.39)	16.66 (13.04)	17.34 (11.59)	16.87 (12.74)	18.14 (11.61)
F		0.040		0.011		0.097
<i>p</i>		0.841		0.915		0.756
Part. Eta-square		0.001		<0.001		0.001
IES Intrusion						
MW (SD)	13.32 (11.34)	7.97 (8.55)	13.14 (11.96)	7.09 (7.40)	13.33 (12.04)	8.93 (8.55)
F		5.279		6.377		3.624
<i>p</i>		0.024*		0.014*		0.061
Part. Eta-square		0.063		0.092	0.044	
IES						
Hyperarousal						
MW (SD)	13.06 (10.11)	8.92 (7.55)	13.37 (10.71)	8.13 (7.16)	13.56 (10.43)	9.23 (7.65)
F		4.463		6.067		5.003
<i>p</i>		0.038*		0.017*		0.028*
Part. Eta-square		0.053		0.088		0.060
WAI Ziele						
MW (SD)	18.39 (6.80)	18.90 (6.52)	17.12 (6.73)	19.34 (6.40)	16.85 (6.71)	20.14 (6.26)
F		0.110		2.412		10.220
<i>p</i>		0.741		0.124		0.002**
Part. Eta-square		0.001		0.028		0.094
WAI Bindung						
MW (SD)	20.35 (7.14)	21.35 (5.82)	19.07 (7.11)	21.89 (5.36)	18.77 (7.19)	22.58 (5.40)
F		0.683		5.032		5.307
<i>p</i>		0.410		0.028*		0.023*
Part. Eta-square		0.007		0.057		0.051

WAI Aufgaben	<i>n</i> =54	<i>n</i> =48	<i>n</i> =43	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	18.89 (7.56)	19.54 (6.34)	17.63 (7.60)	19.77 (6.31)	17.57 (7.49)	20.58 (6.27)
<i>F</i>	0.225		2.259		5.307	
<i>p</i>	0.636		0.137		0.023*	
<i>Part. Eta-square</i>	0.002		0.027		0.051	
WAI Total	<i>n</i> =54	<i>n</i> =48	<i>n</i> =43	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	57.63 (19.89)	59.79 (16.94)	53.81 (19.71)	61.00 (16.27)	53.19 (19.70)	63.31 (16.17)
<i>F</i>	0.347		3.716		8.526	
<i>p</i>	0.557		0.057		0.004**	
<i>Part. Eta-square</i>	0.004		0.043		0.080	
WAI-T Ziele	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	18.23 (10.50)	17.66 (3.50)	15.84 (4.43)	17.67 (3.18)	16.03 (4.64)	19.18 (8.97)
<i>F</i>	0.131		4.435		3.726	
<i>p</i>	0.719		0.039*		0.057	
<i>Part. Eta-square</i>	0.002		0.059		0.041	
WAI-T Bindung	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	19.11 (5.02)	20.72 (4.28)	18.25 (5.44)	20.81 (4.07)	18.42 (5.53)	20.95 (3.79)
<i>F</i>	2.783		5.716		6.981	
<i>p</i>	0.099		0.019*		0.010*	
<i>Part. Eta-square</i>	0.031		0.075		0.074	
WAI-T Aufgaben	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	17.59 (4.33)	20.30 (9.86)	16.63 (4.46)	20.42 (10.17)	16.89 (4.64)	20.36 (9.05)
<i>F</i>	2.794		3.920		4.538	
<i>p</i>	0.098		0.052		0.036*	
<i>Part. Eta-square</i>	0.031		0.052		0.050	
WAI-T Total	<i>n</i> =44	<i>n</i> =47	<i>n</i> =32	<i>n</i> =43	<i>n</i> =36	<i>n</i> =55
<i>MW (SD)</i>	54.93 (15.65)	58.68 (14.19)	50.72 (13.28)	58.91 (13.84)	51.33 (13.90)	60.49 (14.61)
<i>F</i>	1.405		7.036		8.996	
<i>p</i>	0.239		0.010*		0.004**	
<i>Part. Eta-square</i>	0.016		0.090		0.094	

MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; F: ANOVA F-Wert; CL: Coercion Ladder; MPCs: MacArthur Perceived Coercion Scale; CES: Coercion Experience Survey; PDI: Peritraumatic Distress Inventory; IES: Impact of Event Scale; WAI: Work Alliance Inventory; WAI-T: Work Alliance Inventory-Therapeutenversion.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

