

Teilprojekt 6: Alternativen zum Zwang – Befragung von Mitarbeitern, 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. 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: Nützlichkeits einschätzung 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 (menschen-)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 milderem 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 milderem 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 milderem 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 milderem Mittel schätzen die befragten Gruppen allgemein (d.h. über verschiedene Situationen hinweg) als nützlich ein, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden?
2. Welche dieser milderem 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 milderem 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. 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 mildereren Mittel zu Zwangsvermeidung angeboten wurden. Im zweiten Teil erfolgte eine allgemeine Bewertung dieser mildereren 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.1), 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 mildereren Mittel der "Überzeugungsversuch" zur Medikamenteneinnahme, gefolgt von "Androhung von Zwang", "Angebot von Beruhigungsmedikation", "Verhaltensregeln genannt bekommen" und "Informationen über Rechtslage erhalten".

Die fünf mildereren Mittel, die von betroffenen Patientinnen und Patienten durchschnittlich am nützlichsten eingeschätzt wurden, um Zwang zu vermeiden sind 1.) Angebot eines 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.

¹ 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.

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 Krisengespräch 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.

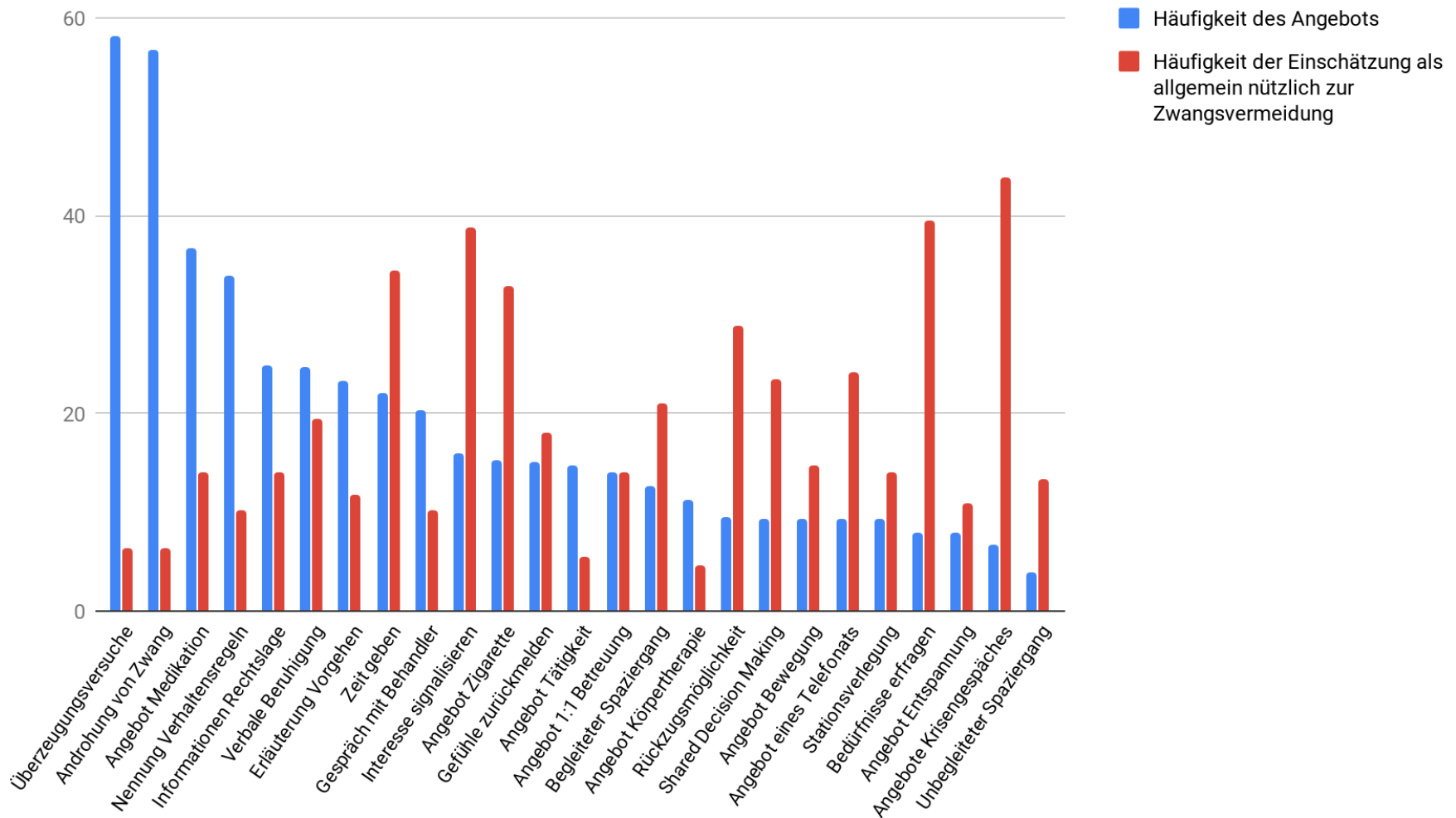


Abbildung 1: Patientenbefragung: Häufigkeit des Angebotes und Häufigkeit der Einschätzung als allgemein nützlich zur Zwangsvermeidung

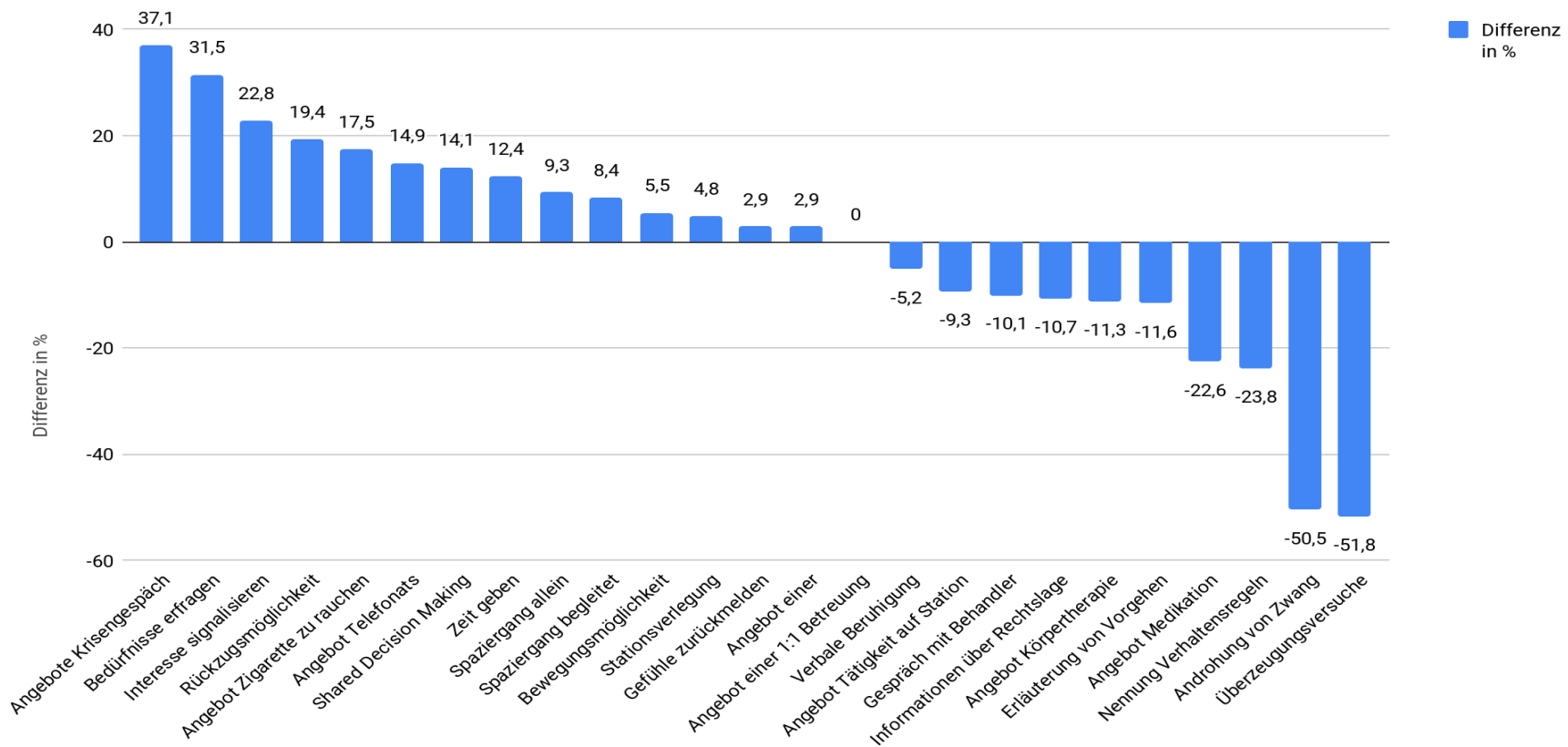


Abbildung 2: *Patientenbefragung*: Differenz zwischen Häufigkeit der Einschätzung als allgemein nützlich zur Zwangsvermeidung und Häufigkeit des Angebotes.

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 mildereren 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 mildereren Mittel zur Zwangsvermeidung für jedes Mittel einzeln (gar nicht nützlich bis sehr nützlich).

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 angewandeter Mittel ($R^2=.142$, $\beta=.34$, $p<.001$).

Die am häufigsten angebotenen mildereren 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 ($r(30) = .823$, $p < .001$).

² Ergänzend zur PatientInnen-Befragung wurden noch 5 Mittel, die ausschließlich aus Pflege-Perspektive einzuschätzen sind, aufgelistet (bspw. die eigene Haltung überprüfen).

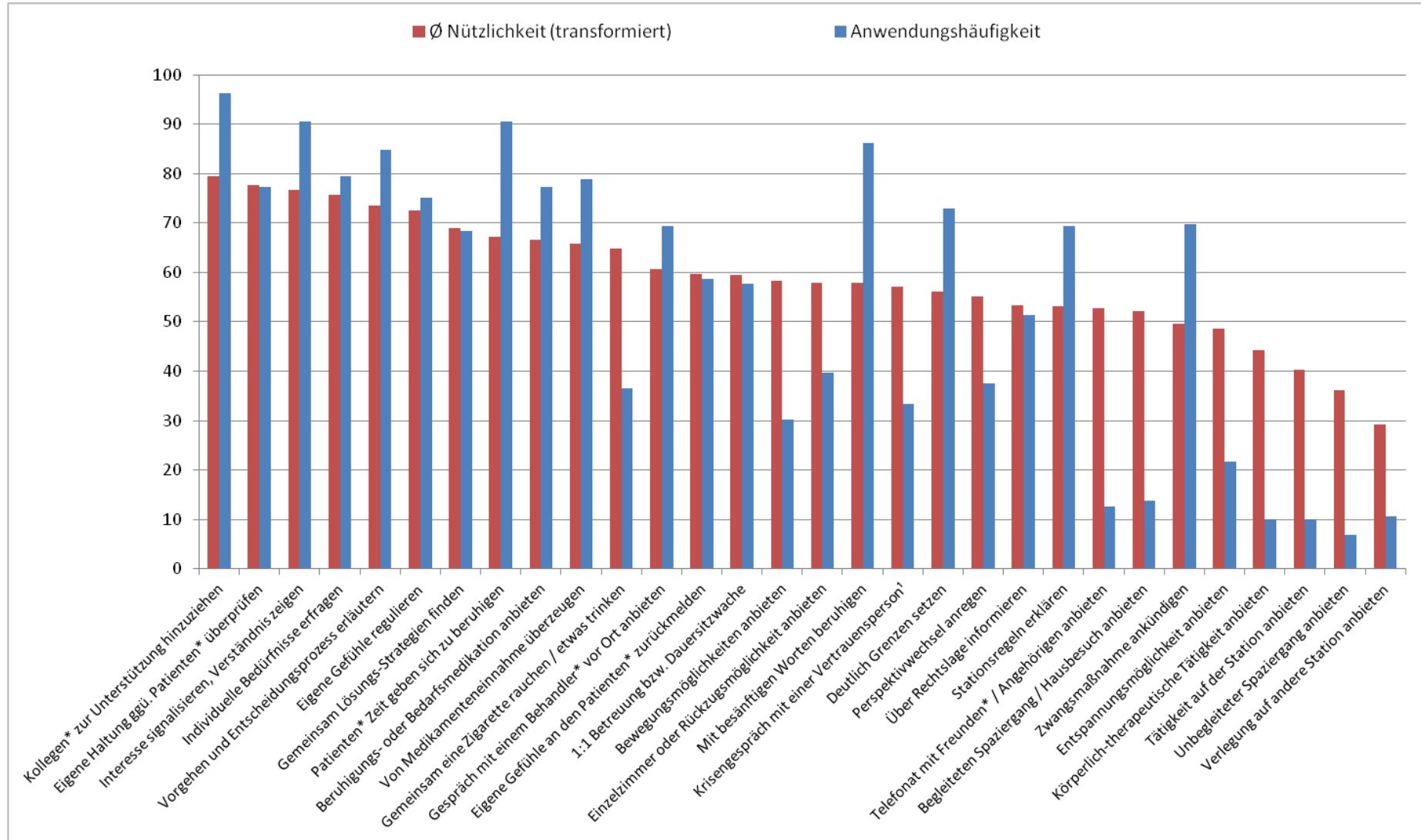


Abbildung 3: Befragung der Pflegerinnen und Pfleger. Vergleich Angebotshäufigkeit und Nützlichkeitseinschätzung zur Zwangsvermeidung

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	Geglückte Situation
<ul style="list-style-type: none">▪ Vorgehen und Entscheidungsprozess erläutern (47%)*▪ Auf Stationsregeln hinweisen (47%)▪ Teamreflexion (47%)▪ Sonstige Personen hinzuziehen (47%)*▪ Bedürfnisse/Gefühle erfragen (45%)▪ Interesse signalisieren (45%)	<ul style="list-style-type: none">▪ 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 Pfleger im Hinblick auf die Nützlichkeitsbewertung: 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 Nützlichkeitsbewertung 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 Pfleger noch einmal hervorgehoben, wo sich zeigte dass „Bedürfnisse erfragen“ und „Interesse signalisieren“ in geglückten Situationen signifikant häufiger angeboten wurden.

Nützlichkeitsbewertung	
Pflegerinnen und Pfleger*	Patientinnen und Patienten
Häufig	
1. Interesse signalisieren	1. Krisengespräch
2. Bedürfnisse erfragen	2. Bedürfnisse erfragen
3. Vorgehen erläutern	3. Interesse signalisieren
4. Shared Decision Making	4. Zeit geben
5. Zeit geben	5. Zigarette/Getränk

Tabelle 2: Vergleich der Nützlichkeitsbewertung von milderen Mitteln aus Perspektive von Pflegerinnen und Pflegern und Patientinnen und Patienten
* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt wurden, ausgenommen

Anwendungshäufigkeit	
Pflegerinnen und Pfleger*	Patientinnen und Patienten
Häufig	
1. Zeit geben	1. Überzeugungsversuch
2. Interesse signalisieren	2. Androhung von Zwang
3. Verbale Beruhigung	3. Beruhigungs-Med. anbieten
4. Vorgehen erläutern	4. Verhaltensregeln
5. Bedürfnisse erfragen	5. Info über Rechtslage

Tabelle 3: Vergleich der Anwendungshäufigkeit von milderen Mitteln aus Perspektive von Pflegerinnen und Pfleger und Patientinnen und Patienten.
* Mittel, die nur aus Pflege-Perspektive eingeschätzt werden können, ausgenommen

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 milderen 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 milderer 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 milderer 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 Angehörige³ 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 milderer Mittel als nützlich zur Prävention und Deeskalation von Zwangssituationen ein (vgl. Abb. 4). Die fünf milderer 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.

³ 11% der Befragten machte keine Angabe zu soziodemographischen Daten.

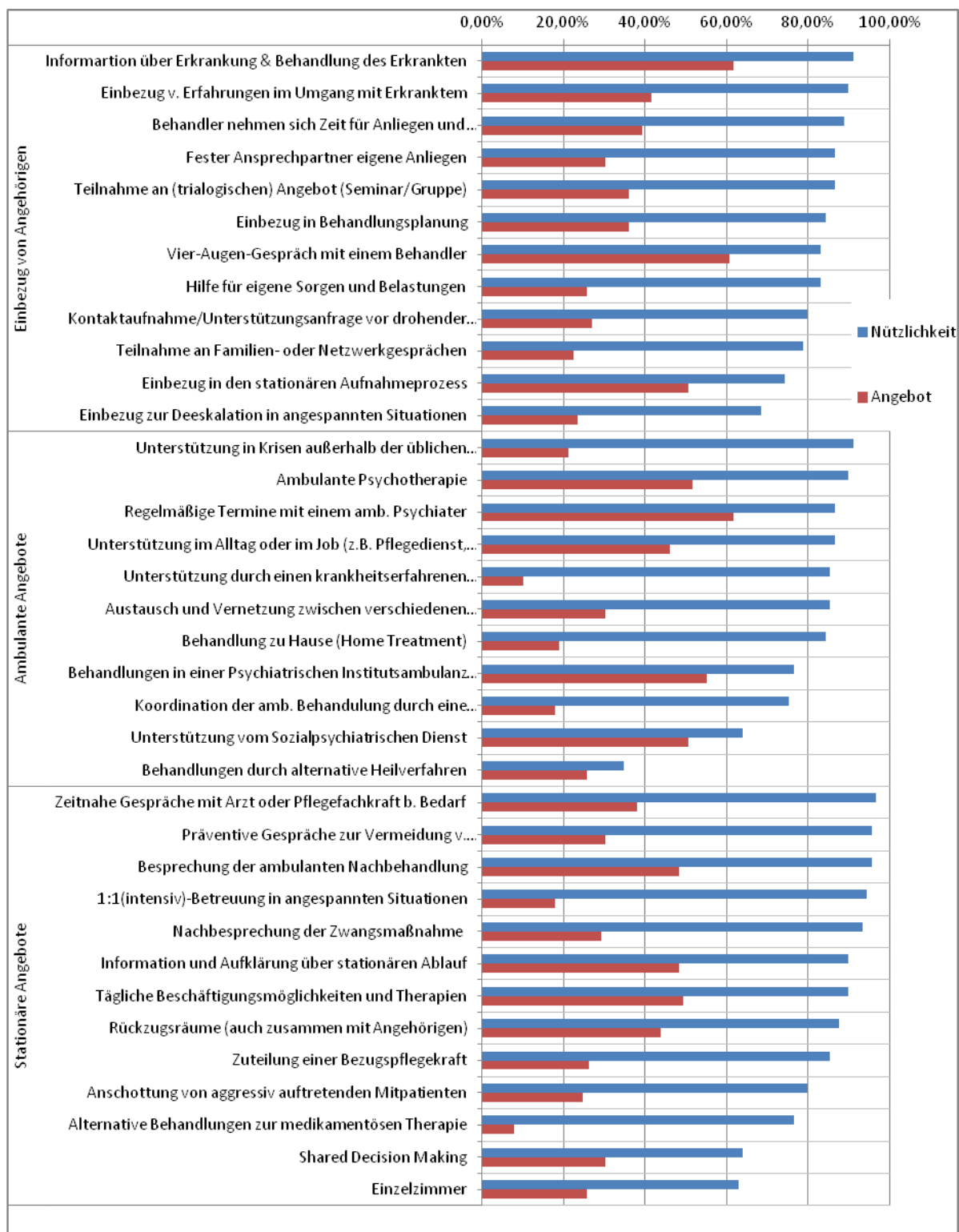


Abbildung 4: Angehörigenbefragung: Häufigkeit der Nützlichkeitseinschätzung und Häufigkeit des Angebots in %.

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 Genesungsbegleiter“, „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 ($r(37) = .191$, $p = .264$).

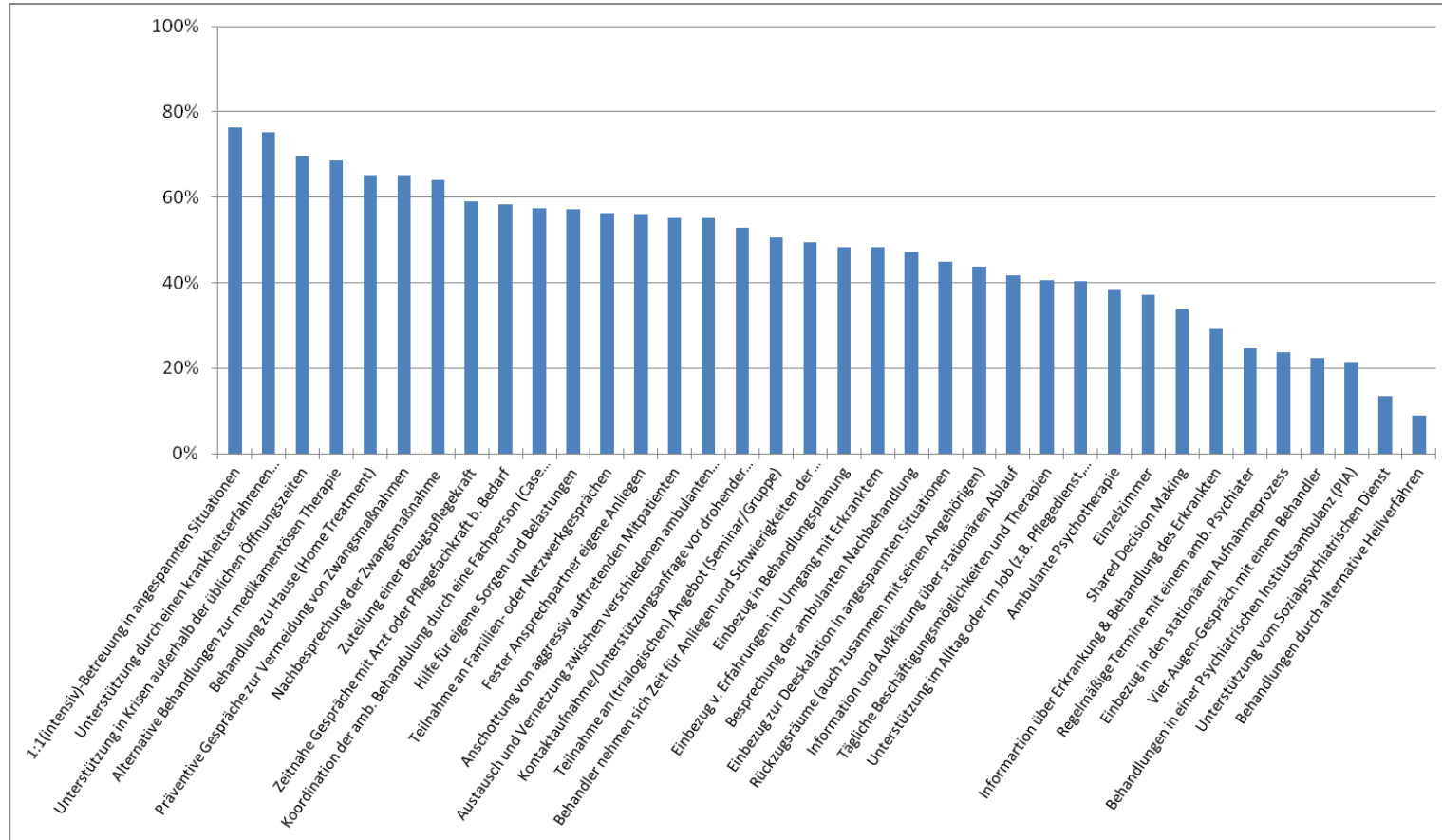


Abbildung 5: Angehörigenbefragung: Differenz von prozentualer Angebotshäufigkeit und Nützlichkeitsbewertung.

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 gesprächsintensive, (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 Zwangsanwendung 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 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 Nützlichkeitsbewertung 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 milderem 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 gekennzeichnet 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 „Zwangmaßnahmen“ ist eine Selektion bei der 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 ggü. 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 milderem 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 der 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 Studienteilnehmende) 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 derzeit 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 berechnete 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 potentieller 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.