

LEITLINIE
FÜR DEN UMGANG MIT
AGGRESSIVEM VERHALTEN
IN DER PSYCHIATRIE

Prävention ▪ Therapie ▪ Zwangsmaßnahmen

VERABSCHIEDET
VON DEN ARBEITSKREISEN DER CHEFÄRZTE
UND LEITENDEN PFLEGEPERSONEN
DER PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN IN
RHEINLAND-PFALZ¹

¹Erarbeitet von einer Redaktionsgruppe, bestehend aus: B. Anderl-Doliwa (Kaiserslautern), Dr. J. Breitmaier (Ludwigshafen), Dr. S. Claus (Klingenmünster), Dr. S. Elsner (Andernach), B. Kuntz-Sommer (Pirmasens). Verabschiedet am 08.09.2014.

1. VORBEMERKUNG

Psychische Störungen führen gelegentlich zu aggressivem Verhalten. Der fachgerechte, humane und an den gültigen Rechtsnormen orientierte Umgang mit krankheitsbedingtem aggressivem Verhalten ist Thema dieser Leitlinie. Prävention durch gute ambulante Versorgung und gute Behandlungsqualität in den Kliniken, Deeskalation sowie der angemessene therapeutische und pflegerische Umgang mit aggressivem Verhalten gehören dazu.

Für den Fall manifester Selbst- oder Fremdgefährdung infolge einer psychischen Erkrankung sehen die bestehenden Gesetze vor, dass, nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten, eine Behandlung vorübergehend auch gegen den Willen des/der Betroffenen² erfolgen kann und muss. Die psychiatrische Klinik ist verpflichtet, diese Behandlung durchzuführen und sowohl die erkrankte Person wie auch Andere, insbesondere Mitpatienten und Mitarbeiter, vor Schaden zu bewahren. Wenn andere Möglichkeiten nicht ausreichen, dürfen dabei im Einzelfall auch Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Dies darf keinesfalls willkürlich geschehen, sondern ausschließlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, wie sie im Landesgesetz für psychisch kranke Personen des Landes Rheinland-Pfalz vom 17. 11. 1995 (PsychKG) und im Betreuungsgesetz (BetrG) enthalten sind. Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Unterbringungen nach dem Strafgesetzbuch (StGB) oder der Strafprozessordnung (StPO) sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

Seit der ursprünglichen Erarbeitung dieser Leitlinie 2003 geschehene Entwicklungen machen heute (2014) eine Überarbeitung erforderlich:

- Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hat 2005 die, unter Nutzerbeteiligung entwickelte, Leitlinie „Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in inpatient settings and emergency departments“ veröffentlicht. Im Jahr 2009 erstellte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“. Beide Leitlinien setzen im Umgang mit aggressivem Patientenverhalten neue Standards.
- Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen trat 2009 in Deutschland in Kraft, weiterhin das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (Patientenverfügungsgesetz) im Jahr 2009 und das deutsche Patientenrechtegesetz im Jahr 2013. Alle diese Regelungen stärken die Position von Patienten.
- Das Bundesverfassungsgericht hat im Jahr 2011 die bisherigen Regelungen zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) RLP, der BGH die im Betreuungsrecht für verfassungswidrig erklärt. Die entsprechenden Regelungen im Betreuungsrecht wurden daraufhin 2013 vom Gesetzgeber angepasst, die Vorschaltnovelle des rheinland-pfälzischen PsychKG ist seit dem 6. Juni 2014 in Kraft.

²Im Interesse der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

Aggressives Verhalten und Zwang sind mittlerweile zu Recht stärker in das Zentrum der fachlichen und öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt. „Damit wird der Umgang mit Aggressivität und Zwang heutzutage zu einem wichtigen Aspekt der Behandlungsqualität.“ (DGPPN-Leitlinie 2009)

Transparenz ist unverzichtbar, wenn es um Zwangsbehandlung geht. Im Rahmen der Reform der Patientenrechte sind psychisch kranke Betroffene nach Abklingen akuter Symptomatik über alle Aspekte ihrer Behandlung (Gründe der Zwangsbehandlung, pharmakologische Behandlung etc.) zu informieren. Der Patient hat ein Anrecht auf kommentierte und erklärende Einsicht in seine Akte. Auf dieses Recht sollten Behandler zum richtigen Zeitpunkt, aber so frühzeitig wie möglich hinweisen.

Diese Leitlinie will gleichermaßen Handlungsanleitung für Professionelle in Kliniken und gemeindepsychiatrischen Institutionen wie Orientierung für Nutzer dieser Einrichtungen und ihre Angehörigen und will die interessierte Öffentlichkeit informieren.

2. ZIELE

Ziele der vorliegenden Leitlinie sind

- die Formulierung von Standards für die Prävention, die Diagnostik, die Deeskalation und die Behandlung von aggressivem Patientenverhalten. Maßstäbe sind hierbei psychiatrische und pflegerische Fachlichkeit, humaner und möglichst wenig restriktiver Umgang sowie Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern,
- die Formulierung von Standards für die Anordnung, Durchführung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen,
- die Vereinheitlichung der diesbezüglichen Praxis in den psychiatrischen Kliniken des Landes
- und die Schaffung von Voraussetzungen für die gemeinsame Überprüfung und den Vergleich der Praxis von Zwangsmaßnahmen in den beteiligten Kliniken.

Leitlinien wie die vorliegende können nur Richtschnur des Handelns sein, sollen aber nicht als bindende Handlungsanweisungen für jeden denkbaren Einzelfall verstanden werden.

3. AGGRESSIVES VERHALTEN IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

Es gibt keinen allgemein akzeptierten Aggressionsbegriff, allerdings werden häufig drei Merkmale von Aggression genannt:

Schaden – Absicht – Normabweichung

Aggression (*lateinisch aggredi: sich annähern, angreifen*) ist kein Gefühlszustand (wie z. B. Wut oder Ärger), sondern eine beobachtbare Handlungsweise,

[LEITLINIE für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie \(08.09.2014\)](#)

die zielgerichtet, absichtsvoll und in manchen Fällen auf Schädigung ausgerichtet ist.

Der Begriff Aggression beschreibt aber auch ein menschliches Verhaltensmuster, welches darauf abzielt, Gefahren abzuwehren oder sich zu verteidigen in potentiell bedrohlichen Situationen.

Menschliches aggressives Verhalten begegnet uns einerseits in Gestalt nachvollziehbarer Abwehr aus Angst vor realer oder subjektiv erlebter Gefahr, andererseits als gezielte Normenverletzung zur Durchsetzung eigener Interessen.

Durch Aktivierung des Stresssystems mit Ausschüttung von Stresshormonen, wie z.B. Adrenalin, kommt es zu einer Beschleunigung von Puls, Atmung, sowie einer erhöhten Muskelspannung, wodurch die Möglichkeit zur Flucht oder zum Angriff entsteht. Diese Reaktionen sind überlebenssichernd und finden sich bei allen Lebewesen in ähnlicher Art und Weise.

Angreifendes oder abwehrendes Verhalten kann also ein durchaus sinnvoller, biologisch überlebenswichtiger Mechanismus sein.

Das Gewaltrisiko ist bei bestimmten seelischen Erkrankungen signifikant erhöht, bei schizophren Erkrankten um das Fünffache. Auch im Rahmen von Intoxikationen kommt es vermehrt zu Gewaltausbrüchen.

Dabei korreliert das individuelle Risiko mit der Behandlungsbereitschaft und den aktuellen Lebensumständen. Der beste Patienten-bezogene Prädiktor ist die individuelle Vorgeschichte hinsichtlich aggressiven Verhaltens (Steinert 2002). Aber auch Persönlichkeitseigenschaften wie Feindseligkeit, eingeschränkte soziale Fähigkeiten, starre Denkmuster sowie fehlende Empathie erhöhen das Risiko von aggressivem Verhalten (Steinert 2006).

Insofern ist der Umgang mit Aggressivität und Gewalt notwendigerweise ein zentraler Bestandteil der Krisenbegleitung in psychiatrischen Einrichtungen und sollte im Sinne der Behandlungsqualität von erfahrenen, kompetenten und gut geschulten Mitarbeitern des multiprofessionellen Teams durchgeführt werden.

Zwangmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen brauchen immer eine rechtliche Legitimation.

Bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen ist höchste Professionalität unverzichtbar. Unser Augenmerk sollte, gerade in Krisensituationen, darauf gerichtet sein, eine Intervention so einfühlsam, respektvoll und sanft wie möglich durchzuführen.

Auf keinen Fall kann geduldet werden, dass Patienten beschimpft, provoziert oder entwertet werden, dass unverhältnismäßig Gewalt angewendet oder die Intimsphäre unnötig verletzt wird.

Aggression ist immer auch ein interaktives Geschehen, d.h. aggressives Verhalten resultiert aus dem Zusammenspiel individuellen Erlebens und Verhaltens von Mitarbeitern und Patienten. Für viele unserer Patienten sind rigide Stationsregeln, geschlossene Stationstüren oder ein despektierlicher Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten Reizfaktoren, auf welche die Betroffenen mit Wut und Ärger reagieren, insbesondere in der stressbelasteten Situation einer Einweisung gegen den Willen. Entsprechend liegt das Risiko für aggressives Verhalten zu Beginn der Behandlung deutlich höher und reduziert sich mit jedem Behandlungstag (Steinert et al 2000).

Auch deshalb ist es wichtig, für Patienten einen „Empfangsraum“ bereits ab der allerersten Kontaktaufnahme zu gestalten, der von Respekt und Wertschätzung geprägt ist und eine Begegnung auf Augenhöhe ermöglicht.

4. PRÄVENTION VON AGGRESSIVEM VERHALTEN – VERMEIDUNG VON ZWANGSMASSNAHMEN

Zwangsmassnahmen müssen „ultima ratio“, also die letzte aller denkbaren Möglichkeiten sein, deshalb muss die Prävention im Vordergrund stehen. Weiterhin hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Häufigkeit von Zwangsmassnahmen ein wichtiger Qualitätsindikator in der Psychiatrie ist.

Psychiatriegeschichtlich gab es ernsthafte und partiell erfolgreiche Versuche, Zwangsmassnahmen abzuschaffen (z.B. Robert Gardner Hills „Non-Restraint-Prinzip“ um 1830 in England).

Auch der Einsatz von Neuroleptika seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts konnte Zwangsmassnahmen nicht überflüssig machen (Steinert 2011).

Aggressives Verhalten oder Gewaltanwendung durch Patienten kann als: „...Versuch, eine verlorengegangene Macht wiederherzustellen“ verstanden werden (Heltmeyer 2002; zitiert nach Schulz&Zechert, 2004). Da Ohnmacht bezüglich der eigenen Situation, der eigenen Emotionen und Impulse aggressives Verhalten begünstigt, sollten Patienten darin unterstützt werden, die verlorengegangene Macht wiederzugewinnen. Dieses Verständnis von Aggression kann dabei helfen, eine deeskalierende Haltung einzunehmen und Zwangsmassnahmen zu vermeiden.

Die Vermeidung von Zwangsmassnahmen kann an unterschiedlichen Behandlungsorten ansetzen:

- *Außerklinisch:*
 - Hometreatment (Akutbehandlung zuhause)
 - Ambulante psychiatrische Pflege,
 - Psychiatrische Krisendienste
 - Soziotherapie,
 - ambulante Psychotherapie etc.
 - Schulung von Betreuern, Ordnungsbeamten, Polizisten etc.
 - Propagierung von Vorausverfügungen
- *In der Aufnahmesituation:*
 - Erfahrene, geschulte Mitarbeiter in ausreichender Zahl (Richter 1999),
 - Freundlicher „Empfangsraum“
- *Während des Klinikaufenthaltes:*
 - Frühzeitige Patienteninformationen über Rechte und Pflichten beim Thema Gewalt in der Einrichtung (z.B. Informationsbroschüren)
 - Systematische Risikoeinschätzung
 - Einbeziehung von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen
 - Einsatz von Peer-Beratern
 - Überschaubare Stationsgröße und gewaltvermindernde bauliche sowie inhaltliche Stationskonzeption
 - Schulung aller Mitarbeiter im Deeskalationsmanagement

- Einsatz von Behandlungsvereinbarungen/Patientenverfügungen/Krisenpässen
- Zusammenarbeit mit Beschwerdestellen

Die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen im stationären Setting hängt stark vom Milieu, Kommunikationsstil und der Mitarbeiterkompetenz ab. Neben der Beziehungsgestaltung und der Begegnung auf Augenhöhe spielen intensive Betreuung („being-with“), ruhige und ausreichend stimulierende Milieubedingungen, offene Türen (und offene Atmosphäre) sowie kleine Behandlungseinheiten, wie z.B. in Soteria-Konzepten (http://www.soteria.ch/set_Konzepte.html) eine entscheidende Rolle.

Anzustrebende weitere Bausteine einer institutionellen Anti-Gewalt-Kultur sollten sein:

- Systematische Reflexion des Kommunikationsstils in der Einrichtung
- Systematische Reflexion nach Eskalationen
- Systematische Auswertungen von Zwangsmaßnahmen
- Verbales Deeskalations- und Konfliktlösungstraining
- Unterstützende Mitarbeiterführung
- Ethikberatung
- Beschwerdemanagement
- Kontinuierliche Reflexion des Stationsmilieus
- Einbezug von Psychiatrieerfahrenen z.B. Ex-In/Genesungsbegleitern
- Einbezug des Patientenfürsprechers
- Angebot von Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe
- Berücksichtigung von Vorausverfügungen des Patienten
- Überlegte, nicht entwürdigende oder verharmlosende Sprache (beispielsweise sollte auf Formulierungen wie „gut führbar“ oder „beschützt“ statt „geschlossen“ verzichtet werden)

5. DIAGNOSTIK

Die Diagnostik von aggressiven Tendenzen bzw. aggressivem Verhalten dient der Risikoeinschätzung und damit der Prävention und Gefahrenabwehr und hat deshalb einen hohen Stellenwert.

Unerlässlich ist besonders bei stationärer Aufnahme oder sonstigem Erstkontakt, aber auch im weiteren Behandlungsverlauf, die eigen- und fremdanamnestiche Sammlung von möglichst vielen Informationen

- über bestehende Erkrankungen und ihre bisherigen akuten Krankheitsphasen, (frühere) aggressive Äußerungen und Handlungen und deren Kontext, frühere Zwangsbehandlungen oder Zwangsmaßnahmen, forensische Unterbringungen oder Vorstrafen wegen Gewaltdelikten,
- vom Patienten, von Polizei und Ordnungsamt, Angehörigen, Betreuern, von länger tätigen Kollegen, aus alten Akten/Entlassberichten, Polizeiberichten.

Die psychiatrische Untersuchung gibt Hinweise auf Symptome bzw. Störungen, die zu aggressivem Verhalten prädisponieren: „Aggressives Verhalten im psychiatrischen Kontext geht in der Regel mit einem Erregungszustand einher, der durch gesteigerte motorische und vegetative Erregung, intensive Emotionen von Wut und Ärger und entsprechende verbale und psychomotorische Äußerungen gekennzeichnet ist.“

Aggressives Verhalten ohne derartige psychopathologische Merkmale ist dagegen zumeist instrumenteller Art und typischerweise im Kontext kriminellen Handelns anzutreffen. Mögliche Ursachen mit aggressivem Verhalten einhergehender psychomotorischer Erregungszustände können nahezu alle Arten psychischer Störungen sein, aber auch primär körperliche Erkrankungen.“ (DGPPN 2009)

Als hilfreich für die Ergänzung und Unterstützung der erfahrungsgelernten pflegerischen und ärztlichen Einschätzung eines Gewalttrisikos hat sich die Gewalt-Checkliste von Brøset (BVC) (Almvik u. Woods 1999, Bjorkdahl et al. 2006 Abderhalden et al. 2006 und <http://www.needham-abderhalden.ch/BVC-Huber.pdf>) erwiesen.

6. THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

6.1 DEESKALATION

Das Ziel deeskalierender Maßnahmen ist die Vermeidung aggressiver Auseinandersetzungen zwischen Patienten und Klinikmitarbeitern bzw. von Patienten untereinander. Daneben sollen Patienten vor Selbstschädigungen geschützt werden.

Eskalierende Konflikte lassen sich vermeiden, wenn Klinikleitung und Mitarbeiterteam für eine Stationsatmosphäre sorgen, die den individuellen Bedürfnissen, Sorgen und Ängsten der Patienten soweit wie vertretbar gerecht wird. Verständnissvolle Zuwendung, Höflichkeit und Respekt, ruhige Erklärung statt Anordnung, funktionale Strukturierung ohne Rigidität sowie die weitgehende Akzeptanz der Patientenautonomie sind zentrale Merkmale eines konfliktvermeidenden Stationsmilieus.

Wo es der jeweilige Versorgungsrahmen erlaubt, sollte die stationäre Behandlung mit offener Tür durchgeführt werden. Regelmäßige Überbelegungen von Akutstationen sind nach Möglichkeit zu vermeiden, um Reizüberflutungen und der Häufung interpersoneller Spannungen entgegenzuwirken.

Alle Mitarbeiter, die mit psychiatrischen Patienten arbeiten, sind über Ursachen und Formen fremdaggressiven und selbstschädigenden Verhaltens zu schulen. Sie sollen mit Deeskalationstechniken vertraut gemacht und in der Anwendung effektiver, aber auch schonender Abwehrtechniken unterrichtet werden. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass verbale bzw. non-verbale Deeskalationstechniken *parallel* zur Methodik des gezielten Einsatzes physischer Zwangsmaßnahmen vermittelt werden. Das soll bei den Mitarbeitern zu einer Haltung beitragen, zu der ein Sicherheitsgefühl gehört und Selbstvertrauen im Umgang mit unterschiedlichen Interventionsmöglichkeiten, aber insbesondere auch das Bewusstsein für die Verhältnismäßigkeit der eingesetzten Mittel.

Abhängig vom individuellen Bedarf sollten Mitarbeiter auch an Kursen zum Stressmanagement teilnehmen können.

Im Fall eskalierender Konflikte dienen deeskalierende Maßnahmen zunächst dazu, dass der unmittelbar beteiligte Mitarbeiter Zeit gewinnt, um selbst verschiedene weiterführende Optionen mit größerer Ruhe reflektieren zu können oder um sich mit anderen Mitarbeitern zu verständigen.

Exemplarisch seien folgende Möglichkeiten genannt:

- Entlassung des Patienten aus der Klinik, soweit sie verantwortbar ist.
- Berücksichtigung von Voraussetzungen zur Minderung möglicher Ohnmachtsgefühle.
- Verbale Deeskalation: Zuhören, Interesse und Verständnis für die Situation des Patienten signalisieren, „talking down“.
- Anbieten von Gesprächen mit anderen (z. B. Angehörigen, Chefarzt, Freunden, Oberarzt, Patientenfürsprecher, Seelsorger oder anderen Vertrauenspersonen).
- Verbale Grenzsetzung (ruhig-bestimmte, eindeutige Benennung von Verhalten, das unerwünscht ist und nicht geduldet werden kann).
- Anbieten eines Getränks, von Essen oder einer Süßigkeit, einer Zigarette; gemeinsam einen Kaffee trinken, eine Zigarette rauchen.
- Anbieten von Medikamenten.
- Anbieten eines „time out“ im eigenen Zimmer, im Garten, in der Klinikkapelle; eventuell Angebot der Verlegung auf eine andere Station.
- Anbieten eines warmen Bads.
- Anbieten einer ablenkenden Aktivität auf Station oder im Klinikgelände.
- Anbieten von Bewegung (Tischtennis, Ergometer, Laufen o. ä.).

Gerade bei Konflikten, die zu eskalieren drohen, ist es wichtig, die Bedürfnisse der Patienten ernst zu nehmen und zu prüfen, ob und in welchem Umfang ihren Wünschen und Forderungen nachgekommen werden kann – auch wenn es um ganz ungewöhnliche geht. Ein zu striktes Beharren auf gültigen Regeln oder auf dem, was der Mitarbeiter selbst für „normal“ hält, kann die Eskalation fördern.

Eine Einzelbetreuung über längere Zeit mit ständiger Begleitung des Patienten kann seinem Wunsch nach Kontakt und Zuwendung entgegenkommen, aber auch Gefahren abwenden und muss als Alternative zur Anwendung einer Zwangsmaßnahme in Betracht gezogen werden.

Wenn andere Deeskalationsbemühungen nicht mehr fruchten, kann das bestimmte Auftreten einer größeren Zahl von Klinikmitarbeitern zur Entspannung beitragen, in Einzelfällen auch die Präsenz von Polizeibeamten.

Stets sollte die Deeskalation dem Prinzip der möglichst schonenden Gefahrenabwehr folgen.

6.2 MEDIKAMENTÖSE INTERVENTION

Zu den deeskalierenden Maßnahmen gehört häufig auch die Verordnung von Medikamenten, die sedierend, angstlösend oder antipsychotisch wirken. Wenn möglich sollte primär versucht werden, einen aggressiven oder erregten Patienten zur freiwilligen Akzeptanz eines beruhigenden Psychopharmakons zu bewegen.

Die *Zwangsbehandlung* mit Psychopharmaka setzt voraus, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung und aggressivem oder selbstschädigendem Verhalten besteht. Beispielhaft sei der psychomotorische Erregungszustand des psychotisch Kranken genannt.

Die Entscheidung zur Zwangsmedikation setzt damit stets eine *ärztliche therapeutische Indikationsstellung* voraus. Die Verabreichung von psychotropen Medikamenten aus reinen Sicherheitserwägungen ist dagegen nicht zulässig.

Medikamentöse Zwangsbehandlungen dürfen nur durchgeführt werden, wenn eine entsprechende rechtliche Grundlage besteht. In Rheinland-Pfalz erfolgen diese Maßnahmen nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen vom 17.11.1995 (PsychKG) oder nach dem bundeseinheitlichen Betreuungsrecht (BetrG).

Liegt eine gültige, die Behandlung untersagende Patientenverfügung vor, ist dieser zu folgen.

(Zwangsmaßnahmen bei strafrechtlich Untergebrachten sind nicht Gegenstand dieser Leitlinien.)

Liegt weder eine gerichtliche Entscheidung nach dem PsychKG noch nach dem BetrG vor, kommt ausnahmsweise eine Zwangsmedikation auch dann in Betracht, wenn ein „rechtfertigender Notstand“ im Sinne des § 34 StGB vorliegt (Eine Tat – in diesem Fall eine als Körperverletzung zu wertende Zwangsbehandlung – ist dann nicht rechtswidrig, „wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“)

Anschließend ist unverzüglich eine Rechtsgrundlage für die Maßnahme nach PsychKG oder BetrG herbeizuführen.

Das primäre Ziel einer medikamentösen Zwangsbehandlung ist es, hochgradige Angst zu mildern, eine aggressive Spannung aufzulösen oder z. B. die Handlungsfähigkeit eines Suizidgefährdeten zeitweilig so einzuschränken, dass er seine selbstschädigenden Verhaltensantriebe nicht umsetzen kann. Eine längerfristige Zwangsmedikation zielt dagegen vorrangig auf die Remission oder Linderung der jeweiligen Krankheit (z. B. die Behandlung eines paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei einer akuten schizophrenen Episode).

Nach der gegenwärtigen Rechtslage ist die medikamentöse Zwangsbehandlung, außer in Notfällen, dann statthaft, wenn sie den krankheitsbedingt Einsichts- und Einwilligungsunfähigen in die Lage versetzen kann, die Voraussetzungen für die Ausübung freier Selbstbestimmung zu schaffen oder wieder herzustellen, um die Beendigung der Unterbringung zu ermöglichen.

Medikamentöse Empfehlungen für einige Notfallsituationen, in denen Zwangsmedikation erforderlich ist:

Bei *psychotischen Erregungszuständen* ist die i. m.-Applikation von Haloperidol (2 – 10 mg), eventuell in Verbindung mit der parenteralen Gabe von Lorazepam (i. v. nicht mehr als 2 mg pro Minute, maximal 10 mg/Tag) oder Promethazin (z. B. anfangs 25 mg i. m. oder i. v., Wiederholung nach zwei Stunden) zu empfehlen. Auch die Gabe von Olanzapin (10 mg i. m.), Aripiprazol (9,75 mg i. m.) oder Ziprasidon (10 –20 mg i. m.) ist möglich. Weiter kommt u.a. die i. m.-Injektion des Kurzzeit-Depotpräparats Zuclophentixolacetat (50 – 150 mg alle zwei bis drei Tage) in Betracht.

Unruhe und Aggressivität bei Alkoholintoxikationen können durch die i. m.-Gabe von Haloperidol (2 – 10 mg) kupiert werden, während bei *Intoxikationen durch*

zentral stimulierende Substanzen (z. B. *Amphetamine* oder *Kokain*) die parenterale Gabe von Lorazepam (2 mg i. v.) oder Diazepam (z. B. 10 mg i. m. oder i. v.) zu empfehlen ist. Bei intravenöser Gabe sollen Benzodiazepine stets langsam injiziert werden, unter Beachtung einer möglichen Atemdepression.

Bei *Agitation* oder *Aggressivität Demenzkranker* ist die vorsichtige Gabe von konventionellen oder atypischen Antipsychotika ratsam (z. B. Risperidon (0,25 – 1 mg/Tag), Haloperidol (0,5 – 2 mg/Tag), Melperon (25 – 200 mg/Tag) oder Pipamperon (60 – 120 mg/Tag)). Dabei muss berücksichtigt werden, dass bei älteren Patienten mit Demenz, vornehmlich den über 80-Jährigen, für alle Antipsychotika ein erhöhtes Risiko für zerebrovaskuläre und kardiale Ereignisse besteht. Von den genannten Pharmaka ist Risperidon der Vorzug zu geben, zumal es bislang als einziges Pharmakon die Zulassung für diese Indikation hat.

Bei *akuter Suizidalität* ist grundsätzlich die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie indiziert. Der Einsatz von Medikamenten richtet sich nach der Grunderkrankung. Häufig empfiehlt sich die alleinige oder additive (zusätzlich zu Antipsychotika oder Antidepressiva) Gabe von Benzodiazepinen (z. B. Lorazepam, 2 – 4 mg/Tag).

In jedem Fall einer medikamentösen Zwangsbehandlung ist die engmaschige Überwachung der Vitalwerte notwendig, besonders wenn der betreffende Patient im Rahmen der Notfallbehandlung fixiert werden musste. Im Übrigen gelten die weiter unten dargestellten Durchführungsstandards für die Intensivbetreuung.

6.3 ZWANGSMASSNAHMEN

6.3.1 Verschiedene Formen von Zwangsmaßnahmen

Als Zwangsmaßnahme anzusehen ist jede Anwendung unmittelbaren Zwangs, soweit sie im Sinne von und nach den Regeln von § 19 PsychKG geschieht.

Weiterhin verstehen wir als Zwangsmaßnahmen im Einzelnen die unter § 17 (2) PsychKG 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 (auch: Isolierung),
4. die Fixierung.

6.3.2 Durchführungsstandards von Zwangsmaßnahmen

Prinzipien der Durchführung:

Die Standards für die Anordnung, Durchführung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen orientieren sich an den nachfolgenden Prinzipien:

- Menschenwürdige Gestaltung.

- Unter medizinischen, therapeutischen und Gesichtspunkten der Sicherheit für alle Beteiligten fachlich qualifizierte Durchführung.
- Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen.

Anordnung und Überprüfung der Zwangsmaßnahmen:

Wie alle anderen Behandlungsmaßnahmen bedürfen Zwangsmaßnahmen zwingend der ärztlichen Anordnung. Der anordnende Arzt soll sich an der Durchführung einer Zwangsmaßnahme selbst beteiligen. Im Notfall können und müssen Zwangsmaßnahmen — außer der Zwangsmedikation — von pflegerischen Mitarbeitern auch ohne vorherige Anordnung sofort durchgeführt werden; anschließend muss jedoch unverzüglich ein Arzt verständigt werden, der vor Ort die Notwendigkeit der Maßnahme zu überprüfen und zu dokumentieren hat.

Die Dauer der Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen muss vom zuständigen Arzt vor Ort regelmäßig und engmaschig überprüft werden: Anordnungen über Isolierungen und Fixierungen müssen im Zeitraum zwischen 8 und 20 Uhr mindestens zweimal, zwischen 20 und 8 Uhr mindestens einmal überprüft werden; Anordnungen über alle anderen Zwangsmaßnahmen mindestens einmal täglich.

Intensivbetreuung der von Zwangsmaßnahmen Betroffenen:

Isolierte und fixierte Patienten müssen durchsucht, gefährliche Gegenstände müssen aus ihrer Erreichbarkeit entfernt werden (Feuerzeug, Messer etc.). *Isolierte und fixierte Patienten müssen, in diesen schwierigen Ausnahmesituationen, intensiv betreut werden, mindestens in ständigem Blick- und Hörkontakt zu den Pflegemitarbeitern. Dieser Kontakt ist alle 15 Minuten zu dokumentieren.* Diese Intensivbetreuung darf nicht als reine Überwachungsmaßnahme betrachtet werden, sondern bietet ein hohes therapeutisches Potential. Sie hat immer auch das Ziel, eine therapeutische Beziehung aufzubauen bzw. aufrechtzuerhalten. Die Intensivbetreuung beschreibt einen Rahmen, in dem verschiedene, individuelle und situationsangepasste Maßnahmen stattfinden. Diese Maßnahmen sind Aufgabe der psychiatrischen Pflege und erfordern gut ausgebildetes Fachpersonal. Über ihre Ausgestaltung entscheiden Pflege und Ärzte gemeinsam. Bei der Intensivbetreuung sind, unter Gewährleistung des ständigen Blick- und Hörkontaktes, folgende Abstufungen möglich:

1. **Konstante Einzelbetreuung:**
→ Kontinuierlicher persönlicher Kontakt im selben Raum
2. **Periodische Kontaktaufnahme:**
→ Periodische aktive und unmittelbare Kontaktaufnahme zum Patienten
3. **Indirekte Betreuung:**
→ wenn der direkte Kontakt vom Patienten abgelehnt wird oder kontraindiziert ist (z. B. durch ein Sichtfenster)

Die Anordnung, Durchführung und Überwachung von Zwangsmaßnahmen werden ausführlich, in der Regel mittels spezieller Dokumentationsinstrumente, dokumentiert.

Die persönliche Würde, die Intimsphäre und die Bequemlichkeit von isolierten und fixierten Patienten sind zu achten und zu schützen.

Vor und während einer Zwangsmaßnahme muss der Patient über Grund, Art und Dauer der Maßnahme informiert werden. Fixierten und isolierten Patienten soll der Kontakt zu Mitpatienten und Besuchern ermöglicht, sie müssen aber in hilfloser Lage vor Übergriffen Dritter geschützt werden. Soweit hilfreich und vom Patienten gewünscht soll ihm während der Dauer der Zwangsmaßnahme der Kontakt mit Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen ermöglicht werden.

Nach Durchführung einer Zwangsmaßnahme muss diese mit dem Patienten besprochen werden, sobald er dazu in der Lage ist. Teil dieser Nachbesprechung sollte die Überlegung sein, wie künftig in vergleichbaren Situationen verfahren werden soll. Ein solches Gespräch kann in den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung einmünden.

6.3.3 Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen sind für alle Beteiligten eine große Belastung. Sie müssen zeitnah und in angemessenem Rahmen nachbesprochen und evaluiert werden.

Mitarbeiterbezogen

Die eigene kritische Reflexion des Behandlungsteams bzgl. einer angemessenen würdevollen Vorgehensweise in der Krise oder Zwangssituation sollte möglichst zeitnah unter Beteiligung aller an der Situation beteiligten Mitarbeiter erfolgen. Im Bedarfsfall sollte den Mitarbeitern anderer Teams, die im Notfall hinzugezogen wurden, ebenfalls diese Möglichkeit eingeräumt werden.

Fragen zur Aufarbeitung des Geschehens und zur Qualitätssicherung sind beispielsweise:

- Wie kam die Situation zustande? Kann der Auslöser für die Situation nachvollzogen werden?
- Konnten vorher Alternativen abgesprochen und angewendet werden?
- Wie war die Verständigung der Mitarbeiter untereinander?
- Wie kam es zur Entscheidung, eine Zwangsmaßnahme anzuwenden?
- Wie lief die Zwangsmaßnahme ab?
- Wurden Mitarbeiter bei der Maßnahme verletzt?
- Müssen weitere Maßnahmen für Patienten und Mitarbeiter getroffen werden?
- Ist das Ereignis hinreichend dokumentiert?

Patientenbezogen

Jeder Patient soll nach einer Zwangsmaßnahme zeitnah die Möglichkeit einer Nachbesprechung mit beteiligten Mitarbeitern erhalten, sobald dies sein Gesundheitszustand zulässt.

Wichtig ist es, bei der Nachbesprechung dem Betroffenen Empathie und Verständnis entgegenzubringen, wichtige Fragen können sein:

- Wie erinnert der Betroffene die Ereignisse? Wie erinnern die beteiligten Mitarbeiter die Ereignisse? Ist über unterschiedliche Sichtweisen eine Verständigung möglich?
- Wie hat der Betroffene die Zwangsmaßnahme empfunden?
- Wie war der Kontakt zu den Mitarbeitern während der Maßnahme?
- Wie empfand der Betroffene die Einschränkungen während der Maßnahme?
- Kann/Soll aus dieser Erfahrung, für den Fall einer erneuten Krisensituation, eine Behandlungsvereinbarung mit dem Betroffenen erarbeitet werden?
- Die Nachbesprechung ist zu dokumentieren.

7. FORT- UND WEITERBILDUNG

Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten, sind in besonderer Weise gefordert, sich mit der Entstehung und Vermeidung von Gewalt und Aggression auseinander zu setzen, um psychische und physische Beeinträchtigungen von sich und den Patienten abzuwenden.

In psychiatrischen Kliniken stellen Patientenübergrieffe das größte arbeitsplatzbezogene Risiko dar. Dennoch findet das Thema „Umgang mit aggressivem Verhalten“ weder in der Facharztweiterbildung noch in der psychiatrischen Fachpflegeweiterbildung ausreichend Berücksichtigung. Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen zu einem möglichst optimalen Risikomanagement durch spezielle Schulungs- und Trainingsprogramme zu befähigen.

Hierzu dienen professionelle Deeskalationstrainingsprogramme, die in vielen Kliniken mittlerweile gut etabliert sind und folgende Aspekte berücksichtigen:

- Verhinderung der Entstehung von aggressiven Verhaltensweisen von Patienten (Prävention)
- Vermeidung von Eskalation durch eine professionelle Grundhaltung und durch Gesprächstechniken
- Verhinderung von Verletzungen von Mitarbeitern und Patienten durch patientenschonende Abwehrtechniken und verletzungsvermeidende Fixierungstechniken (Gefahrenabwehr)

Deeskalation ist die zentrale Aufgabe des multiprofessionellen Teams in Krisensituationen. Insofern ist es von großer Bedeutung, dass das Training berufsgruppenübergreifend durchgeführt und in regelmäßigen Abständen wiederholt wird.

Die Trainingsmaßnahmen sollen an die Erfordernisse der zu behandelnden Patientengruppe angepasst werden und aus einer Kombination von verbalen deeskalierenden Techniken mit körperlichen Abwehrtechniken bestehen (DGPPN 2010).

Evaluationsstudien konnten positive Effekte belegen im Hinblick auf aggressionsrelevantes Wissen, Selbstsicherheit der Mitarbeiter in Krisensituationen sowie Handlungskompetenz, aggressive Situationen zu beherrschen.

8. METHODIK

Die Arbeitskreise der Chefärzte und der Leitenden Pflegepersonen der Psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz beauftragten Brigitte Anderl-Doliwa, Jörg Breitmaier, Sylvia Claus, Stefan Elsner und Birgitt Kuntz-Sommer als Redaktionsgruppe mit der Erarbeitung des Entwurfs einer Neufassung der Leitlinie.

Die Redaktionsgruppe diskutierte ihren Entwurf mit dem Psychiatrie-Referat des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz (Dr. Julia Kuschnerer und Bernd Mikis Hornberger) und legte ihn mit der Bitte um Kommentierung dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz e.V. und dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e.V. vor. Die Beiträge beider Verbände wurden bei der Endfassung des Entwurfs intensiv diskutiert und teilweise berücksichtigt.

Am 28.05.2014 und am 08.09.2014 verabschiedeten die beiden Arbeitskreise die Leitlinien.

Die Leitlinie wird dem Landes-Psychiatrie-Beirat zur Kenntnisnahme und Diskussion vorgelegt werden.

9. LITERATUR

Abderhalden, C., Hahn, S., Bonner, Y. & Galeazzi, G. (2006) Users' Perceptions and Views on Violence and Coercion in Mental health. In Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management (Richter, D. and Whittington, R. eds.) Springer, New York, pp. 69-87.

Abderhalden, C, Needham, I, Dassen, T, Halfens, R, Haug, HJ, Fischer, JE. (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 193(1):44-50.

Aderhold, V., Stastny, P., Lehmann, P. (2007): Soteria – Eine alternative psychosoziale Re-formbewegung. In: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin / Eugene, Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 150-165 (E-Book 2014).

Almvik, R, Woods P, Rasmussen K (2000) The Broset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 15(12):1284-1296.

Ashcraft & Anthony (2008). Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. *Psych Services*, 59 (10), 1198-1202.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010). *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038022_S2_Therapeutische_Massnahmen_bei_aggressivem_Verhalten_in_der_Psychiatrie_und_Psychotherapie_lang_08-2009_08-2014.pdf [Stand:19.03.2012].

Benkert, O., Hippus, H.: *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. Springer, 9. Auflage (2013)

Bowers, L., Gournay, K., & Duffy, D. (2000) Suicide and self-harm in inpatient psychiatric units: a national survey of observation policies. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, no. 2, pp. 437-444.

Bredthauer, D., et al., Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005. 38(1): p. 10-18.

Cleary, M., Horsfall, J., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. (1999) Suicidal patients and special observation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 6, pp. 461-467.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): *S2 Praxisleitlinien in der Psychiatrie und Psychotherapie. Band 2 Behandlungsleitlinie therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer (2010)

D'Orio, BM.; Purselle, D.; Stevens, D. & Garlow, SJ. (2004). Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 55 (5), 581-583.

Duffy, D. (1995) Out of the shadows; a study of the special observatin of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, pp. 944-950.

Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT): CPT-Standards. Europarat, Revision 2010

Evans, D., J. Wood, and L. Lambert, (2003) *Patient injury and physical restraint devices: a systematic review.* Journal of Advanced Nursing 41(3): p. 274-282.

Hamers, J.P.H. and A.R. Huizing, Why do we use physical restraints in the elderly? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2005. 38(1): p. 19-25.

Hemkendreis, B. (2011) Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum, in Psych Pflege Heute, 130-132. 3/2011.

Hemkendreis, B., Finklenburg, U., Vernetzung der ambulanten psychiatrischen Pflege mit Psychiatrischen Kliniken (2011). In: „Psychiatrische Pflege vernetzt“ mit Betroffenen und Angehörigen, im Versorgungssystem, in Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. S. Hahn, Chr. Abderhalden, I. Needham, H. Stefan, M. Schulz, S. Schoppmann (Hrsg.) Verlag Abt. Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Bern.

Hoffmann-Richter, U. (2004). »Dirty work«? – Vorbemerkung. In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang (S.5-6). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (2011). Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. Gesundheitswesen, 73, 105-111.

Klemperer, D. (2003): Arzt-Patient-Beziehung: Entscheidungen über Therapie muss gemeinsam getroffen werden. Dt. Ärzteblatt 2003; 100: A 753-755 (Heft 12).

Klinitz, H, Uhlemann, H, Fahndrich E (1998) [Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for restraint in a general psychiatric department. A prospective study]. Psychiatrische Praxis 25(5):235-239.

Kruckenberg, P. (2009) Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung durch ein neues Entgeltssystem, in Psychosoziale Umschau 042009, Psychiatrie Verlag, Bonn.

Lehmann, P. (2013): „Alternativen zur psychiatrischen Behandlung – Was Psychiatriebetroffene, Angehörige und Profis brauchen“, in: praxis wissen psychosozial – Zeitschrift für psychosoziale Pflege, Heft 13, S. 6-9

<http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/lehmann-alternativen.pdf> –
Literaturverzeichnis - <http://www.peter-lehmann.de/document/alternativen2013.htm>

Marangos-Frost, S, Wells D (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. Journal of Advanced Nursing 31(2):362-369.

Martin, V., Bernhardsgrutter, R., Gobel, R. & Steinert, T. (2007). Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung [The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland]. Psychiatr Prax, 34 Suppl 2, S212-217.

Meise, U. & Frajo-Apor, B. (2011). Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie [The "subjective aspects" of restraint and violence in psychiatry]. Psychiatr Prax, 38(4), 161-162.

Melchinger, H. (2008) Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozial-psychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Kranken-

[LEITLINIE für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie \(08.09.2014\)](#)

versicherung -Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Medizinische Hochschule Hannover.

Morrison, P. (1990) A multidimensional scalogram analysis of the use of seclusion in acute psychiatric settings. *Journal of Advanced Nursing* 15(1):59-66.

National Institute für Health and Care Excellence (NICE): Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings und emergency departments. *Clinical guidelines CG25* (2005)

Nienaber, A. (2012, unveröffentlicht) Die freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen der Isolierung und der Fixierung in der stationären psychiatrischen Versorgung in Großbritannien und Deutschland - ein Vergleich.

Ray NK, Myers KJ, Rappaport ME (1996) Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: A survey of New York State psychiatric facilities. *Psychiatric rehabilitation journal* 20(1):11-18.

Richter, D. (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg, Lambertus

Richter, D. (2004). Trainingsmaßnahmen zur Gewaltprävention und zur Anwendung physischer Interventionen. In: In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.127-137). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Romberg, S. (2011) Steigende Zahlen und eklatante regionale Unterschiede. FDP MedienINFO 2242011

Rupp, M. & Rauwald, C. (2004). Von der Aggressivität zur Eskalation – Klärung einiger Grundbegriffe. In: In: Ketelsen, R.; Schulz, M. & Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.12-26). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Salze, HJ., Spengler A., Dressing, H. (2007) Zwangseinweisung psychisch Kranker - wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern?. *Psychiatr Prax.* 34 Suppl 2:S196-202.

Schulz, M., Zechert, C. (2004). Weniger Zwang durch mehr Fachlichkeit. In: In: Ketelsen, R.; Schulz, M., Zechert, C. (Hrsg.). *Seelische Krise und Aggressivität – Der Umgang mit Deeskalation und Zwang* (S.148-154). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Soteria Bern, Konzept http://www.soteria.ch/set_Konzepte.html

Steinert T. Gebhardt RP (2000) Erfolge Zwangsmaßnahmen willkürlich? *Psychiatrische Praxis* 27(6):282-285.

Steinert, T. (2004) Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: Ketelsen, R.; Schulz, M.; Zechert, Chr. (2004): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.* 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Steinert T. (2011) Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? *Psychiat Prax* 38: 348-351

Steinert, T. & Bergk, J. (2008). [Aggressive and violent behaviour. Diagnosis, prevention, and treatment]. *Nervenarzt*, 79(3), 359-368; quiz 369-370.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrutter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W. et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(9), 889-897.

Stewart D., Bilgin H., Bowers L. (2010) Special observation in psychiatric hospitals: a literature review Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Section of Mental Health Nursing, Institute of Psychiatry. http://www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/l_436_LitRevSpecObs.pdf

Vrijlandt, A.J. (1998): Zwangsmaßnahmen im europäischen Vergleich. In: Kebel, J.; Pörksen, N. (Hg) *Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie*. Köln, S. 49-57

Wagner, Franz-Josef (2014); Behandlungsvereinbarung aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen. <http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Behandlungsvereinbarung.pdf>

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2013): Stellungnahme zu Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Dt. Ärztebl.*, 110, A 1334-1338 (Heft 26).

Zinkler, M. (2013): Offener Brief zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht. In *Psychosoziale Umschau* Ausgabe 01/2013. Aktion Psychisch Kranke, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.) (Hg). Bonn: Psychiatrie Verlag.

10. AUSZÜGE AUS BEDEUTSAMEN GESETZEN

I. Landesgesetz für psychisch kranke Personen vom 17.11.1995, Stand vom 27.05.2014 (PsychKG)

§17 Rechtsstellung der untergebrachten Person, besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Die untergebrachte Person unterliegt nur den in diesem Gesetz vorgesehenen Beschränkungen. Ihr dürfen nur solche Beschränkungen auferlegt werden, die im Hinblick auf den Zweck der Unterbringung oder zur Aufrechterhaltung der Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung unerlässlich sind.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur zulässig, wenn die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, dass die untergebrachte Person sich selbst tötet oder ernsthaft verletzt, gewalttätig gegen eine andere Person oder gegen Sachen wird oder die Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen will und wenn dieser Gefahr nicht anders begegnet werden kann.

Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. Die Wegnahme oder das Vorenthalten von Gegenständen,
2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
3. die Absonderung in einem besonderen Raum,
4. die Fixierung.

(3) Jede besondere Sicherungsmaßnahme ist befristet anzuordnen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind aktenkundig zu machen. Eine mehr als einen Tag dauernde Absonderung in einem besonderen Raum bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Zustimmung darf für jeweils höchstens eine Woche erteilt werden. Bei der Fixierung ist eine ständige Beobachtung zu gewährleisten.

§ 20 Behandlung

(1) Die untergebrachte Person hat Anspruch auf die notwendige Behandlung; sie ist bei der Aufnahme in die Einrichtung zur Feststellung der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen durch einen Arzt für Psychiatrie oder für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu untersuchen. Soweit erforderlich, schließt die Behandlung sonstige Untersuchungen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutische, heilpädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen ein. Die Behandlung der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat (Anlasserkrankung), erfolgt nach einem Behandlungsplan. Den Wünschen der untergebrachten Person soll im Rahmen der Behandlung soweit wie möglich Rechnung getragen werden.

(2) Der Behandlungsplan und die Behandlung sind der untergebrachten Person zu erläutern. Ist sie in der Lage, den Grund, die Art, den Umfang und die Tragweite der Behandlung einzusehen, so soll die Erläuterung darauf gerichtet sein, ihre Zustimmung zur Behandlung zu erreichen. Der Person, der die gesetzliche

Vertretung obliegt, ist Gelegenheit zu geben, im Rahmen ihres Aufgabenbereichs an der Erläuterung teilzunehmen.

(3) Sowohl die Behandlung der Anlasserkrankung als auch die Behandlung einer sonstigen Erkrankung bedürfen der Einwilligung der untergebrachten Person; eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die im einwilligungsfähigen Zustand erklärte oder die als natürlicher Wille geäußerte Ablehnung der Behandlung sowie eine wirksame Patientenverfügung (§ 1901a Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) sind zu beachten. Die Bestimmungen der Absätze 4 bis 7 bleiben unberührt.

(4) Eine Behandlung der Anlasserkrankung ist ohne Einwilligung der untergebrachten Person und erforderlichenfalls auch gegen ihren natürlichen Willen unter Anwendung von Zwang zulässig, wenn

1. sie aufgrund der Anlasserkrankung zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und zu einer darauf gründenden Entscheidung über die Einwilligung in die Behandlung nicht fähig ist,
2. die Behandlung ausschließlich zum Ziel hat, die tatsächlichen Voraussetzungen der Ausübung freier Selbstbestimmung der untergebrachten Person zu schaffen oder wiederherzustellen, um die Beendigung der Unterbringung zu ermöglichen und
3. der Einrichtung keine wirksame, die Behandlung untersagende Patientenverfügung der untergebrachten Person vorliegt.

(5) Eine nach Absatz 4 zulässige Behandlung der Anlasserkrankung darf nur unter Einhaltung der folgenden Maßgaben durchgeführt werden:

1. Die Behandlung darf nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn weniger eingreifende Behandlungen nicht vorgenommen werden können oder sich als aussichtslos erwiesen haben.
2. Ein ausführliches ärztliches Aufklärungsgespräch, in dem die vorgesehene Behandlung, deren Erforderlichkeit und mögliche damit verbundene Risiken in einer den Verständnismöglichkeiten der untergebrachten Person entsprechenden Weise erläutert wurden, ist erfolgt. Dabei ist der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von Druck unternommene Versuch, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zur Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben.
3. Die vorgesehene Behandlung muss Erfolg versprechend sein; ihr Nutzen muss deutlich feststellbar die mit ihr einhergehenden Belastungen überwiegen.
4. Die Anordnung hat durch einen Arzt zu erfolgen, der auch die Art und die Intensität der ärztlichen und pflegerischen Überwachung festlegt und die Durchführung der angeordneten Behandlung kontrolliert.
5. Die anzuwendenden Behandlungsmaßnahmen sind hinsichtlich ihrer Art festzulegen und hinsichtlich ihrer Dauer zeitlich zu begrenzen. Eine vorgesehene Medikation und die durchzuführenden Kontrollen sind genau zu bestimmen.
6. Die beabsichtigte Vornahme der Behandlung ist der untergebrachten Person so rechtzeitig schriftlich anzukündigen, dass ihr die Möglichkeit bleibt, dagegen gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch

zu nehmen; sie ist über die bestehenden Rechtsschutzmöglichkeiten zu informieren. Vor der Durchführung der Behandlung hat die

Einrichtung bei einer volljährigen untergebrachten Person die Genehmigung des Betreuungsgerichts, bei einer minderjährigen untergebrachten Person die Einwilligung der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, einzuholen.

7. Die Behandlung ist unter Angabe ihrer maßgeblichen Gründe, der Art und Weise der Durchführung, der vorgenommenen Kontrollen und der Überwachung ihrer Wirkung ausführlich zu dokumentieren.

(6) In Notfällen darf eine Behandlung der Anlasserkrankung oder einer sonstigen Erkrankung ohne Einwilligung der untergebrachten Person und erforderlichenfalls auch gegen ihren natürlichen Willen unter Anwendung von Zwang durchgeführt werden, wenn

1. die untergebrachte Person zur Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit und zu einer darauf gründenden Entscheidung über die Einwilligung in die Behandlung nicht fähig ist und die Behandlung dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit der untergebrachten Person abzuwenden und der Einrichtung keine wirksame, die Behandlung untersagende Patientenverfügung der untergebrachten Person vorliegt oder
2. Die Maßnahme dazu dient, eine Lebensgefahr oder eine gegenwärtige schwerwiegende Gefahr für die Gesundheit einer anderen Person abzuwenden.

Absatz 5 Nr. 1, 3 bis 5 und 7 gilt entsprechend; ist ein Arzt nicht rechtzeitig erreichbar, so ist die Leistung Erster Hilfe durch andere Personen auch ohne ärztliche Anordnung zulässig, wenn mit einem Aufschub eine Lebensgefahr für die untergebrachte Person verbunden wäre.

(7) Die Einrichtung soll der untergebrachten Person nahestehende oder andere für ihre Behandlung als förderlich anzusehende Bezugspersonen über eine ohne Einwilligung der untergebrachten Person erfolgende Durchführung von Behandlungsmaßnahmen unterrichten und ihnen die Möglichkeit der persönlichen Kontaktaufnahme zu der untergebrachten Person geben, soweit nicht überwiegende schutzwürdige Interessen der untergebrachten Person oder erhebliche Gesundheits- oder Sicherheitsbedenken dem entgegenstehen.

II. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002, zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 5 des Gesetzes vom 01.10.2013

§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszu-

stands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in einer in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

§ 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund 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 Gesundheitszustand, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund 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 Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(3) Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn

1. der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
2. zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

III. Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) vom 17.12.2008, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 20.06.2014

Das Gesetz regelt in seinen §§ 271 bis 311 Verfahrensfragen in Betreuungssachen, in den §§ 312 bis 339 in Unterbringungssachen.