



**Zwangsmaßnahmen
in der psychiatrischen Versorgung
Zwangsbehandlung
heilt oder traumatisiert?**

Bruno Hemkendreis

Vizepräsident der DFPP

Pflegeexperte Psychiatrie im LWL Klinikum Gütersloh

Fachbeirat der PsychPflege Heute

Bochum 27.02.2013



„Wenn Zwangsmaßnahmen ein Medikament wären würden wir dafür wahrscheinlich gar keine Zulassung kriegen, unter anderem weil die erforderlichen Daten nicht vorliegen und weil die Wirkungsweise nicht untersucht ist.“

Tillmann Steinert 2004



„...doch es macht mich betroffen, dass in all den Jahren kaum eine psychiatrische Veröffentlichung sich mit der Frage beschäftigt hat, wie häufig wir Profis Patienten durch Behandlungen gegen ihren Willen und ohne ihre Zustimmung langfristig traumatisieren.“

Margret Osterfeld PPH 1/2012

Wann besteht eine medizinische Indikation für Zwang bei der Behandlung?

Eine reine medizinische Indikation ist eher die Ausnahme

- Aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten
- Selbstschädigendes Verhalten
 - (Behandlungsbedürftigkeit)
 - (Mangelnde Krankheitseinsicht)

Eine medizinische Maßnahme sollte bei einer definierten Störung / Krankheit eine nachgewiesene Besserung bringen und – in Relation zur Störung – gut verträglich sein.

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass die Anwendung von Fixierungen in der Psychiatrie mehr mit dem zahlenmäßigen Verhältnis von Mitarbeitern zu Patienten, dem Ausbildungsstand des Personals, den Schichtzeiten oder mit dem Geschlecht des Personals als mit dem Zustand oder dem Verhalten der betroffenen Patienten zu tun hat



Die Tradition und Kultur einer Station wird weitgehend von der Pflege bestimmt

Beispiel: Erhebung Übergriffe auf MA auf vier nahezu identischen Stationen einer Großklinik über mehrere Jahre

Verhältnis Beispiele: 16:3:3:2 / 7:1:1:2 / 26:2:2:1
Ärztliche, bzw. OÄ, CÄ Zuständigkeiten schienen keine Rolle zu spielen



Die psychiatrische Pflege ist die größte Berufsgruppe in der stationären Psychiatrie, sie verfügt offensichtlich über Potential, die Behandlungsbedingungen in bestimmte Richtungen zu kanalisieren.

Andererseits verfügt sie über ein sehr großes Potential, sogenannter unspezifischer Behandlungsfaktoren, die geeignet sind Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, zu mildern oder zu verkürzen.

In den öffentlichen Diskussionen jedoch taucht die Psychiatrische Pflege praktisch nicht auf. da scheint die Definitionshoheit bei wenigen Psychiatern festgeschrieben u. U. werden noch Psychologen befragt
Erst seit die DFPP mit Stellungnahmen offensiv in die Öffentlichkeit geht, kommen erste zaghafte Reaktionen, Nachfragen.
Z.B. die Expertenanhörung bei der ZEKO der BÄK im Mai 2012

Beispiel Ausführungsbestimmungen des MGEPA zum Verbot der Videoüberwachung in NRW:



MGEPA, Nordrhein-Westfalen • 40190 Düsseldorf

Seite 1 von 2

An die
Bezirksregierung
Annsberg, Detmold, Düsseldorf,
Köln und Münster
Dezernat 24

Aktenzeichen:
214 - - 0518.1.2
bei Antwort bitte angeben

Frau Lauck
Telefon 0211 8618-4039
Telefax 0211 8618-64039
rita.lauck@mgepa.nrw.de

**Gesetz zur Abschaffung der Videoüberwachung von
zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten in der
Psychiatrie (GV. NRW. Ausgabe 2011 Nr. 26 vom 29.11.2011)**
Sitzwache bei Fixierungen, Dokumentation und statistische Erfassung

AS₁ Juli 2012

Runderlass vom 17.01.2012, AZ: 214 - 0518.1.2

Ergänzend zu meinem Runderlass vom 17. Januar 2012 (als Anlage beigefügt) stelle ich zu der in § 20 Abs. 2 Satz 7 PsychKG gesetzlich vorgeschriebenen Sitzwache bei Fixierungen klar, dass sich diese zwar nicht zwingend unmittelbar neben dem Bett der fixierten Person, jedoch im Zimmer selbst befinden muss, da nach Auffassung des Gesetzgebers nur auf diese Weise die mit einer Fixierung verbundenen gesundheitlichen Risiken hinreichend sicher ausgeschlossen werden können. Über die genaue Position der Sitzwache im Raum entscheidet die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls.

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt legt das zur Erfüllung der Überwachungsaufgaben im Einzelfall geeignete Personal fest.



- Offener Brief der DFPP an Frau Steffens
- Einladung ins Ministerium 19.12.12
- Vorstellung Literaturrecherche und Praxisleitlinie Intensivbetreuungen
- „man habe die psychiatrische Pflege bisher nicht auf der Agenda gehabt, das werde sich nun ändern“

Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung

Eine systematische Literaturübersicht

Special Observation in Inpatient Treatment of People with Mental Illness
A Systematic Review of the Literature



Autoren

André Nienaber¹, M. Schulz², B. Hemkendreis³, M. Löhr³

Institute

¹ LWL-Klinik Lengerich

² Fachhochschule der Diakonie Bielefeld

³ LWL-Klinikum Gütersloh

Schlüsselwörter

- Überwachung
- Literaturübersicht
- Psychiatrie
- stationär

Keywords

- special observation
- literature review
- psychiatry
- inpatient

Zusammenfassung



Anliegen: Darstellung des Forschungsstandes zur Überwachung und Entwicklung von Implikationen für den deutschsprachigen Raum.

Methode: Systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken und zusätzliche Handsuche.

Ergebnisse: Einheitliche Konzepte zur Überwachung existieren nicht. Der Einsatz von Hilfskräf-

ten kann die Qualität beeinflussen und zur Häufung führen. Überwachung ist eine komplexe Tätigkeit und beinhaltet therapeutische und nicht therapeutische Anteile.

Schlussfolgerungen: Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Förderung von Hoffnung sollten im Vordergrund von Überwachung stehen. Das Feld scheint wenig beforscht.

Presse-Information
DGPPN Kongress 2012 / 21. – 24. November 2012
22. November 2012

DGPPN-Preis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verliehen

Die DGPPN hat in Verbindung mit der Stiftung für Seelische Gesundheit zum dritten Mal den mit insgesamt 5.000 Euro dotierten DGPPN-Preis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verliehen. Ausgezeichnet wurden zwei Projekte die sich das Preisgeld zu je der Hälfte teilen. Die Preisverleihung fand am 22. November 2012 im Rahmen des diesjährigen DGPPN-Kongresses statt.

Das Projekt „Praxisempfehlung Intensivbetreuungen“ ist eine Gemeinschaftsinitiative von André Nienaber, B.A. (LWL-Klinik Lengerich), Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz (Fachhochschule der Diakonie Bielefeld), Bruno Hemkendreis (LWL-Klinikum Gütersloh) und Michael Löhr, M.A. (LWL-Klinikum Gütersloh).

Ziel des Projektes ist es, mit einer systematischen Literaturübersicht zum Thema der Überwachung in der stationären Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen den aktuellen Forschungsstand darzustellen und daraus Handlungsempfehlungen für die Praxis zu abzuleiten. Überwachungen von Patienten mit dem Ziel des Schutzes vor sich selbst oder von anderen, kommen in der Praxis der stationären psychiatrischen Akutversorgung nicht selten vor. Eine einheitliche Definition und Regelung für die Durchführung z. B. in Form einer Leitlinie existieren nicht. Für die betroffenen Patienten kann Überwachung einen Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte bedeuten. Überwachung benötigt erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen.

Die Praxisempfehlung Intensivbetreuung als Ergebnis der Literaturübersicht soll eine bestmögliche Versorgung der Patienten unter den Aspekten Sicherheit, Menschenwürde und best practice unterstützen. Sie setzt sich zusammen aus einer einheitlichen Begriffsbestimmung für die Intensivbetreuung als Weiterführung des Begriffs der Überwachung und gibt Empfehlungen für die Durchführung nach dem Schema „Prozess – Struktur – Ergebnis“.

Aktuell liegen für Deutschland kaum Daten zu Art und Häufigkeit von Überwachung vor, deshalb sollten weiterführende Forschungsprojekte die Entwicklung und empirische Überprüfung von Interventionen zum Ziel haben.



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie,
Psychotherapie und
Nervenheilkunde

Präsident

Prof. Dr. med. Peter Falzel, München

President Elect

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn

Past President

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
Schriftführer

Prof. Dr. med. Oliver Gruber, Göttingen
Kassenführer

Priv.-Doz. Dr. med. Felix M. Becker, Naumburg

Vorsorgung und Sozialpsychiatrie

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck

Forschung

Prof. Dr. med. Heinrich Sauer, Jena

Psychotherapie

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg

Psychosomatik

Prof. Dr. Martin Schum, Mannheim

Qualitätsicherung und Rehabilitation

Prof. Dr. med. Wolfgang Gatzel, Düsseldorf

Vertreter Universitätskliniken

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin

Vertreter Fachkliniken

Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Ingolstadt

Vertreter Psychiatrische Kliniken an Allgemein-

Krankenhäusern

Prof. Dr. med. Arno Deuber, Bielefeld

Vertreter BVDV

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Vertreter BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Zwangsmaßnahmen im stationären Setting hängen viel vom Milieu, Kommunikationsstil und Mitarbeiterkompetenz ab.

- Entscheidend ist die Gestaltung der Beziehung und der Einbezug der Menschen in ihre Behandlung
- Reden hilft!
- Interdisziplinäre Erkennung und Kommunikation von Risiken
- Deeskalations- und Konfliktlösungstraining

- Unterstützende Führung (supportive leadership)
- Richtige personelle Ausstattung
- Mitarbeiterschulungen und Unterstützung
- Umwelt- bzw. Umgebungsfaktoren (Milieu)
- Individuelle Behandlungspläne
- Effektive Kommunikation mit Patienten und deren Familien bzw. Angehörigen
- Auswertung nach Zwangsmaßnahmen

Ressourcenorientierte Angebote:

- Psychoedukation
- Recovery Gruppen
- Adherence Therapie
- Resilienztraining
- Einbezug Psychiatrieerfahrener
- Behandlungsvereinbarungen

- Fixierungsbeendigung darf nicht von der Verfügbarkeit eines Arztes (bzw. OA) abhängig sein
- Einfühlsames Begleiten, aufnehmend waches Dabei-Sein -"being with,, (Sotaria)
- Intensivbetreuungen: „Professioneller Sünde“ oder „state of the art“ pflegerischer Interventionen?
- Systematisch reflektieren, ob andere Umstände oder Vorgehensweisen Eskalation verhindert hätten
- Burnout Problematik in Gesundheitsberufen (insbes. Depersonalisierung)
- Hilfesysteme für Mitarbeiter etablieren



Prävention muss in den Vordergrund rücken

Aktuell beschäftigen sich viele Kliniken damit, wie Zwangsmaßnahmen besser zu organisieren sind

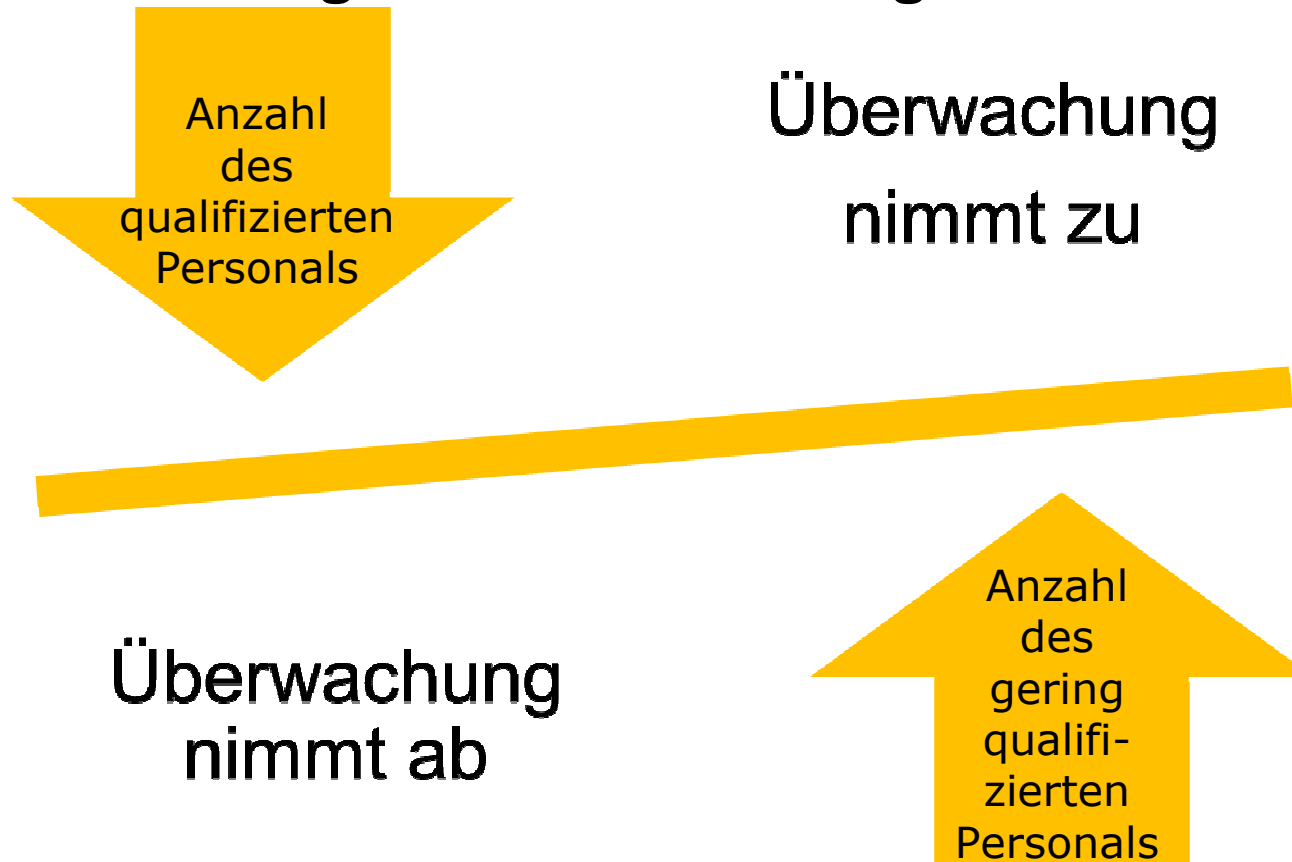
Der Fokus darauf, wie sie zu vermeiden sind, rückt zu schnell in den Hintergrund

Die für die Intervention aufwendig zu beschaffenden Personalressourcen fehlen im Bereich der Prävention



- **Subjektive Wahrnehmung der 1:1-Überwachung durch Patienten:**
 - Unpersönlich
 - Aufdringlich
 - Zwangsmaßnahme
 - Keine therapeutische Intervention
- **Ressourcenintensiv**
- **Aus Blick der Wissenschaft:**
 - Umstritten
 - Wirksamkeit kaum erforscht

Einfluss von gering qualifiziertem Personal auf die Anwendung von Überwachungsmaßnahmen



Quelle: Stewart, Bowers 2012



S2-Leitlinie Therap. Maßnahmen S.80 (WHO-Empfehlung):

"Während Zwangsmaßnahmen muss es einen aktiven und persönlichen Kontakt mit den Betroffenen geben."

Lt. PsychKG § 20:

Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen bedürfen ständige Überprüfung.

"...sind zu befristen und sofort aufzuheben, sobald die Voraussetzungen für ihre Anordnung entfallen"



***Intensivbetreuung ist mehr als „Sitzwache“
Sie kann auch Zwang vermeiden***

„Sitzwache“ (betont vor allem den überwachenden Anteil der Tätigkeit, ist negativ besetzt)

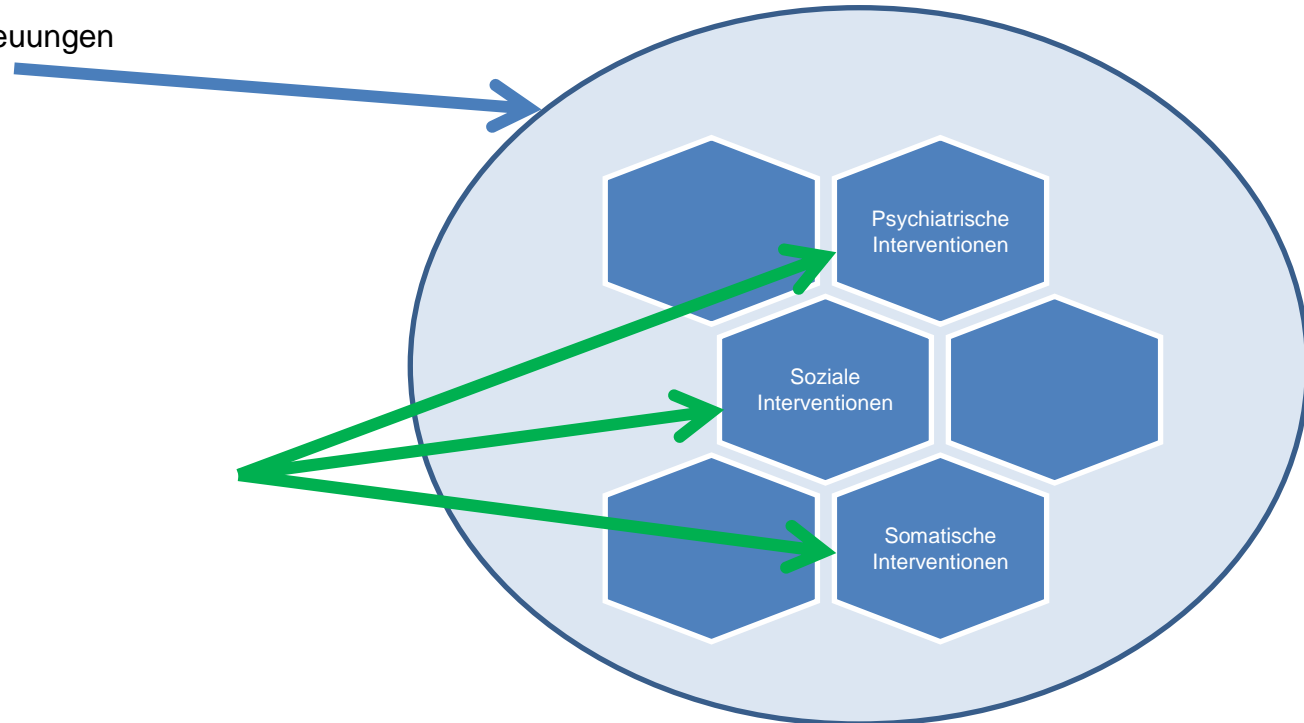
„Intensivbetreuungen“, um darzustellen, dass es sich um intensive pflegerische Interventionen handelt.

Analog zur Intensivpflege in der somatischen Medizin soll damit der hohe fachliche Anspruch an die Intervention hervorgehoben werden. Dort wäre eine reine Überwachung ohne weitere pflegerische/therapeutische Maßnahmen, u. U. ausgeführt von unqualifiziertem Personal undenkbar.

Intensivbetreuungen als Interventionsrahmen

Interventionsrahmen Intensivbetreuungen

Individuelle Interventionen



Intensivbetreuungen haben hohes therapeutisches Potential, wenn sie als therapeutische Maßnahme verstanden werden, nicht als Überwachungsmaßnahme. Aufgabe der psychiatrischen Pflege und erfordern gut ausgebildetes Personal. Erfahrungen aus Sotaria: intensive Betreuungen sind geeignet, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Tabellarische Praxisempfehlung

| Struktur | Prozess | Ergebnis |
|--|--|---|
| S1 – Die Einrichtung sorgt für eine systematische Erhebung von Gefährdungsaspekten, die Intensivbetreuungen auslösen können. | P1 - Gefährdungsaspekte werden identifiziert und adäquaten Betreuungsmaßnahmen zugeordnet. | E1 - Die Einrichtung verfügt über eine Verfahrensregelung zum Umgang mit Überwachungs-Betreuungssituationen aufgrund von Gefährdungsaspekten. |
| S2 - Die Einrichtung muss die Verantwortlichkeiten für das Ansetzen, Durchführen und Absetzen der Intensivbetreuungen im Sinne des kooperativen Prozessmanagements definieren. | P2 - Die Verantwortung muss von der Einrichtung an die Oberärzte und fachlich verantwortlichen Pflegeperson delegiert werden. | E2 - Die Einrichtung verfügt über ein kooperatives Prozessmanagement und definiert interdisziplinäre Entscheidungsverantwortung. |
| S3 - Die verantwortliche Pflegefachperson verfügt über die fachliche Kompetenz, gemeinsame Entscheidungsprozesse mitzuverantworten. | P5 – Pflege muss die Verantwortlichkeiten innerhalb der Berufsgruppe klären und definieren. | E5 – Entscheidungen zu Intensivbetreuungen werden vom zuständigen Oberarzt gemeinsam mit der zuständigen Pflegefachperson getroffen und verantwortet. |
| S4 - Die verantwortliche Pflegefachperson verfügt über die fachliche Qualifikation im multiprofessionellen Prozess intensive Betreuungsmaßnahmen für den betreffenden Patienten individuell und diagnosespezifisch abzustimmen. | P4 – Die verantwortliche Pflegefachperson identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die Betreuungsintensität und die möglichen Interventionsmethoden. | E4 - Eine aktuelle, systematische und fachübergreifende Einschätzung der Notwendigkeit zur intensiven Betreuung vor. |
| S5 - die Einrichtung sorgt für Patienteninformationen zum Art und Zweck der Maßnahme. | P5 – Informationsmaterial wird erarbeitet. | E5 – Informationsmaterialien seitens der Klinikleitung über Art und Zweck der Intervention sind (mehrsprachig) vorhanden und werden in jedem Falle ausgehändigt. |
| S6 – die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen über Interventionsmethoden zur Hoffnungsförderung und zum Einbezug des Patienten in den Behandlungsprozess (Empowerment), Recoverykonzepte und Krisenkommunikation. | P6 – bietet dem Patienten Informationen und Beratung über die festgestellten Interventionen an und beteiligt den Patienten so weit wie möglich an der Ausgestaltung der Maßnahme. | E6 - Der Patient kennt die individuelle Maßnahme und ist aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen. |
| S7 – ist zur Koordination der Interventionen autorisiert. | P7 – gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans. | E7 Die Umsetzung der geplanten Interventionen erfolgt. |
| S8 – Die Einrichtung sorgt für geeignete personelle und räumliche Voraussetzungen für eine individuelle und situationsangepasste Umsetzung. | P8 – leitet unmittelbar nach der Entscheidung zur Intensivbetreuung in Absprache mit dem Patienten und der beteiligten Berufsgruppen Maßnahmen zur Umgebungsanpassung ein, die zur Vermeidung von | E8 - Die Umgebung (therapeutisches Milieu) ist den individuellen Gegebenheiten des Patienten angepasst |



Deutsche Fachgesellschaft
Psychiatrische Pflege

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit