

# **Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim (November 2016 update August 2018)**

*Stichworte: PAIR, Safewards, Gewalt, Broset-Skala, 1:1 Betreuung, Zwangsmaßnahmen, Zwangsbehandlung, Neuroleptika, Bedrohungen, Belästigungen, empathisches Verstehen, Peer-Beratung, Nachbesprechung, Behandlungsvereinbarung, Stationsampel, Opfer von Übergriffen*

Die Behandlung von Patienten, die sich im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung bedrohlich oder gewalttätig verhalten, gehört zu den Aufgaben unserer Klinik. Dabei werden diese Patienten in unserer Klinik nicht auf einer bestimmten Station behandelt, sondern möglichst gleichmäßig auf die verschiedenen Stationen verteilt, um die Belastung für die Mitpatienten und das therapeutische Team möglichst gering zu halten. Orientiert an der Grunderkrankung werden Patienten mit Suchterkrankungen eher auf der Station 43 behandelt, Patienten mit Psychosen oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen eher auf den Stationen 41 und 42.

Alle Mitarbeiter der Klinik nehmen am *PAIR-Training* teil: am ausführlichen Training kurz nach Beginn ihrer Arbeit im Klinikum und dann in regelmäßigen Abständen (alle 4 Jahre) zur Auffrischung. Zur Verbesserung der Sicherheit auf den Stationen steht das in England entwickelte und wissenschaftlich gut evaluierte *Safewards-Programm* zur Verfügung, das im Netz unter [www.safewards.net](http://www.safewards.net) ohne weiteres und ohne Kosten in vollem Umfang bereitgestellt ist. Safewards eignet sich für Kurzfortbildungen in den Stationsteams und wurde in unserer Klinik bereits in der Klinikfortbildung und im Leitungsteam vorgestellt. Die Verantwortung zur Durchführung der Safewards-Module auf den Stationen liegt bei den Verantwortlichen aller Berufsgruppen (Ärzte/ Pflege/ Therapeuten), insbesondere bei den Stationsleitungen und Oberärzten. Mitarbeiter aller Berufsgruppen sollen teilnehmen. Die Umsetzung konkreter, stationsspezifischer Ergebnisse und Maßnahmen aus dem Safewards-Programm muss als berufsübergreifender Prozess betrachtet und die Umsetzung im gesamten interprofessionellen Team diskutiert, reflektiert und evaluiert werden.

Zur Einschätzung der *Gewaltbereitschaft* wird die *Broset-Skala* in der überarbeiteten Version verwendet. Die Durchführung der Broset-Einstufung ist Teamaufgabe. Die Stationsleitungen sorgen dafür, dass die Formulare immer vorhanden sind.

Erklärtes Ziel unserer Klinik ist es, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden und alle Zwangsmaßnahmen sorgfältig im Klinikinformationssystem (ORBIS) zu dokumentieren. Ebenso sind im ORBIS gewalttätige Übergriffe und verbale Aggression (z.B. Bedrohungen) von Patienten auf Patienten oder von Patienten auf Personal zu erfassen. Diese werden von der Klinikleitung jährlich ausgewertet und allen Mitarbeitern zugänglich gemacht. Zudem nimmt die Klinik am *Benchmark-Projekt* der Arbeitsgruppe zur Prävention von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie (Prof. Steinert, ZfP Weissenau) teil.

Die Verantwortung für das Sicherstellen von *1:1 Betreuungen* ist Aufgabe des gesamten Teams aus Pflegekräften, Ärzten und Therapeuten. Die Abstimmung darüber erfolgt rasch und verbindlich, wie die Intensivbetreuung nach Anordnung sichergestellt werden kann. Die „Eins-zu-Eins“ Betreuung oder auch „Intensivbetreuung“ ist durch ausgebildetes Personal durchzuführen und kann nicht an Schüler oder Praktikanten delegiert werden.

Zulässig sind *Zwangsmaßnahmen* nur in Notwehrsituationen, d. h. eine akute Gefahr für Leib und Leben kann nicht anders abgewendet werden als durch eine Zwangsmaßnahme. Die Klinik arbeitet mit offenen Stationstüren. Es gibt in unserer Klinik keine sogenannten Isolierzimmer; als Zwangsmaßnahmen bleiben demnach das Festhalten des Patienten für

kurze Zeit, das Festbinden am Bett (die sogenannte Fixierung) oder das zwangsweise Verabreichen von Medikamenten.

Beim Festbinden am Bett ist dafür zu sorgen, dass die Patienten unbedingt und unverzüglich durchsucht werden, damit keine spitzen oder scharfen Gegenstände oder gar Feuerzeuge beim Patienten bleiben. Bei Versuchen von Patienten, sich durch Durchbrennen der Fesseln aus der Fixierung zu befreien, sind bereits Patienten ums Leben gekommen.

Für die gesamte Dauer einer Fixierung ist eine *persönliche Beobachtung* des Patienten erforderlich. Diese kann entweder durch eine Eins-zu-eins Betreuung im Patientenzimmer erfolgen, oder auch durch eine durchgehende und ununterbrochene Beobachtung erfolgen, während sich der Patient am Bett festgebunden im hinteren Stationszimmer befindet. Patienten, die am Bett festgebunden wurden, dürfen nie alleine gelassen werden. Eine Fixierung die länger als 30min dauert, erfordert eine richterliche Genehmigung. Diese ist unverzüglich einzuholen.

Die *zwangsweise Verabreichung von Neuroleptika* in Akutsituationen ist nicht zulässig, denn sie ist weder lebensrettend noch unmittelbar wirksam. Zudem birgt sie die Gefahr lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen. Allenfalls kann einem Patienten in einem akuten Erregungszustand Lorazepam als Kurzinfusion i.v. oder intramuskulär verabreicht werden, wenn die von diesem Erregungszustand ausgehende Gefährdung für Leib und Leben nicht auf andere Weise kontrolliert werden kann.

Eine *Zwangsmedikation mit Neuroleptika* kommt nur dann in Frage, wenn (wie im § 1906a BGB) vorgesehen:

- (1) aufgrund einer psychischen Krankheit die Gefahr besteht, dass ein Patient sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt,
- (2) der Patient aufgrund seiner psychischen Erkrankung die Notwendigkeit der Behandlung mit Neuroleptika nicht erkennen oder nicht nach dieser Erkenntnis handeln kann,
- (3) die Behandlung dem nach § 1901a zu beachtenden Willen des Patienten entspricht,
- (4) zuvor versucht wurde, den Patienten von der Notwendigkeit der neuroleptischen Behandlung zu überzeugen,
- (5) die neuroleptische Behandlung zum Wohl des Patienten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
- (6) der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Patienten zumutbare Maßnahme (z.B. intensive Betreuung, Psychosebegleitung, Behandlung mit Lorazepam) abgewendet werden kann und
- (7) der zu erwartende Nutzen der neuroleptischen Behandlung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt
- (8) sie im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird

Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung mit Neuroleptika ist die Einwilligung eines Betreuers *und* die Zustimmung des Betreuungsgerichtes. Diese wird in der Regel erst nach Einholen eines Zweitgutachtens erteilt. Es vergehen also vom Antrag beim Gericht bis zur tatsächlichen Genehmigung der Zwangsbehandlung einige Wochen. Jedes Vorhaben einer neuroleptischen Zwangsbehandlung muss in unserer Klinik vorher mit der ärztlichen Leitung abgestimmt werden.

*Zwangsmassnahmen und neuroleptische Zwangsbehandlungen* sind nicht dazu geeignet, abweichendes, störendes oder andere Patienten beeinträchtigendes Verhalten zu verändern, denn, wenn überhaupt, so kommt eine neuroleptische Zwangsbehandlung nur zum Wohle des Patienten in Frage (unter den o. g. Voraussetzungen). Am Bett Festbinden (Fixierung) kommt nur zur akuten Gefahrenabwehr (ähnlich der Notwehr) in Frage. Keinesfalls kommen

Zwangmaßnahmen aus erzieherischen Gründen in Frage. Die Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie hat keine erzieherischen Aufgaben.

Beim Umgang mit *Belästigungen, Bedrohungen und sozial unangemessenem Verhalten* geht es nicht darum, ob der betreffende Patient „steuerungsfähig“ ist oder nicht. Die Feststellung der Steuerungsfähigkeit ist eine Aufgabe der Gerichte bei der Bewertung von Straftaten. Es geht in der Behandlung von psychischen Störungen nicht darum, ob ein Patient sich „mit Absicht“, oder „mit Fleiß“ in einer bestimmten Weise verhält.

Der Umgang mit bedrohlichem, belästigendem oder sozial abweichendem Verhalten liegt zunächst darin, dieses Verhalten genau zu beschreiben, Kontextvariablen des Verhaltens zu erfassen (in welchen Situationen tritt dieses Verhalten auf), die Folgen dieses Verhaltens abzuschätzen und schließlich das dem Verhalten zugrunde liegende menschliche Bedürfnis zu erkennen. Der Weg zu dieser Erkenntnis liegt im *empathischen (also einführenden) Verstehen* des Patienten im Rahmen seiner sozialen Situation, im Rahmen seiner Lebensgeschichte, im Rahmen seiner familiären Bezüge und im Rahmen des aktuellen Behandlungskontextes.

Sobald das dem Problemverhalten zugrunde liegende Bedürfnis des Patienten erfasst ist, können alternative Strategien entwickelt werden, wie diesem Bedürfnis ohne das entsprechende Problemverhalten entsprochen werden kann, oder wie dem Patienten verständnisvoll mitgeteilt werden kann, dass das Bedürfnis zwar erkannt und wertgeschätzt wird, aber in der momentanen Situation bedauerlicherweise nicht entsprochen werden kann (z.B. dem Bedürfnis nach Freiheit im Rahmen einer gerichtlichen Unterbringung).

Aber auch in solchen Situationen kann dem Patienten vermittelt werden, wie die Erfüllung seines Bedürfnisses in naher oder mittelfristiger Zukunft zu erreichen ist. Soweit diesem Bedürfnis ohne die Gefährdung erheblicher Rechtsgüter Anderer entsprochen werden kann, ist es unsere Aufgabe, den Patienten dabei nach Kräften zu unterstützen (z.B. im Formulieren eines Widerspruchs gegen eine Unterbringung oder im gemeinsamen Erarbeiten von Verhaltensänderungen, die uns dazu bewegen würden, dem Gericht eine Aufhebung der Unterbringung zu empfehlen).

Es gibt also *kein standardisiertes Vorgehen* zum Umgang mit bedrohlichem, gewalttätigem, beeinträchtigendem oder sozial abweichendem Verhalten unserer Patienten. In jedem Fall geht es darum, die individuelle Situation möglichst genau zu erfassen, um daraus einen *individuellen Behandlungsplan* zu entwickeln. Zur Entwicklung dieses Behandlungsplans geeignet sind: gemeinsame ärztlich-pflegerische Einzelgespräche mit dem Patienten, Brainstorming im therapeutischen Team, enge Abstimmung mit den Angehörigen und den Vertrauten im psychosozialen Hilffsystem, Konsultation mit unseren Peer-Beratern (Frau Flämisch und Frau Gmelin); ergotherapeutische, bewegungstherapeutische, kunst- oder musiktherapeutische Einzelbehandlung kann dazu dienen, die Zeit zu überbrücken, bis eine gemeinsame Entscheidung über eine medikamentöse Behandlung zustande kommt.

Patienten, die eine *medikamentöse Behandlung ihrer psychischen Erkrankung ablehnen*, bleiben in unserer Klinik nicht „unbehandelt“, sondern haben Zugang zum gesamten therapeutischen Programm einschließlich der Peer-to-Peer Beratung. Diese kann auch gemeinsam mit den Angehörigen durchgeführt werden.

Jede Anwendung von Zwangsmaßnahmen muss mit dem Patienten, idealerweise auch mit den Angehörigen gemeinsam nachbesprochen werden. Die *Nachbesprechung* dient dazu, aus der Situation zu lernen. Allen Patienten, die in unserer Klinik Erfahrung mit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen machen, soll vor der Entlassung aus der stationären Behandlung der Abschluss einer *Behandlungsvereinbarung* angeboten werden. Die Behandlungsvereinbarung dient dazu, bei einer künftigen stationären Aufnahme günstige Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass es nicht wieder zur Anwendung von Zwang

kommt. Die Behandlungsvereinbarung ist damit Ergebnis einer Lernerfahrung von Seiten des therapeutischen Teams und von Seiten des Patienten. Für den Abschluss der Behandlungsvereinbarung können unsere Peer-Berater beigezogen werden.

Immer dann, wenn ein Stationsteam einen Patienten als so gewaltbereit einschätzt, dass die Situation sowohl im subjektiven Eindruck als auch nach Einschätzung durch die Broset-Skala außer Kontrolle zu geraten droht, so soll die Station bei der Morgenbesprechung die *Stationsampel* auslösen. Wenn die Stationsampel auf „rot“ gestellt wird, so gibt es unmittelbar nach der Morgenbesprechung, also etwa um 08:30 Uhr eine gemeinsame Konferenz auf der betreffenden Station unter Beteiligung der jeweiligen Stationsleitung, der Stationsärzte, des Oberarztes, der Pflegedienstleitung und des Chefarztes. Bei dieser Konferenz wird das Vorgehen mit dem betreffenden Patienten für die nächsten 24 Stunden festgelegt. Dabei kann auch festgelegt werden, unter welchen Bedingungen bei diesem Patienten im Laufe der nächsten 24 Stunden eine Zwangsmaßnahme zur Anwendung kommt. Dies gibt allen Beteiligten Handlungssicherheit und verhindert, dass hinterher gegenseitige Vorwürfe vorgebracht werden, die das Arbeitsklima vergiften.

Zur optimalen Betreuung von Mitarbeitern, die *Opfer von gewalttätigen Übergriffen* werden, wird hier ausdrücklich auf das bereits im Leitungsteam der Klinik verabschiedete Handbuch verwiesen.

Dieses Konzept wurde nach Abstimmung mit Oberärzten und im Leitungsteam der Klinik im Oktober 2016 verabschiedet und im August 2018 der geltenden Rechtslage (§1906aBGB) angepasst.

Dr. M. Zinkler  
Chefarzt