

Mit „offener Türpolitik“ Zwang vermeiden

Zwangsmaßnahmen belasten die therapeutische Beziehung, gefährden die Adhärenz von Patienten und schaden dem Image der Psychiatrie, sie können mit Traumatisierung und Folgestörungen von Patienten verbunden sein und zu deren Stigmatisierung beitragen.

Von Prof. Dr. Undine E. Lang

Es gibt keine randomisierten kontrollierten Studien über den Nutzen und Schaden der jeweiligen Unterbringungspraxis, Gesetzgebung sowie durchgeführten Zwangsmaßnahmen (Muralidharan und Fenton 2006), entsprechend variiert deren Anwendung zwischen Stationen, Behandlungsteams und Ländern erheblich (Husum et al. 2010, Martin et al. 2007, Lang et al. 2016).

Einflussfaktoren

Verschiedene Studien ergaben Hinweise darauf, dass die institutionellen Bedingungen einen erheblicheren Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen haben als der Krankheitszustand selbst (van der Schaaf et al. 2013, Kho et al. 1998, van der Merwe et al. 209, Chou et al. 2002, Dresler et al. 2015).

Faktoren wie eine niedrige Bettenmessziffer, die Überbelegung psychiatrischer Stationen oder eine Konzentration von Akutpatienten auf einer Station erhöhen die Zahl gewalttätiger Übergriffe und erfordern in der Folge vermehrt Zwangsmaßnahmen (Bak et al. 2012, Gaebel et al. 2007, Bak et al. 2014, van der Schaaf et al. 2013). In einem Review über Prädiktoren von Gewalt und korrespondierenden Zwangsmaßnahmen war **Crowding** einer der drei wichtigsten Faktoren, der Aggressionen und damit konsekutiv Zwangsmaßnahmen auslöst (Bak et al. 2014, van der Schaaf et al. 2013). Der Platz pro Patient auf einer Station und die Anzahl der abschließbaren Räume steuern die Häufigkeit von

Zwangsmaßnahmen (van der Schaaf et al. 2015, Lang et al. 2016). Zwangsmaßnahmen sinken zudem, wenn die Intimsphäre gewahrt wird, **Normalität** auf einer Station vorherrscht sowie ein liberales Klima herrscht (Gaebel et al. 2007, Blaesi et al. 2015, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012, Bak et al. 2014, Lang et al. 2016). Die bestehende Privatsphäre und empfundene Autonomie steuern die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen (Boumans et al. 2012, Lang et al. 2016).

Durch eine Veränderung des Stationsmilieus kann eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen bewirkt werden, so zeigte eine Arbeitsgruppe, dass einzelne Verbesserungen in der **Patientenorientierung** starke Effekte auf Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen haben (Espinosa et al. 2015). In dieser Studie wurde beispielsweise ein strukturierter Therapieplan vorgehalten, Aktivitäten ermöglicht, Pläne mit Fotos des Behandlungsteams ausgestellt, Reminder erstellt, die das Team an eine Interaktion mit den Patienten erinnern, anstatt im Dienstraum zu verweilen, eine klare Vermittlung von Rechten und Erwartungen der Patienten geleistet, die Anwendung von Deeskalationsmaßnahmen wie Musik und Entspannung, Veränderung der Kommunikation im Sinne von positiven Rückmeldungen, ein gemeinsames Teetrinken, die Puls- und Blutdruckmessungen nicht mehr um 6 Uhr am morgen mit verbundenem Wecken praktiziert, und mit schönen Farben und Naturholzmöbeln deko-



Foto: gaur/Shutterstock

rierte Komforträume wurden für akut erkrankte Patienten geschaffen (Espinosa et al. 2015).

Zwangsmaßnahmen können reduziert werden durch bestehende Zielvereinbarungen, Bezugspflege, **Shared Decision Making**, Behandlungsvereinbarungen, Flexibilität in der Therapie und Angebote zur Wahrnehmung unabhängiger Beschwerdeinstanzen sowie Transparenz und Information (Gaebel et al. 2007, Blaesi et al. 2015, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012, Bak et al. 2012, Bak et al. 2014).

Zwangsmaßnahmen sinken zudem, wenn eine **gute Stationsatmosphäre** besteht, der Umgang mit den Patienten respektvoll ist sowie eine wertschätzende und nicht regelorientierte individualisierte Haltung beim Team besteht, Patienten positiv gewürdigt werden, eine Wertlegung auf Prävention besteht, Reflexionsfähigkeit des Teams vorliegt und den Patienten so viel Kontrolle wie möglich erhalten bleibt (Gaebel et al. 2007, Blaesi et al. 2015, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012, Bak et al. 2012, Bak et al. 2014).

Im Auftreten von Zwangsmaßnahmen spielen **Nahbarkeit und Selbstreflexion des Behandlungsteams** und die Auffassung über den Ursprung der Aggression eines Patienten eine wichtige Rolle (Gaebel et al. 2007, Blaesi et al. 2015, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012, Bak et al. 2012, Bak et al. 2014, Lang et al. 2016). Aggression kann als internes, am ehesten biologisch bedingtes Korrelat einer Erkrankung gesehen werden, dem dann durch eine (Zwangs-)Medikation kausal begegnet wird. Diese Interpretation des Verhaltens entlastet zwar Patienten vor Verantwortung, kann aber weniger Empathie seitens des Therapeuten bewirken (Lebowitz und Ahn 2014). Wird Aggression dagegen als externale Reaktion gesehen, liefern Interaktionen mit dem Team, Restriktionen und Frustrationen eine wesentliche Erklärung für das Verhalten. Diese **kontextabhängige Interpretation von Aggression** erfordert mehr Empathie und wird Reflexions- und Veränderungsbedarf in der Art der Behandlung und der Team-Patient-Beziehung erzeugen. Patientencharakteristika spielen eine kleine Rolle beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen (Boumans et al. 2012), die zum größten Anteil von interpersonellen Faktoren und von der Haltung des Behandlungsteams abhängen. Wird die Haltung und Situa-

tionen, in denen Zwang erforderlich war, reflektiert, finden entsprechend weniger Zwangsmaßnahmen statt, genauso wie „Nahbarkeit“ Zwangsmaßnahmen reduziert (Gaebel et al. 2007, Blaesi et al. 2015, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012, Bak et al. 2012, Bak et al. 2014, Lang et al. 2016). **Komforträume** können Zwangsmaßnahmen reduzieren (Champagne & Stromberg, 2004, van der Schaaf et al. 2015) sowie allgemein die räumliche Umgebung einer Station. Die bestehende Privatsphäre und der Platz pro Patient auf einer Station steuern die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen genauso wie die Anzahl der abschließbaren Räume (van der Schaaf et al. 2015, Lang et al. 2016).

Die Beziehungsgestaltung auf Aufnahmestationen, die durch unvorhersehbare Eintritte, Überbelegungen und Verlegungen geprägt sind, kein aktives Therapiekonzept vorhalten und kurze Liegedauern aufweisen, ist erschwert. Aggressive Übergriffe treten vor allem auf in Zeiten, in denen keine Therapieangebote vorgehalten werden (Janner und Delaney 2012; Katz und Kirkland 1990); das **Verhalten von Stationsaktivitäten**, verhaltenstherapeutischen Angeboten und Therapieangeboten kann also Konflikte minimieren und Isolation, Zwang und Übergriffe reduzieren und eine schnellere Besserung bedeuten (Goodness, Renfro, 2002, Silverstein et al., 2002, Dodd und Wellman, 2000, Bak et al. 2015, Bowers et al. 2013, Tucker et al. 2001).

Weitere Faktoren

Faktoren, die die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen zu beeinflussen scheinen und Zeit erfordern, sind die frühe **Identifikation von Krisen** bei Patienten, die Erfahrung des Pflegepersonals und die Relation zwischen Patienten und Pflegepersonal (Bak et al. 2015). Wenn mit Patienten ihre Trigger für Krisen besprochen werden und ein Krisenplan erstellt wird, kann man Zwangsmaßnahmen um die Hälfte reduzieren (Jonikas et al. 2004), genauso wie durch eine Methode, frühzeitig Krisen vorherzusagen (Fluttert et al. 2010). Dieses Potenzial wird in Kliniken, wo bei Krisen die **Beziehung** abgebrochen

Zwangsmaßnahmen sinken, wenn die Intimsphäre gewahrt wird und Normalität auf einer Station vorherrscht.

und auf geschlossene Stationen verlegt wird, möglicherweise nicht ausgeschöpft. Die geschlossenen Abteilungen wiederum erleben ausschließlich Krisen und können das Potenzial, Krisen im Vorhinein zu definieren und das Vorgehen mit dem Patienten zu besprechen, gar nicht vorhalten.

Die Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patient ist einer der Hauptgründe für Aggression auf psychiatrischen Stationen (Chou et al. 2002, Papadopoulos et al. 2012), und die Anzahl der positiven Statements, die ein Team dem Patienten gegenüber während dem Aufenthalt äußert, ist der stärkste Prädiktor für den Behandlungsverlauf nach der Entlassung (Coleman Paul 2001). Beziehungsaufbau steht in inversem Zusammenhang zu Zwangsmaßnahmen (Sheehan und Burns 2011) und prädiziert das Risiko aggressiver Eskalationen (Beauford et al. 1997). Verlegungen beenden jeweils die therapeutische Beziehung, und deren Anzahl könnte ebenfalls eine Aussage zur therapeutischen Beziehung darstellen. Die therapeutische Beziehung – insbesondere zum verschreibenden Facharzt – sagt maßgeblich die weitere Adhärenz und Hal- ...

... tung zur Therapie voraus (Day et al. 2005, Frank und Gunderson 1990, Weiss et al. 2002).

In einem aktuellen systematischen Review von 71 Studien zeigt sich, dass der stärkste Prädiktor von aggressivem Patientenverhalten mit 39 Prozent der Fälle die **Interaktion von Team und Patient**, und zwar eine Restriktion bzw. Verweigerung eines Patientenwunsches war (Papadopoulos et al. 2012). Zwang entsteht in fast der Hälfte der Fälle durch den Entzug von Privilegien und der Verweigerung von Wünschen der Patienten (Katz und Kirkland 1990, Papadopoulos et al. 2012). Gewalt und Zwang treten seltener auf, wenn ein therapeutischer Rahmen mit vorhersagbaren Aktivitäten vorgehalten wird (Katz und Kirkland 1990) und Pflegepersonal sich außerhalb des Dienstzimmers aufhält, sich also im **Patientenkontakt** befindet (Katz und Kirkland 1990). Die Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patient ist einer der Hauptgründe für Aggression auf psychiatrischen Stationen; eine autoritäre und unflexible Haltung oder unnötig konfrontativer Stil erhöht das Vorkommen von Gewalt (Chou et al. 2002, Papadopoulos et al. 2012).

Des Weiteren scheint die Anzahl der **positiven Statements**, die ein Team dem Patienten gegenüber während des Aufenthalts äußert, der stärkste Prädiktor für den Behandlungsverlauf nach der Entlassung zu sein (Coleman Paul, 2001). Verlegungen beenden jeweils die therapeutische Beziehung und sorgen beim Patienten für ein Gefühl, dass keiner für ihn zuständig ist und keiner an seiner Seite steht. Die therapeutische Beziehung – insbesondere zum verschreibenden Facharzt – sagt jedoch maßgeblich die weitere Adhärenz und Haltung zur Therapie voraus (Day et al. 2005, Frank und Gunderson 1990, Weiss et al. 2002).

Empfohlene Maßnahmen

In der Praxis werden die in den **Leitlinien empfohlenen Maßnahmen** zur Vermeidung von Zwang (Ander-Doliwa et al. 2005) nicht verbindlich ausgeschöpft. Eine aktuelle Studie zeigt, dass etwa die Hälfte der Ärzte zwei bis drei von 18 alternativen Maßnahmen ausschöpft, ca. 40 Prozent der Ärzte jedoch keine der empfohlenen Maßnahmen anwendet, und die durchschnittlich investierte Zeit vor einer Zwangsmaßnahme bei etwa 30 bis 40 Minuten liegt (Teichert et al. 2016).

Zwang entsteht in fast der Hälfte der Fälle durch den Entzug von Privilegien und der Verweigerung von Wünschen der Patienten.

In einer Leitlinie für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen wurde vom Arbeitskreis der Chefarzte und leitenden Pflegepersonen der psychiatrischen Kliniken Rheinland-Pfalz ebenfalls Aspekte aufgezeigt, die als wesentlichen Faktor Zeit des Personals mit den Patienten erforderlich machen (Ander-Doliwa et al. 2005): „(...) Zuhören, Interesse an und Verständnis für die Situation des Patienten signalisieren, Anbieten von Gesprächen mit anderen (...), eindeutige Benennung von Verhalten, welches unerwünscht und nicht tolerabel ist, Anbieten eines Getränks oder einer Süßigkeit (...), eines warmen Bads (...)“ (Ander-Doliwa et al. 2005).

Auch wenn man die Betroffenen nicht betrachtet, spielen etliche genannte Faktoren eine erhebliche Rolle, so werden zur Vermeidung von Zwang bei eigen- oder fremdgefährdenden nicht selbstbestimmungsfähigen Menschen folgende Aspekte angegeben: hochfrequente therapeutische Einzelgespräche (rund 57 Prozent), Bedenkezeiten gewähren (rund 20 Prozent), Ausbildung des Personals in Gewaltprävention und Deeskalation (rund 46 Prozent), höherer Personalschlüssel (rund 42 Prozent), Anweisungen des Personals befolgen (rund 15 Prozent), Schutz vor Mitpatienten (rund zehn Prozent), Provokation durch Personal vermeiden (rund zehn Prozent), Patientenwünsche berücksichtigen (rund 14 Prozent), dem Patienten zuhören (rund 30 Prozent), Rückzugsmöglichkeiten für Patienten (rund 38 Prozent) und Einzelbetreuung (rund 36 Prozent) (Mielau et al. 2016). Auch andere Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass hinsichtlich der Möglichkeiten der Prävention von Zwangsmaßnahmen auf Patientenseite der Wunsch nach mehr Kommunikation und Kontakt sowie nach ablenkenden oder beruhigenden Behandlungsangeboten besteht (Armgart et al. 2013, Olofsson et al. 2001).

„Offene-Tür-Politik“

Dass eine „**Offene-Tür-Politik**“ in der Psychiatrie Zwangsmaßnahmen reduzieren kann, ist in den Leitlinien

der DGPPN und einem Statement der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer formuliert worden und wurde mehrfach in kleinen Pilotstudien beschrieben (Wiesing 2013, Gaebel et al. 2007, Sollberger und Lang 2014, Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014, Lang et al. 2010). In einer aktuellen Arbeit zeigt sich bei ca. 350.000 untersuchten Fällen, dass Komplikationen wie Suizide und Entweichungen in offen geführten psychiatrischen Versorgungskliniken nicht häufiger vorkommen, d.h., dass diese durch Türschließungen scheinbar nicht verhindert werden können (Huber et al. 2016). In den offenen Kliniken scheint jedoch mit weniger Zwangsmaßnahmen ein höherer Anteil von Patienten medikamentös erreicht und behandelt zu werden (Schneeberger et al., eingereicht). Ob eine offene Psychiatrie auch die Zwangsunterbringungen beeinflusst, ist bisher noch nicht untersucht worden (Schneeberger et al. 2016).

Im europaweiten Vergleich trat in Österreich die Mehrzahl der gerichtlich untergebrachten Patienten auf offenen Stationen ein, in der Slowakei wurde die Mehrzahl der freiwillig eintretenden Patienten auf geschlossenen Stationen behandelt (Rittmannsberger et al. 2004, Lang et al. 2016). Die Behandlungspraxis bzw. der Freiheitsgrad der Patienten ist mit dem gerichtlichen Unterbringungsstatus nicht zwangsläufig konform (Rittmannsberger et al. 2004, Lang et al. 2016).

Universitäre Kliniken Basel

In den Universitären Kliniken in Basel (UPK) wurden Patienten 2011 auf vier geschlossenen Stationen (zwei Stationen mit Suchtschwerpunkt, zwei Stationen Allgemeinpsychiatrie) aufgenommen, sechs Stationen waren durchgehend geöffnet und übernahmen oder verlegten Patienten von/ auf die geschlossenen Stationen. Ausgenommen von dem Öffnungsprojekt war die Alterspsychiatrie (zwei Stationen), die (halb)geschlossen blieb und die Privatklinik (zwei Stationen), die immer offen war (Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014, Lang et al. 2016, Lo et al. 2016). Bis 2012/13 wurden zwei

der vier Stationen geöffnet, zwei weitere öffneten seit 2014/2015 fakultativ mit einem steigenden hohen Anteil von ca. 80 bis 90 Prozent der Zeit. Das Sicherheitserleben der Pflegeteams der neu geöffneten Stationen stieg an, es wurden signifikant weniger Zwangsmaßnahmen erforderlich (Blaesi et al. 2015, Lang et al. 2016, Lo et al. 2016, Jungfer et al. 2014). Des Weiteren verbesserten sich im Rahmen des Öffnungskonzeptes Patientenzufriedenheit, Stationsatmosphäre, Behandlungsqualität und Betreuungsschlüssel für Akutpatienten (Blaesi et al. 2015, Lo et al. 2016, Lang et al. 2016). Neben den Zwangsmaßnahmen sanken auch die Zahlen der Patienten, die gegen ärztlichen Rat die Klinik verließen (Lo et al. 2016), sowie die Zahl der Patienten, die gegen eine Unterbringung rekurrten.

Mit dem Öffnungskonzept waren eine Implementierung psychotherapeutischer, diagnosespezifischer Konzepte auf den ehemals geschlossenen Akutaufnahme-Stationen, Kriseninterventionspläne und Interventionsmöglichkeiten auf den offe-

nen Stationen, Angleichung der Liegedauern auf allen Abteilungen (Eintrittsstation=Austrittsstation), Einführung von Möglichkeiten der Intensivbetreuung, i.e. Sitzwachenpool, Aufnahme nach Einbezug neu eintretender Patienten vorrangig auf offenen Stationen, Reduktion der Verlegungen, stärkerer Einbezug der Patientenwünsche in die Therapie (Einführung Behandlungsbeirat, Zufriedenheitsmessungen, Beschwerdemangement, Patientenverfügung), Lobbying bei beteiligten Berufsgruppen und externen Behörden (Polizei, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde, Amtsärzte, Sozialarbeiter, Angehörige, Rekurskommission), täglicher Einbezug der Patienten in Öffnungsplanung, Liberalisierung Ausgangsregelungen und Bewegungsspielraum auf den Stationen, Aggressions- und Deeskalationstraining für alle beteiligten Berufsgruppen, Mortalitätskonferenzen, Schulung im Assessment von Eigen- und Fremdgefährdung, Definition klarer Prozesse bei Suizidalität und Fahndung etc. und eine Ver-

änderung der Visitenkultur verbunden. Welche der Maßnahmen, die im Rahmen der Öffnung erforderlich wurden, zu einer Reduktion der Zwangsmaßnahmen geführt hat, ist nicht sicher zu beurteilen.

Zusammenfassung

Zwangsmaßnahmen sinken, wenn eine gute Stationsatmosphäre und ausreichend Platz besteht, der Umgang mit den Patienten respektvoll ist sowie eine wertschätzende und nicht regelorientierte individualisierte Haltung beim Team besteht, Patienten positiv gewürdigt werden, eine Wertlegung auf Prävention besteht, Reflexionsfähigkeit des Teams vorliegt und den Patienten so viel Kontrolle wie möglich erhalten bleibt.

Im Auftreten von Zwangsmaßnahmen spielen Nahbarkeit und Selbstreflexion des Teams, Aktivität des Teams und vorgehaltene Therapieangebote sowie die Auffassung über den Ursprung der Aggression eines Patienten eine wichtige Rolle.



Prof. Dr. Undine Lang
Klinikdirektorin der Erwachsenen-Psychiatrischen Klinik EPK, Ordinariat Psychiatrie der Universität Basel

Literatur bei der Autorin