

---

# 12 Kurzversion

---

## 3 | Einführung

### ■ Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Behandlungsleitlinie ist es, Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von aggressivem Verhalten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Falls deren Anwendung unumgänglich ist, ist die Menschenwürde zu wahren und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Interventionen sind so kurz und so wenig eingreifend wie möglich zu halten und psychische oder physische Traumata zu vermeiden.

### ■ Zielgruppen der Leitlinie

Zielgruppen der vorliegenden Leitlinie sind:

- die in der Versorgung psychisch Kranker Tätigen (Psychiater, Nervenärzte, Allgemeinärzte, klinische Psychologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten etc.)
- im Rahmen einer psychischen Störung mit aggressivem Verhalten auffällig werdende Erwachsene und Menschen aus deren Umfeld.

## 4 | Methoden der Leitlinie

### ■ Auftraggeber und Finanzierung der vorliegenden Leitlinie

Die hier vorliegende Leitlinie wurde als S2-Leitlinie im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet.

#### Evidenzkriterien und Empfehlungsgrade

- Ia:** Meta-Analyse, die mindestens drei randomisierte kontrollierte Studien zusammenfasst.
- Ib:** Meta-Analyse, die mindestens eine oder weniger als drei randomisierte kontrollierte Studien zusammenfasst.
- IIa:** Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst.
- IIb:** Meta-Analyse, die mindestens eine quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design zusammenfasst.
- III:** Meta-Analyse, die mindestens eine nicht-experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserien) zusammenfasst.
- IV:** Bericht/Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten.

#### Empfehlungsstärke

- Grad A:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke A, wenn zu der Methode Studien der Kategorie Ia oder Ib vorliegen.
- Grad B:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke B, wenn zu der Methode Studien der Kategorie IIa, IIb oder III vorliegen. (Wenn eine Studie der Kategorie I vorliegt, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke B)
- Grad C:** Eine Behandlungsmethode erhält die Empfehlungsstärke C, wenn zu der Methode Studien der Kategorie IV vorliegen. (Wenn Studien der Kategorie IIa, IIb oder III vorliegen, aus der die Empfehlung für eine Methode extrapoliert werden muss, dann erhält sie ebenfalls die Empfehlungsstärke C)

## 5 | Allgemeine Aspekte

### ■ Diagnostik

Aggressives Verhalten kann bei zahlreichen psychischen Störungen vorkommen. In Fällen mit zunächst unklarer Diagnose ist vor allem eine Ausschlussdiagnostik der seltenen, aber potentiell lebensbedrohlichen körperlichen Ursachen erforderlich. Ansonsten sind die wichtigsten diagnostischen Maßnahmen, die bereits in der Notfallsituation erfolgen können, Fremdanamnese und orientierende psychopathologische Befunderhebung. Instrumente zur kurz- bis mittelfristigen Vorhersage aggressiven Verhaltens während einer stationären Behandlung haben bisher nur begrenzt Einzug in die klinische Praxis gefunden. Die Qualität der Vorhersagen übertrifft die intuitiven Einschätzungen erfahrener Kliniker nicht, eine standardisierte Diagnostik kann aber zur Sicherstellung frühzeitiger Interventionen hilfreich sein.

### ■ Epidemiologie

Tätlich-aggressives Verhalten gegen Klinikmitarbeiter wird bei ca. 2% aller psychiatrischen Aufnahmen in Deutschland beobachtet, aggressives Verhalten unter Einschluss von Sachbeschädigung und verbalen Aggressionen bei ca. 8%. Der beste Prädiktor ist eine Vorgeschichte aggressiven Verhaltens. Alter, Geschlecht und Diagnose sind als Prädiktoren nicht konsistent belegt. Die Schwere der psychopathologischen Symptomatik spielt eine Rolle, die Bedeutung einzelner Symptome ist weniger gut gesichert. Zahlreichen situativen und Umgebungseinflüssen kommt ebenfalls erhebliche Bedeutung zu. Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Isolierung werden neben einer Pharmakotherapie als Sicherheitsmaßnahme bei aggressivem Verhalten eingesetzt. Betroffen von solchen Maßnahmen sind ca. 8% der in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten, wobei die Hauptrisikogruppe allerdings demente Patienten darstellen, bei denen mechanische Sicherungsmaßnahmen in erster Linie zur Verhinderung von Stürzen zur Anwendung kommen.

### 5.3 Aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen: Entstehung, Eskalation und Deeskalation

#### Good Clinical Practice

Psychiatrische Einrichtungen schulen ihre MitarbeiterInnen über Ursachen und Formen aggressiven Verhalten und bieten Trainings an, um die Beschäftigten für Risikosituationen mit den notwendigen Optionen zur Vermeidung und ggf. zur Bewältigung aggressiver Situationen auszustatten und den PatientInnen eine optimale Sicherheit bei der Anwendung von unter Umständen unvermeidlichen Zwangsmaßnahmen zu bieten.

## 6 | Prävention und allgemeine Rahmenbedingungen

### 6.1 Sozialpolitische und ökonomische Voraussetzungen von Gewaltprävention

Eine patientenorientierte, zeitgemäße und humane Psychiatrie ist ohne eine personelle, bauliche und materielle Ausstattung, die den gesamtgesellschaftlichen Lebensverhältnissen angemessen ist, nicht denkbar. Dies betrifft den stationären und den komplementären und ambulanten Bereich gleichermaßen. Psychisch Kranke müssen durch die sozialrechtliche Verankerung ihrer Leistungsansprüche Zugang zu Hilfen und Versorgungsleistungen in solchem Maße erhalten, dass ihnen ein würdiges Leben in der Gesellschaft möglich ist und sie an deren Gestaltungsmöglichkeiten partizipieren können.

### 6.2 Institutionelle Voraussetzungen von Gewaltprävention

#### Empfehlungsgrad B

Geschlechtliche Mischung auf psychiatrischen Stationen und administrative Verteilung anstelle von Konzentration von Patienten mit erhöhtem Gewaltrisiko senken die Inzidenz aggressiver Vorfälle. Ein Missverhältnis zwischen Belegung einer Einrichtung und zur Verfügung stehendem Raumangebot kann aggressive Eskalationen begünstigen und sollte daher vermieden werden. Eine Politik der weitgehenden Öffnung von Stationen kann die Häufigkeit aggressiver Vorfälle reduzieren. Klare und transparente Strukturen auf psychiatrischen Stationen gehen mit geringerer Inzidenz aggressiver Vorfälle einher.

#### Good Clinical Practice

Eine geeignete Gestaltung der räumlichen Bedingungen und der organisatorischen Abläufe in psychiatrischen Institutionen kann maßgeblich zur Vermeidung von Gewalt und Aggression beitragen. Dabei sind die Wahrung der Intimsphäre und die Respektierung der Bedürfnisse der Nutzer nach Selbstbestimmung, Information und Transparenz von hoher Bedeutung. Die geschlechtsspezifischen Belange und Verletzlichkeiten bedürfen stets besonderer Beachtung.

### 6.3 Beziehung und Pflege

#### Good Clinical Practice

Wechselseitiger Respekt und Achtung der Würde des anderen sind zentrale Aspekte der Beziehungsgestaltung in psychiatrischen Einrichtungen, die zugleich in hohem Maße Gewaltpräventiv wirken.

**Empfehlungsgrad C**

■ **Intensive Betreuung/Beobachtung.** Klar beschriebene Vorgehensweisen zur Beobachtung und Beziehungsgestaltung in aggressiven Krisen tragen sowohl zur Reduktion von Risiken als auch zur Verbesserung der Betreuungs- und Behandlungssituation bei. Voraussetzung dafür ist, dass die durchführenden Mitarbeiter über die entsprechenden Kompetenzen verfügen und diese regelmäßig aktualisieren. Die Übernahme der intensiven Betreuung durch eine einzelne Person sollte zeitlich begrenzt werden auf nicht mehr als zwei Stunden ohne Unterbrechung. Bei der Durchführung intensiver Beobachtung und Betreuung muss immer berücksichtigt werden, dass dies von betroffenen Patienten als sehr belastend, einschränkend und entwürdigend erlebt werden kann. Daher müssen die Gründe und Abläufe dem Patienten immer und auch wiederholt erklärt werden.

## 6.4 Nutzerbeteiligung

**Good Clinical Practice**

Der Nutzerbeteiligung wird in den letzten Jahren zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. Die Umsetzung in den verschiedenen Regionen scheint jedoch stark zu differieren. Es konnten keine kontrollierten Studien identifiziert werden, die den Zusammenhang zwischen Nutzerbeteiligung und aggressivem Verhalten untersuchten. Wichtige Kooperationsprojekte zwischen Nutzern und Institutionen im Hinblick auf Zwang und Gewalt in der Psychiatrie könnten beispielsweise Entwicklung und Evaluation von Behandlungsvereinbarungen oder Standards zu Zwangsmaßnahmen sein. Gewaltpräventiv wirksam könnten zudem die Beteiligung von Nutzern an der Planung von Baumaßnahmen und bei der Durchführung von Antistigmakampagnen, sowie der Austausch im Rahmen von Trialog-Foren sein.

## 6.5 Behandlungsvereinbarungen

**Empfehlungsgrad B**

Behandlungsvereinbarungen sind geeignet, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandlern und Patienten zu verbessern. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Welche Patientengruppen Behandlungsvereinbarungen wünschen und davon profitieren, ist noch weitgehend unklar.

**Good Clinical Practice**

Behandlungsvereinbarungen sollten eine Verpflichtungserklärung seitens der Klinik enthalten und enthalten typischerweise Absprachen zu folgenden Gesichtspunkten: Einschaltung einer externen Vertrauensperson, Informationsweitergabe, zuständige Station und dort bekannte Vertrauenspersonen, hilfreiche/nicht gewünschte Medikamente, Deeskalationsmaßnahmen vor Zwangsmaßnahmen, ggf. Festlegung der subjektiv am wenigsten belastenden Form von Zwangsmaßnahmen, Regelung familiärer und sozialer Angelegenheiten.

## 6.6 Die Sicht von Psychose-erfahrenen Menschen und deren Angehörigen

**Good Clinical Practice**

Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Familien läge der bedeutendste Beitrag zur Reduzierung von Gewalt und Aggression in der flächendeckenden Sicherstellung der hier beschriebenen Funktion einer niederschweligen, aufsuchend-ambulanten „Einmischung“ in Situationen unterhalb der Krisenschwelle.

**Good Clinical Practice**

Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige begrüßen alle Initiativen und Maßnahmen, die der Entstehung eines Milieus dienen, in dem Patienten weniger geneigt sind, ihre Bedürfnisse bzw. ihre Empfindungen über aggressives Verhalten auszudrücken. Anti-Aggressions- und Deeskalationstrainings sind ein Teil solcher Maßnahmen. Trialogisch besetzte Qualitätszirkel, die sich die Entwicklung aggressionsvermeidender Milieus vornehmen, sind besonders zu empfehlen.

## 6.7 Ethnische Minoritäten

**Evidenzgrad B**

Aggressives Verhalten tritt bei Patienten aus ethnischen Minderheiten oder mit Migrationshintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten gleich häufig oder eher seltener auf.

**Good Clinical Practice**

Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sollten genutzt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten empfiehlt es sich, MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und entsprechenden Sprachkenntnissen zu beschäftigen.

## 6.8 Geschlechtsspezifische Aspekte

**Good Clinical Practice**

Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens in psychiatrischen Institutionen und der Wahrscheinlichkeit, Zwangsmaßnahmen zu erleiden, können keine sicheren geschlechtsspezifischen Risiken festgestellt werden. Frauen tragen jedoch allgemein ein deutlich höheres Risiko sexueller Traumatisierungen, nicht nur bei stationärer Behandlung, sondern generell (Lifetime-Prävalenz). Dies manifestiert sich in einer erheblichen Prävalenz sexueller Traumatisierungen bei psychisch kranken Patientinnen. Diesem Aspekt muss bei Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, insbesondere Zwangsmaßnahmen, in besonderem Maße Rechnung getragen werden. Besonders sorgfältige Überlegungen mit einer entsprechenden zurückhaltenden Abwägung von Sicherheitserfordernissen und möglichen Traumatisierungen sind bei Maßnahmen des Entkleidens vor Interventionen wie z. B. Isolierung und bei intramuskulären Injektionen erforderlich. Auch die Einstellung von Mitarbeitern zu Zwangsmaßnahmen kann geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweisen, die wahrgenommen und ggf. kritisch reflektiert werden sollten.

## 7 | Aus-, Fort- und Weiterbildung

**Empfehlungsgrad B**

Trotz der (z. T. vermutlich methodisch bedingten) widersprüchlichen Studienergebnisse kann die Durchführung von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in psychiatrischen Einrichtungen empfohlen werden. Wenngleich ein *gemessener* Rückgang bei aggressiven Vorfällen und ihren Konsequenzen nicht zwingend erwartet werden kann, sind vor allem positive Effekte auf das aggressionsrelevante Wissen sowie auf die Zuversicht der MitarbeiterInnen, aggressive Situationen beherrschen zu können, zu erwarten.

**Good Clinical Practice**

Obwohl keine vergleichenden Studien über die Komponenten (Deeskalation, Körpertechniken, Kombinationen) von Trainingsprogrammen für MitarbeiterInnen vorliegen, sollten Techniken vermittelt werden, die den MitarbeiterInnen in jeder Phase des Umgangs mit aggressivem Verhalten erfolgversprechende Optionen bieten. Das heißt, dass ausschließlich trainierte Deeskalationstechniken oder ausschließlich trainierte körperliche Techniken nicht zu empfehlen sind. Eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen ist dagegen zu empfehlen. Darüber hinaus ist eine Anpassung der Trainingsmaßnahmen an die Erfordernisse der zu behandelnden Patientengruppe sowie der jeweiligen Einrichtung unabdingbar. Weiterhin sollten die Trainingsmaßnahmen gut in die Organisation der Einrichtung eingebettet sein. Ein isoliertes Trainingsprogramm, das nicht mit der Einrichtungsleitung sowie den sonstigen organisatorischen Abläufen abgestimmt ist, erscheint wenig zweckdienlich.

**8 | Intervention****8.1 Allgemeine Aspekte****8.1.1. Ethische Grundlagen****Good Clinical Practice**

Psychiatrisch Tätigen sollte in der Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen der Doppelcharakter psychiatrischen Handelns mit Aspekten sowohl der Behandlung als auch der Sicherung bewusst sein; sie sollten bedenken, dass Zwangsmaßnahmen zu schweren psychischen Folgen führen können. Ein euphemistischer und verschleiender Sprachgebrauch nützt weder den Betroffenen noch der Behandlung. Entscheidungen über Maßnahmen gegen den Willen von Patienten bedürfen sorgfältiger ethischer Klärungen:

- Liegt eine psychische Erkrankung vor, die die freie Willensbestimmung beeinträchtigt?
- Sind die beabsichtigten Maßnahmen verhältnismäßig im Hinblick auf das angestrebte Ziel der Schadensvermeidung (ggf. sind dabei auch die Schutzbedürfnisse Dritter in Rechnung zu stellen)?
- Welche Form der Anwendung von Zwang ist am wenigsten eingreifend in das Selbstbestimmungsrecht und die Menschenwürde des Betroffenen, wenn Alternativen nicht realisierbar sind?

Wenn aus medizinischer Sicht Alternativen bestehen, auch zwischen verschiedenen Formen der Ausübung von Zwang, sollte versucht werden, die Meinung des/der Betroffenen zu ergründen und die Maßnahmen soweit möglich danach auszurichten.



## 8.1.2 Rechtliche Grundlagen

### Good Clinical Practice

Die Unterbringung und die Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen und medikamentöser Zwangsbehandlung dürfen nur auf der Grundlage des geltenden Rechts erfolgen. Ist eine dieser Maßnahmen im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes durchgeführt worden, muss umgehend bei Fortbestehen der Gefahrenlage eine richterliche Ermächtigung eingeholt werden.

## 8.2 Zwangseinweisung

### Empfehlungsgrad C

Bislang gibt es *keine* wissenschaftlichen Belege dafür, dass die beschriebenen Maßnahmen und Verhaltensweisen sich auf einzelnen patientenbezogenen Outcome-Ebenen eines unfreiwilligen psychiatrischen Klinikaufenthaltes niederschlagen oder die Häufigkeit solcher Aufenthalte minimieren. Aktuell besteht in der Literatur Konsens darüber, dass nur komplexe Maßnahmenbündel, die von gesundheitspolitischen Vorgaben über Trainingsmaßnahmen für Personal und ausführliche Dokumentation bis hin zu kontinuierlicher Evaluation und Feedback von bzw. über solche komplexe Prozesse reichen, geeignet sind, solche Effekte zu erzielen.

## 8.3 Deeskalationsmaßnahmen in aggressiven Krisensituationen

### Good Clinical Practice

Deeskalationstechniken sollten allen Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen bekannt sein und darüber hinaus sollten sie im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings geschult und eingeübt werden.

## 8.4. Pharmakologische Interventionen

### 8.4.1 Indikation

#### Good Clinical Practice

Eine medikamentöse Zwangsbehandlung darf nur auf klarer rechtlicher Grundlage erfolgen. Eine auf den Einzelfall bezogene Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden ist erforderlich. Die Äußerungen von Patienten, z. B. in Behandlungsvereinbarungen (siehe Kapitel 6.5), ggf. auch von Angehörigen, sollten soweit als möglich berücksichtigt werden. Auch bei notwendiger Zwangsbehandlung sollten dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z. B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart. Die Wahl der Applikationsform (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll nicht nur medizinische, sondern auch ethische Aspekte berücksichtigen. Entkleiden unter Zwang sollte dabei nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bemühungen der psychiatrisch Tätigen sollten dahin gehen, die Würde des Patienten in derartigen Situationen in größtmöglichem Ausmaß zu wahren.

### 8.4.2 Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl

#### Empfehlungsgrad A

Haloperidol, Lorazepam, Flunitrazepam, Midazolam, Olanzapin, Ziprasidon und Zuclopenthixolacetat sind bei parenteraler Verabreichung wirksam in der Behandlung akuter aggressiver Erregungszustände.

#### Empfehlungsgrad C

Es ist nicht gesichert, ob mit einer Kombination von Haloperidol mit Promethazin oder Lorazepam eine schnellere Wirkung erzielt werden kann als mit entsprechend höher dosierten Einzelsubstanzen. Andere Kombinationen wurden nicht systematisch untersucht. Auf Grund klinischer Erfahrung wird bei psychotischen Erregungszuständen die alleinige Verordnung eines Benzodiazepins ohne zusätzliche Verordnung eines Antipsychotikums nicht empfohlen.

In Studien wurden vorwiegend intramuskuläre Applikationsformen untersucht. Es gibt jedoch keine Evidenz, die bei Einhaltung der notwendigen Sicherheitsanforderungen und Zubereitungshinweise gegen eine intravenöse Applikationsform der hierfür zugelassenen Substanzen spricht.

**Good Clinical Practice**

Obwohl kaum Studien zur Akutbehandlung aggressiver Erregungszustände mit oral eingenommener Medikation vorliegen, sollte eine solche bei gegebenem Einverständnis des Patienten bevorzugt werden. Dazu werden schnell resorbierbare Antipsychotika und Benzodiazepine empfohlen.

Bei aggressiven Erregungszuständen vor dem Hintergrund von Intoxikationen mit Alkohol, Mischintoxikationen, Intoxikation mit unbekanntem Substanzen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern ist besondere Zurückhaltung gegenüber einer sedierenden Medikation und intensive Überwachung angezeigt. Vergleichsweise sicher ist bei zwingender Indikation einer pharmakologischen Intervention Haloperidol.

**8.4.3 Agitation und Aggression bei demenziellen Erkrankungen****Empfehlungsstärke A**

Aggressives Verhalten bei Demenzkranken kann, wenn erhebliche Gefährdungen resultieren und nicht-pharmakologische Interventionen nicht zum Erfolg führen, mit Antipsychotika behandelt werden. Am besten untersucht sind Risperidon und Olanzapin. Die Initial-Dosierung beträgt etwa 25-50% der gültigen Empfehlungen für die Akutbehandlung von psychotischen Erkrankungen. Die Angaben zur Maximal-Dosierung für Demenzkranke sind lückenhaft. Die Behandlung geht mit einem erhöhten Risiko vielfältiger unerwünschter Nebenwirkungen und einer statistisch leicht erhöhten Mortalität einher. Für einen längerfristigen Nutzen gibt es keine Belege. Eine Behandlung sollte daher unter sorgfältiger Risikoabwägung und möglichst kurz erfolgen.

**Empfehlungsstärke C**

In der Praxis kommen häufig auch zahlreiche sedierende Substanzen zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei Demenzkranken zur Anwendung. Deren Nutzen-Risiko-Verhältnis ist nur ungenügend untersucht, jedoch ist auch bei diesen Substanzen ein erhebliches Nebenwirkungspotential zu erwarten.

**8.4.4 Prophylaktische Pharmakotherapie aggressiven Verhaltens****Empfehlungsgrad A**

Antipsychotika, Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer und Betablocker zeigen in klinischen Studien Hinweise auf eine mäßige antiaggressive Wirkung bei zahlreichen psychiatrischen Störungsbildern.

**Empfehlungsgrad C**

Die Indikationsstellung zu einer antiaggressiven Pharmakotherapie sollte in erster Linie auf eine Behandlung der psychiatrischen Grunderkrankung zielen und bei einer augmentativen Pharmakotherapie die Gefährdungen durch aggressives Verhalten, die typischen substanzeigenen Nebenwirkungen und die weiteren Umstände der Behandlung (z.B. Adherence) abwägend einbeziehen. Auf Grund der vorliegenden Evidenz sind differenzielle spezifische Substanzempfehlungen nicht möglich, die Entscheidung muss ärztlich unter Einbeziehung aller Aspekte der Situation und des Krankheitsverlaufs individuell getroffen werden.

**8.5 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen****8.5.2 Allgemeine Aspekte freiheitseinschränkender Maßnahmen****Good Clinical Practice**

Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dürfen nur als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitern durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche erfolglos blieben. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen dem Anlass und der Zwangsmaßnahme muss sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer ist so kurz als möglich zu halten, eine Beendigung ist regelmäßig zu überprüfen. Ein angemessener zwischenmenschlicher Kontakt ist sicherzustellen.

**8.5.3 Wirksamkeit, Sicherheit und Differenzialindikation****Empfehlungsgrad B**

Es gibt Hinweise, dass sich das Ausmaß an subjektiver Beeinträchtigung durch Zwangsmaßnahmen zwischen Isolierung und Fixierung nicht unterscheidet.

**Good Clinical Practice**

Zwangsmaßnahmen können bei Anwendung einer in speziellen Schulungen erlernten Technik und unter kontinuierlicher bzw. sehr engmaschiger Überwachung dazu beitragen, die Auswirkungen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens zu begrenzen und gelten, sofern Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, als sichere Interventionen. Die Präferenz der Patienten sollte vor Durchführung einer Zwangsmaßnahme erfragt werden und nach Möglichkeit diesem Wunsch auch entsprochen werden, ggf. auch unter Bezugnahme auf bestehende Behandlungsvereinbarungen. Zu-

dem müssen interindividuell erfahrungsgemäß sehr unterschiedliche Erlebnisweisen, Bedürfnisse und Ängste berücksichtigt werden. Psychiatrische Einrichtungen sollten die Möglichkeit vorhalten, verschiedene Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen durchzuführen, um ggf. auf die Präferenz von Patienten reagieren zu können.

#### WHO-Empfehlung

Fixierung und Isolierung sind erlaubt, wenn sie die einzigen Möglichkeiten sind, unmittelbaren oder drohenden Schaden von der Person selbst oder anderen abzuwenden und sollten dann nur für die kürzest notwendige Dauer genutzt werden. Während Zwangsmaßnahmen muss es einen aktiven und persönlichen Kontakt mit den Betroffenen geben. Die Gesetzgebung muss sicherstellen, dass Fixierung und Isolierung nur als Interventionen der letzten Wahl genutzt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten, um Schaden von den Betroffenen selbst oder Dritten abzuwenden, fehlgeschlagen sind. Der Gebrauch von Isolierung und Fixierung als eine Form der Bestrafung muss abgeschafft werden. Zwangsmaßnahmen sollen nicht länger dauern als das Zeitintervall, das für diesen Zweck unbedingt nötig ist (WHO 2005, Übersetzung durch die Autoren).

### 8.5.4 Durchführung und menschenwürdige Gestaltung

#### Good Clinical Practice

■ **Einleitung einer Zwangsmaßnahme.** Fast bei jeder Zwangsmaßnahme besteht unmittelbar vor der Durchführung ein gewisser Handlungsspielraum, um über die Art der Zwangsmaßnahme (Festhalten, Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation) zu entscheiden. Es sollte diejenige Zwangsmaßnahme durchgeführt werden, die der Patient am wenigsten eingreifend erlebt. Diese kann direkt vor Durchführung erfragt werden oder ist möglicherweise im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung oder einer Nachbesprechung bei einer früheren Zwangsmaßnahme festgelegt worden. Generell sollten das Auftreten der Mitarbeiter und die Kommunikation mit dem Betroffenen von Respekt vor der Person, Einfühlung in dessen Situation und dem Bemühen um eine faire Behandlung geprägt sein. Eine Aufklärung über beabsichtigte Maßnahmen ist erforderlich und es sollte stets versucht werden, die Kooperationsbereitschaft des Betroffenen wieder zu gewinnen.

■ **Anordnung.** Die Anordnung darf nur vom zuständigen Arzt aufgrund eigener Urteilsbildung am Kranken erfolgen und muss schriftlich dokumentiert werden. Erfolgt die Zwangsmaßnahme im Rahmen von Notwehr, Gefahr im Verzug oder eines rechtfertigenden Notstandes ohne vorherige ärztliche Anordnung, ist eine ärztliche Überprüfung der Zwangsmaßnah-

me so rasch als möglich nachzuholen. Die weitere Notwendigkeit der Zwangsmaßnahme muss möglichst engmaschig überprüft werden.

■ **Überwältigung.** Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von Patienten wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen verwiesen. Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen.

Das Entfernen persönlicher, auch potentiell gefährlicher Gegenstände (Schmuck etc.) ist nur zu vertreten, wenn medizinische oder Sicherheitsaspekte dies zwingend erforderlich scheinen lassen. Für das Entkleiden von Patienten und Patientinnen gilt derselbe Grundsatz. Zusätzlich ist hierbei die Gefahr einer Re-Traumatisierung bei sexuell traumatisierten Patientinnen zu berücksichtigen und Alternativen sind anzubieten (z. B. kontinuierliche persönliche Überwachung durch Mitarbeiterinnen).

Einzelheiten des Vorgehens bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen im Hinblick auf Sicherheitsaspekte sowie der Überwachung während der Maßnahme sollten in institutionsinternen Richtlinien oder Pflegestandards verbindlich geregelt sein und regelmäßig geschult werden. Bezüglich Fixierung wird es als erforderlich angesehen, dass eine kontinuierliche 1:1-Überwachung mit persönlichem Kontakt für die Dauer der Maßnahme gewährleistet ist. Auch bei Isolierung ist eine engmaschige Überwachung unverzichtbar.

### 8.5.5 Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und Zwangsmaßnahmen

#### Good Clinical Practice

Eine Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen erfolgt abhängig vom Befinden des Patienten zeitnah möglichst gemeinsam mit pflegerischer Bezugsperson und zuständigem Therapeuten. Die Gesprächsinhalte und getroffene Absprachen werden in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt. Bei schwerwiegenden Vorfällen wird eine Patientenrunde durchgeführt. Mitpatienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, werden Einzelgespräche angeboten.

### 8.5.6 Nachbetreuung für von Patientenübergrieffen betroffene Mitarbeiter

#### Good Clinical Practice

Psychiatrische Einrichtungen sollten eine systematische Nachsorge für von Patientenübergrieffen betroffene MitarbeiterInnen sicherstellen, die auf die Prävention psychischer Belastungen zielt.

### 8.5.7 Juristische Konsequenzen

#### Good Clinical Practice

Bei Patientenübergreifen von erheblicher Schwere ist eine juristische Strafverfolgung zu prüfen. Eine solche steht im Einklang mit rechtsstaatlichen Prinzipien und ist per se nicht unethisch. Jedoch sollten kritisch sowohl die Fragen der Angemessenheit und des Schutzes der Mitarbeiter als auch die der Versorgungsverpflichtung abgewogen werden. Die Leitung einer Institution sollte klare Positionen beziehen und betroffene Mitarbeiter nicht alleine lassen, sondern mit ihnen gemeinsam eine angemessene Vorgehensweise festlegen. Die Einleitung einer Strafverfolgung darf nicht primär dem Ziel dienen, sich schwer zu behandelnder Patienten zu entledigen, indem sie in die forensische Psychiatrie transferiert werden.

## 9 | Dokumentation und Evaluation

#### Good Clinical Practice

Zwangsmaßnahmen sind weitgehende Eingriffe in die Grundrechte und müssen zuverlässig und vollständig im Hinblick auf Anlass, Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme dokumentiert werden. Auch aggressive Übergriffe von Patienten sollten mit einer standardisierten und gebräuchlichen Dokumentation erfasst werden. Eine vergleichende Verwendung als Qualitätsindikator sollte beide Aspekte berücksichtigen und muss für eine sinnvolle Interpretation die Besonderheiten der jeweiligen klinischen Einheit in Rechnung stellen.

## 10 Externe/unabhängige Beratung und Kontrolle

### Good Clinical Practice

In der psychiatrischen Versorgung von Patienten mit aggressivem Verhalten ist eine externe/unabhängige Kontrolle notwendig. Befugnisse und Kompetenzen externer/unabhängiger Beratungs- und Kontrollinstanzen/-instrumente müssen klar definiert werden und sie müssen mit ausreichenden Mitteln ausgestattet sein, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Darüber hinaus ist Form und Inhalt ihrer Informationspflicht gegenüber der Öffentlichkeit klar zu definieren.

Parallelen bzw. Diskrepanzen zu ähnlichen Instanzen und Instrumenten anderer Länder sind systematisch zu untersuchen. Es stellt eine künftige Aufgabenstellung psychiatrischer Versorgungsforschung dar, Auswirkungen externer/unabhängiger Beratungs- und Kontrollinstanzen/-instrumente auf die Versorgungspraxis in psychiatrischen Einrichtungen mit geeigneten Studiendesigns zu untersuchen.

### 10.4 Wahrung von Patientenrechten

#### Good Clinical Practice

Die Möglichkeiten juristischer Überprüfungen sind ein wesentliches Instrument zur Wahrung der Patientenrechte und sollten im Umgang mit den Patienten grundsätzlich unterstützt werden.