

Abschlussbericht ZIPHER

| Titel und Verantwortliche | |
|--|---|
| Titel des Projekts | ZIPHER: Zwangsmaßnahmen Im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion |
| Förderkennzeichen: | ZMVI-2515FSB406 |
| Antragstellende Einrichtung: | Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie I der Universität Ulm |
| Gesamtprojektleiter: | Prof. Dr. med. Tilman Steinert Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie I der Universität Ulm |
| Kooperationspartner/ Leitung Teilprojekte 1, 2 u. 7 | Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI), Prof. Dr. Hans-Joachim Salize, Prof. Dr. med. Harald Dreßing |
| Kooperationspartner/Leitung Teilprojekte 1, 5 und 8 | Prof. Dr. med. Georg Juckel, Ärztlicher Direktor LWL- Universitätsklinikum Bochum Projektmitarbeitende: Simone Efke, Wissenschaftliche Mitarbeiterin |
| Kooperationspartner/ Leitung Teilprojekte 3 und 6 | Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. An-Institut der Universität Greifswald Projektleitung: Prof. Dr. Ingmar Steinhart Projektmitarbeitende: Sarah Jenderny, Julia Schreiter, Anke Wagner |
| Förderzeitraum/Laufzeit: | 01.10.2016 - 30.09.2019 |
| Fördersumme: | 472.469,00 Euro (Gesamtfördersumme) |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Zusammenfassung | 1 |
| Einleitung | 8 |
| Teilprojekte des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI) | 13 |
| Teilprojekt 1.2: | 13 |
| Einleitung | 13 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 13 |
| Durchführung | 15 |
| Ergebnisse | 17 |
| Gesamtbeurteilung | 25 |
| Teilprojekt 7 | 26 |
| Einleitung | 26 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 26 |
| Einleitung | 31 |
| Datenbasis und Untersuchungszeitraum | 31 |
| Gesamtbewertung | 48 |
| Literatur | 48 |
| Teilprojekte des LWL- Universitätsklinikums Bochum | 50 |
| Teilprojekt 1 | 50 |
| Einleitung | 50 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 50 |
| Durchführung | 50 |
| Ergebnisse | 51 |
| Gesamtbeurteilung | 57 |
| Teilprojekt 5 | 59 |
| Einleitung | 59 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 59 |
| Durchführung | 59 |
| Ergebnisse | 61 |
| Gesamtbeurteilung | 64 |
| Teilprojekt 8 | 65 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 65 |
| Inhaltsanalyse der Fokusgruppen | 65 |
| Gesamtbeurteilung | 70 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse | 70 |
| Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential) | 71 |
| Publikationsverzeichnis | 71 |

| | |
|--|-----|
| Teilprojekte des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie I der Universität Ulm | 72 |
| Teilprojekt 4 | 72 |
| Einleitung | 72 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 72 |
| Durchführung | 79 |
| Ergebnisse | 80 |
| Gesamtbeurteilung | 85 |
| Literaturverzeichnis | 87 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse | 89 |
| Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)..... | 89 |
| Teilprojekt 9 | 90 |
| Einleitung | 90 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 90 |
| Datenerhebung und Datenauswertung | 91 |
| Ergebnisse | 93 |
| Gesamtbeurteilung | 98 |
| Literaturverzeichnis | 101 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse | 101 |
| Publikationsverzeichnis | 101 |
| Teilprojekt 10 | 103 |
| Einleitung | 103 |
| Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 103 |
| Durchführung | 105 |
| Ergebnisse | 105 |
| Gesamtbeurteilung | 110 |
| Literaturverzeichnis | 112 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse | 120 |
| Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)..... | 120 |
| Publikationsverzeichnis | 120 |
| Teilprojekte des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., An-Institut der Universität Greifswald..... | 121 |
| Wissenschaftlicher Hintergrund | 122 |
| Teilprojekt 3 | 123 |
| Bundesweite Online-Befragung | 124 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 124 |
| Ergebnisse..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| Diskussion | 138 |
| Bundesweite Telefoninterviews | 143 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 143 |
| Ergebnisse..... | 143 |
| Teilprojekt 6 | 148 |
| Fragebögen regionale Akteure | 148 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 148 |
| Ergebnisse..... | 149 |
| Interviews regionale Wohnheimleitungen | 154 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 154 |
| Ergebnisse..... | 154 |
| Dokumentation Amtsgerichte..... | 159 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 159 |
| Ergebnisse..... | 159 |
| Mitarbeitendenbefragung Kliniken | 162 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 162 |
| Ergebnisse..... | 162 |
| Diskussion..... | 169 |
| Teilprojekt 8 | 173 |
| Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik | 173 |
| Ergebnisse..... | 173 |
| Diskussion | 175 |
| Gender Mainstreaming Aspekte..... | 176 |
| Verwertung der Projektergebnisse | 176 |
| Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse | 177 |
| Publikationsverzeichnis..... | 177 |
| Literaturverzeichnis..... | 178 |

Zusammenfassung

Hintergrund:

Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem betreffen freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen (Zwangseinweisung, gerichtliche Unterbringung, Maßregelvollzug, Fixierung und Isolierung) und ärztliche Behandlungsmaßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten, d.h. in erster Linie medikamentöse Zwangsbehandlung. Solche Maßnahmen finden gemäß der entsprechenden Gesetze in psychiatrischen Krankenhäusern, aber auch in Wohneinrichtungen für psychisch Kranke statt.

Die Erkenntnisse über die Versorgungsepidemiologie von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem, insbesondere auch im Heimsektor, wurden in einer bundesweiten Vollerhebung ausgebaut. Das vorliegende Projekt verfolgte dabei einen multiperspektivischen und multimethodischen Forschungsansatz:

In einer bundesweiten Vollerhebung an psychiatrischen Kliniken sollten strukturelle Daten zum Aufbau und zur Organisation der Klinik, zur Patientenstruktur sowie der Anzahl, Art und Durchführung der angewandten freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen erfasst werden.

Ferner sollte eine möglichst exakte Quantifizierung der Häufigkeit von unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie in Deutschland erfolgen und deren Veränderung über den zeitlichen Verlauf hinweg abgeschätzt werden.

Wie Menschen in das System der stationären Eingliederungshilfe gelangen, wie lange sie dort verweilen und aus welchen Gründen sie mitunter schwer wieder entlassen werden können, war ein weiterer Untersuchungsschwerpunkt. Der Fokus lag hierbei auf den stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen inklusive Suchterkrankungen.

Um Analysen von Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen vornehmen zu können, wurden vorliegende Falldaten um eine Erfassung von Klinikstrukturmerkmalen und strukturellen Versorgungsmerkmalen der jeweiligen Region (Landkreise) ergänzt.

Weiter sollte die Identifikation von Bedingungsfaktoren und die Prüfung eines Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit von Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen in den betreffenden Kliniken erfolgen.

Auch der Zugang und die Entlassung von Bewohnenden in geschlossenen Wohnheimen, die Hilfeplanung und Kooperations-/Vernetzungsqualität mit beteiligten Versorgungsakteuren in der Region, Alternativen zur und Verkürzung von geschlossenen Unterbringungen, der Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen sollten erhellt werden.

Es sollte eine vertiefte Analyse der Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie der Maßregelvollzugskliniken des Bundeslandes Baden-Württemberg durchgeführt werden.

Ein weiterer Aspekt des vorliegenden Projekts war die Durchleuchtung möglicher Abweichungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen bei der Handhabung von Zwangsmaßnahmen.

Die Wahrnehmung von Zwang bei stationären Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie hinsichtlich der verordneten antipsychotischen Medikamente und die mit dem Erleben von Zwang verbundenen Faktoren waren bislang noch sehr unzureichend untersucht und sollten daher weiter ausgeleuchtet werden.

Ein wesentlicher Aspekt war auch die Frage, welche Interventionen geeignet sind, mechanische Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie zu reduzieren. Dazu wurde ein systematisches Review von Studien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen durchgeführt.

Methoden:

Entsprechend dem multiperspektivischen Ansatz des vorliegenden Forschungsprojekts kamen unterschiedliche quantitative und qualitative Methoden zum Einsatz.

Für die bundesweite Erhebung über Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken und Kliniken des Maßregelvollzugs wurden initial 565 Kliniken und die Leiter von 88 psychiatrischen Maßregelvollzugseinrichtungen mittels Fragebogen befragt.

Für die Auswertungen von Daten der Justizministerien zu Unterbringungen nach PsychKGs und § 1906 BGB mit Ländervergleichen wurden die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte herangezogen. Die Daten wurden mit entsprechenden epidemiologischen und Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes kombiniert, um länder- und bevölkerungsbezogene Aussagen treffen zu können. Einschränkungen der Datenstruktur der Amtsgerichts-Geschäftsübersichten machten Modellierungen und Abschätzungen der Datengrundlage notwendig.

Die bundesweite quantitative Befragung von Heimleitungen von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen erfolgte mittels eines umfangreichen quantitativen Online-Fragebogens. Eine qualitativ vertiefende telefonische Befragung einzelner Einrichtungsleitungen ergänzte die Erhebung.

Für eine vertiefte qualitative Bedingungsanalyse von Zwangsmaßnahmen wurden Daten zu Zwangsmaßnahmen dem zentralen Melderegister Baden-Württemberg entnommen. Strukturmerkmale der Kliniken und der Stadt- und Landkreise wurden mittels Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurden die Dokumentationen des Kommunalverbandes Jugend und Soziales (KVJS) und die offiziellen Qualitätsberichte der Kliniken ausgewertet.

Datengrundlage für die regionale vergleichende Analyse von zwei Regionen mit wenigen bzw. vielen Zwangseinweisungen bildeten strukturierte Interviews, mit denen sowohl strukturelle Daten der Einrichtungen als auch persönliche Einstellungen und Meinungen der Befragten erfasst wurden. Befragt wurden Mitarbeiter aller am Unterbringungsprozess potentiell beteiligten Institutionen. Die Befragung der sozialpsychiatrischen Dienste in den Untersuchungsregionen konnte wegen fehlender Kapazitäten der Dienste allerdings nicht durchgeführt werden.

Die qualitative Befragung von geschlossenen Heimeinrichtungen der Eingliederungshilfe und ihren Netzwerkpartnern in zwei größeren Regionen erfolgte durch qualitative Interviews mit den offenen und geschlossenen Wohnheimen, eine postalische Befragung der relevanten Netzwerkakteure, eine Mitarbeitendenbefragung in den psychiatrischen Kliniken sowie durch die Auswertung der Dokumentation von Zwangsunterbringungen an Amtsgerichten.

Grundlage für die vertiefte Analyse der Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie der Maßregelvollzugskliniken in Baden-Württemberg war das Melderegister für Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen. Es wurde eine Anfrage an alle forensischen Kliniken in Baden-Württemberg gestellt, mit der Bitte um schriftliche Zustimmung zur Nutzung der jeweiligen Daten aus dem Zwangsregister. Sieben Einrichtungen erteilten diese Zustimmung.

Um die möglichen Herausforderungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen bei der Handhabung von Zwangsmaßnahmen zu analysieren und gemeinsam in einer Gruppe von ausgewählten Vertretern verschiedener Professionen, Angehörigen und Betroffenen Verbesserungsansätze zu diskutieren, wurden in Nordrhein-Westfalen und in Mecklenburg-Vorpommern dialogische Fokusgruppen durchgeführt. Die leitfadengestützten und moderierten Gruppendiskussionen wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zur Identifikation von möglichen Bedingungsfaktoren des Zwangserlebens bei verordneter Medikamenteneinnahme wurden 56 Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug und 91 Patientinnen und Patienten in der Allgemeinpsychiatrie mittels Fragebogen in persönlichen Interviews befragt.

Zur Beantwortung der Frage, welche Interventionen geeignet sind, mechanische Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie zu reduzieren, erfolgte eine systematische Literaturrecherche. Diese wurde durch eine Referenzrecherche ergänzt. Es erfolgte eine narrative Synthese der gefundenen Studien, bei welcher die Studien nach Art der Intervention kategorisiert wurden.

Ergebnisse:

Als generell angewandte Zwangsmaßnahmen wurden von fast allen allgemeinpsychiatrischen Kliniken Fixierungen und Zwangsmedikationen genannt, während Isolierungen nur in ungefähr der Hälfte der Kliniken angewandt wurden. Die Unterbringungsquote entsprach insgesamt vorherigen Ergebnissen. Bei männlichen Aufnahmen konnte eine höhere Unterbringungsquote als bei weiblichen Aufnahmen festgestellt werden. Über ein Drittel der unfreiwilligen Aufnahmen war von Zwangsmaßnahmen (vor allem Fixierungen) betroffen, wobei sich erneut ein höherer Anteil bei männlichen als bei weiblichen Aufnahmen feststellen ließ. In nahezu der Hälfte der allgemeinpsychiatrischen Kliniken wurden auch augenscheinlich niederschwelligere Arten von Zwangsmaßnahmen angewandt, wie zum Beispiel die Nutzung eines Time-Outs oder Zwang durch (pflegerische) Hilfsmittel.

Bei der am häufigsten in den teilnehmenden Kliniken des Maßregelvollzugs angewandten Zwangsmaßnahme handelte es sich um Isolierungen der Patienten. Isolierungsmaßnahmen fanden ca. sieben Mal häufiger statt als Fixierungen von Untergebrachten.

Mit einer Spanne zwischen 12,9 % und 16,4 % erscheint die bundesweite Unterbringungsquote (Anteil an Einweisungen in die stationär psychiatrische Behandlung, die unfreiwillig erfolgten) zwischen 1999 und 2015 als weitgehend zeitstabil. Zumindest lässt sich weder ein eindeutig steigender oder fallender Trend ablesen. Von 1999 bis 2015 ergibt sich eine zwar schwankende, aber im Gesamttrend kontinuierliche steigende Rate zwischen 108,4 und 146,9 Zwangseinweisungen ins psychiatrische Krankenhaus pro 100.000 Einwohner.

Die 389 Einrichtungen in der Stichprobe verfügen nach ihrer Leistungsvereinbarung aus dem Jahr 2017 über insgesamt 1.268 geschlossene und 11.881 offene Plätze, von denen 89 eingestreut geschlossen geführt werden. Die Durchschnittsgröße der offenen Einrichtungsbereiche liegt bei 32 Plätzen und die der geschlossenen bei 23 Plätzen. Über ein Drittel der Wohnheime geben an, kein vorrangig regionales Einzugsgebiet für die Aufnahme von Bewohnenden vereinbart zu haben. Von den geschlossenen Einrichtungen in der Stichprobe gaben 42,6 % an, dass es in den letzten zwölf Monaten bei ihnen Bewohnende gab, für die aus ihrer Sicht eine andere Form der Hilfe als die geschlossene Unterbringung geeigneter gewesen wäre.

Der Anteil der Behandlungsfälle mit freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen korrelierte bivariat signifikant negativ mit dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, signifikant positiv mit dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung, signifikant positiv mit der Anzahl der Planbetten, signifikant positiv mit dem Betrieb eines Heimes durch eine Klinik und signifikant negativ mit der Anzahl der Suchtberatungsstellen pro 100.000 Einwohner im Versorgungsgebiet. Diese Variablen gingen in ein multivariates Regressionsmodell mit Rückwärts-Selektion ein. Das endgültige Regressionsmodell enthielt

nur noch den Anteil der Behandlungsfälle mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung als signifikanten Prädiktor (standardisiertes Beta = 0,55, adjustiertes $R^2 = 0,27$).

Auf Basis der durchgeführten Interviews ergaben sich zwischen den Regionen keine strukturellen oder organisatorischen Unterschiede im Unterbringungsprozess oder daran beteiligten Institutionen, welche die Unterschiede in der Unterbringungsrate erklären würden. Insgesamt konnten auf Grundlage der verschiedenen Erhebungen in den Regionen Bedarfe und Potentiale ermittelt werden, die sich vordergründig auf den systematischen Umgang mit Zwangsmaßnahmen, den Informationsverlust an Schnittstellen, die Entwicklung von passgenauen Angeboten, die Qualifikation des Personals und das Verfahren bei geschlossener bzw. externer Unterbringung beziehen.

Die Versorgungskliniken und insbesondere der Sozialpsychiatrische Dienst sowie die für die Unterbringung zuständigen Behörden beider untersuchten Landkreise zeigten eine fehlende bzw. lückenhafte und nicht abgestimmte Dokumentation im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen an. In der Dokumentation der Amtsgerichte konnten regionale Unterschiede in den beiden untersuchten Landkreisen festgestellt werden: In der einen Region wurden anteilig mehr Männer, mehr ältere Menschen und erklärend dazu auch mehr Demenzerkrankte untergebracht. Außerdem wurden häufiger geistig behinderte Menschen und weniger Menschen mit Suchterkrankungen untergebracht als im zweiten Landkreis. Im ersten Landkreis wurden zudem die Unterbringungen häufiger genehmigt und deutlich seltener frühzeitig aufgehoben als im Vergleichslandkreis.

Als wichtige Faktoren zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen konnten der Einsatz fachlich qualifizierten Personals inklusive der Erhöhung des Personalschlüssels sowie eine angemessene fachärztliche Versorgung und therapeutische Begleitung identifiziert werden. Es bedarf außerdem einer Stärkung des Entlassmanagements der Kliniken als regionale Aufgabe bei gleichzeitiger Optimierung des Aufnahmemanagements des gesamten regionalen Verbundes und der Einführung eines Monitoring-Systems zum Thema Zwang.

Zahlenmäßig dominieren die Zimmereinschlüsse, gefolgt von Isolierungen und Fixierungen. Alle anderen prinzipiell zu dokumentierenden Zwangsmaßnahmen waren in ihrer Häufigkeit marginal. Im Jahr 2015 wurden 19.022 Zwangsmaßnahmen registriert, im Jahr 2016 waren es 26.104 Zwangsmaßnahmen und 2017 waren es 26.808 Zwangsmaßnahmen. Davon waren im Jahr 2015 11.175 Maßnahmen Zimmereinschlüsse. In den Jahren 2016 und 2017 waren 16.422 bzw. 16.858 aller Zwangsmaßnahmen Zimmereinschlüsse. Im Jahr 2015 wurden 578 Fixierungen registriert, im Jahr 2016 waren es 700 und im Jahr 2017 waren es 678 Fixierungen.

Von gelegentlichen Verletzungen der gesetzlichen Vorgaben berichteten in NRW alle 4 Fokusgruppen. Die Patienten und die Angehörigen waren sich nicht sicher, ob die Patienten immer über ihre Rechte aufgeklärt werden. Die Vertreter des medizinischen Personals konnten diese Frage jedoch eindeutig bejahen; sie gaben an, dass alle Patienten hierzu ein Formular unterschreiben müssen. Sie berichteten allerdings auch, dass schwer kranke Patienten den Inhalt des Formulars manchmal nicht erfassen können, so dass formal zwar alles korrekt sei, diese Patienten aber dennoch nicht voll informiert seien.

Nachbesprechungen finden den Angaben zufolge nicht immer statt. Oft liegt dies daran, dass manche der betroffenen Patienten kein Interesse an einer Nachbesprechung haben, zum Beispiel weil ihnen das Verhalten, das zur Zwangsmaßnahme geführt hat, nachträglich peinlich sei und sie nicht mehr darüber sprechen wollen.

Die Vertreter des medizinischen Personals berichteten weiterhin, dass die bei Zwangsmaßnahmen vorgeschriebene 1:1-Betreuung manchmal aufgrund von

Personalmangel nicht eingehalten werden könne. In diesen Fällen würde aber zumindest eine engmaschige Kontrolle erfolgen.

Nicht immer umgesetzt werden könne auch das Recht auf Ausgang im Freien bei einer Zwangsunterbringung, und zwar dann, wenn Kliniken nicht über einen baulich umschlossenen Außenbereich verfügen. Für einen Ausgang im Freien außerhalb der Klinik fehle oft das pflegerische Personal, das die Patienten begleiten könne. Zudem komme es bei solchen Ausgängen oft vor, dass Patienten sich absetzen.

Die personelle Ausstattung der Kliniken sollte vor allem im pflegerischen Bereich verbessert werden. Zwangsmaßnahmen lassen sich wahrscheinlich oft verkürzen oder auch ganz vermeiden, wenn Patienten, die sich selbst- und fremdgefährdend verhalten, engmaschig betreut werden.

Das Recht auf Ausgang im Freien ließe sich deutlich einfacher umsetzen, wenn alle Kliniken, in denen auch zwangsuntergebrachte Patienten behandelt werden, mit einem baulich umschlossenen Außenbereich ausgestattet werden.

Die Forderung der Angehörigen nach mehr Zwangsmaßnahmen entspringt ganz offensichtlich einem Gefühl der Überforderung im Umgang mit ihren erkrankten Verwandten. Die Angehörigen könnten daher stärker unterstützt werden.

Im Rahmen der Erhebungen in Mecklenburg-Vorpommern konnten lediglich vereinzelt Situationen identifiziert werden, in denen die Rechte von Klientinnen und Klienten nicht ausreichend berücksichtigt werden oder es gar zu Abweichungen von gesetzlichen Anforderungen kommt. Dies bezieht sich auf die Aufklärung des/der Betroffenen in der Akutsituation und die 1:1-Betreuung während einer Fixierung. Um die Rechte des/der Betroffenen während einer akuten Krise zu wahren, braucht es möglichst einheitliche und regelhafte Strategien zur Aufklärung, die für die Akteure in der Region verbindlich und umsetzbar sein müssen.

1:1-Betreuungen sind derart zu gestalten, dass sie personell geleistet werden können und für die Betroffenen in ihrer Notsituation auch förderlich wirken.

Von den Teilnehmenden wurden die Lockerung und/oder Einbindung des geschlossenen in den offenen Wohnbereich unter einem Dach einer Einrichtung sowie die Stärkung des ambulanten Versorgungssystems und der Netzwerkstrukturen in der Gemeindepsychiatrie zur Zwangsvermeidung befürwortet.

Zwischen dem Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs und soziodemografischen Daten konnte bei Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug kein Zusammenhang festgestellt werden. Ein lineares Regressionsmodell mit subjektiv erlebtem Zwang bei der angeordneten Medikamenteneinnahme als Zielgröße und Krankheitseinsicht (standardisiertes Beta = -0,24), Einstellung zu Medikamenten (standardisiertes Beta = -0,55) und Symptomschwere (standardisiertes Beta = 0,06) wurde statistisch signifikant ($R^2 = 0,56$).

Bei Patientinnen und Patienten in der Allgemeinpsychiatrie erklärte ein lineares Regressionsmodell mit dem Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs bei angeordneter Medikamenteneinnahme als Zielgröße und Krankheitseinsicht (standardisiertes Beta = -0,38), Einstellung zur Medikation (standardisiertes Beta = -0,48), Symptomschwere (standardisiertes Beta = -0,03), Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte (standardisiertes Beta = 0,25) und unfreiwilliger Krankenhausaufenthalt (standardisiertes Beta = 0,04) einen sehr hohen Anteil der beobachteten Varianz ($R^2 = 0,71$).

Die Ablehnung von ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Medikamenten bei psychotischen Erkrankungen kann nicht ausschließlich als krankheitsbedingt fehlende Behandlungseinsicht aufgefasst werden, sondern ist auch zumindest teilweise eine davon unabhängige persönliche Einstellung.

In die systematische Literaturrecherche zu Interventionen zur Reduktion mechanischer Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie wurden insgesamt 85 Artikel eingeschlossen, welche 78 unterschiedliche Studien beschreiben. Die Studienqualität war insgesamt niedrig. Nur zwölf Studien hatten eine Kontrollgruppe. Davon waren wiederum nur vier Studien randomisiert. Insgesamt konnten in 64 der 78 Studien Zwangsmaßnahmen reduziert werden. Grundsätzlich konnten komplexe Behandlungsprogramme, welche mehrere Interventionen enthalten, von einfachen Interventionen unterschieden werden. Die meisten Interventionen und mit einer Ausnahme alle komplexen Interventionsprogramme zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen waren wirksam.

Schlussfolgerungen:

Die Einführung zentraler Register für Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken nach dem Modell von Baden-Württemberg ist wünschenswert. Wie dort bereits realisiert, sollten nicht nur Maßnahmen nach PsychKG, sondern auch nach BGB und im Maßregelvollzug erfasst werden. Die gleichzeitige Erfassung des Anteils gerichtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten ist für die Interpretation unabdingbar.

Nahezu keine Daten liegen über Maßnahmen in Heimeinrichtungen (heute besondere Wohnformen) und somatischen Krankenhäusern vor. Hier gibt es eine bedenkliche Grauzone, die mittelfristig auch einer Regelung bedürfte. Mit einem differenzierten, zumindest regional im Gemeindepsychiatrischen Verbund und im Idealfall bundesweit einheitlichen Dokumentationssystem könnte dieser bislang unklaren Datenlage begegnet werden. Es sollte künftig eine Aufgabe von Kommunen, Ländern und Bund sein, entsprechende Versorgungsdaten beginnend in einer kommunalen Sozial- und Psychiatrieberichterstattung verbunden mit einem Monitoring-System bereitzustellen. Hier sollte nach Möglichkeit das psychiatrische Regelversorgungssystem insgesamt, also auch alle psychiatrischen Angebote im Rahmen des SGB V, zumindest die psychiatrischen Kliniken, einbezogen werden.

Es gibt Hinweise, dass gut ausgebaute sozialpsychiatrische Dienste die Häufigkeit von Zwangseinweisungen senken können. Ein Ausbau dieses Bereichs ist wünschenswert. Die Wirksamkeit von sozialpsychiatrischen Diensten und flächendeckenden Krisendiensten (wie in Bayern mit dem sich KHG eingeführt) sollte systematisch evaluiert werden.

Für die psychiatrischen Wohnheime (heute besonderen Wohnformen) der Eingliederungshilfe stellt sich sowohl in der klinischen Zuweisung als auch in den Aufnahme- und Folgesettings die enorme Bedeutung der Kooperation in der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft und insbesondere zu den psychiatrischen Kliniken dar. An diesen Schnittstellen braucht es demzufolge eine abgestimmte Kommunikation zwischen den Systemen, ein qualifiziertes, regional ausgerichtetes und refinanziertes Entlassmanagement der Kliniken und Abholmanagement der gemeindepsychiatrischen Anbieter inklusive der besonderen Wohnformen. Angesichts der hohen Fehlplatzierung im offenen wie geschlossenen Bereich und der Entlassungshemmnisse insgesamt muss das dahinterliegende gemeindepsychiatrische System so gestaltet werden, dass dort ein passgenauer individueller, ggf. auch sehr hoher Unterstützungsaufwand auch „ohne Heim“ gewährleistet werden kann. Die Zahl geschlossener Angebote könnte so reduziert bzw. mindestens der weitere Aufbau gestoppt werden, ohne die Schutzbedarfe der Menschen zu vernachlässigen. Insgesamt bedarf die Systematik, dass die Eingliederungshilfe jedes zweite stationäre Wohnangebot außerhalb der regionalen Pflichtversorgung, d.h. ohne definiertes Einzugsgebiet, betreibt, einer grundlegenden Änderung. Die regionalen Zuständigkeiten der psychiatrischen Kliniken könnten hier ein Modell sein.

Die hier erstellte Übersichtsarbeit über evidenzbasierte Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern ging in die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) zur Verhinderung von Zwang ein. Die Empfehlungen der DGPPN zur Implementierung der S3-Leitlinie beinhalten auch bereits die Ergebnisse des ZVP-Projekts. Die Wirksamkeit wird derzeit in einer vom G-BA finanzierten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie getestet. Gegebenenfalls steht ein sehr wirksames und auf die individuelle Situation in den Kliniken anwendbares Instrument zur Verfügung.

Die Ablehnung von ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Medikamenten bei psychotischen Erkrankungen kann nicht ausschließlich als krankheitsbedingt fehlende Behandlungseinsicht aufgefasst werden, sondern ist auch zumindest teilweise eine davon unabhängige persönliche Einstellung. Diesem Umstand hat der Gesetzgeber bereits mit der deutlichen Anhebung der Schwelle für eine Zwangsbehandlung Rechnung getragen.

Es besteht, auch angesichts der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts von 2018, ein dringender Bedarf, Alternativen zu Fixierungen als freiheitsbeschränkende Maßnahme weiter zu entwickeln und in hochwertigen Studien hinsichtlich Anwendungsbereichen und Sicherheit zu untersuchen. Dazu zählen Haltetechniken, Time-out Räume u.a.m.

Ein bedeutsamer Faktor für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sind individuelle Haltungen und Einstellungen bei den Professionellen. Entsprechende Schulungs- und Supervisionsmaßnahmen sollten gefördert werden.

Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang und Zwangsmaßnahmen sollten die Sichtweisen von Vertretern der Betroffenen, ihren Angehörigen, gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und regionalen Verwaltungsbehörden mit einbeziehen. Da diese häufig konträr sind, befindet sich die klinische Psychiatrie häufig in einer Mittlerrolle, die unterschiedliche Sichtweisen vermitteln und angemessene Vorgehensweisen kommunizieren muss.

Einleitung

Ausgangslage des Projekts

Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem betreffen einerseits freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen (Zwangseinweisung, gerichtliche Unterbringung nach öffentlichem und Betreuungsrecht, Maßregelvollzug, im engeren Sinne Fixierung und Isolierung), andererseits auch ärztliche Behandlungsmaßnahmen gegen den erklärten Willen des Patienten, d.h. in erster Linie medikamentöse Zwangsbehandlung. Solche Maßnahmen finden gemäß der entsprechenden Gesetze statt in psychiatrischen Krankenhäusern, aber auch in Wohneinrichtungen für psychisch Kranke und – auf der Basis des rechtfertigenden Notstands (§34 StGB) - in somatischen Krankenhäusern, die aber nicht Teil des psychiatrischen Hilfesystems sind. Eine ambulante Zwangsbehandlung war dagegen in Deutschland, anders als in verschiedenen Nachbarstaaten, nie rechtlich zulässig. Betroffen sind drei große Gruppen von psychisch Kranken (d.h. mit einer psychiatrischen Diagnose gemäß der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10)): Menschen mit psychotischen Erkrankungen, teilweise auch mit Depressionen und Persönlichkeitsstörungen; Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit Demenz. Zwangsmaßnahmen werden für diese Menschen in psychiatrischen Krankenhäusern und Heimen angewendet, die unterschiedlichen Hilfesystemen zuzuordnen sind (Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Altenhilfe). Während zu Zeiten der „Anstalten“ die Zwangsmaßnahmen direkt mit einem Ort, also der Anstalt verknüpft waren, hat sich die Fragestellung heute auf den Akutbereich der psychiatrischen Kliniken und den „neuen Langzeitbereich“ in den Heimen, insbesondere der Eingliederungshilfe (SGB XII) und Pflege(SGB XI) sowie den Maßregelvollzug verlagert.

Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken sind eng verknüpft mit dem Stigma psychischer Krankheit und psychiatrischer Institutionen und schon insofern seit jeher immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Befeuert wurde die Diskussion durch die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung 2011 und die nachfolgenden Gesetzesänderungen sowie durch die sehr dezidierte Forderung der Monitoring-Stelle für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention nach einer Abschaffung aller psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. Aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) können freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen dagegen aus Sicherheitsgründen (sowohl für den Patienten selbst als auch für andere) zu rechtfertigen sein; eine Zwangsbehandlung kommt dagegen aus medizinethischer Sicht ausschließlich bei Selbstgefährdung in Verbindung mit Einsichtsunfähigkeit in Frage.

In den medizinischen Versorgungssystemen ist eine vollständige Vermeidung von Zwangsmaßnahmen angesichts der gesetzlichen Aufgabenzuschreibungen praktisch nicht möglich. Jedoch gilt es als ein wichtiger Aspekt der Behandlungsqualität, Zwangsmaßnahmen so weit als irgend möglich zu vermeiden. Quantitative Messzahlen zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen gehören zu den robusten Qualitätsindikatoren stationärer psychiatrischer Behandlung, die weltweit benutzt werden und für Deutschland auch 2015 vom AQUA-Institut vorgeschlagen wurden. Das Interesse der Institutionen, Zwangsmaßnahmen im Interesse von Entstigmatisierung und Verbesserung der Behandlungsqualität zu reduzieren, begegnet gleichlautenden Forderungen von Betroffenen- und Angehörigenverbänden und hat inzwischen auch Niederschlag in Ländergesetzen gefunden.

Mit der Verkürzung der Behandlungszeiten und der Veränderung der Aufgabenstellung der psychiatrischen Kliniken sind die Themen „Zwang“ und „geschlossene Unterbringung“ in Heimen heute in jeder Versorgungsregion zu einem Versorgungsthema und –problem geworden. Hierzu lagen bundesweit praktisch keine gesicherten statistischen Daten vor, von Einzelstudien einzelner Leistungsträger (z.B. Baden-Württemberg) oder engagierter Forscher (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern) abgesehen. Brisanz hat dieses Thema im Lichte der UN-BRK ergänzend dadurch gewonnen, dass der indirekt ausgeübte Zwang ohne richterliche Genehmigung oder im Vorfeld von Zwangsmaßnahmen vielfältige Formen annehmen kann, z.B. die Vorenthaltung von Versorgungsalternativen in der Region wie z.B. die fehlende Verfügbarkeit intensiver ambulanter Angebote oder die Fehlplatzierung von erwachsenen psychisch Kranken in Altenpflegeheimen. Dies führt vielfach zur Abwesenheit von Wahlmöglichkeiten/Alternativen und / oder teilweise als Folge die Unterbringung in fernab vom Wohn-/ Heimatort gelegenen geschlossenen Einrichtungen. Auch ist die Versorgungsplanung regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Kaum ein Leistungsträger verfolgte nach unserem Kenntnisstand konsequent das Ziel, in jeder Gebietskörperschaft ausreichend Unterstützungsangebote inklusive hochintensiv betreuter, ggf. fakultativ schließbarer Angebote vorzuhalten. Die meisten setzen heute noch auf überregionale Angebote, ohne dass es hier eine bundesweite Abstimmung gäbe. Aber auch hier ist die Versorgungslandschaft bundesweit sehr unterschiedlich.

Dadurch werden schwer objektiv messbare Tatbestände kontinuierlich verändert oder gar neu geschaffen mit einer wieder steigenden Zahl bundesweit verteilter Unterbringungen mit einer steigenden Zahl geschlossener Heimplätze – eine Entwicklung, die seit der Psychiatrie-Enquete eigentlich als überwunden galt. Forschung zu diesen Themen war vor 20 Jahren in Deutschland nahezu nicht existent und weltweit wenig entwickelt. Dies hat sich seitdem wesentlich geändert, u.a. durch die langanhaltende Beschäftigung der Antragsteller mit diesem Themenbereich. Eine wichtige Voraussetzung für den Erkenntnisgewinn war und ist die zunehmend weiter verbreitete Verfügbarkeit von Daten der Routineversorgung in elektronischer Form.

Die aus Deutschland vorliegenden Daten zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen basierten, von wenigen Ausnahmen abgesehen, auf den Vorarbeiten der Antragsteller aus den letzten 15 Jahren. Die Epidemiologie von Zwangseinweisung und Unterbringungen auf unterschiedlicher Rechtsgrundlage wurde mehrfach detailliert untersucht unter Beiziehung von Justizstatistiken und mit Auswertung der Daten von Amtsgerichten. Vergleiche der Bundesländer liegen vor, ebenso eine im Rahmen eines EU-Projekts erstellte Analyse der rechtlichen Situation im europäischen Vergleich. Am Beispiel Nordrhein-Westfalens wurden auch vergleichende Analysen regionaler Kontextfaktoren erstellt, wobei sich die Verfügbarkeit sozialpsychiatrischer Dienste als bedeutsame Einflussvariable zeigte (Juckel & Haußleiter 2015).

Daten zur Häufigkeit mechanischer freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahmen aus psychiatrischen Kliniken in Deutschland stammten aus Arbeiten des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in Süddeutschland und von sechs Kliniken in Berlin, Bremen, Bielefeld und Karlsruhe (Ketelsen et al. 2011, Martin et al. 2007, Steinert et al. 2007). Es wurden auch Daten über insgesamt knapp 140.000 psychiatrische Aufnahmen im Längsschnitt publiziert (Steinert et al. 2015). Die am häufigsten betroffene Patientengruppe waren Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Zwangsmedikation betrifft dagegen vorwiegend Patienten mit psychotischen Erkrankungen. Gemäß einer ersten Publikation zu diesem Thema seit der Änderung der Gesetze ist davon nur eine relativ geringe Zahl von Patienten betroffen (0,5% der Aufnahmen, Flammer & Steinert 2015). Auch Befragungen von

Patienten zu ihrem subjektiven Erleben lagen, besonders aus internationaler Perspektive, bereits in erheblichem Umfang vor.

Ein Fallregister für alle Arten von Zwangsmaßnahmen wurde in Baden-Württemberg mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz 2015 verbindlich eingeführt. Aussagekräftige flächendeckende Daten für eine Region mit 11 Millionen Einwohnern stehen damit seither zur Verfügung. Vergleichbare nationale Fallregister sind in den letzten Jahren in den Niederlanden, der Schweiz und Dänemark entstanden.

Mit der Verkürzung der Behandlungszeiten und der Veränderung der Aufgabenstellung der psychiatrischen Kliniken sind die Themen „Zwang“ und „geschlossene Unterbringung in Heimen“, die früher zu den Alltagsthemen in den Anstalten gehörten, heute in jeder Versorgungsregion angekommen und zu einem Versorgungsthema sowie einer besonderen Herausforderung geworden. Nicht zuletzt lenkte die UN-Behindertenrechtskonvention den Blick auf die Wahrung der Menschenrechte und die Gewährleistung gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (United Nations 2006). Insbesondere im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen balanciert das psychiatrische Hilfesystem jedoch zwischen seinen Ansprüchen des Schutzes und der Selbstbestimmung: Gerät ein Mensch in eine psychische Krise, ist es zur Abwendung von Selbst- und/oder Fremdgefährdung möglich, ihm nach richterlicher Entscheidung seine Freiheit zu entziehen und gegen seinen Willen geschlossen in einer psychiatrischen Institution unterzubringen. Geregelt wird dieses Unterbringungsverfahren durch die landesrechtlichen Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) und auf Ebene des Bundesrechts im § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Der fachliche Diskurs um die Ultima Ratio der geschlossenen Unterbringung in Heimen wird kontrovers geführt und an vielen Stellen grundlegende bis fundamentale Kritik geübt (u.A. Giertz & Gervink 2017), während andernorts der Ruf nach zusätzlichen geschlossenen Heimplätzen groß ist. Welche Bedarfe für geschlossene Heimplätze tatsächlich bestehen und inwiefern diese von der gemeindenahen Versorgung gedeckt werden, ist jedoch weitgehend unklar. Selbst die Quantität der geschlossenen Wohnheimplätze kann bundesweit nicht beziffert und damit zurecht als „black box“ bezeichnet werden (Speck et al. 2013). Zur Einschätzung der Größenordnung können lediglich die Statistiken der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) herangezogen werden. Demnach lag der Anteil seelisch behinderter Menschen an allen Leistungsberechtigten im stationär betreuten Wohnen im Jahr 2017 bei 28,5 % (BAGüS, 2017). Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 211.950 ergibt sich bundesweit eine Anzahl von etwa 60.400 Menschen mit seelischen Behinderungen, die in einer der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Die Statistiken der BAGüS enthalten jedoch keine Angaben zu geschlossenen Wohnformen. Lediglich aus einigen wenigen Regionen Deutschlands, insbesondere aus Baden-Württemberg, liegen Kennzahlen und Verteilungen von offenen und geschlossenen Heimplätzen vor, die die Leistungsträger im Rahmen ihrer Berichterstattung zur Verfügung stellen (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) 2018).

Mit der BMG-geförderten ZIPHER-Studie („Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“), die von der BAGüS sowie den Wohlfahrtsverbänden unterstützt wurde, ist es nun erstmalig gelungen, eine bundesweite wissenschaftliche Erhebung mit dem Fokus auf Struktur- und Prozessdaten in offenen und geschlossenen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe durchzuführen, um Licht in die bundesweit völlig unklare Datenlage zu bringen.

Ziele des Projekts

Deshalb stellten sich für die Forschung und Versorgung im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem folgende wesentliche Aufgabenstellungen:

1. Die Erkenntnisse über die Versorgungsepidemiologie von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem sollten im Sinne einer anzustrebenden bundesweiten Vollerhebung ausgebaut werden.
2. Eine vertiefte Analyse der Bedingungsfaktoren sowohl in struktureller Hinsicht von Versorgungsregionen als auch im Hinblick auf Einstellungen und Qualifikation aller Beteiligten und des Zusammenspiels unterschiedlicher Akteure sollte in Beispielregionen erfolgen. Der letztgenannte Aspekt wird allgemein für sehr bedeutsam gehalten, wurde bisher aber in Deutschland noch gar nicht und international kaum untersucht.
3. Eine Untersuchung des Heimsektors war dringend erforderlich, wobei in Anbetracht der Vielfalt und der unterschiedlichen Versorgungssysteme zunächst einmal die auf wesentlich seelisch behinderte Menschen spezialisierten Heime der Eingliederungshilfe im Sinne einer bundesweiten Vollerhebung im Fokus stehen sollten, ergänzt um regionale qualitative, semiquantitative und stichprobenbezogene Herangehensweisen für differenzierte Analysen. Für Mecklenburg-Vorpommern sollten die Daten mit der Erhebung von 2010 verglichen werden.

Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf. Aufgerufen am 18.03.2020.

Flammer E, Steinert T. Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Front Psychiatry* 2015; 6: 153.

Giertz K, Gervink T. „Systemsprenger“ oder eher PatientInnen und Patienten mit einem individuellen und komplexen Hilfebedarf?. *Psychotherapie Forum* 2017; 22: 105-112.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS). Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und SGB IX, 2018. <https://www.kvjs.de/der-kvjs/service/publikationen-videos/detailansicht/leistungen-der-eingliederungshilfe-nach-dem-sgb-xii-und-sgb-ix-2018/>. Aufgerufen am 18.03.2020.

Juckel G, Haußleiter I. Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren?. *Psychiat Prax* 2015; 42: 133-139.

Ketelsen, R, Schulz M, Driessen M. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. *Gesundheitswesen* 2011; 73: 105-111.

Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T. Ein Vergleich von Schweizer und deutschen Kliniken in Bezug auf die Anwendung von Fixierung und Isolierung. *Psychiatr Prax* 2007; 34: S212-S217.

Speck A, Steinhart I, Freyberger H. Wieder einmal alles gesagt ... zur „Black Box“ der Geschlossenen Heime?. Psychiatr Prax 2013; 40(01): 49-50

Steinert T, Zinkler M, Elsässer-Gaißmaier HP, Starrach A, Hoppstock S, Flammer E. Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. Psychiatr Prax 2015; 42: 377-383.

United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>. Aufgerufen am 18.03.2020.

Projektstruktur

Die BMG-geförderte ZIPHER-Studie widmet sich dem Thema Zwang im Rahmen von insgesamt 10 Teilprojekten mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

Teilprojekt 1: Bundesweite Erhebung an psychiatrischen Kliniken

Teilprojekt 2: Auswertungen von Daten der Justizministerien zu Unterbringungen nach PsychKGs und § 1906 BGB mit Ländervergleichen

Teilprojekt 3: Bundesweite quantitative Befragung von Heimleitungen von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Teilprojekt 4: Vertiefte qualitative Bedingungsanalyse unter Zuhilfenahme des Fallregisters von Baden-Württemberg: landkreisbezogene quantitative Analyse von Kontextfaktoren

Teilprojekt 5: Regionale vergleichende Analyse von je 2 Regionen mit vielen und wenig Zwangseinweisungen in NRW

Teilprojekt 6: Qualitative Befragung von geschlossenen Heimeinrichtungen der Eingliederungshilfe in zwei größeren Regionen in Westfalen und in Mecklenburg-Vorpommern

Teilprojekt 7: Quantitative Erhebungen zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie am Beispiel eines Bundeslandes (Baden-Württemberg)

Teilprojekt 8: Durchleuchtung möglicher Abweichungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen

Teilprojekt 9: Erfassung des subjektiven Erlebens ärztlicher Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie

Teilprojekt 10: Systematische Literaturübersichten zu Evidenz-basierten Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen in der klinischen Psychiatrie und zur Reduktion von Zwangseinweisungen

Die verschiedenen Teilprojekte wurden durch das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg (Klinik für Psychiatrie I der Universität Ulm), das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, das LWL-Universitätsklinikum Bochum und das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (An-Institut der Universität Greifswald) bearbeitet.

Die Teilprojekte werden im Folgenden nach den einzelnen Projektpartnern sowie inhaltlich gegliedert dargestellt.

Teilprojekte des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI)

Teilprojekt 1.2:

Bundesweite Erhebung über Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken (hier Kliniken des Maßregelvollzugs)

Einleitung

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und psychiatrisch-kriminologischen Bedeutung der Behandlung psychisch kranker Straftäter im Maßregelvollzug, dem kontinuierlichen Ausbau forensisch-psychiatrischer Versorgungskapazitäten sowie der intensiven Diskussion über die Angemessenheit von Zwangsmaßnahmen in der allgemeinen und forensischen Psychiatrie stellt sich u.a. die grundlegende Frage, in welchem Umfang Zwangsmaßnahmen in Kliniken des Maßregelvollzugs überhaupt zur Anwendung kommen und welcher Art diese Zwangsmaßnahmen sind.

Da hierzu keine überregionalen Register mit kontinuierlicher Fortschreibung entsprechender Daten implementiert sind, besteht bei dieser Thematik Forschungsbedarf. Die vorliegende Untersuchung leistet hierzu einen Beitrag, indem sie die Art und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen, die in Kliniken des Maßregelvollzugs in der Bundesrepublik im Laufe des Bezugsjahrs 2016 durchgeführt worden sind, querschnittlich erfasst.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Forschungsfragen

Im Rahmen des ZIPHER-Gesamtprojekts wurde vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (ZI) eine bundesweite schriftliche Erhebung an forensischen Kliniken durchgeführt. Die Befragung war ein Unterprojekt des ZIPHER Teilprojektes 1. Dabei wurden die in Deutschland implementierten forensisch-psychiatrischen Kliniken schriftlich zur hausinternen Anwendung von Zwangsmaßnahmen sowie deren Dokumentation befragt.

Erhebungsinstrument und Durchführung der Befragung

Als Erhebungsinstrument wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen ähnelte in der Struktur demjenigen, mit dem parallel zur hier behandelten Befragung in ZIPHER-Teilprojekt 1 Ausmaß und Umgang mit Zwangsmaßnahmen in den allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen Deutschlands erfasst wurden.

Im vorliegenden Kontext richtete der Fragebogen sich an die Leiter der psychiatrischen Maßregelvollzugseinrichtungen in Deutschland und war durch diese bzw. entsprechend beauftragte Mitglieder des Klinikpersonals auszufüllen. Im Kern der Erfassung stand die Art und Häufigkeit durchgeführter Zwangsmaßnahmen, speziell die Anzahl an Isolierungen, Fixierungen, Zwangs- und Notfallmedikationen im Sinne des rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB. Der Fragebogen zielte zudem darauf ab, detailliertere Angaben zur jeweiligen Klinikstruktur hinsichtlich der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu gewinnen. Weiter erfasste der Fragebogen die Art der klinikinternen Dokumentation von

Zwangsmaßnahmen sowie die klinikinterne Praxis hinsichtlich der Überwachung von Fixierungen und Isolierungen. Weiterhin wurde nach Nachsorgeeinrichtungen und der Häufigkeit gefragt, mit der die Patienten in geschlossene oder offene Nachsorgeeinrichtungen, Wohngemeinschaften oder sonstige Einrichtungen im Berichtszeitraum entlassen wurden. Schließlich gab es die Möglichkeit anzugeben, welche zusätzlichen Maßnahmen nach Ansicht der ausfüllenden Klinik zu einer Reduktion von freiheitseinschränkenden Maßnahmen beitragen könnten.

Prozess- und Patientenmerkmale wie z.B. Geschlecht, Hauptdiagnose nach ICD 10 und Nationalität wurden in Unterbringungen gemäß § 63 StGB und § 64 StGB sowie - wenn möglich und zutreffend - nach Unterbringungen gemäß § 67h StGB und nach §§ 81, 126a, 453c StPO unterschieden (vgl. Tab.1).

Auswertungsverfahren

Aufgrund des weitgehend deskriptiven Charakters der Erfassung wurden die jeweiligen Befunde in Form absoluter Häufigkeiten und relativer Verteilungen angegeben. Mittelwerte oder Standardabweichung sowie Konfidenzintervalle wurden nur wenn dies sinnvoll erschien und in Einzelfällen berechnet. Die Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 23.

Tabelle 1: Übersicht über Bereiche und Items der standardisierten Befragung

| Bereiche | Items |
|---|---|
| Strukturmerkmale der forensischen Klinik | Bundesland Anzahl der Krankenhausbetten Anzahl der Ambulanzplätze Stationsarten und Bettenverteilung Bestand, Neuaufnahmen, bedingt entlassene Patienten nach normativen Regelungen |
| Klinikinterne Dokumentation von Zwangsmaßnahmen | Art der Dokumentation Verpflichtung zur Dokumentation zu dokumentierende Maßnahmen Abfrage klinikinterner Leitlinien/hausinterner Standard zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen |
| Angewendete Zwangsmaßnahmen | Art der angewendeten Zwangsmaßnahmen Überwachung bei Fixierung/Isolierung geplante Änderungen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen |
| Reduktion von Zwangsmaßnahmen | unterstützende Maßnahmen zur Verringerung von Zwangsmaßnahmen Deeskalationstraining Genesungsbegleiter Patientenfürsprecher |
| Häufigkeit von durchgeführten Zwangsmaßnahmen | Zahl der Maßnahmen Anzahl zwangsbehandelter Patienten Dauer der Maßnahme (Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, Notfallmedikation im Sinne des rechtfertigenden Notstands nach § 34 StGB) |
| Nachsorgeeinrichtung | geschlossene, offene, Wohngemeinschaft u.a./Anzahl der Patienten nach §§ 63, 64 StGB Scheitern des Übergangs in Nachsorgeeinrichtung |
| Patientenmerkmale | Geschlecht Nationalität Diagnose nach ICD 10 Wegfall der Unterbringungs Voraussetzung Abbruch der Maßregelbehandlung wg. Erfolglosigkeit |

Durchführung

Grundgesamtheit, Rekrutierung der Kliniken

Die Studie strebte eine Vollerfassung an. Die Fragebögen wurden an alle forensischen Kliniken und Ambulanzen in Deutschland versandt, die psychisch kranke Straftäter gemäß §§ 63, 64 StGB etc. unterbringen und behandeln und/oder in der forensisch-psychiatrischen Nachsorge tätig sind.

Die entsprechenden Einrichtungen und Kliniken wurden durch manuelle Suche im Internet identifiziert. Außerdem wurde auf Klinikübersichten der länderspezifischen Maßregelvollzugsbeauftragten der Landesministerien zurückgegriffen, um forensische Kliniken und Nachsorgeeinrichtungen zu ermitteln. Die so ermittelte Zahl der forensisch-psychiatrischen Kliniken in Deutschland betrug bei Beginn der Erhebungsarbeiten N=88. Der Beobachtungszeitraum reichte vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016. Alle erfragten Angaben bezogen sich somit auf das Kalenderjahr bzw. einen Stichtag im Jahr 2016.

Rücklauf

Die Teilnahme war freiwillig und anonym. Die erste Aussendungswelle des Studienfragebogens erfolgte im Juli 2017. Aufgrund einer überschaubaren Rücklaufquote der ersten Welle wurde im September 2017 der Fragebogen mit einem Erinnerungsschreiben versehen und an alle Kliniken noch einmal versandt. Die erneute Verschickung an alle Einrichtungen erfolgte wegen der Anonymität der Befragung, aufgrund derer die Identifizierung der Absender von in der ersten Welle eingegangenen Fragebögen nicht möglich war. Beide Wellen ergaben schließlich einen Rücklauf von insgesamt 41 Fragebögen. Dies entsprach einer Teilnahmequote von 46,6 % der ursprünglich ermittelten Zahl aller Kliniken. Als einziges regionales Merkmal der teilnehmenden Einrichtungen wurde das Bundesland erfragt, in dem die jeweilige Einrichtung angesiedelt war. Die entsprechende Verteilung ist Tab. 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Verteilung teilnehmender Einrichtungen nach Bundesländern

| Bundesland | Zahl vorgehaltener forensisch-psychiatrischer Einrichtungen | Zahl teilnehmender Einrichtungen |
|------------------------|---|----------------------------------|
| Baden-Württemberg | 9 | 7 |
| Bayern | 15 | 4 |
| Berlin | 2 | 1 |
| Brandenburg | 3 | 0 |
| Bremen | 1 | 1 |
| Hamburg | 1 | 0 |
| Hessen | 10 | 4 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 3 | 0 |
| Niedersachsen | 10 | 3 |
| Nordrhein-Westfalen | 15 | 11 |
| Rheinland-Pfalz | 3 | 3 |
| Saarland | 1 | 0 |
| Sachsen | 6 | 3 |
| Sachsen-Anhalt | 4 | 3 |
| Schleswig-Holstein | 2 | 0 |
| Thüringen | 3 | 1 |

Repräsentativität und Aussagekraft der Ergebnisse

Aufgrund des unvollständigen Rücklaufs sowie einer Reihe von fehlenden Angaben bei zentralen Items kann von einer Repräsentativität der Erfassung und einer Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse leider nicht ausgegangen werden.

Prozentuale Angaben in der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse beziehen sich deshalb in der Regel auf die Gesamtzahl vorliegender Rückmeldungen. D.h. der angegebene Prozentsatz von Untergebrachten männlichen Geschlechts bezieht sich lediglich nur auf die Gesamtzahl des Rücklaufs. Dadurch geben die entsprechenden Zahlen nicht die realen Mengenverhältnisse oder Verteilungen bestimmter Merkmale in der Gesamtheit der Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Deutschland wieder, sondern können nur als Schätzwerte angesehen werden, bei deren Interpretation die Rücklaufquote sowie ein wechselnder Anteil fehlender Angaben berücksichtigt werden müssen.

Ergebnisse

Strukturdaten der Kliniken

Von den 41 forensisch-psychiatrischen Einrichtungen aus 11 Bundesländern, die an der Befragung teilnahmen, handelte es sich bei 38 Einrichtungen um stationäre Dienste, d.h. Kliniken oder Krankenhäuser des Maßregelvollzugs oder sog. Entziehungsanstalten. Bei drei Einrichtungen handelte es sich um reine forensisch-psychiatrische Ambulanzen, die keine stationären Kapazitäten vorhielten.

Von den 38 stationären Einrichtungen (100 %) behandelten 15 ausschließlich Untergebrachte nach § 63 StGB (39,5 %) und 8 ausschließlich Untergebrachte nach § 64 StGB (21,1 %). Vierzehn der antwortenden Kliniken (36,8 %) waren Einrichtungen, welche sowohl nach § 63 StGB als auch nach § 64 StGB behandelten. Bei einer Klinik (2,6 %) fehlte die entsprechende Angabe.

Die teilnehmenden Einrichtungen gaben insgesamt 5.511 stationäre Behandlungsplätze an. Diese verteilten sich auf 3.504 Plätze für die Behandlung nach § 63 StGB und auf 2.007 Plätze für die Behandlung nach § 64 StGB. Die mittlere Bettenzahl für die Behandlung nach § 63 StGB betrug 120,8 Betten pro Einrichtung mit Behandlungsoption für diese Rechtsgrundlage (29 Kliniken). Die mittlere Bettenzahl für die Behandlung nach § 64 StGB betrug 91,2 Betten pro Einrichtung (22 Kliniken).

Neben den drei separaten Ambulanzen hielten 30 stationäre Einrichtungen ebenfalls Ambulanzplätze vor. Nach Rechtsgrundlagen unterteilt gab es 26 forensisch-psychiatrische Ambulanzen für Behandlungen nach § 63 StGB sowie 23 forensisch-psychiatrische Ambulanzen für Behandlungen nach § 64 StGB, wobei 17 Einrichtungen beide Ambulanztypen vorhielten. Die Gesamtzahl der angegebenen Ambulanzplätze betrug 2.101. Sie verteilten sich auf 1.163 Plätze für die ambulante Behandlung nach § 63 StGB und 965 Plätze für die Behandlung nach § 64 StGB (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Betten und Behandlungsplätze der teilnehmenden Einrichtungen

| Rechtsform der Unterbringung | Zahl stationäre Betten | Zahl Ambulanzplätze |
|------------------------------|------------------------|---------------------|
| § 63 StGB | 3.504 | 1.163 |
| § 64 StGB | 2.007 | 965 |

Patientenstand am 1.1.2016 (Prävalenz)

Insgesamt machten 30 Einrichtungen Angaben zum Patientenstand. Für diese Angaben galt als Stichtag der 1.1.2016. Elf Einrichtungen lieferten keine Zahlen zum Patientenstand. Insgesamt gaben die 30 antwortenden Kliniken eine Gesamtzahl von 3.996 untergebrachten Patienten an. Dies entspricht einem Mittelwert von 133,2 pro Einrichtung.

Nach § 63 StGB waren 2.312 Patienten untergebracht (57,9 %) und nach § 64 StGB 1.390 (34,8 %). Bei 42 Patienten (1,0 %) war die Rechtsform der Unterbringung § 67h StGB (befristete Wiedereinsetzung, Krisenintervention). Drei Patienten (0,07 %) waren nach § 81 StPO (Vorbereitung eines Gutachtens) und weitere 239 (6,0 %) nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringung) untergebracht. Zehn Patienten (0,2 %) unterlagen § 453c StPO (vorläufige Maßnahme vor Widerruf der Aussetzung vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Zahl und Geschlecht untergebrachter Patienten im Maßregelvollzug in den teilnehmenden Einrichtungen 2016 nach Rechtsgrundlagen der Unterbringung

| Rechtsform der Unterbringung | Zahl Untergebrachter am 1.1.2016 | Anteil Untergebrachte männlichen Geschlechts |
|------------------------------|----------------------------------|--|
| § 63 StGB | 2.312 | 95,2 % |
| § 64 StGB | 1.390 | 98,1 % |
| § 67h StGB | 42 | 97,6 % |
| § 81 StPO | 3 | 100 % |
| § 126a StPO | 239 | 94,6 % |
| § 453c StPO | 10 | 100 % |
| Gesamt | 3.996 | 96,2 % |

Geschlechterverteilung

Insgesamt 3.844 Patienten (96,2 %) waren männlichen Geschlechts gegenüber 152 weiblichen Patienten (3,8 %). Die Quoten der Untergebrachten mit männlichem Geschlecht bei Unterscheidung nach den Rechtsgrundlagen der Unterbringung zeigt Tab. 4.

Nationalität, Herkunft

Tabelle 5: Nationalität untergebrachter Patienten im Maßregelvollzug in den teilnehmenden Einrichtungen 2016

| Nationalität der nach § 63 u. 64 StGB Untergebrachten | männlich | weiblich | gesamt |
|---|----------|----------|----------------|
| deutsche Staatsbürgerschaft | 2.482 | 109 | 2.591 (77,2 %) |
| andere Staatsbürgerschaft | 743 | 20 | 763 (22,8 %) |
| Gesamtzahl der Nennungen | 3.335 | 129 | 3.354 (100 %) |

Dreiundzwanzig Einrichtungen machten Angaben zur Nationalität der am 1.1.2016 Untergebrachten. Diese verteilten sich wie folgt: deutscher Nationalität waren 2.591 (77,2 %) Untergebrachte, eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche hatten 763 Untergebrachte (22,8 %). Fünfhunderteinundvierzig Untergebrachte mit deutscher Nationalität (20,9 % aller

Untergebrachten mit deutscher Nationalität) wiesen einen Migrationshintergrund in der zweiten Generation auf (vgl. Tab. 5). Hinsichtlich der sprachlichen Kommunikation machten die antwortenden Einrichtungen die Angabe, dass bei 64 aller Untergebrachten bei der Behandlung ein Dolmetscher notwendig war (1,6 %).

Neuaufnahmen zwischen 1.1. und 31.12.2016 (Inzidenz)

Auch die Angaben zur Zahl der Neuaufnahmen im Laufe des Kalenderjahres 2016 waren lückenhaft. Angaben machten hier 28 der teilnehmenden Einrichtungen. Demnach kam es 2016 insgesamt zu 1.645 Neuaufnahmen. Tabelle 6 unterscheidet diese Zahl nach der Rechtsform der Unterbringung sowie nach dem Geschlechterverhältnis über alle antwortenden Einrichtungen hinweg, insofern entsprechende Differenzierungen von antwortenden Einrichtungen gemacht worden waren.

Tabelle 6: Neuaufnahmen im Maßregelvollzug in den teilnehmenden Einrichtungen zwischen 1.1.2016 und 31.12.2016 nach Rechtsgrundlage der Unterbringung und Geschlecht

| Rechtsform der Unterbringung | Zahl Neuaufnahmen 1.1. bis 31.12.2016 | Anteil Neuaufnahmen männlichen Geschlechts |
|------------------------------|--|---|
| § 63 StGB | 205 | 95,9 % |
| § 64 StGB | 813 | 97,7 % |
| § 67h StGB | 85 | 89,4 % |
| § 81 StPO | 21 | 95,2 % |
| § 126a StPO | 503 | 91,9 |
| § 453c StPO | 18 | 100 % |
| Gesamt | 1.645 | 95,2 % |

Diagnosen, Störungsbilder

Die Verteilung der im Jahresverlauf 2016 Untergebrachten (Bestand am 1.1.2016 plus Neuaufnahmen im Jahresverlauf) hinsichtlich der unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbilder ist in Tabelle 7 dargestellt. Erfragt wurde dabei die jeweilige Primärdiagnose. Maximal 24 Einrichtungen machten hierzu Angaben.

Tabelle 7: Primärdiagnosen der in den teilnehmenden Einrichtungen untergebrachten Patienten im Jahr 2016 nach Rechtsform der Unterbringung

| Störungsbild | Untergebrachte | Untergebrachte | Gesamt |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| | nach § 63 StGB | nach § 64 StGB | |
| Abhängigkeitserkrankung | 257 | 1.660 | 1.917 |
| Schizophrenie | 1.827 | 31 | 1.858 |
| Affektive Störung | 62 | 13 | 75 |
| Paraphilie | 297 | 0 | 297 |
| Persönlichkeitsstörung | 417 | 271 | 688 |
| Minderbegabung | 337 | 14 | 351 |
| Gesamt | | | 5.186 |

Entlassungen

Die Angaben zur Zahl bedingter Entlassung während des Jahres 2016 waren ebenfalls nicht vollständig. Hier betrug die Zahl von Einrichtungen, die Angaben machten 28, wobei diese Zahl bei einzelnen erfragten Details (z.B. Zahl der Entlassungen nach Rechtsgrundlagen der Unterbringung) teilweise noch niedriger war. Insgesamt wurden 1.079 bedingte Entlassungen im Jahresverlauf 2016 angegeben (vgl. Tab. 8). Über die bedingte Entlassung hinaus gaben 19 teilnehmende Einrichtungen die Zahl von 146 Untergebrachten an, bei denen im Erfassungszeitraum die Maßregel beendet wurde, weil die Unterbringungs Voraussetzungen nicht mehr vorlagen.

Geht man von diesen Zahlen aus, dann lag die Zahl der Neuaufnahmen um 34,3 % höher als die Zahl der Entlassungen im gleichen Zeitraum. Wenn man daraus einen zeitstabilen sowie bundesweit gültigen Trend ableiten würde, dann würde diese Differenz eine jährlich in substantieller Art und Weise anwachsende Klientel von untergebrachten forensisch-psychiatrischen Patienten im Maßregelvollzug anzeigen.

Deutlich wird ebenfalls, dass die Zahl der bedingten Entlassungen von nach § 64 StGB Untergebrachten beträchtlich höher lag als die Zahl der Entlassungen von Untergebrachten nach § 63 StGB, während es sich bei der Gesamtzahl der Untergebrachten aus beiden Bereichen umgekehrt verhält (siehe Tab. 4).

Tabelle 8: Entlassungen aus dem Maßregelvollzug der teilnehmenden Einrichtungen zwischen 1.1.2016 und 31.12.2016 nach Rechtsgrundlage der Unterbringung und Geschlecht

| Rechtsform der Unterbringung | Zahl bedingter Entlassungen 1.1. bis 31.12.2016 | Anteil Entlassene männlichen Geschlechts |
|------------------------------|--|---|
| § 63 StGB | 393 | 93,9 % |
| § 64 StGB | 539 | 97,9 % |
| § 67h StGB | 68 | 94,1 % |
| § 81 StPO | 2 | 100 % |
| § 126a StPO | 75 | 94,7 % |
| § 453c StPO | 2 | 100 % |
| Gesamt | 1.079 | 96,0 % |

Aufnehmende Einrichtungen bei Entlassungen

Einundzwanzig Einrichtungen machten Häufigkeitsangaben hinsichtlich der Art der Einrichtung, in die bedingte Entlassungen stattfanden. Aufgrund der wechselnden Zellenbesetzungen bzw. der nicht unerheblichen fehlenden Angaben wurden die absoluten Zahlen nicht in Bezug zu einer Grundgesamtheit gesetzt und auf prozentuale Angaben verzichtet. Zudem beruhten die Zahlen einiger Einrichtungen nach deren eigener Angabe auf Schätzungen und nicht auf exakten Zählungen (vgl. Tab. 9).

Ungeachtet dessen ergibt sich jedoch ein Muster dahingehend, dass Entlassungen in offene Nachsorgeeinrichtungen oder betreute Wohngemeinschaften die präferierte Art der Nachsorge waren. Bedeutsam ist allerdings, dass mit 93 Fällen die Entlassung in eine Nachsorgeeinrichtung nicht gelang. Im Verhältnis zu allen Entlassungen, über die Angaben

vorlagen, waren dies 19,7 %. Dieser substantielle Anteil könnte auf eine kritische Versorgungslücke in der forensisch-psychiatrischen Nachsorge hinweisen.

Tabelle 9: Einrichtungen in die Patienten aus dem Maßregelvollzug der teilnehmenden Einrichtungen im Jahr 2016 entlassen wurden nach Rechtsform der Unterbringung

| Entlassung in | Untergebrachte nach § 63 StGB | Untergebrachte nach § 64 StGB | Gesamt |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| geschlossene Nachsorgeeinrichtung | 34 | 2 | 36 |
| offene Nachsorgeeinrichtung | 156 | 39 | 194 |
| betreute Wohngemeinschaft | 55 | 28 | 83 |
| andere Nachsorgeeinrichtung | 27 | 39 | 66 |
| Entlassung in Nachsorgeeinrichtung nicht gelungen | 87 | 6 | 93 |

Zwangmaßnahmen

Art und Anzahl von Zwangsmaßnahmen

Die Art der prinzipiell im Jahr 2016 in den Einrichtungen zur Anwendung gekommenen Zwangsmaßnahmen zeigt Tabelle 10.

Tabelle 10: Prinzipielle Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen des Maßregelvollzugs im Jahr 2016 nach Art der Maßnahme (Mehrfachnennungen, n=41)

| | Einrichtungen mit Maßnahme | Anteil an Einrichtungen in % |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Fixierung <i>mit</i> kontinuierlicher Überwachung (1:1) | 35 | 85,4 % |
| Fixierung <i>ohne</i> kontinuierliche Überwachung | 1 | 2,4 % |
| Isolierung <i>mit</i> kontinuierlicher Überwachung | 34 | 82,9 % |
| Isolierung <i>ohne</i> kontinuierlicher Überwachung | 17 | 41,5 % |
| Festhalten als eigenständige Sicherungsmaßnahme | 5 | 12,2 % |
| Time-out Maßnahmen | 30 | 73,2 % |
| Bettgitter, Tischbretter, Pflegedecke usw. | 3 | 7,3 % |
| psychiatrisches Intensivbett | 3 | 7,3 % |
| gerichtlich angeordnete Zwangsmedikation | 23 | 56,1 % |
| Notfallmedikation nach § 34 StGB | 24 | 58,5 % |

Die quantitative Erfassung der zwangsweise erbrachten Maßnahmen im Rahmen der Unterbringungen der teilnehmenden Einrichtungen im Jahr 2016 erbrachte die in Tabelle 11 dargestellten Häufigkeiten.

Damit wird deutlich, dass es sich bei der häufigsten im Jahr 2016 im Maßregelvollzug der teilnehmenden Kliniken angewandte Zwangsmaßnahme um Isolierungen der Patienten

handelte. Isolierungsmaßnahmen fanden ca. sieben Mal häufiger statt als Fixierungen von Untergebrachten.

Bei Unterscheidung der Zahl der Zwangsmaßnahmen bzw. der Zahl der Betroffenen mit Zwangsmaßnahmen nach den beiden rechtlichen Hauptkriterien der Unterbringung zeigte sich, dass der überwiegende Anteil entsprechender Maßnahmen bei Unterbringungen bzw. Untergebrachten nach § 63 StGB erfolgte (vgl. Tab.12). Das nicht plausible Verhältnis zwischen der Gesamtzahl von Fixierungen bei Untergebrachten nach § 64 StGB (n=6) und der Gesamtzahl der Untergebrachten mit solchen Fixierungen (n=8) konnte nicht aufgeklärt werden und geht wahrscheinlich auf fehlerhafte Angaben der meldenden Einrichtungen zurück.

Tabelle 11: Zahl der Zwangsmaßnahmen bei nach § 63 StGB und § 64 StGB Untergebrachten sowie Zahl der nach § 63 StGB und § 64 StGB Untergebrachter mit Zwangsmaßnahmen im Jahr 2016

| Zwangsmaßnahme | Zahl Maßnahmen 1.1. bis 31.12.2016 | Zahl Untergebrachter mit Maßnahme |
|-------------------|---------------------------------------|---|
| Fixierung | 228 | 84 |
| Isolierung | 1.576 | 636 |
| Zwangsmedikation | 13 | 10 |
| Notfallmedikation | 16 | 14 |

Eine Berechnung einer globalen Kennzahl des Anteils von im Maßregelvollzug untergebrachten Personen, die Zwangsmaßnahmen unterlagen, an der Gesamtgruppe der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen gestaltete sich schwierig.

Die Größe der Grundgesamtheit (Gesamtzahl der Untergebrachten im Jahr 2016) konnte angesichts nicht vorliegender Erkenntnisse über das Verhältnis von Neuaufnahmen und Entlassungen sowie der Verweildauer mit den zur Verfügung stehenden Angaben nicht genau umrissen werden. Zudem ist ein nicht genau bestimmbarer Anteil von Untergebrachten, die im Laufe des Jahres 2016 mehrfach Zwangsmaßnahmen der hier unterschiedenen Arten unterlagen, wahrscheinlich. Die Unkenntnis der genauen Zahl dieser Personen würde eine pro-Kopf-Berechnung ebenfalls verfälschen.

Tabelle 12: Zahl der Zwangsmaßnahmen 2016 und Zahl der Untergebrachten mit Zwangsmaßnahmen, verteilt nach Unterbringungen gemäß § 63 StGB und § 64 StGB

| Zwangsmaßnahme | Zahl Maßnahmen 1.1. bis 31.12.2016 | Zahl Untergebrachter mit Zwangsmaßnahme |
|-----------------------------|---------------------------------------|--|
| Fixierung § 63 StGB | 222 | 76 |
| Fixierung § 64 StGB | 6 | 8 |
| Isolierung § 63 StGB | 1.252 | 529 |
| Isolierung § 64 StGB | 324 | 107 |
| Zwangsmedikation § 63 StGB | 13 | 10 |
| Zwangsmedikation § 64 StGB | - | - |
| Notfallmedikation § 63 StGB | 15 | 13 |
| Notfallmedikation § 64 StGB | 1 | 1 |

Dauer von Zwangsmaßnahmen

Hinsichtlich der Dauer von Zwangsmaßnahmen lagen mit 13 Einrichtungen, die entsprechende Angaben lieferten, nur sehr lückenhafte Informationen vor. Die reine Häufigkeitsauszählung der vorliegenden Angaben zeigt Tabelle 13. Von einer Verallgemeinerung ist angesichts des geringen Rücklaufs abzuraten.

Die vorliegenden Zahlen zeigen wie schon in Tabelle 11 und Tabelle 12 eine Präferenz von Isolierungen gegenüber Fixierungen, wobei bei beiden Maßnahmen die Anwendungsdauer zwischen einer und vierundzwanzig Stunden gegenüber kurzfristigen und deutlich längeren Anwendungen dominierte.

Tabelle 13: Zeitliche Dauer von Zwangsmaßnahmen

| Zwangsmaßnahme | Zahl Maßnahmen |
|-------------------------------------|----------------|
| Fixierungen - kürzer als 1 Stunde | 16 |
| Fixierungen - 1 bis 24 Stunden | 126 |
| Fixierungen - 25 bis 72 Stunden | 29 |
| Fixierungen - länger als 72 Stunden | 23 |
| Isolierung - kürzer als 1 Stunde | 22 |
| Isolierung - 1 bis 24 Stunden | 920 |
| Isolierung - 25 bis 72 Stunden | 272 |
| Isolierung - länger als 72 Stunden | 392 |

Überwachung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen

Vierzig von 41 teilnehmenden Einrichtungen gaben an, bei Durchführung einer Zwangsmaßnahme, diese zu dokumentieren (97,6 %). Insgesamt 35 Fragebogen enthielten Angaben zur Modalität der Überwachung bei Fixierungsmaßnahmen. Die unterschiedlichen Modalitäten der Überwachung sind Tabelle 14 zu entnehmen.

Tabelle 14: Überwachungsmodi bei kontinuierlicher Fixierung (Mehrfachnennungen)

| Überwachungsmodus | Zahl Einrichtungen mit Anwendung |
|--|----------------------------------|
| durch Mitarbeiter am Bett | 30 |
| per Videomonitoring | 13 |
| durch Sichtfenster und Glasscheibe | 11 |
| keine lückenlose Überwachung, aber Kontrollen | 3 |
| keine einheitlichen Regelung, Einzelfallentscheidung | 3 |

Sechsdreißig Einrichtungen machten Angaben zu den Überwachungsmodi bei Isolierungen. Die entsprechende Verteilung zeigt Tabelle 15.

Tabelle 15: Überwachungsmodi bei kontinuierlicher Isolierung (Mehrfachnennungen)

| Überwachungsmodus | Zahl Einrichtungen mit Anwendung |
|--|----------------------------------|
| Videomonitoring | 26 |
| durch Gegensprechanlage | 19 |
| durch Sichtfenster | 15 |
| keine lückenlose Überwachung, aber Kontrollen | 7 |
| keine einheitlichen Regelung, Einzelfallentscheidung | 4 |

Prävention

Deeskalationstrainings

Mit 39 Einrichtungen gab die Mehrzahl an, dass in ihren Häusern Deeskalationstrainings für die Mitarbeiter zum Standardangebot gehören. Eine vollständige, d.h. einhundertprozentige Teilnahme der Ärzteschaft gaben 18 Einrichtungen an, während die verbleibenden Einrichtungen geringere Anteile der Ärzteschaft mit Teilnahme an den Trainings meldeten. Hinsichtlich des Pflegepersonals betrug die Zahl der Einrichtungen einhundertprozentiger Teilnahme 21, während bei der Verbleibenden der Anteil zwischen 60% und 95% schwankte.

Prävention von Zwangsmaßnahmen

Der Fragebogen gab den teilnehmenden Einrichtungen die Möglichkeit, eigene Vorschläge oder Angaben zur möglichen Reduktion freiheitseinschränkender Maßnahmen im Maßregelvollzug zu machen. Diese Gelegenheit wurde von 37 Einrichtungen wahrgenommen. Die Häufigkeiten, in denen einzelne Verbesserungsvorschläge gemacht wurden, zeigt Tabelle 16.

Tabelle 16: Vorschläge zur Reduktion freiheitseinschränkender Maßnahmen im Maßregelvollzug

| | Zahl Einrichtungen mit Nennung |
|---|--------------------------------|
| mehr Pflegepersonal | 28 |
| mehr Pflegepersonal im Nachtdienst | 12 |
| Einrichtung von Intensivstationen mit hohem Personalschlüssel | 11 |
| mehr Deeskalationstrainings | 6 |
| kleinere Stationsgrößen | 19 |
| bauliche Anpassungen | 16 |
| erfahrene Mitarbeiter im Stationsdienst (z.B. Genesungsbegleiter) | 6 |

Weitere Einzelnennungen betrafen die Beschleunigung der Kooperation und Kommunikation zwischen den Justizbehörden und den Einrichtungen des Maßregelvollzugs, die größere Verfügbarkeit von Einzelzimmern oder Rückzugsräumen für die Patienten, sowie die Ausweitung von Sportangeboten für Untergebrachte.

Vierzehn Einrichtungen beantworteten die Frage, ob sich in ihrer Einrichtungen während der nächsten beiden Jahre voraussichtlich etwas an der gegenwärtigen Praxis der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen ändern werde, mit ja. Bei den zu erwartenden Änderungen wurde überwiegend ein Einfluss der veränderten rechtlichen Grundlagen insbesondere hinsichtlich des Einsatzes von Zwangsmedikation angegeben (zehn Nennungen). Weitere voraussichtliche Veränderungen bezogen sich auf die Einführung von Videomonitoring (zwei Nennungen), des vermehrten Einsatzes von „Weichräumen“ sowie die Erhöhung der Frequenz von Sitzwachen (je eine Nennung). Vierundzwanzig Einrichtungen verneinten die Frage nach voraussichtlichen Veränderungen der bestehenden Praxis.

Gesamtbeurteilung

Als Hauptfazit ist aus der vorliegenden Befragung zu ziehen, dass hinsichtlich der Verfügbarkeit grundlegenden Struktur- oder Prozessdaten des Maßregelvollzuges in Deutschland ein erhebliches Defizit besteht. Die alleinige Tatsache der Durchführung der vorliegenden Befragung im Rahmen eines einzelnen empirischen Forschungsprojektes - die bei einer funktionierenden Gesundheitsberichtserstattung in diesem Feld obsolet gewesen wäre - belegt diese eklatanten Datenlücken.

Auch die deutlich ausweitbare Rücklaufquote sowie die vielen fehlenden Angaben hinsichtlich basaler epidemiologischer Daten in eingegangenen Fragebögen weisen auf nur rudimentär ausgebaute lokale, regionale und überregionale Datenstrukturen in diesem sensiblen Feld hin. So waren z.B. keinerlei Erkenntnisse über die mittlere Verweildauer im Maßregelvollzug zu erhalten oder klafften die Angaben über Betten- und Patientenzahlen deutlich auseinander, da nur ca. zwei Drittel der Einrichtungen, die Angaben über ihre vorgehaltenen Betten machte auch Angaben zum Patientenstand lieferte.

Die Effektivität der Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Maßregelvollzug lässt sich mit den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Daten nicht bewerten.

Die föderale Struktur der forensisch-psychiatrischen Versorgung in Deutschland und die gemeinsame Zuständigkeit von Justiz und Psychiatrie trägt zusätzlich zur Unübersichtlichkeit des ohnehin komplexen Problemfeldes bei. Die im vorliegenden Kontext generierten Zahlen akzentuieren deshalb lediglich nur das (lückenhafte) Bild, das in Expertenkreisen zum Maßregelvollzug vorherrscht. Neue Erkenntnisse oder Hypothesen lassen sich aus dem Datenmaterial nur ganz vereinzelt ableiten, wie z.B. der Hinweis auf mangelnde Kapazitäten in der Nachsorge.

Hinsichtlich der hier dringend empfohlenen Implementierung einer einheitlichen und regelmäßigen Datenerfassung könnten Struktur und Items des im vorliegenden Projekt eingesetzten Fragebogens als Vorlage oder Blaupause für ein forensisch-psychiatrisches Register auf Länder und Bundesebene dienen. Eine solche transparente und valide Dokumentation von Zustand und Entwicklung des Maßregelvollzugs in Deutschland liegt im ureigenen Interesse der Psychiatrie, der Justiz, der Politik und der gesamten Gesellschaft.

Teilprojekt 7

Quantitative Erhebungen zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie am Beispiel eines Bundeslandes (Baden-Württemberg)

Einleitung

In engen Zusammenhang mit den die forensische Psychiatrie betreffenden Fragestellungen aus Teilprojekt 1, jedoch formal dem Teilprojekt 7 zugeordnet, war eine vertiefte Analyse der Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie der Maßregelvollzugskliniken des Bundeslandes Baden-Württemberg vorgesehen. Diese Analyse sollte auf der Grundlage von Daten des von der Versorgungsforschung Weissenau am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg unterhaltenen sog. Zwangsregisters Baden-Württemberg („Erfassung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in Baden Württemberg“) erfolgen, in dem in jährlicher Folge ebenfalls Zwangsmaßnahmen in den forensischen Einrichtungen des Landes erfasst werden.

Zu diesem Zweck wurde eine Anfrage an alle forensischen Kliniken in Baden-Württemberg gestellt, mit der Bitte um schriftliche Zustimmung zur Nutzung der jeweiligen Daten aus dem Zwangsregister. Sieben Einrichtungen erteilten diese Zustimmung. Die zentral übermittelten Daten dieser Kliniken aus dem Zwangsregister bezogen sich auf diese Kliniken und die Berichtsjahre 2015 bis 2017.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Datenstruktur

Die aus dem Zwangsregister übermittelten Datensätze waren nach Ereignissen und nicht nach Patienten strukturiert. D.h. jeder Dateneintrag behandelte eine in den beteiligten Kliniken im jeweiligen Berichtsjahr vollzogene Zwangsmaßnahme. Diese waren nach folgenden Kategorien unterschieden : Isolierung, Fixierung, Festhalten, Zwangsmedikation nach BGB, Zwangsmedikation nach PsychKHG, Notfallmedikation nach PsychKHG, Notfallmedikation nach § 34 StGB, Zimmereinschluss. Jedes Ereignis war mit einigen weiteren, allerdings begrenzten Informationen wie Hauptdiagnose und Geschlecht des Patienten und Art der Fachabteilung, in der die Maßnahme erbracht wurde, charakterisiert.

Die exakten Definitionen der Kategorien und die Regeln für einen Eintrag im Register sind dem Manual des Registers zu entnehmen (ZfP Südwürttemberg, Versorgungsforschung Weissenau: „Manual zur Erfassung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen, Version 1.3, 12.03.2018).

Die Datenbank ist damit grundsätzlich maßnahmenbezogen und nicht patientenbezogen angelegt. Das heißt, der jeweilige Eintrag hat primär eine einzelne Zwangsmaßnahme und nicht primär den Patienten im Fokus, an dem die Maßnahme erbracht worden ist. Damit kann den Daten nicht entnommen werden, ob eine Maßnahme nur einmal oder mehrmals am gleichen Patienten erbracht worden ist.

Diese Limitation bedeutet, dass zwar die Häufigkeiten von Zwangsmaßnahmen über alle beteiligten Kliniken hinweg analysiert werden, die Häufigkeiten jedoch nicht in Bezug zu den Klinikpopulationen, an denen die Maßnahmen vollzogen worden waren, gesetzt werden können.

Wichtige patientenbezogene Fragen, wie z.B. wie oft oder wie häufig ein im Maßregelvollzug Untergebrachter in den Bezugsjahren Zwangsmaßnahmen erfahren hatte, waren damit leider nicht zu beantworten. Diagnose- oder Geschlechterverteilungen und alle weiteren Häufigkeits- oder prozentuale Angaben in der folgenden Ergebnisdarstellung beziehen sich somit stets auf die Gesamtzahl aller Zwangsmaßnahmen in allen beteiligten Einrichtungen pro Jahr, und nicht etwa auf die Gesamtzahl der in den Einrichtungen Untergebrachten.

Ergebnisse

Tabelle 1: Zwangsregister Baden-Württemberg: Anzahl registrierter Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum nach Art der Zwangsmaßnahme

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|
| Anzahl registrierter Zwangsmaßnahmen | 19.022 | 26.104 | 26.808 |
| davon: | | | |
| Fixierung | 578 | 700 | 678 |
| Isolierung | 7.236 | 8.930 | 9.229 |
| Zimmereinschluss | 11.175 | 16.442 | 16.858 |
| andere | 32 | 32 | 38 |
| unbekannt, keine Angabe | 1 | | 5 |

Die Häufigkeiten zeigen, dass zahlenmäßig die Zimmereinschlüsse dominieren, gefolgt von Isolierungen und Fixierungen. Alle anderen prinzipiell zu dokumentierenden Zwangsmaßnahmen (s.o.) sind in ihrer Häufigkeit marginal und werden deshalb im Folgenden nicht gesondert aufgeführt, sondern unter „andere“ zusammengefasst oder ganz ignoriert. Bei sieben beteiligten Einrichtungen des Maßregelvollzugs entsprechen die Häufigkeiten in Tabelle 1 jährlichen Mittelwerte pro Einrichtung von 2.717 Zwangsmaßnahmen im Jahr 2015, 3.729 im Jahr 2016 und 3.829 im Jahr 2017. Darüber, ob diese Werte tatsächlich einen steigenden Trend von Zwangsmaßnahmen in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg über die Zeit wiedergeben oder ob die Schwankung sowie die Richtung der Schwankung noch im statistischen Zufallsbereich liegen, kann nichts ausgesagt werden. Für solche Analysen sind längere Zeitreihen notwendig. Zudem sind für solche Analysen weitere Daten wie z.B. die Entwicklung der Fallzahlen und der durchschnittlichen Verweildauer in den entsprechenden Einrichtungen unumgänglich.

Tabelle 2: Zwangsregister Baden-Württemberg: mittlere Dauer einer Zwangsmaßnahme in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum nach Art der Zwangsmaßnahme

| | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Fixierung | 1.180,1 (19,7 h) Std.abw. 2.686,7 | 1.962,6 (32,7 h) Std.abw. 4.373,6 | 1.223,9 (20,4 h) Std.abw. 3.295,1 |
| Isolierung | 809,8 (13,5 h) Std.abw. 1.647,4 | 771,4 (12,9 h) Std.abw. 1.498,6 | 682,7 (11,4 h) Std.abw. 1.023,1 |
| Zimmereinschluss | 434,3(7,2 h) Std.abw. 890,6 | 352,9 (5,9 h) Std.abw. 622,9 | 348,1 (5,8 h) Std.abw. 812,7 |

Die in Tabelle 2 dargestellten Befunde stellen wichtige empirische Informationen für die Diskussion um die rechtlichen, ethischen und Sicherheitsaspekte des Themas dar. Ungeachtet der hohen Mittelwerte der einzelnen Maßnahmearten zeigen die durchweg sehr hohen Standardabweichungen („Std.abw.“), dass die Dauer der einzelnen Maßnahmen ganz erheblich voneinander abweichen können.

Tabelle 3: Zwangsregister Baden-Württemberg: Primärdiagnosen bei Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum

| Hauptdiagnose (ICD 10) | häufigkeit 2015 | % 2015 | Häufigkeit 2016 | % 2016 | Häufigkeit 2017 | % 2017 |
|------------------------|-----------------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| F0/G3 | 838 | 4,4 | 999 | 3,8 | 537 | 2,0 |
| F1 | 414 | 2,2 | 628 | 2,4 | 993 | 3,7 |
| F2 | 10.295 | 54,1 | 14.807 | 56,7 | 16.321 | 60,9 |
| F3 | 277 | 1,5 | 14 | 0,1 | 44 | 0,2 |
| F4 | 4 | 0,0 | - | - | - | - |
| F6 | 1.111 | 5,8 | 2.018 | 7,7 | 2.828 | 10,5 |
| F7 | 2.716 | 14,3 | 4.631 | 17,7 | 3.549 | 13,1 |
| F8 | 2.441 | 12,8 | 2.349 | 9,0 | 2.015 | 7,5 |
| F9 | 485 | 2,5 | 292 | 1,1 | 215 | 0,8 |
| sonstige | 2 | 0,0 | 366 | 1,4 | 306 | 1,1 |
| unbekannt | 439 | 2,3 | - | - | 537 | 2,0 |
| Gesamt | 19.022 | | 26.104 | | 26.808 | |

Wie oben dargelegt, geben die Häufigkeiten und prozentualen Anteile in Tabelle 3 *nicht* die Diagnosen aller Untergebrachten in den beteiligten Einrichtungen wieder, sondern die Zahl der Primärdiagnosen, die den jeweiligen Patienten zuzuordnen waren, an denen die Maßnahme erbracht worden waren.

Da pro Jahr und Einrichtung mehr als eine Zwangsmaßnahme pro Patient erbracht worden sein konnte, entsprechen die Werte *nicht* der Gesamtzahl der Patienten mit entsprechender Diagnose in den beteiligten Kliniken pro Jahr.

Tabelle 4: Zwangsregister Baden-Württemberg: Geschlechterverteilung bei Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum

| | Häufigkeit 2015 | % | Häufigkeit 2016 | % | Häufigkeit 2017 | % |
|-----------------|--------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|
| männlich | 15.973 | 84,0 | 21.893 | 83,9 | 22.169 | 82,7 |
| weiblich | 3.049 | 16,0 | 4.211 | 16,1 | 4.639 | 17,3 |
| Gesamt | 19.022 | | 26.104 | | 26.808 | |

Die Werte in Tabelle 4 sind analog der Werte in Tabelle 3 zu interpretieren. Sie geben nicht die Geschlechterverteilung aller Untergebrachten wieder, sondern die Geschlechterverteilung pro erbrachter Zwangsmaßnahme. Es ist unklar, ob die dargestellten Häufigkeiten oder Anteile dem jeweiligen Verhältnis von männlichen und weiblichen Untergebrachten über alle beteiligten Einrichtungen und Jahren entsprechen. Um eine anteilmäßige Parität der Geschlechterverteilung feststellen zu können, d.h. zu untersuchen, ob weibliche Untergebrachte in den untersuchten Einrichtungen zu gleichen Anteilen Zwangsmaßnahmen unterliegen wie männliche Untergebrachte oder nicht, wäre die Information über die Geschlechterverteilung aller Untergebrachten in den einzelnen Einrichtungen im jeweiligen Jahr nötig sowie die Information, wie viele aus jeder Gruppe Zwangsmaßnahmen unterlegen waren und wie viele nicht. Diese Informationen lagen jedoch nicht vor.

Über die Verteilung der Zwangsmaßnahmen über die psychiatrischen Hauptdiagnosen der Untergebrachten mit Zwangsmaßnahmen hinweg, gibt Tabelle 5 Auskunft. Auch hier beziehen sich die Prozentangaben auf die jeweilige Spalte, d.h. sie geben im entsprechenden Jahr den jeweiligen Anteil der speziellen Zwangsmaßnahmen an, die auf Untergebrachte mit den diversen Hauptdiagnosen entfielen. Dabei wird deutlich, dass in den Jahren 2015 bis 2017 zwischen zwei Drittel bis drei Viertel aller Fixierungen bei Untergebrachten mit der Hauptdiagnose Intelligenzminderung (F7) erfolgten, während zwischen 9,7 % und 14,7 % der Fixierungen an Untergebrachten mit einer Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) vollzogen worden waren. Bei den Isolierungen und Zimmereinschlüssen dominierten dagegen die Untergebrachten mit Hauptdiagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2, vgl. Tab. 4).

Tabelle 5: Zwangsregister Baden-Württemberg: Diagnoseverteilung bei Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum nach Art der Zwangsmaßnahme

| Haupt- diagnose (ICD 10) | Fixierung | | | Isolierung | | | Zimmereinschluss | | |
|--------------------------------|-----------|--------|-------|------------|--------|--------|------------------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 |
| F0/G3 | 0,2 % | 3,3 % | 0,2 % | 3,8 % | 3,3 % | 2,3 % | 5,5 % | 4,2 % | 2,0 % |
| F1 | 1,4 % | 0,4 % | 0,9 % | 4,7 % | 3,4 % | 8,4 % | 0,6 % | 2,0 % | 1,2 % |
| F2 | 14,7 % | 13,9 % | 9,7 % | 53,5 % | 66,8 % | 68,0 % | 56,4 % | 53,0 % | 59,0 % |
| F3 | 0,9 % | - | - | 3,1 % | 0,1 % | 0,4 % | 0,5 % | 0,01 % | 0,1 % |
| F4 | - | - | - | 0,1 % | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | |
|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| F6 | 5,7 % | 8,3 % | 3,8 % | 10,7 % | 5,8 % | 7,5 % | 3,7 % | 8,8 % | 12,5 % |
| F7 | 72,5 % | 55,6 % | 59,9 % | 17,3 % | 15,6 % | 10,0 % | 9,5 % | 17,3 % | 12,1 % |
| F8 | 4,7 % | 1,7 % | 1,0 % | 2,5 % | 1,8 % | 1,5 % | 20,0 % | 13,3 % | 11,1 % |
| F9 | - | 1,7 % | - | 0,5 % | 1,2 % | 1,2 % | 4,4 % | 1,0 % | 0,6 % |

Die Verteilung der Zwangsmaßnahmen nach dem Geschlecht der Untergebrachten mit Zwangsmaßnahmen zeigt Tabelle 6. Auch hier beziehen sich die Prozentangaben auf die jeweilige Spalte. In allen drei untersuchten Jahren entfielen rund 98 % bis 99 % aller Fixierungen auf männliche Untergebrachte, während bei Isolierungen ca. 10 % und bei Zimmereinschlüssen ca. 20 % weibliche Untergebrachten zu verzeichnen waren (vgl. Tab 6).

Tabelle 6: Zwangsregister Baden-Württemberg: Geschlechterverteilung bei Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum nach Art der Zwangsmaßnahme

| | Fixierung | | | Isolierung | | | Zimmereinschluss | | |
|----------|-----------|--------|--------|------------|--------|--------|------------------|--------|--------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 | 2015 | 2016 | 2017 |
| männlich | 97,9 % | 98,6 % | 98,7 % | 89,3 % | 89,3 % | 90,9 % | 78,9 % | 80,3 % | 77,5 % |
| weiblich | 2,1 % | 1,4 % | 1,3 % | 10,7 % | 10,7 % | 9,1 % | 20,2 % | 19,7 % | 22,5 % |

Bei der durchschnittlichen Dauer der jeweiligen Zwangsmaßnahmen war kein eindeutiger Geschlechterunterschied festzustellen (vgl. Tab. 7). Bei Fixierungen und Isolierungen wechselte in den einzelnen Jahren die jeweils längere Dauer zwischen den Geschlechtern. Lediglich hinsichtlich der Zimmereinschlüsse waren es in allen drei untersuchten Jahren die männlichen Untergebrachten, die die längere Maßnahmendauer aufwiesen. Die statistische Absicherung, ob diese Trends nicht dem Zufall, sondern einer Systematik unterliegen, muss anhand einer breiteren Datenbasis erfolgen.

Tabelle 7: Zwangsregister Baden-Württemberg: mittlere Dauer von Zwangsmaßnahmen in sieben Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum nach Art der Zwangsmaßnahme und Geschlecht

| | 2015 | | 2016 | | 2017 | |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | männlich | weiblich | männlich | weiblich | männlich | weiblich |
| Fixierung | 1.181,2 (19,7 h) | 1.127,4 (18,8 h) | 1.970,5 (32,8 h) | 1.419,6 (23,7 h) | 1.222,8 (20,4 h) | 1.303,2 (21,7 h) |
| Isolierung | 833,8 (13,9 h) | 609,4 (10,1 h) | 765,1 (12,9 h) | 823,7 (13,7 h) | 708,6 (11,8 h) | 442,1 (7,4 h) |
| Zimmereinschluss | 476,0 (7,9 h) | 269,0 (4,5 h) | 382,9 (6,4 h) | 230,8 (3,8 h) | 391,0 (6,5 h) | 200,5 (3,3 h) |

Teilprojekt 2

Unterbringungen nach § 1906 BGB und Psych-KG der Länder

Einleitung

Die Datenlage hinsichtlich der unfreiwilligen Unterbringung psychisch Kranker in Einrichtungen der stationären Psychiatrie sowie der im Laufe stationär psychiatrischer Behandlungen angewandter Zwangsmaßnahmen ist in Deutschland überaus defizitär.

Die Gesundheitsberichtserstattung im Allgemeinen und die Psychiatrie im Speziellen verfügt über keine eigenständige, bundesweit vereinheitlichte Dokumentationsstruktur, die über die Häufigkeit einer der umstrittensten Maßnahmen in der Versorgung psychisch Kranker Auskunft geben könnte oder deren zeitliche Veränderung darstellen und belastbare Daten für Zusammenhangsanalysen des Problembereichs bereitstellen würde. Dieser unhaltbare Zustand wurde in der Vergangenheit von fachlicher Seite vielfach und deutlich kritisiert, ohne dass dies zu einer grundlegenden Veränderung der Situation geführt hätte.

Auch auf Bundesländerebene sind keine zureichenden Dokumentationsstrukturen vorhanden, wobei die unterschiedliche Psychiatriegesetzgebung der einzelnen Länder eine Zusammenführung und Vergleichbarkeit von Kennzahlen zusätzlich einschränkt.

Ziele von ZIPHER Teilprojekt 2

Aufgrund der fehlenden Datenbasis war in ZIPHER-Teilprojekt 2 vorgesehen, eine möglichst exakte Quantifizierung der Häufigkeit von unfreiwilligen Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen der Allgemeinpsychiatrie in Deutschland vorzunehmen und deren Veränderung über den zeitlichen Verlauf hinweg abzuschätzen. Dabei sollten aufgrund der föderal abweichenden legislativen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Problemfeldes die Berechnungen möglichst auf Bundesländerebene differenziert werden.

Datenbasis und Untersuchungszeitraum

Nach wie vor sind die im Bundesanzeiger regelmäßig veröffentlichten Geschäftsübersichten der Amtsgerichte die einzigen routinemäßig vorgehaltenen Daten, aus denen auf die Häufigkeit von Unterbringungen psychisch Kranker sowie freiheitsentziehender Maßnahmen nach dem Betreuungsgesetz sowie den Psychiatriegesetzen der Länder geschlossen werden kann.

Deshalb ist der Rückgriff auf die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte derzeit unumgänglich, um Aussagen über die Häufigkeit oder den zeitlichen Verlauf von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der Versorgung psychisch Kranker auf Bundes- oder Länderebenen machen zu können. Sie bildeten die Datengrundlage der vorliegenden Untersuchung.

Die Geschäftsübersichten werden vom Bundesamt für Justiz (BMJ) im Internet veröffentlicht. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Daten dem Webauftritt des BMJ entnommen (BMJ 2020). Untersucht wurde der Zeitraum zwischen 1992 und 2017. Die Daten wurden auf der Grundlage von Vorarbeiten des Verwaltungswirtes und Sozialarbeiters Horst Deinert aus Duisburg, der sich seit Jahren mit der Materie beschäftigt, mit entsprechenden epidemiologischen und Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes kombiniert, um länder- und bevölkerungsbezogene Aussagen treffen zu können.

Die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte sind aufgrund ihres eigentlichen Verwendungszwecks nach juristischen Anforderungen strukturiert und orientieren sich an juristischen Kriterien. Sie decken damit leider nur unzureichend klinische, ethische oder epidemiologische Perspektiven der psychiatrischen Versorgung ab, die für die Diskussion der Effektivität und Verhältnismäßigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Versorgung psychisch Kranker jedoch entscheidend sind.

Die Rechtsgrundlagen für die unfreiwillige Unterbringung psychisch Kranker umfassen Maßnahmen nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (sog. Psych-Kranken-Hilfe-Gesetze oder Psych-KGs) , sowie Maßnahmen nach dem bundesweit gültigen Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 1-5 BGB) bzw. nach einstweiligen Maßregeln des Familiengerichts (§ 1846 BGB). Eine genauere Differenzierung der zum Zeitpunkt der Durchführung des Teilprojekts gültigen rechtlichen Grundlagen zeigt Abb. 1.

Abbildung 1: Rechtliche Grundlagen der unfreiwilligen Unterbringung psychisch Kranker in Deutschland

Ländergesetzgebung

- **Unterbringung nach Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (Psych-KG)**

Verfahrensregelung: FamFG §§ 312 ff (vor 2010: § 70 FGG, Unterbringungssachen)

Bundesgesetzgebung

- **Unterbringung nach Betreuungsgesetz**

§ 1906 Abs. 1-2 BGB Zulässigkeitskriterien, Zuständigkeit

§ 1906 Abs. 3 BGB Beendigung des Verfahrens

§ 1906 Abs. 5 BGB Verfahrensregelung Vollmacht

- **freiheitsentziehende Maßnahmen**

§ 1906 Abs. 4 BGB, mechanische, medikamentöse o.ä. Maßnahmen

- **einstweilige Maßregeln Familiengerichts (vorläufige Unterbringung)**

§ 1846 BGB werden z.T. umgewandelt in Verfahren nach § 1906

Dabei weist insbesondere die Landesgesetzgebung in Form der sog. Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetze mit ihren diversen Neufassungen und Änderungen eine erhebliche Heterogenität auf (vgl. Tab.1).

Die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte weisen vor allem die Zahl jährlicher Verfahren aus, die nach den diversen Rechtsgrundlagen durchgeführt worden sind. Sie dokumentieren

dabei jedoch nur zum Teil die Verfahrensausgänge, d.h. sie unterscheiden nicht immer zwischen genehmigten Unterbringungen und negativ beschiedenen Anträgen, d.h. nicht genehmigten Unterbringungen bzw. deren Verlängerungen. Dies geschieht zwar bei Verfahren nach § 1906 BGB, bei Unterbringungen nach den Psychiatriegesetzen der Länder wird die Unterscheidung nach Verfahrensausgängen jedoch nicht vorgenommen. Ebenso wird bei Unterbringungen nach den Ländergesetzen nicht zwischen eigentlichen Unterbringungen, d.h. unfreiwillig vorgenommenen Aufnahmen in eine entsprechende Einrichtung und sog. unterbringungsähnlichen Maßnahmen, d.h. Zwangsmaßnahmen im Laufe einer Unterbringung in der jeweiligen Einrichtung unterschieden. Abbildung 2 spezifiziert die jeweilige Differenzierung der Dokumentation von Verfahren nach den einzelnen Rechtsgrundlagen.

Tabelle 1: Übersicht über die Landespsychiatriegesetzgebung in Deutschland (Quelle: Wikipedia 22.2.2019)

| Bundesland | Kurztitel | Abkürzung | Neufassung | letzte Änderung |
|-------------------------------|--|--------------|-------------|-----------------|
| Baden-Württemberg | Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz | PsychKHG | 25. 11.2014 | 1.1.2015 |
| Bayern | Psychischkrankenhilfegesetz z Bayern | BayPsychKHG | 24.7.2018 | 1.8.2018 |
| Berlin | | PsychKG | 17.6.2016 | 29.6.2016 |
| Brandenburg | Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz | BbgPsychKG | 5.5.2009 | 27.1.2016 |
| Bremen | | PsychKG | 22.12.2000 | 2.8.2016 |
| Hamburg | | HmbPsychKG | 27.9.1995 | 25.5.2018 |
| Hessen | Hessisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz | PsychKHG | 4.5.2017 | 1.8.2017 |
| Mecklenburg-Vorpommern | Psychischkrankengesetz | PsychKG M-V | 14.7.2016 | 15.7.2016 |
| Niedersachsen | | NPsychKG | 16.6.1997 | 25.5.2018 |
| Nordrhein-Westfalen | | PsychKG | 17.12.1999 | 1.1.2017 |
| Rheinland-Pfalz | | PsychKG | 17.11.1995 | 27.5.2014 |
| Saarland | Unterbringungsgesetz | UBG | 11.11.1992 | 29.5.2014 |
| Sachsen | | SächsPsychKG | 10.10.2007 | 31.8.2014 |

| | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------|-----------|-----------|
| Sachsen- Anhalt | | PsychKG LSA | 30.1.1992 | 13.4.2010 |
| Schleswig- Holstein | Psychisch-Kranken-Gesetz | PsychKG | 14.1.2000 | 25.5.2018 |
| Thüringen | | ThürPsychKG | 5.2.2009 | 8.8.2014 |

Besonders gravierend aus psychiatrischer Perspektive ist die in den Geschäftsübersichten der Amtsgerichte fehlende Dokumentation des Unterbringungsortes. Den Geschäftsübersichten ist nicht zu entnehmen, ob eine dokumentierte Unterbringung oder eine Zwangsmaßnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Einrichtung des Wohn- oder Pflegeheimsektors oder in einem anderen Sektor vorgenommen wurde. Diese mangelnde Unterscheidung verhindert eine evidenzbasierte Quantifizierung und Bewertung des in der psychiatrischen Allgemeinversorgung stattfindenden Zwangs in entscheidendem Maße.

Abbildung 2: Differenzierung der Dokumentation von Unterbringungsverfahren in den Geschäftsübersichten der Amtsgerichte nach rechtlichen Grundlagen

Dokumentation von Verfahren nach BGB (§ 1906 I-V) unterscheidet nach

- Verfahrensausgang (Genehmigungen oder Nicht-Genehmigung)
- Zwangseinweisungen (§1906 I-II) und Zwangsmaßnahmen (§1906 IV)
- Verlängerungen insgesamt, aber nicht bzgl. Zwangseinweisungen u. -maßnahmen

Dokumentation von Verfahren nach PsychKG (Bundesländer) unterscheidet *nicht* nach

- Verfahrensausgang (Genehmigungen oder Nicht-Genehmigung)
- Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen
- Verlängerungen

Dokumentation vorläufiger Unterbringungen (§ 1846) unterscheidet *nicht* nach

- Umwandlung in reguläre Unterbringungen (§ 1906 I-II) (bedingt Doppelzählungen)

Dokumentation aller Verfahren unterscheidet *nicht* nach

- Ort der Unterbringung (z.B. Pflegeheim oder psychiatrisches Krankenhaus)

Auswirkungen auf ZIPHER Teilprojekt 2

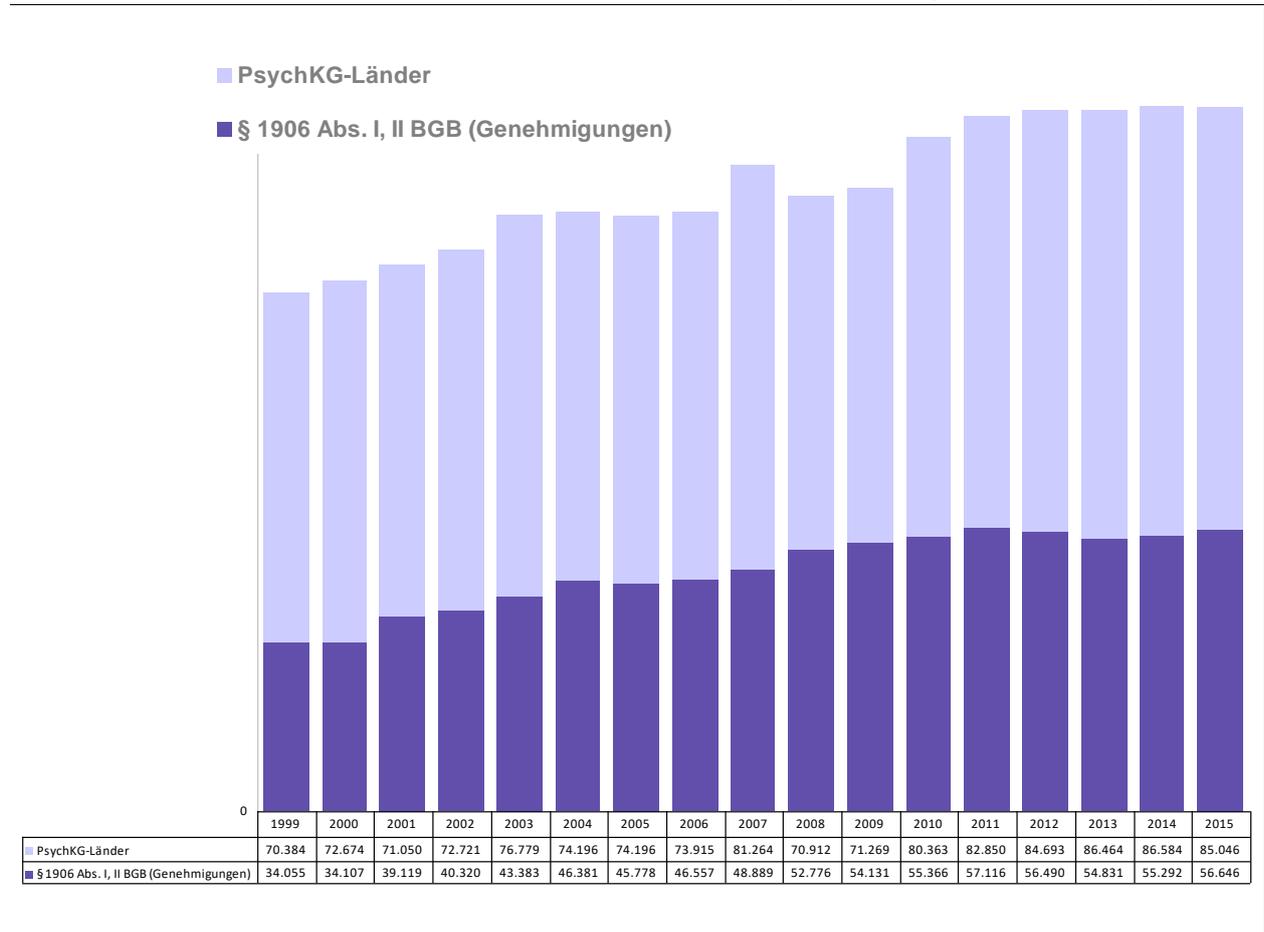
Um die Zielstellungen von Teilprojekt 2 zu erreichen, waren aufgrund der oben beschriebenen Einschränkungen der Datenstruktur der Amtsgerichts-Geschäftsübersichten Modellierungen und Abschätzungen der Datengrundlage notwendig. Geschätzt werden musste vor allem das Verhältnis von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in den Einrichtungen der stationären Psychiatrie sowie den entsprechenden Maßnahmen in Einrichtungen des Wohn- und Pflegeheimsektors. Ebenfalls nur geschätzt werden konnte das Verhältnis zwischen gerichtlich angeordneten und abgelehnten Verfahren, da die Geschäftsübersichten teilweise nur die Gesamtzahl der Verfahren ausweisen.

Ergebnisse

Jährliche Häufigkeit von Unterbringungen bundesweit im zeitlichen Verlauf

Die Bestimmung fundamentaler Messgrößen wie z.B. die absoluten Häufigkeiten der Unterbringungen über den zeitlichen Verlauf hinweg erfordert die Kombination der Zeitreihen unterschiedlicher Rechtsgrundlagen der Amtsgerichts-Geschäftsübersichten. Vollständig lagen die entsprechenden Zeitreihen für die Jahre 1999 bis 2015 vor, die deshalb in die nachfolgende Auswertung eingingen.

Abbildung 3: Bundesweite Zahl freiheitsentziehender Unterbringungen nach Unterbringungsrecht des BGB und Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder im zeitlichen Verlauf (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, eigene Berechnung)



Die unfreiwillige Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung erfolgt vor allem nach zwei Rechtsgrundlagen: nach dem bundesweit gültigen Betreuungsrecht (§ 1906, Absatz 1 und 2) sowie nach den jeweiligen Psychisch-Krankengesetzen der Länder. Die diesbezüglichen absoluten Häufigkeiten zeigt Abbildung 3. Die Abbildung legt einen Anstieg der absoluten Häufigkeiten über den zeitlichen Verlauf hinweg nahe, wobei der Anstieg vor allem auf Unterbringungsverfahren nach § 1906, Abs. 1. u.2 BGB zurückgehen scheint.

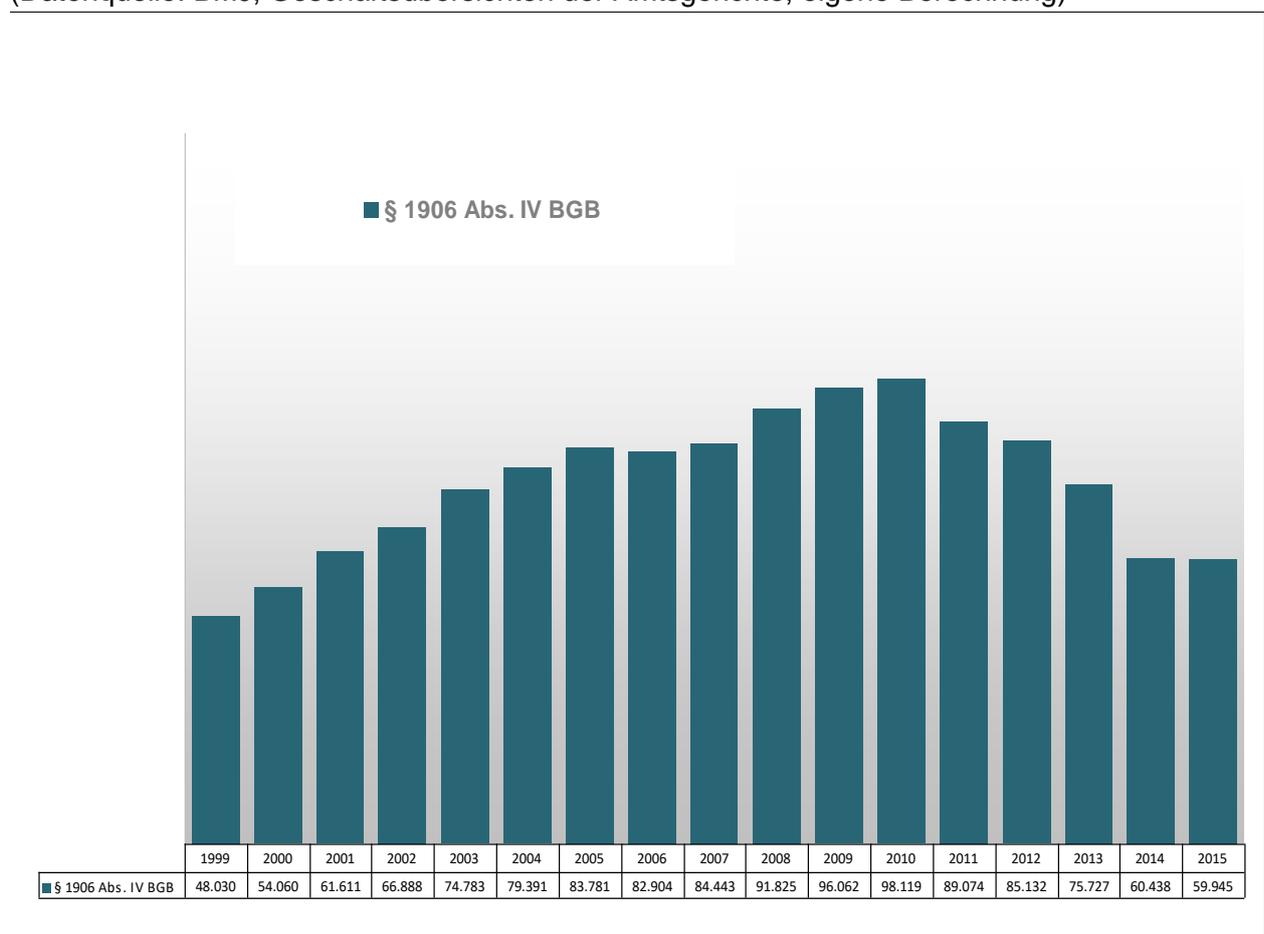
Die Häufigkeiten unterliegen jedoch der oben dargestellten Unschärfe der Datengrundlage. So sind bei den Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder alle Verfahren enthalten, einschließlich derjenigen, die zu einer Ablehnung der Unterbringung durch die entscheidende Instanz führten. Im Unterschied dazu sind die Angaben zu den Unterbringungen nach BGB § 1906 um die Ablehnungen bereinigt, d.h. sie geben nur die richterlich genehmigten Verfahren wieder. Allerdings wird bei den letztgenannten Angaben wiederum nicht nach Erstverfahren und Verlängerungen unterschieden. D.h. Patienten, bei denen im gleichen Jahr eine Verlängerung der ursprünglich genehmigten Unterbringung beantragt und richterlich bewilligt wurde, sind doppelt gezählt. Weiterhin sind die sog. vorläufigen Unterbringungen nach § 1846 BGB nicht in der Abbildung enthalten. Die gravierendste Indifferenz in Abbildung 3 besteht jedoch in der fehlenden Unterscheidung nach dem Unterbringungsort. Das heißt, die Angaben geben Unterbringungen im psychiatrischen

Krankenhaus sowie in Einrichtungen des Pflegesektors (Senioren und Pflegeheime usw.) wieder, ohne dabei die jeweiligen Anteile unterscheiden zu können.

Bundesweite Häufigkeit von unterbringungsähnlichen Maßnahmen („Zwangmaßnahmen“) über die Zeit

Die Geschäftsberichte weisen ebenfalls die Häufigkeiten von unterbringungsähnlichen Maßnahmen aus. Diese Maßnahmen erfolgen auf der Rechtsgrundlage von § 1906 Abs. 4 BGB. Unterbringungsähnliche Maßnahmen sind zwangsweise durchgeführte Behandlungsmaßnahmen, die bei Patienten *während* eines Aufenthaltes in einer Behandlungs- oder Pflegeeinrichtung erbracht werden (z.B. Fixierungen, Isolierungen usw.). Die jährliche Zahl der bundesweit auf dieser Rechtsgrundlage genehmigten Maßnahmen zeigt Abbildung 4.

Abbildung 4: Bundesweite Zahl unterbringungsähnlicher Maßnahmen („Zwangmaßnahmen“) nach Unterbringungsrecht des BGB im zeitlichen Verlauf (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, eigene Berechnung)



Auch bei dieser Zählung erfolgt keine Unterscheidung nach dem jeweiligen Ort bzw. der Einrichtung, in der die jeweilige Maßnahme erfolgt ist, d.h. die Angaben lassen sich nicht dahingehend unterscheiden, ob die Maßnahmen im psychiatrischen oder im Alten- und

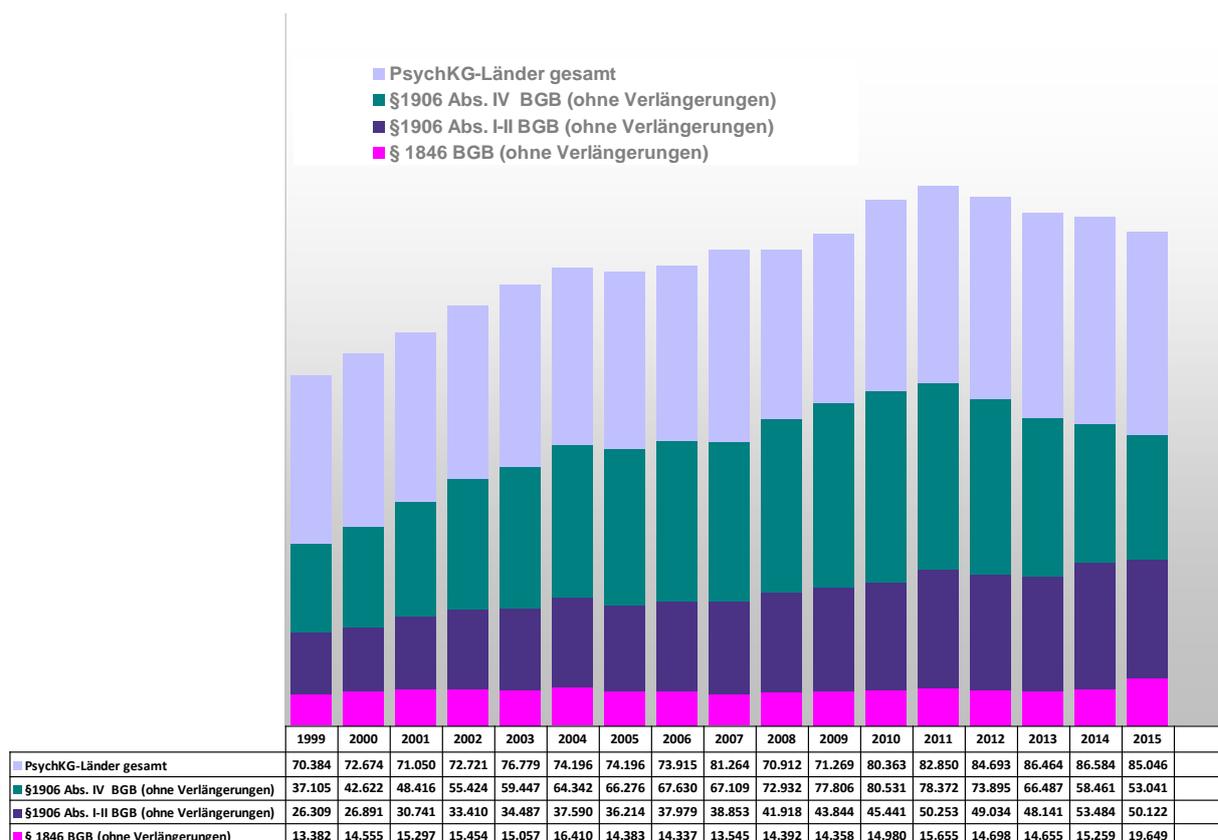
Pflegeheimsektor erfolgt sind. Ungeachtet dessen fällt der deutliche jährliche Anstieg bis zum Jahr 2010 auf, an den sich ein ebenso sichtbarer Rückgang der genehmigten Maßnahmen ab 2011 bis ins Jahr 2015 anschließt.

Ein Zusammenhang mit den einschlägigen Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts von 2011 und des Bundesgerichtshofs von 2012, die die Genehmigungsfähigkeit von Zwangsbehandlungen zumindest vorübergehend einschränkten, erscheint wahrscheinlich (vgl. Steinert et al. 2019).

Bundesweite Häufigkeit von Zwangsunterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen („Zwangmaßnahmen“) über die Zeit

Fasst man alle verfügbaren Informationen über Verfahren hinsichtlich unfreiwilliger Maßnahmen zusammen, um einen Gesamtüberblick über die jährlichen Verfahrenshäufigkeiten zu erlangen, ergibt sich der zeitliche Verlauf wie in Abbildung 5 dargestellt.

Abbildung 5: Bundesweite Zahl von Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen („Zwangmaßnahmen“) nach Unterbringungsrecht des BGB sowie nach den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen der Länder im zeitlichen Verlauf (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, eigene Berechnung)



Aus dieser Übersicht wird ebenfalls der bereits gezeigte stetige Anstieg der Zahl der Verfahren bzw. Maßnahmen nach dem Betreuungsrecht (BGB) und nach den Psychisch-Kranken-Hilfegesetzen der Länder seit 1999 deutlich, der sich nach 2011 umkehrt. Der Anstieg geht offenbar weitgehend auf eine Zunahme von betreuungsrechtlichen Maßnahmen zurück, während die Zahl der Maßnahmen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder als eher zeitstabil erscheint.

Gegenüber der ebenfalls steigenden Zahl der Unterbringungen nach Betreuungsrecht (§1906 Abs. 1 u. 2) unterliegt die Zahl der unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 4) im Vergleich dazu einem deutlich stärkeren Anstieg, der sich wie in Abb. 4 gezeigt, ab 2011 umkehrt. Der über alle Rechtsformen hinweg zu beobachtende leichte Rückgang ab 2011 ist somit vor allem auf den Rückgang der unterbringungsähnlichen Maßnahmen zurückzuführen.

Abbildung 5 zeigt zusätzlich die Zahl der vorläufigen Unterbringungen nach § 1846 BGB, die über die Zeit weitgehend stabil bleibt und daher keine Auswirkungen auf den beschriebenen Gesamttrend hat.

Modellierung der Anteile von Maßnahmen im Heimsektor und in der psychiatrischen Akutversorgung

Wie bereits ausgeführt, sind alle beschriebenen Unterbringungshäufigkeiten nicht nach dem Sektor unterschieden, in dem die jeweiligen Maßnahmen erbracht worden sind. Die Geschäftsübersichten der Amtsgerichte sehen eine solche Unterscheidung nicht vor. Ohne die Differenzierung der Anteile, die auf die psychiatrische Akutversorgung und der Anteile, die auf den Wohnheim-, Altenheim- oder Pflegeheimsektor entfallen, ist die Aussagekraft der Geschäftsberichte erheblich eingeschränkt. Psychiatrie und Wohn- bzw. Alten- und Pflegeheimsektor unterliegen unterschiedlichen Rahmen- und Planungsbedingungen, die nach den Sektoren getrennte Planungsdaten erforderlich machen. Angesichts des Fehlens einer getrennten Erfassung ist eine statistische Abschätzung oder Modellierung der Mengenverhältnisse in beiden Sektoren unumgänglich.

Auch hierfür ist die Datenlage jedoch sehr dürrftig. Weder die Statistischen Ämter, noch die einschlägigen Dachverbände der Versorgungssektoren und -einrichtungen oder die Bundes- oder Landesregierungen halten Datenmaterial vor, das eine solche Modellierung unterstützt. Aus diesem Grund wurde auf empirische Untersuchungen aus Teilprojekt 6 der ZIPHER-Studie zurückgegriffen, das von Ingmar Steinhart und Georg Juckel geleitet wurde (Einzelheiten siehe Teilprojekt 6 des vorliegenden Berichts).

In Teilprojekt 6 wurden die Dokumentationen von Amtsgerichtsbezirken in zwei Landkreisen tiefergehend hinsichtlich Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen analysiert, die speziell im Wohnheim- bzw. Alten- und Pflegeheimsektor erbracht worden waren. Bezugszeitraum war das Jahr 2018 über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg. Insgesamt wurden dabei 141 Fälle nach § 1906 BGB analysiert).

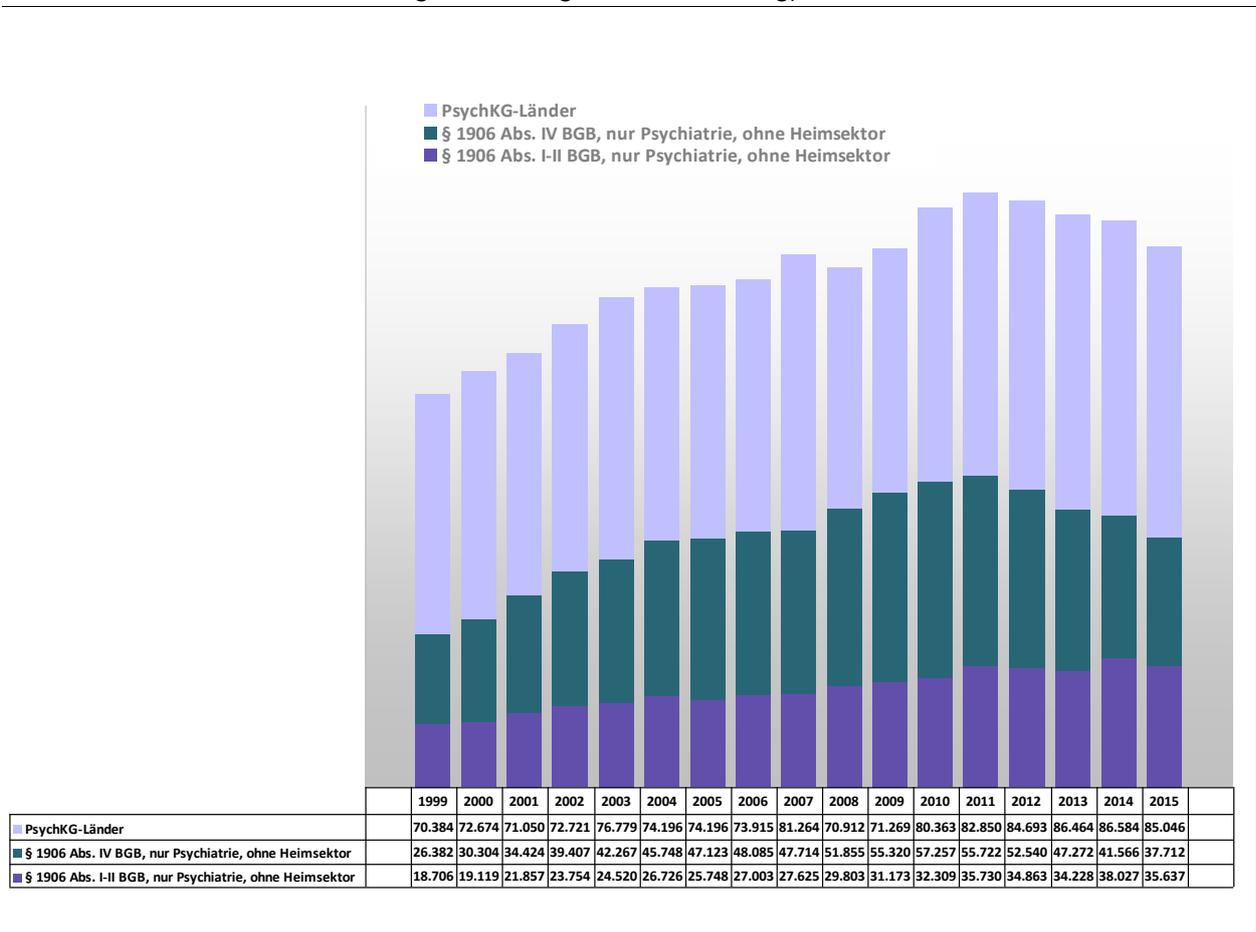
Diese Analyse ergab unter anderem, dass 56,7% aller Unterbringungen bzw. unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 BGB Personen im Alter von 60 Jahren und älter betraf. Bei 32,6% lag die Diagnose einer Demenzerkrankung vor. Über ein Viertel (26,6 %) der Maßnahmen nach § 1906 BGB erfolgten in Pflegeheimen, 2,3% in psychiatrischen oder anderen Wohnheimen. Damit verblieb ein Anteil von 71,1% aller Maßnahmen nach § 1906 BGB, der in akutpsychiatrischen Einrichtungen, d.h. psychiatrischen Krankenhäusern und

psychiatrischen Abteilungen erfolgt sein musste. Detailliertere Informationen sind dem entsprechenden Teilprojektbericht zu entnehmen.

Der letztgenannte Wert wurde im Rahmen der hier vorzunehmenden Modellierung als gegenwärtig belastbarste Schätzgrößen der Häufigkeiten im psychiatrischen Sektor auf die bundes- und länderweiten Daten der Geschäftsberichte der Amtsgerichte projiziert.

Allerdings ist auch diese Schätzgröße mit Fehlern behaftet. Insbesondere unterscheidet sie nicht nach den einzelnen Bundesländern, die eine hohe Varianz hinsichtlich der Zahl jährlicher Maßnahmen nach § 1906 BGB sowie große Unterschiede in der akutpsychiatrischen sowie Heim-Versorgungsstruktur aufweisen. Weiterhin erfolgte in der Untersuchung von Teilprojekt 6 keine Unterscheidung zwischen eigentlichen Unterbringungen (§ 1906 Abs.1,2,3 u.5) und unterbringungsähnlichen Maßnahmen (§ 1906 Abs.1,2). In der untenstehenden Modellierung wurde deshalb das generelle Verhältnis von Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen aus den bundesweiten Geschäftsberichten von rund 40 zu 60 in Ansatz gebracht. Der Anteil von Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder bleibt weiterhin unbekannt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Verteilung des Jahres 2018 zwischen Psychiatrie und Heimsektor auf alle analysierten Jahrgänge projiziert wurden, obwohl sich in der Realität diese Relation über die Zeit verändert haben dürfte. Bei der Eliminierung des auf der Grundlage dieses Schätzmodells herausgerechneten Anteils der auf den Pflegeheimsektor entfallenen Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 BGB ergeben sich für die Akutpsychiatrie die in Abb. 6 dargestellten Häufigkeiten der BGB-Maßnahmen über die Zeit.

Abbildung 6: Bundesweite Zahl von Unterbringungen und unterbringungsähnlichen Maßnahmen („Zwangmaßnahmen“) nach Unterbringungsrecht des BGB sowie nach den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen der Länder im zeitlichen Verlauf bei Modellierung des Anteils der BGB-Maßnahmen, der auf die Akutpsychiatrie entfällt (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, eigene Berechnung)



Die Herausrechnung der Maßnahmen im Heimsektor zeigt einen generellen zahlenmäßigen Anstieg von Zwangsmaßnahmen (Unterbringungen und unterbringungsähnliche Maßnahmen) in psychiatrischen Krankenhäusern über die Zeit hinweg. Dabei bestätigen sich die bereits bei der Gesamtschau der Maßnahmen (psychiatrisches Krankenhaus plus Heime) sichtbaren Trends, dass der zahlenmäßige Anstieg eher auf Maßnahmen nach dem Betreuungsrecht (BGB) zurückzuführen ist, während die Zahl der Maßnahmen nach den Psychisch-Krankengesetzen der Länder zeitstabiler erscheinen. Allerdings ist ein auf den Pflegeheimsektor entfallender Anteil bei den Maßnahmen nach den Psychisch-Krankengesetzen der Länder unbekannt und im Modell nicht herausgerechnet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich Unterbringungen nach den Psychisch-Krankengesetzen der Länder weitgehend auf den psychiatrischen Krankenhausbereich beziehen und nur in vernachlässigbarer Zahl im Alten- oder Pflegeheim erfolgen. Die nach 2011 zu beobachtende Abschwächung der jährlichen Zahl unterbringungsähnlicher Maßnahmen (§ 1906, Abs. 1 u. 2) findet sich auch hier wieder.

Unterbringungsquote und Unterbringungsrate

Absolute Häufigkeiten und entsprechende Zeitreihen wie in den obigen Abbildungen dargestellt sind epidemiologisch gesehen jedoch keine belastbaren Indikatoren, die über die tatsächliche Veränderung des Phänomens Auskunft geben könnten. Sie müssen zu anderen Parametern in Bezug gesetzt werden, um eine tatsächliche Veränderung der Ausübung von Zwang über die Zeit ablesen und beurteilen zu können.

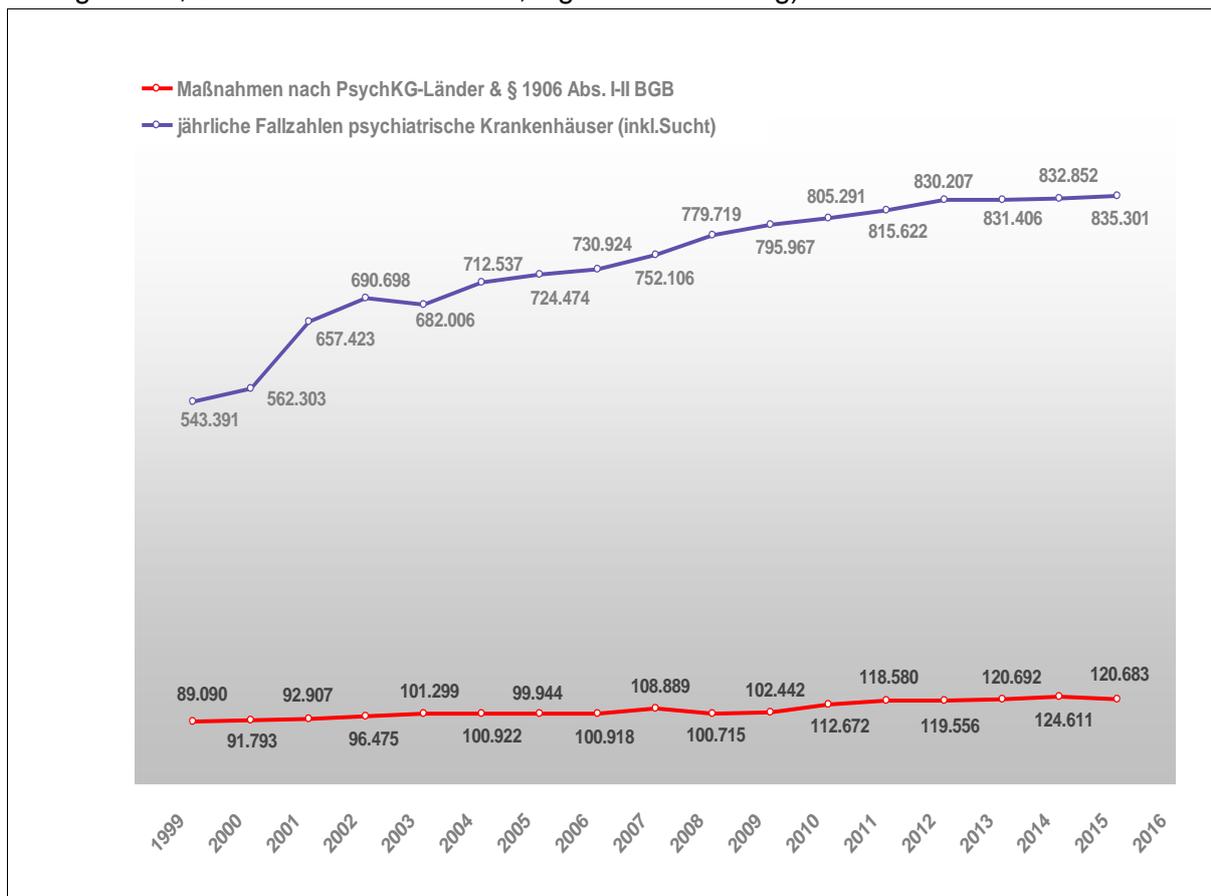
Im vorliegenden Fall kommen als angemessene Bezugsgrößen für die absoluten Häufigkeiten in Frage:

a) die jährliche Zahl aller Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser (freiwillig u. unfreiwillig)

b) die Gesamtzahl der potentiellen Risikopersonen, d.h. die Bevölkerungszahl.

Ersteres ergibt die sog. Unterbringungsquote, d.h. der prozentuale Anteil von unfreiwilligen Unterbringungen an allen Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus. Der Quotient b. ist die sog. Unterbringungsrate, d.h. die jährliche Zahl von unfreiwilligen Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland.

Abbildung 7: Jährliche Fallzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland und jährliche Zahl unfreiwilliger Unterbringungen (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung)

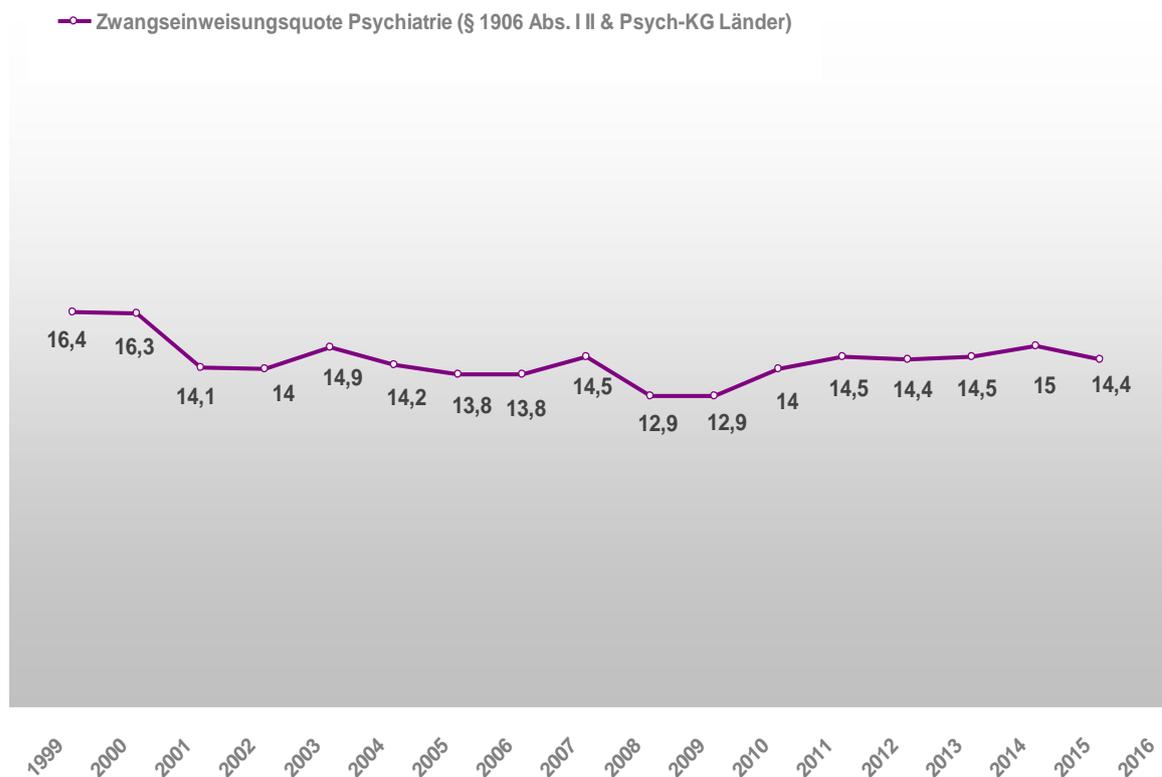


Unterbringungsquote

Bei Berechnung der Unterbringungsquote werden die Anteile der unfreiwilligen Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus an allen Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus berechnet. Die entsprechenden Häufigkeitswerte sind Abbildung 7 zu entnehmen.

Die Grunddaten über die Unterbringungen entstammen den Geschäftsberichten der Amtsgerichte, wobei der Anteil von Unterbringungen im Heimsektor nach dem oben beschriebenen Model herausgerechnet wurde. Unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB) sind in Abbildung 7 ebenfalls nicht erfasst. Die Angaben über das jährliche Behandlungsaufkommen im psychiatrischen Krankenhäusern wurden den jährlichen Übersichten des Statistischen Bundesamtes entnommen. Dabei wurde die Gesamtzahl der jährlichen stationären Behandlungsfälle in psychiatrischen Krankenhäusern als Schätzwert für die Zahl der jährlichen Aufnahmen genommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017).

Abbildung 8: Unterbringungsquote in psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland - Anteil in % aller unfreiwilligen Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus an allen Krankenhausfällen des jeweiligen Jahres (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung)



Der deutliche Anstieg der jährlichen Fallzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern ist weitgehend auf die über die Zeit sinkende durchschnittliche Verweildauer pro Krankensepisode zurückzuführen. Bei kürzeren Verweildauern erhöht sich vor allem bei

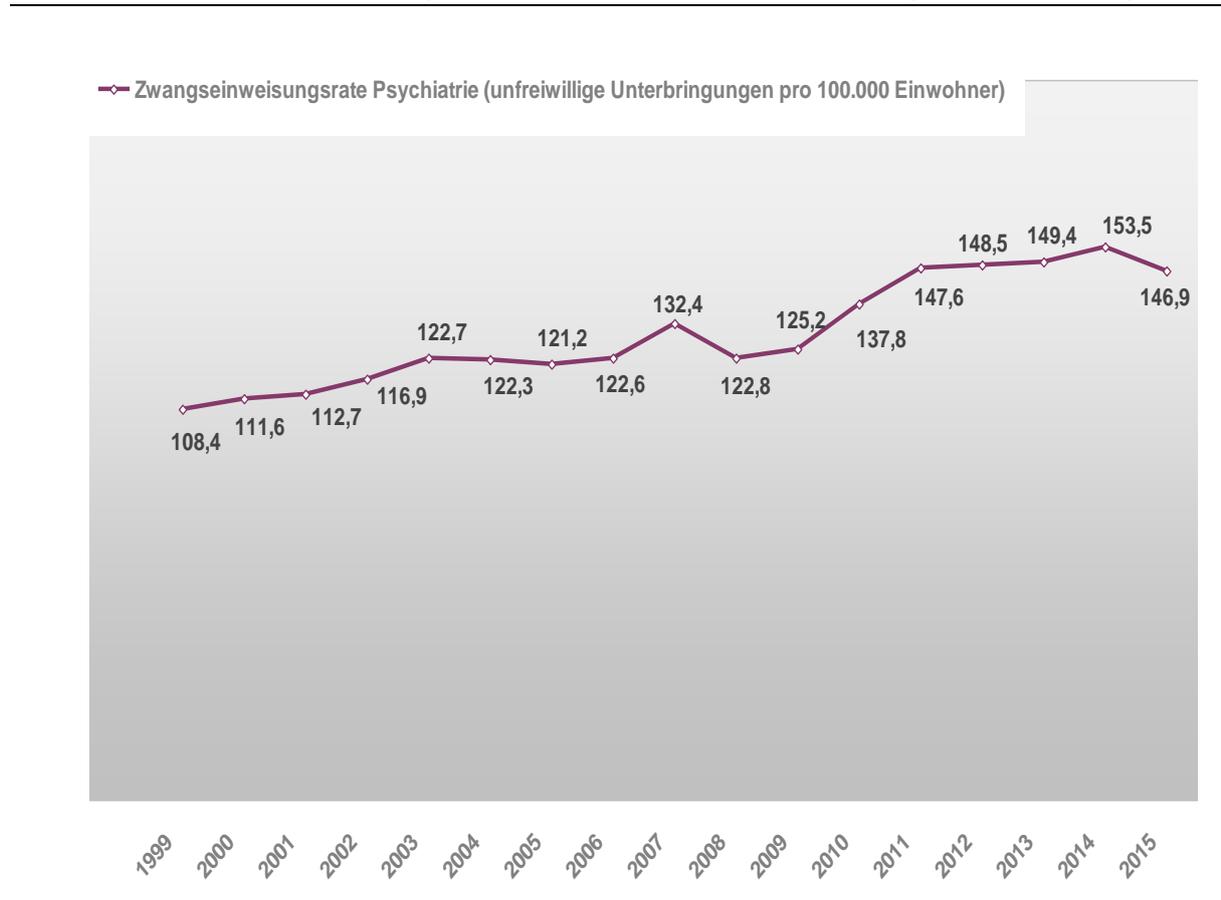
chronisch psychisch Kranken die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme im gleichen Jahr, im Gegensatz zu weniger, aber deutlich längeren Krankenhausaufenthalten pro Jahr und Person in früheren Dekaden.

Unter Missachtung dieses Zusammenhangs wird die Tatsache der absolut steigenden Fallzahlen oftmals fälschlicherweise als Zeichen eines Anstiegs der psychiatrischen Erkrankungshäufigkeit oder einer sinkende Schwelle der Krankenhauseinweisung interpretiert.

Setzt man beide Zeitreihen aus Abbildung 7 in Bezug, ergibt sich der in Abbildung 8 dargestellte zeitliche Verlauf des jährlichen prozentualen Anteils an Einweisungen in die stationär psychiatrische Behandlung, die unfreiwillig, d.h. auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses nach den o.g. rechtlichen Grundlagen erfolgt sind. In die Berechnung eingegangen sind die Unterbringungen nach den Psychiatrisch-Krankengesetzen der Länder (UBG/Psych-KG) sowie nach § 1906 Abs. 1 u. 2 BGB.

Mit einer Spanne zwischen 12,9 % und 16,4 % erscheint die bundesweite Unterbringungsquote zwischen 1999 und 2015 als weitgehend zeitstabil. Zumindest lässt sich weder ein eindeutig steigender oder fallender Trend ablesen. Die Erklärung dafür könnte sein, dass die unfreiwilligen Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus wie die gesamte psychiatrische Krankenhaushäufigkeit ebenfalls dem Muster des kontinuierlichen Rückgangs der durchschnittlichen Verweildauer und dem gleichzeitigen Anstieg der Zahl psychiatrischer Krankensepisoden folgen. Darüber hinaus entsprechen diese Quoten den Ergebnissen einer weitgehend vergleichbaren früheren Modellierung, die für die Jahre 1992 bis 2003 eine Spannweite zwischen 14,0 % und 16,8 % ergeben hatte (Salize et al. 2007). Insgesamt unterstützen diese Befunde *nicht* die Schlussfolgerung einer steigenden Zwangseinweisungshäufigkeit in der psychiatrischen Krankenhausversorgung.

Abbildung 9: Unterbringungsrate - Jährliche Zahl von unfreiwilligen Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus pro 100.000 Einwohnern in Deutschland (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung)

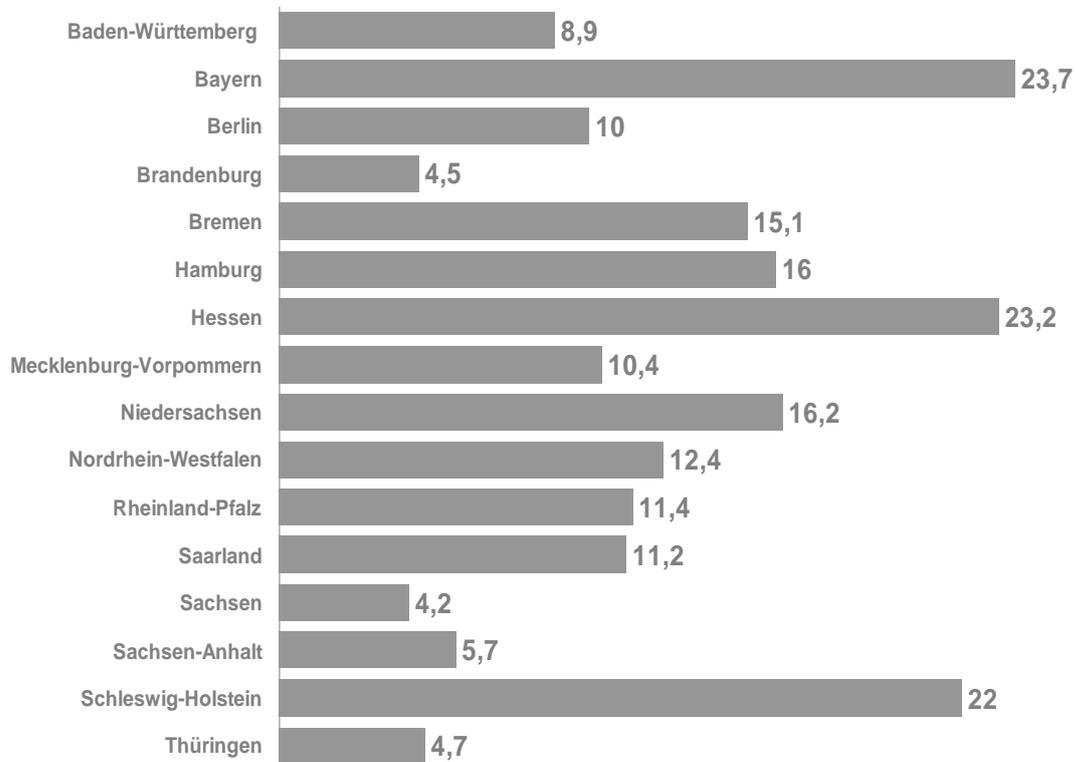


Unterbringungsrate

Die Berechnung der jährlichen Zahl unfreiwilliger Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus pro Kopf der Bevölkerung (Zwangseinweisungsrate) ergibt einen anderen Verlauf als die Zwangseinweisungsquote. Hier verändert sich die Bezugsgröße, d.h. die Einwohnerzahl, weitaus weniger dynamisch als die jährlich steigende Fallzahl im psychiatrischen Krankenhaus. Bei Zugrundelegung der jährlichen, vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Bevölkerungszahl in Deutschland ergibt sich von 1999 bis 2015 eine zwar schwankende, aber im Gesamttrend kontinuierliche steigende Rate zwischen 108,4 und 146,9 Zwangseinweisungen ins psychiatrische Krankenhaus pro 100.000 Einwohnern (vgl. Abb. 9).

Auch hier muss bei der Interpretation die oben beschriebene allgemeine Entwicklung der Fallzahlen im psychiatrischen Krankenhaus berücksichtigt werden, die mittelbar auf die Rate Einfluss nimmt. Eine Deutung der steigenden Raten hinsichtlich eines wachsenden psychiatrischen Zwangs, dem Betroffene ausgesetzt seien, wäre jedoch ebenfalls vorschnell und würde der Komplexität des Geschehens nicht gerecht.

Abbildung 10: Unterbringungsquote im psychiatrischen Krankenhaus im Jahr 2013 nach Bundesländern - Anteil in % aller unfreiwilligen Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus an allen psychiatrischen Krankenhaufällen des Jahres (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung)

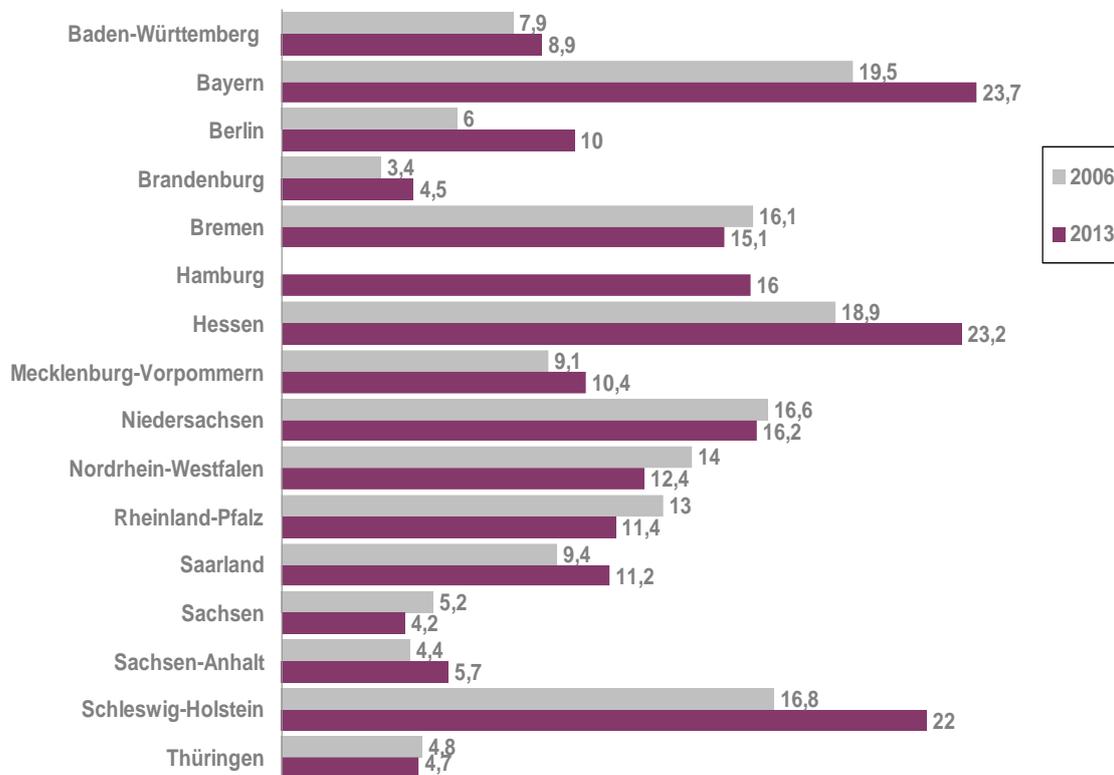


Unterbringungsquote nach Bundesländern

Die oben dargestellten Berechnungen und Befunde beziehen sich auf das gesamte Bundesgebiet. Die zu weiten Teilen föderale Verantwortung und Organisation der Gesetzgebung (z.B. im Falle der Psychiatrisch-Krankengesetze der Länder, siehe Tab.1 und Abb.1) sowie regional heterogene Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen lassen jedoch deutliche Unterschiede hinsichtlich der Unterbringungshäufigkeiten in den Bundesländern erwarten.

Leider stehen für die Bundesländer noch weitaus lückenhaftere Daten zur Verfügung als auf Bundesebene. So liegen z.B. Angaben aus den Ländern hinsichtlich der Unterbringungen nach § 1906 Abs. 1 und 2 BGB nur für die Jahre 2006 bis 2008 sowie dann wieder für das Jahr 2013 vor. Weitere zentrale Parameter zur Modellierung und Berechnung der Unterbringungen sind ebenfalls nur teilweise vorhanden. Deshalb wurde im Folgenden die Berechnung der länderspezifischen Unterbringungsquoten nur für die Jahre 2006 und 2013 vorgenommen. Sie erscheinen jedoch trotzdem geeignet, zumindest die Heterogenität und Dynamik des Unterbringungsgeschehens in und zwischen den Bundesländern aufzuzeigen.

Abbildung 11: Unterbringungsquote im psychiatrischen Krankenhaus in 2006 und 2013 nach Bundesländern - Anteil in % aller unfreiwilligen Aufnahmen ins psychiatrische Krankenhaus an allen psychiatrischen Krankenhaufällen des Jahres (Datenquelle: BMJ, Geschäftsübersichten der Amtsgerichte, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnung)



Bei der Modellierung der Unterbringungsquote wurde die gleiche Vorgehensweise wie bei der Berechnung der bundesweiten Quote gewählt, d.h. es gingen die gleichen Annahmen, Anteile und Daten in die Berechnung ein wie oben beschrieben. Dabei konnten leider keine möglichen bis wahrscheinlichen Unterschiede in den Verfahrensweisen oder Versorgungsangeboten zwischen den Bundesländern berücksichtigt werden, da darüber keine spezifischen Informationen vorlagen.

Abbildung 10 zeigt die Unterschiede der Anteile unfreiwillige Unterbringungen an den länderspezifischen psychiatrischen Fallzahlen zwischen den Bundesländern. Im Jahr 2013 reichte die Quote von 4,2 % in Sachsen als geringstem Wert bis zu 23,7 % in Bayern als Maximalwert. Insgesamt zeigen die neuen Bundesländer einheitlich die niedrigsten Quoten. Innerhalb der einzelnen Länder zeigen sich unterschiedliche Dynamiken im zeitlichen Verlauf. So stieg die Quote in neun Bundesländer beim Vergleich zwischen 2006 und 2013 (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein), während sie in sechs Bundesländern im gleichen Zeitraum sank (Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen). Für Hamburg lagen nur Daten für 2013 vor. Die Steigerungsraten waren deutlich höher als die Rückgänge. Die höchste Steigerung war mit 5,2 Prozentpunkten in Schleswig-Holstein festzustellen, der stärkste Rückgang mit 1,6 Prozentpunkten in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz (vgl. Abb. 11). Generell ist jedoch unklar, ob diese Schwankungen im

Zufallsbereich liegen oder ob sie tatsächlich einen jeweils länderspezifischen Trend aufzeigen. Um darüber Klarheit zu gelangen, müssten vollständige Zeitreihen vorliegen und entsprechend analysiert werden.

Gesamtbewertung

Die wichtigste Schlussfolgerung aus der beschriebenen Situation ist die nach einer signifikanten Verbesserung der Dokumentationsstrukturen hinsichtlich unfreiwilliger Unterbringungen und unterbringungsähnlicher Maßnahmen in der Psychiatrie. Dies gilt gleichermaßen für den ebenfalls betroffenen Alten- und Pflegeheimsektor. Entsprechende Strukturen sollten dauerhaft unter Verantwortung und Kontrolle der jeweiligen Sektoren implementiert werden. Dabei ist dafür zu sorgen, dass die entsprechenden Daten jährlich zusammengefasst werden und valide, reliabel und lückenlos die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen sowie die epidemiologisch wichtigsten Parameter wie Art, Dauer und Ort (Sektor und Bundesland) der Unterbringung abbilden. Eine solche Dokumentationsstruktur ist aufwändig und bedarf der intensiven Pflege. Angesichts der Bedeutung des Themas Zwang für die gesamte psychiatrische Versorgung ist eine solche Struktur jedoch unabdingbar.

Daten aus einer solchen Berichterstattung bilden überhaupt erst die Grundlage für grundlegende Analysen des Umgangs mit Zwang in der bundesdeutschen Psychiatrie. Sie sind Voraussetzung für die dringend notwendige und zu intensivierende wissenschaftliche Erforschung von Einflussfaktoren (z.B. Versorgungsstruktur, juristische Grundlagen, Kooperation zwischen Justiz und Versorgung usw.) und Effektivität entsprechender Maßnahmen.

Nicht zuletzt ermöglichen solche Daten eine proaktive Kommunikationspolitik, die der Öffentlichkeit die Vielschichtigkeit des Problems der Zwangsausübung in der Psychiatrie aufzeigt - die umstrittenste Maßnahme der gesamten psychiatrischen Versorgungspalette, die nach wie vor Image und Stigma des gesamten Sektors maßgeblich bestimmen.

Literatur

BMJ 2020: Bundesministerium der Justiz: Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2017. https://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.html , zuletzt aufgerufen am 10.1.2020, weitere Zusammenstellungen: Deinert H., Duisburg

Salize HJ, Spengler A, Dressing H (2007) Zwangseinweisungen psychisch Kranker – wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern Psychiatrie Praxis 34 S02, 196-202

Statistisches Bundesamt (2017) Fachserie 12, Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Steinert T, Keyssner S, Schmid P, Flammer E (2019) Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Genehmigungsfähigkeit für Zwangsbehandlung in Baden-Württemberg: nicht weniger Medikamente, aber längere Freiheitsentziehung. Fortschritte Neurol Psychiatr, online publiziert 24.6.2019

Wikipedia 2019: <https://de.wikipedia.org/wiki/Psychisch-Kranken-Gesetz>, aufgerufen am 22.2.2019

Abkürzungen

| | |
|----------|--|
| BMJ | Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz |
| Psych-KG | Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |

Teilprojekte des LWL- Universitätsklinikums Bochum

Teilprojekt 1

Bundesweite Erhebung an psychiatrischen Kliniken

Einleitung

Das Ziel der im Rahmen dieses Teilprojekts durchgeführten bundesweiten Vollerhebung an psychiatrischen Kliniken war es, für das Jahr 2016 strukturelle Daten zum Aufbau und Organisation der Klinik, zur Patientenstruktur sowie die Anzahl, Art und Durchführung der angewandten freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen zu erfassen.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Befragung erfolgte mittels Zwei-Umschläge-Methode, die Rückfragen bei fehlendem Rücklauf erlaubte. Der zu diesem Zweck entwickelte Fragebogen umfasste 22 strukturierte Fragen mit mehrheitlich vorgegebenen Antwortmöglichkeiten und adressierte im wesentlichen folgende Aspekte: quantitative und qualitative Aspekte von Unterbringung nach PsychKG/BtG, Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikation; Gesichtspunkte der ordnungspolitischen und juristischen Rahmenbedingungen sowie Fragen der Dokumentation und Qualitätssicherung; durchgeführte, geplante oder mögliche Maßnahmen zur Reduktion von Unterbringung, Fixierung/Isolierung und Zwangsmedikation auch im Kontext gegenwärtiger Entwicklungen und Neuordnungen; Struktur- und Prozessmerkmale in der jeweiligen Region. Der Fragebogen wurde deutschlandweit an 565 Kliniken verschickt, bei denen es sich um eine Abteilungspsychiatrie oder um eine psychiatrische Klinik handeln sollte. Die Adressen wurden über einen kommerziellen Anbieter bezogen; zusätzlich wurde mittels Online-Recherche überprüft, ob das Einschlusskriterium jeweils erfüllt ist.

Durchführung

Rücklauf

Von den initial angeschriebenen 565 Kliniken meldeten 145 Kliniken zurück, aus verschiedenen Gründen nicht an der Erhebung teilnehmen zu können. Davon gaben 122 Kliniken an, dass sie nicht den Auswahlkriterien entsprachen und es sich trotz Bezeichnung der Klinik um eine primär psychosomatische Klinik oder Rehabilitationseinrichtung handelte. 147 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgeschickt und es ergab sich somit ein Rücklauf von 33.2 %. Die folgende Tabelle zeigt die eingegangenen Fragebögen aus den verschiedenen Bundesländern sowie den jeweiligen Anteil dieser Fragebögen an der Gesamtstichprobe. Darüber hinaus ist pro Bundesland der prozentuelle Rücklauf bezogen auf alle dort angeschriebenen Kliniken von Interesse dargestellt. Es zeigt sich deutlich, dass der Rücklauf regionalen Unterschieden unterlag. Hinsichtlich der Gesamtstichprobe stellt Nordrhein-Westfalen den größten Anteil dar, was sich jedoch aufgrund der Größe und Einwohnerzahl

erwarten ließ. Jedoch zeigte sich hier auch prozentual der höchste Rücklauf, während dieser aus Thüringen und Bayern eher gering ausfiel.

Tabelle 1: Stichprobe und Rücklauf für einzelne Bundesländer

| Bundesland | Anzahl (n) | Anteil Gesamtstichprobe (%) | Rücklauf (%) |
|------------------------|------------|-----------------------------|--------------|
| Baden-Württemberg | 16 | 10.9 | 39.0 |
| Bayern | 8 | 5.4 | 13.8 |
| Berlin | 7 | 4.8 | 35.0 |
| Brandenburg | 6 | 4.1 | 30.0 |
| Bremen | 1 | 0.7 | 25.0 |
| Hamburg | 1 | 0.7 | 12.5 |
| Hessen | 12 | 8.2 | 30.8 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 5 | 3.4 | 55.5 |
| Niedersachsen | 10 | 6.8 | 30.3 |
| Nordrhein-Westfalen | 50 | 34.0 | 55.5 |
| Rheinland-Pfalz | 8 | 5.4 | 32.0 |
| Saarland | 4 | 2.7 | 71.4 |
| Sachsen | 7 | 4.8 | 29.2 |
| Sachsen-Anhalt | 4 | 2.7 | 23.5 |
| Schleswig-Holstein | 6 | 4.1 | 31.6 |
| Thüringen | 1 | 0.7 | 7.7 |

Ergebnisse

Orientiert an bisherigen Diskussionen dieser Art wurde eine Einteilung gewählt, die mit sechs Regionen möglichst wenig Gruppen bei vergleichbarer Einwohnerzahl ergibt. Hierbei werden Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland als Mittelrhein-Thüringen zusammengefasst, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Bremen als Hansebund sowie Sachsen, Brandenburg, Berlin und Sachsen-Anhalt als Brandenburg-Sachsen. Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen bleiben jeweils aufgrund der hohen Einwohnerzahlen als eigenständige Regionen erhalten. Beruhend auf dieser Einteilung setzte sich die Stichprobe wie folgt zusammen: Baden-Württemberg (n = 16, 10.9 %), Bayern (n = 8, 5.4 %), Mittelrhein-Thüringen (n = 26, 17.8 %), Nordrhein-Westfalen (n = 50, 34.0 %), Hansebund (n = 23, 15.6 %) und Brandenburg-Sachsen (n = 24, 16.3 %). Auch bei dieser an Einwohnerzahlen orientierten Einteilung zeigten sich weiterhin Unterschiede im Anteil der Stichprobe (Nordrhein-Westfalen größter Anteil, Bayern der geringste Anteil).

Allgemeine Informationen zu den teilnehmenden Kliniken:

Alle Kliniken machten Angaben zum Pflichtversorgungsauftrag sowie zu ihrem Krankenhaustypus: n = 142 (96.6 %) Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag

n = 58 (39.5 %) Fachkrankenhaus

n = 64 (43.5 %) Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus

n = 23 (15.6 %) Universitätsklinik oder akademisches Lehrkrankenhaus.

N = 136 Kliniken machten Angaben zu den jeweiligen Abteilungsarten, welche in der Klinik vorhanden sind bzw. für welche der Fragebogen ausgefüllt wurde. In den überwiegenden Fällen handelte es sich um eine gemeinpsychiatrische Abteilung, oder eine solche war

vorhanden (n = 133, 97.8 %). Etwas seltener handelte es sich um eine gerontopsychiatrische Abteilung (n = 98, 72.1 %) oder eine suchtspezifische (n = 103, 75.7%) Abteilung bzw. diese waren ebenfalls vorhanden. Hinsichtlich der relevanten Fragestellung des Gesamtprojekts sowie dieses Teilprojekts wurde zudem abgefragt, welche Arten von Zwangsmaßnahmen in den Kliniken grundsätzlich (unabhängig von der tatsächlichen Häufigkeit) Anwendung finden bzw. angewandt werden können. Eine Übersicht der jeweiligen Nennungen findet sich in folgender Tabelle. In beinahe allen Kliniken wurden Fixierungen (mit kontinuierlicher Überwachung) oder Zwangsmedikationen als Zwangsmaßnahmen eingesetzt (jeweils 95.9 %, n = 141). Isolierungen wurden dagegen nur in 55.1 % (n = 81) der Kliniken durchgeführt. Weitere häufige Formen von Zwangsmaßnahmen war der Einsatz von Bettgittern, Tischbretter, Pflegedecken oder ähnlichen Hilfsmittel (n = 82, 55.8 %) oder die Nutzung eines Time Outs (n = 67, 45.6 %).

Tabelle. 2: Anwendung von Zwangsmaßnahmen

| Zwangsmaßnahme | Nennung (n) | Anteil (%) |
|---|-------------|------------|
| Fixierung (mit kontinuierlicher Überwachung) | 141 | 95.9 |
| Fixierung (ohne kontinuierliche Überwachung) | 19 | 12.9 |
| Isolierung (mit kontinuierlicher Überwachung) | 81 | 55.1 |
| Isolierung (ohne kontinuierliche Überwachung) | 22 | 15.0 |
| Festhalten | 32 | 21.8 |
| Time Out | 67 | 45.6 |
| Bettgitter, Tischbretter, Pflegedecke | 82 | 55.8 |
| Netzbetten | 10 | 6.8 |
| Zwangsmedikation | 141 | 95.9 |
| EKT (unter Zwang) | 10 | 6.8 |

Betten und Stationen

N = 133 Kliniken (90.5 %) machten Angaben zu den jeweils vorhandenen Stationen sowie zu den entsprechenden Bettenzahlen. Über alle Stationsarten und Fachbereiche hinweg waren durchschnittlich M = 7.2 (SD = 5.1) Stationen und M = 285.5 (SD = 191.5) Betten in den teilnehmenden Kliniken vorhanden. Die Abfrage erfolgte zudem spezifisch für die einzelnen Fachbereiche Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht sowie nach Stationsarten im Sinne der Türöffnung (offen, fakultativ geschlossen, geschlossen). Die folgende Tabelle zeigt sowohl die durchschnittliche Anzahl von Stationen und Betten jeweils für Stationsarten und Fachbereiche. Wie anhand der allgemeinen Angaben zu erwarten, gab es die meisten Stationen und Betten im allgemeinpsychiatrischen Bereich, jedoch auch überwiegend offene Stationen ohne weitere Angaben, ob es sich bei diesen um Akutstationen handelte. Die Standardabweichungen zeigen jedoch auch die erhebliche Varianz hinsichtlich der Größe der teilnehmenden Kliniken bzw. Abteilungen.

Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl von Stationen und Betten (M, SD) für Stationsarten und Fachbereiche

| | Stationen M (SD) | Betten M (SD) |
|------------------------|------------------|---------------|
| Stationsarten | | |
| Offen | 4.57 (3.42) | 89.21 (70.56) |
| Fakultativ geschlossen | 1.06 (1.75) | 22.92 (38.46) |
| Geschlossen | 1.58 (1.94) | 30.88 (38.25) |
| Fachbereiche | | |
| Allgemeinpsychiatrie | 4.82 (3.13) | 95.16 (63.83) |
| Gerontopsychiatrie | 1.16 (1.42) | 24.05 (28.65) |
| Sucht | 1.19 (1.32) | 23.63 (25.91) |

Aufnahmen

Nur etwa die Hälfte der teilnehmenden Kliniken ($n = 71$, 48.3 %) machte Angaben zu den freiwilligen und unfreiwilligen Aufnahmen im Jahre 2016, wobei meist nicht zwischen den Rechtsgrundlagen unterschieden wurde. Aus diesen Angaben ergab sich über alle Kliniken hinweg eine Unterbringungsquote von durchschnittlich $M = 13.4$ ($SD = 10.91$). Bei $n = 51$ Kliniken (34.7 %) konnte zudem eine Berechnung der Unterbringungsquote getrennt nach Geschlecht erfolgen. Diese ergab eine Unterbringungsquote von durchschnittlich $M = 14.7$ ($SD = 11.08$) bei männlichen Patienten und $M = 13.4$ ($SD = 11.65$) bei weiblichen Patienten. Dieser Unterschied erwies sich im t-Test als signifikant ($t(50) = 2.2$, $p = 0.035$). Bei Betrachtung der Fachbereiche ergab sich für den allgemeinpsychiatrischen Bereich eine Unterbringungsquote von durchschnittlich $M = 16.5$ ($SD = 14.3$, $n = 49$) sowie $M = 23.4$ ($SD = 22.1$, $n = 35$) im gerontopsychiatrischen und $M = 6.8$ ($SD = 16.6$, $n = 58$) im suchtspezifischen Bereiche. Die statistische Untersuchung der $n = 32$ Kliniken, aus denen Daten zu allen drei Fachbereichen vorlagen, ergab einen signifikanten Unterschieden zwischen diesen hinsichtlich der Unterbringungsquote ($F(31) = 16.1$, $p = 0.000$). Dabei ergaben die paarweisen Vergleichen, dass die Unterbringungsquote im suchtspezifischen Bereich signifikant niedriger war als in der Allgemeinpsychiatrie (I-J: -13.8, $p = 0.000$) und in der Gerontopsychiatrie (I-J: -19.6, $p = 0.000$), während sich die Unterbringungsquoten in Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie nicht signifikant voneinander unterschieden (I-J: -5.7, $p = 0.306$). Die Betrachtung der Unterbringungsquoten in den einzelnen Regionen ergab ebenfalls deutliche Unterschiede, welche in Tabelle 4 dargestellt werden. Bayern zeigte mit 18.9 % die höchste und Mittelrhein-Thüringen mit 7.7 % die niedrigste Unterbringungsquote. Allerdings muss hier auf den geringen Rücklauf aus Bayern hingewiesen werden, wodurch die Repräsentativität dieser Daten deutlich eingeschränkt wird. Die Unterschiede in den Stichprobengrößen und die dadurch bedingten hohen Varianzen können zudem erklären, dass sich die Unterschiede in der berechneten ANOVA als nicht signifikant erwiesen ($F(5) = 1.90$, $p = 0.106$).

Tabelle 4: Unterbringungsquoten nach regionaler Einteilung (Mittelwert und Standardabweichung)

| Regionen | M | SD |
|-----------------------|------|------|
| Baden-Württemberg | 9.3 | 5.1 |
| Bayern | 18.9 | 9.7 |
| Mittelrhein-Thüringen | 7.7 | 6.3 |
| Nordrhein-Westfalen | 16.5 | 12.9 |
| Hansebund | 14.6 | 8.2 |
| Brandenburg-Sachsen | 11.4 | 12.0 |

Zwangsmaßnahmen

Die Berechnung der Zwangsmaßnahmen war aufgrund von fehlenden Angaben ebenfalls nur bei einem Teil der teilnehmenden Kliniken möglich. Stellenweise wurden nur Angaben zu unfreiwilligen, aber nicht zu freiwilligen Aufnahmen gemacht. Daher wurde in erster Linie der prozentuale Anteil von unfreiwilligen Aufnahmen berechnet, der von einer Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation betroffen war. Insgesamt waren dies im Durchschnitt über die Kliniken hinweg bei Fixierungen $M = 33.9\%$ ($SD = 22.2$, $n = 39$), bei Isolierungen $M = 8.9\%$ ($SD = 17.2$, $n = 54$) und bei Zwangsmedikationen $M = 11.8\%$ ($SD = 18.0$, $n = 48$). Der Anteil von Zwangsmaßnahmen betroffener, unfreiwilliger Aufnahmen getrennt nach Geschlecht findet sich in folgender Tabelle. In den berechneten t-Tests zeigte sich der Anteil der von Fixierungen betroffenen, unfreiwilligen Aufnahmen bei Männern signifikant höher als bei Frauen ($t(33) = 2.53$, $p = 0.016$). Die Anteile hinsichtlich Isolierungen ($t(48) = -0.85$, $p = 0.403$) und Zwangsmedikationen ($t(43) = -0.61$, $p = 0.545$) unterschieden sich hingegen nicht signifikant.

Tabelle 5: Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen, unfreiwilligen Aufnahmen nach Geschlecht

| | M | SD |
|------------------|------|------|
| Fixierungen | | |
| Männlich | 33.9 | 22.2 |
| Weiblich | 28.3 | 22.4 |
| Isolierungen | | |
| Männlich | 7.9 | 16.4 |
| Weiblich | 6.7 | 15.1 |
| Zwangsmedikation | | |
| Männlich | 11.7 | 19.1 |
| Weiblich | 9.4 | 11.4 |

Darüber hinaus wurde erfragt, wie lange die jeweils durchgeführten Maßnahmen dauerten. Dabei sollten die Kliniken die Häufigkeit im Rahmen vorgegebener, zeitlicher Kategorien angeben. Eine Übersicht über die jeweilige Verteilung der Dauer von Fixierungen und Isolierungen findet sich in folgender Tabelle.

Tabelle 6: Anteil der Dauer von Fixierungen und Isolierungen

| | M | SD |
|-----------------------|------|------|
| Fixierungen (n = 61) | | |
| Weniger als 1 Stunde | 8.3 | 12.3 |
| 1 bis 24 Stunden | 78.6 | 16.5 |
| 2 bis 3 Tage | 9.5 | 10.4 |
| Länger als 3 Tage | 3.6 | 7.0 |
| Isolierungen (n = 32) | | |
| Weniger als 1 Stunde | 9.4 | 17.5 |
| 1 bis 24 Stunden | 64.1 | 28.1 |
| 2 bis 3 Tage | 13.1 | 14.2 |
| Länger als 3 Tage | 13.4 | 24.7 |

Aufgrund der geringen Angaben war ein Vergleich der Regionen in Bezug auf die Anzahl oder Dauer der Zwangsmaßnahmen nicht möglich.

Dokumentation und Überwachung

Alle Kliniken machten Angaben zur Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Diese erfolgte in 98.0 % (n = 144) der Kliniken standardisiert mittels Formular, entweder in elektronischer oder handschriftlicher Form. Grundlage hierfür war in n = 109 (74.7 %) der Fälle die gesetzliche Regelung, in n = 39 (26.7 %) eine Vorschrift des Trägers sowie in n = 78 (53.4 %) der Fälle eine eigene Selbstverpflichtung der Klinik (Mehrfachantworten möglich). Dokumentiert wurden in der Regel Art der Maßnahme, Anlass, Überwachung, Dauer, Unterbrechungen und Rechtsgrundlage. Hierbei fiel auf, dass vor allem das an der Zwangsmaßnahme beteiligte Personal deutlich seltener standardisiert erfasst wurde (n = 109, 74.1 %). Darüber hinaus gaben unter „Sonstiges“ n = 7 (4.8%) Kliniken an, den Verlauf standardisiert zu erfassen sowie n = 5 (3.4 %) Nachbesprechungen und n = 6 (4.1 %) Verhalten und Befinden des Patienten während der Maßnahme.

Angaben zur Überwachung von Fixierungen machten n = 146 (99.3 %) Kliniken, wobei auch hier teilweise Mehrfachantworten erfolgten. Nur n = 2 (1.4 %) der Kliniken gaben an, keine kontinuierliche Überwachung vorzunehmen und in n = 8 (5.4%) Kliniken gab es keine einheitliche Regelung. Dagegen gaben n = 27 (18.4%) Kliniken an, dass die Überwachung nicht lückenlos erfolgte und n = 25 (17.0%), Kontrollen in bestimmten zeitlichen Abständen durchzuführen. Die Mehrheit der Kliniken (n = 118, 80.3%) gewährleistet die Überwachung durch einen Mitarbeiter neben dem Bett. Weitere häufige Überwachungsmöglichkeiten waren die Glasscheibe (n = 64, 43.5%) und Video-Monitoring (n = 22, 15.0 %). Vergleichbare Ergebnisse konnten für die Überwachung von Isolierungen festgestellt werden. Von den 89 Kliniken, welche Isolierungen durchführten, gaben n = 5 (5.6 %) an keine kontinuierliche Überwachung durchzuführen sowie n = 30 (33.7%) Kliniken, dass diese nicht lückenlos erfüllte. In n = 8 (8.9 %) Kliniken gibt es diesbezüglich keine einheitliche Regelung. Am häufigsten wurde die Überwachung mittels Sichtfenster (n = 70, 78.7 %) genannt sowie darüber hinaus regel-mäßige Kontrollen (n = 24, 27.0 %) und Video-Monitoring (n = 24, 27.0 %).

Die Dokumentation von Zwangsmedikationen erfolgte in n = 103 (70.5 %) der Kliniken standardisiert mittels Formular (elektronisch oder handschriftlich) und folgte ebenfalls verschiedenen Grundlagen (gesetzliche Regelung: n = 96, 65.3 %, Vorschrift des Trägers: n = 32, 21.8 %, Selbstverpflichtung: n = 79, 53.7 %). In den meisten Fällen wurden die verabreichte Substanz und Dosis sowie die Applikationsform und die Rechtsgrundlage dokumentiert. Auch hier wurden die beteiligten Personen nicht in allen Kliniken standardisiert

erfasst (n = 88, 59.9 %). In den meisten Fällen (Angaben von n = 91 Kliniken) erfolgte die Dauer der Genehmigung einer Zwangsmedikation durchschnittlich nach M = 9.6 (SD = 7.9) Tagen. Dabei lag der Anteil von Bewilligung im Durchschnitt bei M = 79.3 % (SD = 23.3, n = 132).

Es erfolgte zudem ein Vergleich der Regionen hinsichtlich der standardisierten Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsmedikationen. Diese Angaben finden sich in der folgenden Tabelle. Die Unterschiede in der Häufigkeit standardisierter Dokumentation der Zwangsmedikation zwischen den Regionen erwiesen sich im Chi-Quadrat Test als signifikant ($X^2 = 25.5$, $p = 0.005$).

Tabelle 7: Standardisierte Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in den Regionen

| | Nennung (n) | Anteil % |
|--------------------------------|-------------|----------|
| Freiheitsentziehende Maßnahmen | | |
| Baden-Württemberg | 16 | 100 |
| Bayern | 8 | 100 |
| Mittelrhein-Thüringen | 25 | 100 |
| Nordrhein-Westfalen | 49 | 98.0 |
| Hansebund | 22 | 95.7 |
| Brandenburg-Sachsen | 23 | 95.8 |
| Zwangsmedikation | | |
| Baden-Württemberg | 14 | 87.5 |
| Bayern | 5 | 62.5 |
| Mittelrhein-Thüringen | 13 | 52.0 |
| Nordrhein-Westfalen | 45 | 90.0 |
| Hansebund | 11 | 50.0 |
| Brandenburg-Sachsen | 14 | 58.3 |

Umgang und Reduktion

85.0 % (n = 125) der Kliniken berichteten, über eine klinikinterne Leitlinie oder einen hausinternen Standard zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen zu verfügen. Dabei deuten die Daten auf regionale Unterschiede hin, da aus dem Hansebund nur 60.9 % (n = 14) eine solche Leitlinie bejahten. (Baden-Württemberg: 93.8 %, n = 16; Bayern: 100.0 %, n = 8, Mittelrhein-Thüringen: 96.0 %, n = 24, Nordrhein-Westfalen: 98.0 %, n = 49, Brandenburg-Sachsen: 100.0 %, n = 24). Auch hier zeigten sich die regionalen Unterschiede in der Häufigkeit von vorhandenen Leitlinien als signifikant ($X^2 = 14.1$, $p = 0.015$).

Als hilfreich für die Reduktion von Zwangsmaßnahmen gaben die Kliniken vor allem mehr Pflegepersonal (n = 114, 77.6 %), speziell im Nachtdienst (n = 74, 50.3 %), sowie bauliche Veränderungen an (n = 91, 61.9 %). Seltener genannt wurden dagegen psychiatrische Intensivstationen (n = 38, 25.2 %), Deeskalationstraining (n = 52, 35.4 %), kleinere Stationen (n = 48, 32.7 %) oder psychiatrieerfahrene Mitarbeiter (n = 51, 34.7 %). Neben den Auswahlmöglichkeiten im Fragebogen wurden zusätzlich Veränderungen im Therapiekonzept, strukturelle Veränderungen sowie insbesondere Einzelzimmer angeführt. N = 77 (52.4 %) gaben zudem an, im Verlauf der nächsten zwei Jahre Änderungen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen durchzuführen. Geplant seien bauliche Maßnahmen (n = 19, 27.1 %), personelle Änderungen (n = 13, 18.6 %), Änderungen im Dokumentationswesen (n = 5, 7.1 %), allgemeine Änderungen des Therapiekonzeptes (n = 18, 25.7 %) sowie die Einführungen

spezieller Therapiekonzepte, wie z.B. der Türöffnung (n = 11, 15.7%). Darüber hinaus gaben n = 17 (24.3 %) der Kliniken an, dass in der nächsten Zeit mit gesetzlichen Änderungen zu rechnen sei.

Die Nachbesprechung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sowohl im Team als auch mit dem Patienten gaben 77.6 % (n = 114) der Kliniken an. Die Daten ließen jedoch keine Rückschlüsse zu, inwieweit die Nachbesprechungen routinemäßig nach jeder Maßnahme stattfinden. N = 143 Kliniken (97.3 %) machten Angaben zur Durchführung von Deeskalationstrainings. Diese finden in n = 4 Kliniken (2.8 %) gar nicht und in n = 30 (20.8 %) nur unsystematisch statt. Weniger als die Hälfte der Mitarbeiter würde nach Plan in n = 52 Kliniken (36.1 %) ein Deeskalationstraining erhalten, in n = 57 Kliniken (39.6 %) betrifft dies mehr als die Hälfte der Mitarbeiter. In n = 106 (72.1 %) der Kliniken sind Patientenführer tätig und in n = 41 (27.9 %) der Kliniken werden zudem Genesungsbegleiter eingesetzt.

Gesamtbeurteilung

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Insgesamt ließ sich trotz Bemühungen und mehrfacher Kontaktierung der Kliniken keine repräsentative Stichprobe erzielen, da vor allem der Rücklauf aus Bayern sowohl bezogen auf die Kliniken dort als auch bezogen auf den Anteil an der Gesamtstichprobe sehr gering ausfiel. Aus Nordrhein-Westfalen dagegen konnte ein deutlich höherer Rücklauf verzeichnet werden. Dies schränkt nicht nur die Interpretation der regionalen Unterschiede ein, sondern lässt auch die Frage aufkommen, wodurch sich dieser ungleiche Rücklauf erklären lässt. Unter Umständen führten die räumliche Nähe und die regionale Bekanntheit des in Nordrhein-Westfalen ansässigen Forschungsinstituts zu einem höheren Rücklauf bei den angeschriebenen Kliniken in diesem Bundesland. Darüber hinaus könnte dieses Ergebnis jedoch auch für eine unterschiedliche Sensibilisierung für das Thema Zwangsmaßnahmen in den Bundesländern sprechen.

Die teilnehmenden Kliniken verfügten nahezu alle über einen Pflichtversorgungsauftrag, wobei sich eine große Varianz hinsichtlich der Größe und Kapazität der teilnehmenden Kliniken feststellen ließ. Die Anzahl an Stationen und Betten war im allgemeinpsychiatrischen Bereich am größten (im Vergleich zu Gerontopsychiatrie und Sucht). Zudem überwogen offene Stationen ohne konkrete Angaben, ob es sich um Akutstationen handelte.

Als generell angewandte Zwangsmaßnahmen wurden von fast allen Kliniken Fixierungen und Zwangsmedikationen genannt, während Isolierungen nur in ungefähr der Hälfte der Kliniken angewandt wurden. Dies lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass nicht alle psychiatrischen Kliniken ein entsprechend geeignetes Isolierzimmer vorhalten. Auffällig war unter anderem, dass ebenfalls in nahezu der Hälfte der Kliniken auch augenscheinlich niederschwelligere Arten von Zwangsmaßnahmen angewandt werden, wie zum Beispiel die Nutzung eines Time Outs oder Zwang durch (pflegerische) Hilfsmittel. Vor allem letztere weisen auf den hohen Anteil von Zwang im gerontopsychiatrischen Bereich hin, der bislang zu meist zu wenig diskutiert wird.

Die Unterbringungsquote entsprach insgesamt vorherigen Ergebnissen im Anteil sowie in der Tatsache, dass die Unterbringungsquote im Suchtbereich deutlich niedriger war als im allgemeinpsychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Bereich. Dass letztere sich nicht voneinander unterscheiden, unterstreicht ebenfalls die Relevanz von Zwang im

gerontopsychiatrischen Bereich. Zudem konnte bei männlichen Aufnahmen eine höhere Unterbringungsquote als bei weiblichen Aufnahmen festgestellt werden.

Über ein Drittel der unfreiwilligen Aufnahmen war von Zwangsmaßnahmen (vor allem Fixierungen) betroffen, wobei sich erneut ein höherer Anteil bei männlichen als bei weiblichen Aufnahmen feststellen ließ. Zudem dauerte der höchste Anteil von Fixierungen und Isolierungen zwischen 1-24 Stunden. Die Häufigkeit der Anwendung von Zwang, wenn es einmal zu einer unfreiwilligen Aufnahme gekommen war, ist vor allem im Hinblick auf die verstärkten Bemühungen zur Reduktion von Zwang bedeutsam.

Die Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen beruhte auf unterschiedlichen Grundlagen, erfolgte aber überwiegend in standardisierter Form. Es fiel auf, dass die an einer Zwangsmaßnahme beteiligten Personen seltener standardisiert erfasst wurden als andere Aspekte. Die Überwachung bei Fixierungen und Isolierungen wurde in den meisten Kliniken über einen Mitarbeiter neben dem Bett oder ein Sichtfenster gewährleistet. Allerdings zeigte sich auch, dass hier keine eindeutige Regelung besteht. Hinsichtlich der standardisierten Dokumentation von Zwangsmedikationen zeigten sich erneut regionale Unterschiede, wobei sich hier Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit höheren Anteilen von den anderen Regionen absetzten. Vergleichbare Unterschiede zeigten sich auch hinsichtlich der Verwendung von Leitlinien zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen, welche im Hansebund deutlich seltener genutzt wurden als in den anderen Regionen. Als hilfreich für (weitere) Reduktionen wurden vor allem mehr Personal, bauliche Veränderungen sowie Änderungen des Therapiekonzepts genannt. In diesen Bereichen plante die Hälfte der Kliniken, in den kommenden zwei Jahren Veränderungen durchzuführen. Diese Daten lassen auf eine weitere Verbesserung der Situation hoffen.

Teilprojekt 5

Regionale vergleichende Analyse von zwei Regionen mit wenigen bzw. vielen Zwangseinweisungen in NRW (Bochum/Herne vs. Dortmund)

Einleitung

Vorarbeiten zu Zwangseinweisungen in Nordrhein-Westfalen belegen, dass es Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangseinweisungen zwischen verschiedenen Städten gibt (Datensatz des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen). So war die Unterbringungsrate (Anzahl von Zwangseinweisungen je Einwohner) in den Städten Bochum und Herne deutlich geringer als in Dortmund, obwohl eine ähnliche soziale Grundstruktur der Bevölkerung angenommen werden kann (Oslislo, Annuss, Borrmann, 2011).

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Ziel dieses Teilprojekts war die Identifikation von Bedingungsfaktoren und die Prüfung eines Zusammenhangs zwischen der Häufigkeit von Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen in den betreffenden Kliniken. Die Erhebung erfolgte in Form eines strukturierten Interviews, mit dem sowohl strukturelle Daten der Einrichtungen als auch persönliche Einstellungen und Meinungen der Befragten erfasst wurden. Befragt werden sollten Mitarbeiter aller am Unterbringungsprozess potentiell beteiligten Institutionen, d.h. psychiatrische und somatische Kliniken, Wohnheime für Menschen mit seelischer Behinderung, Amtsgerichte, Ordnungsämter, sozialpsychiatrische Dienste, Polizeiinspektionen, Rettungsdienste und Feuerwehrleitstellen, letztere insofern sie an der Ausübung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beteiligt sind. Die Befragung der sozialpsychiatrischen Dienste in beiden Regionen konnte wegen fehlender Kapazitäten der Dienste nicht durchgeführt werden. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Befragungen dargestellt.

Durchführung

Die Stichprobe des Teilprojekts 5 ist in Tabelle 1 skizziert. Insgesamt wurden 31 Interviews durchgeführt, die meisten (12) in den Einrichtungen, die am häufigsten mit Zwangsmaßnahmen zu tun haben, die psychiatrischen Kliniken.

Tabelle 1: Durchgeführte Interviews

| Institution | Zahl der Interviews | | |
|-------------------------|---------------------|----------|----------|
| | gesamt | Region 1 | Region 2 |
| Psychiatrische Kliniken | 12 | 6 | 6 |
| Somatische Kliniken | 4 | 2 | 2 |
| Wohnheime | 3 | 2 | 1 |
| Gerichte | 4 | 3 | 1 |
| Ordnungsämter | 3 | 2 | 1 |

| | | | |
|---------------------------------|---|---|---|
| Feuerwehr/Rettungsdienst | 2 | 2 | / |
| Polizei | 3 | 2 | 1 |

Ergebnisse

Arten von Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen müssen vor allem in psychiatrischen Kliniken angewendet werden. Zum Einsatz kommen hauptsächlich geschlossene Unterbringungen, Zwangsmedikationen und Fixierungen. Isolierungen, Festhalten, Time-Out und psychiatrische Intensivbetten sind demgegenüber selten. In allen anderen Einrichtungen werden Zwangsmaßnahmen selten eingesetzt. In den somatischen Krankenhäusern werden gelegentlich Sedierungen unter Zwang durchgeführt; zudem kommen in einzelnen Fällen Fixierungen und Bettgitter zum Einsatz. Die Befragten aus den Wohnheimen gaben an, dass sie Bewohner, bei denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden müssen, in die zuständige psychiatrische Klinik verlegen, weil im Wohnheim selbst die bei solchen Maßnahmen erforderliche Überwachung wegen des Personalschlüssels nicht geleistet werden kann. An Gerichte werden vor allem Anträge auf geschlossene Unterbringung herangetragen, die in der Mehrzahl der Fälle bewilligt werden.

Überwachung von Zwangsmaßnahmen

In psychiatrischen Kliniken wird die gesetzlich vorgeschriebene 1:1-Überwachung nach den Angaben der Befragten eingehalten. In somatischen Kliniken erfolgt keine 1:1-Überwachung, weil diese zum einen nicht vorgeschrieben ist und es zum anderen hierfür nicht genügend Personal gibt. Patienten, die fixiert oder sediert sind, befinden sich meist auf der Intensivstation, auf der ohnehin eine engmaschige Überwachung erfolgt.

Dokumentation von Zwangsmaßnahmen

In allen psychiatrischen Kliniken, die an der Befragung teilnahmen, werden Zwangsmaßnahmen mit standardisierten Formularen erfasst. Auch in den somatischen Kliniken werden Zwangsmaßnahmen standardisiert erfasst.

Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen

Die Mitarbeiter aus den psychiatrischen Kliniken gaben an, dass Zwangsmaßnahmen fast immer mit den betroffenen Patienten nachbesprochen werden. In Einzelfällen kommen die Nachbesprechungen nicht zustande, weil die betroffenen Patienten kein solches Gespräch wünschen oder sich selbst vorzeitig entlassen, so dass keine Zeit für das Gespräch bleibt. In den somatischen Kliniken finden dagegen meistens keine Nachbesprechungen statt. Auch hier wollen die Patienten manchmal nicht darüber sprechen, oder sie sind aufgrund ihrer Verfassung (z.B. bei Demenz) dazu nicht in der Lage. Nachbesprechungen fänden aber häufig mit den Angehörigen statt. In den somatischen Kliniken wird das Gespräch also eher mit den Angehörigen als mit den Patienten gesucht.

Gründe für Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen gehen nach übereinstimmender Aussage aller Befragten Akte der Selbst- und Fremdgefährdung voraus. Selbstgefährdung umfasst nach der Auffassung der Befragten nicht nur suizidale Handlungen, sondern auch Selbstvernachlässigung und -verwahrlosung;

den letzteren Aspekt betonten vor allem die Mitarbeiter aus den Wohnheimen. Unter Fremdgefährdung verstanden die Befragten sowohl physische als auch verbale Gewalt. Die Mitarbeiter der somatischen Kliniken, die überwiegend in Notfallambulanzen tätig waren, berichteten, dass sie auch selbst häufiger Opfer vor allem von verbaler Gewalt in Form von Beleidigungen und Drohungen waren.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren, die die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen wahrscheinlicher machen, wurden genannt: männliches Geschlecht, jüngeres Alter, delinquentes Verhalten und bestimmte Störungsbilder, wie paranoide Schizophrenie. Weiterhin spielt es eine Rolle, dass beide untersuchten Regionen in einem strukturschwachen Ballungsraum liegen. Daher finden sich in beiden Regionen gehäuft folgende Risikofaktoren: geringes Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Alkohol- und Drogenmissbrauch und fehlende soziale Bindungen.

Reaktion auf Regelverletzungen

In den psychiatrischen Kliniken waren sich die Befragten darin einig, dass es auf die Schwere des Verstoßes ankäme. Leichtere Vergehen wie das Schwänzen einer Therapie würden meist toleriert. Bei mittelschweren Vergehen wie dem Rauchen auf dem Zimmer erfordern nach Ansicht der Befragten eine Reaktion; hier könne man zum Beispiel die Zigaretten wegnehmen. Auf schwere Vergehen wie Gewalt gegenüber Mitpatienten sollte eine disziplinarische Maßnahme erfolgen, wie zum Beispiel eine disziplinarische Entlassung. Unabhängig von der Schwere des Vergehens fanden es alle Befragten wichtig, in solchen Fällen immer das Gespräch mit dem Patienten zu suchen.

Die Wichtigkeit von Gesprächen betonten auch die Mitarbeiter aus den Wohnheimen. Vor allem bei leichteren Vergehen versuchen sie, durch ein Gespräch Einsicht beim betroffenen Bewohner zu erzeugen. Bei schweren Verstößen wie Schlagen und Verletzen von Mitbewohnern und Mitarbeitern wird die Polizei gerufen und eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie eingeleitet.

Verbesserungswünsche

In beiden Regionen wurde bemängelt, dass es zu wenige ambulante Angebote gäbe. In fachärztlichen Praxen sei es meist nicht möglich, dass Patienten in Krisensituationen kurzfristig einen Termin bekommen. Vor allem in Region 2 gäbe es zu wenige Plätze für betreutes Wohnen. Da viele psychiatrische Patienten auf dem regulären Wohnungsmarkt kaum eine Chance haben, eine Wohnung zu bekommen, ist es nach stationären Behandlungen oder Zeiten im Wohnheim oft schwierig, die Patienten unterzubringen. Bemängelt wurde schließlich auch, dass es zwischen den Einrichtungen, die an Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, zu wenig Kommunikation gäbe. Vor allem die Mitarbeiter aus den Wohnheimen beklagten, dass es mit den psychiatrischen Kliniken keinen Austausch von Informationen gäbe.

Dauer von richterlichen Anhörungen

Hier zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Regionen. Die Antworten der Mitarbeiter aus den verschiedenen Einrichtungen zeigten übereinstimmend auf, dass richterliche Anhörungen in Region 1 schneller erfolgen als in Region 2. Die Befragten aus den somatischen Kliniken beispielsweise gaben an, dass richterliche Anhörungen in Region 1 nach durchschnittlich 24 Stunden und in Region 2 nach durchschnittlich 7 Tagen erfolgen.

Gründe für die Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen

Die Angaben aus dem strukturierten Teil des Interviews führten insgesamt kaum zu Hinweisen auf Gründe für die Unterschiede zwischen den beiden Regionen in Bezug auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen. Hier zeigten sich eher Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Aufschlussreicher waren die Antworten auf eine offene Frage, die in einigen Interviews am Ende gestellt wurde. Die Teilnehmer wurden direkt gefragt, ob sie sich Gründe für die Unterschiede vorstellen können, und vor allem in den psychiatrischen Kliniken, Wohnheimen und Gerichten wurden konkrete Ideen hierzu geäußert.

Den Teilnehmern aus den psychiatrischen Kliniken waren die Unterschiede bekannt. Die Gründe dafür sehen sie vor allem in der Haltung der Institutionen, von denen Zwangsmaßnahmen ausgehen können. In Kliniken aus Region 1 werde die Einstellung vertreten, dass Zwangsmaßnahmen möglichst vermieden werden sollten, so dass diese auch seltener eingesetzt werden. Auch die Einstellung der Gerichte spiele eine wichtige Rolle. Die Befragten aus Region 1 berichteten, dass die dortigen Gerichte eher die Einstellung hätten, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Unterbringungsbeschlüsse gäbe es seltener und für eine kürzere Zeit als in anderen Regionen.

Auch in den Wohnheimen aus Region 1 scheint es eine kritischere Haltung gegenüber Zwangsmaßnahmen zu geben als in Region 2. So wurde in diesen Interviews berichtet, dass Unterbringungsbeschlüsse regelmäßig überprüft werden. Wenn es einem Bewohner deutlich besser geht und die Unterbringung nicht mehr angebracht erscheint, beantragt das Wohnheim die Aufhebung des Beschlusses. Diese Aussage deutet darauf hin, dass Zwangsmaßnahmen in den Wohnheimen in Region 1 möglicherweise stärker hinterfragt werden und auch aktiv Maßnahmen zu ihrer Beendigung ergriffen werden, wenn dies angezeigt erscheint. Diese kritische Haltung wurde in Region 2 so nicht thematisiert.

Die befragten Richter sahen die Ursachen für diese Unterschiede interessanterweise nicht bei ihrer eigenen Einrichtung, den Gerichten, sondern bei den psychiatrischen Kliniken des Versorgungsgebiets. Die Kliniken aus Region 1 hätten die Einstellung, dass Zwangsmaßnahmen möglichst vermieden werden sollten. Daher setzen sie diese auch nur begrenzt ein. Auch bei geschlossener Unterbringung bleiben die Türen meist offen. Zwangsuntergebrachte Patienten werden nach Möglichkeit schnell wieder entlassen. Vereinzelt wurde allerdings Ärger über diese Praxis geäußert. Viele Entlassungen seien voreilig, und es träten schnell Rückfälle auf, so dass eine erneute Unterbringung erforderlich wird.

Bearbeitung von PsychKGs/Initiierung von Unterbringungen

Basierend auf die Angaben von Ordnungsämtern und Feuerwehr erfolgt in beiden Vergleichsregionen die Initiierung von Unterbringungen nach PsychKG mehrheitlich ($\geq 60\%$) durch psychiatrische Kliniken und in zunehmendem Masse auch durch die Polizei und

Pflegeheime. Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung wird von der Polizei beider Regionen das Ordnungsamt hinzugezogen. Die Ordnungsämter beider Regionen sowie die Feuerwehr der Region 1 sind zuständig für den Verwaltungsakt mit dem ärztlichen Zeugnis als Grundlage des Antrags auf Unterbringung nach PsychKG. Eine Einflussnahme auf die Reduktion oder eine Ablehnung sind daher aus Sicht der Befragten von Ordnungsämtern, Polizei und Feuerwehr nicht möglich. Die Feuerwehr der Region 2 ist nicht an der Zwangsunterbringung beteiligt. In Akutsituationen erfolgt in beiden Regionen ein gemeinsamer Austausch zwischen Ordnungsamt, Polizei, ggf. Feuerwehr, psychiatrischer Klinik und Patient. Einfluss von Patientenmerkmalen:

Während in Region 1 Ordnungsamt und Feuerwehr Patientenmerkmalen keinen Einfluss beimessen, sind aus Sicht der Polizei dieser Region die Merkmale männlich und Drogenintoxikiert einflussnehmend. In der Region 2 sind die Ansichten gegensätzlich. Während das Ordnungsamt ein höheres Alter, Demenz und Drogenkonsum als einflussnehmende Patientenmerkmale nennt, ist es bei der Polizei ein jüngeres Alter.

Einfluss von regionalen Faktoren:

Aus Sicht der Ordnungsämter haben in den Regionen unterschiedliche regionale Faktoren Einfluss auf das Ausüben von Zwang. So wurden für die Region 1 gesellschaftliche Probleme wie geringe oder keine Familienanbindung und soziale Kontakte („Einzelkämpfer“) als beeinflussender Faktor genannt, während in der Region 2 die Drogenproblematik mit den einfachen Zugangswegen („Hauptdrogenumschlagplatz“) als im Vordergrund stehend bewertet wurde. Aus Sicht der Polizei wurden in teilweiser Übereinstimmung mit den Ordnungsämtern in beiden Regionen als mögliche regionale Faktoren der Ausländeranteil, Arbeitslosen-anteil, Anteil einkommensschwacher und bildungsschwacher Personen sowie Drogenkonsum genannt.

Andere Faktoren mit Einfluss auf die Häufigkeit von Unterbringung

In beiden Regionen wurde von den Institutionen zum einen die Anwendung des neuen PsychKG und das in den Kliniken eingesetzte Konzept der Freiwilligkeit/„Offenen Türen“ als problematisch genannt. Dies habe häufig und zunehmend abgängige Patienten bzw. die schnelle Umstellung auf Freiwilligkeit in der Klinik das zu frühe Verlassen der Klinik zur Folge. Diese Situationen ziehen vermehrte Einsätze in Form von Fahndungen oder aufgrund erneuten auffälligen Verhaltens das Wiederaufgreifen bzw. die erneute Unterbringung in der Klinik nach sich. Zudem nannte die Feuerwehr die Änderung der Vorschriften zum Gewahrsam der Polizei als Ursache für eine Zunahme von Unterbringungen nach PsychKG.

Zum Anderen liegen aus Sicht der Ordnungsämter, Feuerwehr und Polizei die Möglichkeiten zur Reduktion von Zwang, hier in Form von Unterbringungen nach PsychKG, in den ärztlichen und richterlichen Handlungsspielräumen sowie dem Sozialpsychiatrischen Dienst mit dem Hinweis auf mehr Sozialarbeiter und Betreuungsmöglichkeiten.

Gesamtbeurteilung

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist offenbar eine Frage der Einstellung. Wenn Akteure in Einrichtungen, von denen Zwangsmaßnahmen ausgehen können, diese Maßnahmen aktiv hinterfragen und bewusst nur dann einsetzen, wenn es unumgänglich erscheint, dann werden diese Maßnahmen seltener und kürzer verhängt. Diese kritische und reflexive Haltung findet sich offenbar vor allem in der Region 1.

Teilprojekt 8

Abweichungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Freiheitseinschränkende Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem sind an enge rechtliche Vorgaben gebunden. Zur Erörterung von Ressourcen, Problemen und möglichen Grauzonen bei der Anwendung von freiheitseinschränkenden Zwangsmaßnahmen wurden in Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen mit Experten und Betroffenenvertretern Fokusgruppen durchgeführt. Die leitfadengestützten und moderierten Gruppendiskussionen wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Inhaltlich deckte der zur Durchführung der Fokusgruppen in Nordrhein-Westfalen entwickelte Leitfaden die folgenden Bereiche ab: Angemessenheit von gesetzlichen Unterbringungen in psychiatrische Institutionen, Rolle unterschiedlicher Akteure wie Polizei, Angehörige, Betreuer, Gerichte etc. bei der gesetzlichen Unterbringung, Aufklärung der untergebrachten Person über ihre Rechte, Umsetzung dieser Rechte während der gesetzlichen Unterbringung sowie mögliche Verbesserungen der gesetzlichen Unterbringung und Schutz der Rechte untergebrachter Personen. Von allen Teilnehmern liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

In Nordrhein-Westfalen wurden insgesamt 4 Fokusgruppen mit folgenden Teilnehmern durchgeführt: *Betroffene* (3 Psychiatrie-Patienten, 2 Männer und eine Frau im Alter von 53-55 Jahren), *Angehörige* (4 Mütter von erwachsenen psychisch Kranken mit der Diagnose „Schizophrenie“ im Alter von 53-77 Jahren), *Ärztliche Direktoren* von Kinder- und Jugendpsychiatrien und Erwachsenenpsychiatrien (9 Teilnehmer, aus Gründen der Anonymisierung hier keine Angaben zu Alter und Geschlecht) sowie der *AK Trialog* mit Vertretern des ärztlich-pflegerischen Personals aus Psychiatrien und Wohnheimen, Vertretern der Angehörigen-Vereine, Genesungsbegleitern und Verwaltungsmitarbeitern (5 Männer und 3 Frauen im Alter von 48-55 Jahren).

Inhaltsanalyse der Fokusgruppen

1. Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen

1.1. Zwangseinweisung

Betroffene

2 der befragten Patienten hatten Zwangseinweisungen erlebt. Ihre Haltung dazu war überwiegend negativ. Sie kritisierten mehrfach, dass Zwangseinweisungen oft zu lange dauern würden, teilweise länger als Haftstrafen für kriminelles Verhalten. Als ungünstig sahen sie es an, wenn Zwangseinweisungen von Betreuern veranlasst werden; dies würde das Vertrauensverhältnis zum Betreuer belasten.

Angehörige

Die Angehörigen hatten umfangreiche Erfahrungen mit Zwangseinweisungen bei ihren Kindern. Sie berichteten detailliert, welche Situationen den Zwangseinweisungen vorausgingen. Allgemein war es so, dass die Patienten nicht mehr in der Lage waren, Ihren Alltag zu bewältigen. Sie schafften es vor allem nicht, ihre Wohnung in Ordnung zu halten und

ihre Ernährung unter Kontrolle zu haben. Zudem kam es zu Selbst- und Fremdgefährdung. Die Patienten zeigten wiederholt suizidales Verhalten. Die männlichen Patienten wurden zudem anderen gegenüber gewalttätig, auch gegenüber den Müttern. Sie übten auch Vandalismus aus, das heißt, sie zerstörten willkürlich Dinge, die in der Nähe waren.

Die Einstellung der Angehörigen gegenüber Zwangseinweisungen war klar positiv; sie waren sogar der Meinung, dass Zwangseinweisungen zu selten erfolgen. Sie berichteten von mehreren Situationen, in denen die Patienten sich in Schwierigkeiten gebracht hatten, die mit Selbst- und Fremdgefährdung einhergingen, sich aber nicht freiwillig in eine Klinik begeben wollten. Nicht immer hätten professionelle Helfer wie die Polizei und gesetzliche Betreuer sie dann zwangseingewiesen, was aus Sicht der Angehörigen dringend erforderlich gewesen wäre. Einige Male wollte die Polizei die Patienten stattdessen zu den Eltern oder Großeltern bringen, was diese ablehnten, da sie aus Erfahrungen in der Vergangenheit wussten, dass sie mit dieser Situation überfordert gewesen wären.

Ärztliche Direktoren

Die ärztlichen Direktoren vertraten eine differenzierte Meinung zu Zwangseinweisungen. Sie hielten sie für angebracht bei psychisch kranken und einwilligungsunfähigen Patienten und für nicht angebracht bei kriminellem oder störendem Verhalten. Sie berichteten, dass andere Institutionen (Polizei, somatische Krankenhäuser) oft die Patienten zwangseinweisen lassen, mit denen sie selbst nichts anfangen können. Psychiatrische Krankenhäuser würden hier wohl als „Verwahranstalt“ oder „Restkategorie“ gesehen, wogegen sich die Direktoren ausdrücklich verwehrten. Problematisch seien auch Beschlüsse für eine Langzeitunterbringung bis zu 1 Jahr.

Übereinstimmend mit den Aussagen im Angehörigen-Interview berichteten die ärztlichen Direktoren, dass Angehörige oft auf eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie drängen würden, und zwar auch dann, wenn die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach PSchKG nicht gegeben sind, da keine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Die Angehörigen würden aus Verzweiflung so vorgehen. Sie würden die Behandlungsbedürftigkeit oftmals erkennen, die Patienten hingegen nicht.

AK Trialog

Die Mitglieder des AK Trialog hielten Zwangseinweisungen bei Selbst- und Fremdgefährdung für angebracht, und im Gegensatz zu den ärztlichen Direktoren auch bei störendem Verhalten verbunden mit fehlender Krankheitseinsicht. Ideal sei es, wenn der Patient später die Notwendigkeit der Zwangseinweisung selbst erkenne. Analog zur Kritik der ärztlichen Direktoren an der Sichtweise der Psychiatrie als „Restkategorie“ kritisierten sie, dass Zwangseinweisungen manchmal nur deswegen erfolgen, weil keine alternativen Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Auch die Mitglieder des AK Trialog hatten die Erfahrung gemacht, dass Angehörige Zwangseinweisungen häufig befürworten. Es gäbe einen Graubereich, und zwar die „schwere gesundheitliche Beeinträchtigung“. Diese Formulierung ermögliche Zwangseinweisungen, die möglicherweise nicht immer gerechtfertigt sind.

1.2. Zwangsmedikation

Betroffene

Die Betroffenen äußerten sich zur Gabe von Medikamenten, wobei allerdings unklar blieb, inwieweit diese unter Zwang erfolgte. Sie kritisierten, dass die Dosierung der Medikamente zu wenig kontrolliert werde. Auch wenn sich der Zustand des Patienten verändert habe, würde die Dosierung einfach beibehalten. Vor allem Wünsche nach einer niedrigeren Dosierung würden selten berücksichtigt. Der Wunsch, die Medikamente ganz abzusetzen, würde gar nicht akzeptiert werden; wenn Patienten diesen Wunsch äußerten, würden Ärzte und das Pflegepersonal darauf mit Abwertung reagieren. Auch wenn Nebenwirkungen berichtet werden, würde dies keine Berücksichtigung finden. Die Aussagen der Patienten lassen zusammenfassend vermuten, dass keine Zwangsmedikationen im engeren Sinne stattfanden, die Patienten fühlten sich aber durch die Art und Weise, wie ihnen Medikamente verabreicht wurden, unter Druck gesetzt und mit ihren Wünschen nicht respektiert. Sie kritisierten auch, dass es zu den Medikamenten kaum Informationen gäbe; so seien zum Beispiel Beipackzettel nicht zugänglich.

Angehörige

Die Angehörigen hatten zur Zwangsmedikation, wie auch schon bei der Zwangseinweisung, eine positive Einstellung. Sie hätten die Erfahrung gemacht, dass sich der Zustand ihrer Kinder durch die Medikamente verbessert habe, und umgekehrt auch wieder verschlechtert habe, wenn die Patienten die Medikamente eigenmächtig absetzten oder die Dosierung verringerten. Sie meinten, eine Zwangseinweisung mache nur dann Sinn, wenn diese auch mit einer Zwangsmedikation einherginge.

Ärztliche Direktoren und AK Trialog

In diesen beiden Gruppen gab es keine Aussagen zur Zwangsmedikation.

1.3. Isolierung

Angehörige

Von Erfahrungen mit Isolierung berichtete nur eine Angehörige. Ihre Einstellung gegenüber dieser Maßnahme war negativ. Die betroffene Patientin habe wochenlang eine „Zimmerbegrenzung“ gehabt, das heißt sie durfte ihr Zimmer nicht verlassen. Die Isolierung hätte viel zu lange angedauert, und während dieser Zeit hätte sie kaum Kontakt zu anderen Menschen und kaum Beschäftigungsmöglichkeiten gehabt. Sie hätte sehr darunter gelitten.

1.4. Fixierung

Angehörige

Nur die Angehörigen berichteten von Erfahrungen mit Fixierung. Sie sahen diese Maßnahme eher negativ. Auch wenn es manchmal nicht anders ginge, sei es für die Angehörigen schrecklich, dies mit ansehen zu müssen. Unterschiedliche Erfahrungen hätten sie damit

gemacht, ob sie als Angehörige über diese Maßnahme informiert worden seien und ob es eine 1:1-Betreuung bzw. Sitzwache gegeben habe; dies sei mal der Fall gewesen und mal nicht.

2. Verletzung von Vorgaben

Betroffene

Die Patienten berichteten hier nur von vereinzelten Vorkommnissen. Einem Patienten sei die Akteneinsicht verwehrt worden, auf die er ein Anrecht hat. Ein anderer Patient berichtete, dass Akten nicht verschlossen verwahrt worden seien, so dass eine Mitpatientin diese lesen konnte und Informationen daraus weitergegeben habe.

Angehörige

Die Erfahrungen mit der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben waren in dieser Gruppe unterschiedlich. Ob die Patienten bei Zwangsmaßnahmen angemessen über ihre Rechte aufgeklärt wurden, wussten die Angehörigen meist nicht. Die Frage, ob Zwangsmaßnahmen nachbesprochen wurden, beantworteten sie unterschiedlich; offenbar gab mal eine Nachbesprechung, mal nicht. Generell gäbe es zu wenig Information über die Vorgänge auf der Station. Es sei vorgekommen, dass Angehörige nicht über Fixierungen informiert wurden. Bei geschlossener Unterbringung sei es vorgekommen, dass Patienten dennoch Ausgang bekämen und sich dann absetzen. Dies kritisierten die Angehörigen; es müsse gewährleistet sein, dass die Patienten in der Klinik bleiben.

Ärztliche Direktoren

Die ärztlichen Direktoren waren sich sicher, dass die gesetzliche vorgeschriebene Aufklärung über Rechte immer stattfindet, da die Patienten bei der Einweisung hierzu ein Formular erhalten und unterschreiben müssen. Formal sei daher alles korrekt, jedoch sei es bei manchen Patienten offensichtlich, dass sie nicht in der Lage seien, den Inhalt des Formulars zu erfassen. Eine Nachbesprechung fände nicht immer statt, und zwar vor allem dann, wenn Patienten sich schnell selbst entlassen und keine Zeit mehr dafür bleibt. Manchmal würden die Patienten auch keine Nachbesprechung wünschen, weil ihnen das Verhalten, das zur Zwangsmaßnahme geführt hat, im Nachhinein peinlich sei und sie nicht mehr darüber sprechen wollten. Die Umsetzung des Rechts auf Ausgang im Freien sei in der Praxis dann schwierig, wenn die Station baulich über keinen umschlossenen Außenbereich verfügt. Analog zu den Aussagen der Angehörigen berichteten die ärztlichen Direktoren, es käme öfter vor, dass Patienten sich absetzen, wenn man mit ihnen in nicht umschlossene Außenbereiche ginge. Als Benachteiligung und Stigmatisierung der Psychiatrie betrachteten es die ärztlichen Direktoren, dass nur die psychiatrischen Kliniken, nicht aber die Krankenhäuser anderer Fachrichtungen die Vorgabe haben, Patienten Ausgang im Freien zu ermöglichen. Dadurch würden die psychiatrischen Kliniken in die Nähe von Strafvollzugsanstalten rücken. 1:1-Betreuungen fänden nicht immer wie vorgesehen statt. Dies läge allerdings an der personellen Ausstattung der Krankenhäuser; für solche Maßnahmen gäbe es oft nicht genügend Personal.

AK Trialog

Auch die Mitglieder des AK Trialogs berichteten, dass Nachbesprechungen bei Zwangsmaßnahmen mal stattfinden und mal nicht, wobei sie in Übereinstimmung mit den ärztlichen Direktoren meinten, manchmal hätten die Patienten kein Interesse an einer Nachbesprechung. Auch hier wurde angemerkt, dass das Recht auf Ausgang im Freien nicht immer umgesetzt wird. Ebenfalls in Übereinstimmung mit den ärztlichen Direktoren berichteten sie, dass die bei Fixierungen vorgesehene 1:1-Betreuung nicht immer umgesetzt wird; stattdessen gäbe es aber oft eine 1:2-Betreuung. In dieser Gruppe wurde zudem kritisiert, dass die Dokumentation oft vernachlässigt wird.

3. Verbesserungsvorschläge

Betroffene

Die Patienten wünschten sich für den stationären Bereich, dass das medizinische Personal sich mehr Zeit für sie nimmt. Weiterhin wünschten sie sich die Einrichtung einer offiziellen Beschwerdestelle, die auch Beschwerden über das Pflegepersonal entgegennimmt. Im Hinblick auf den ambulanten Bereich vertraten die Betroffenen die Meinung, dass Zwangseinweisungen vermieden werden könnten, wenn es mehr und bessere ambulante Angebote gäbe. Konkret kritisierten sie, dass die Wartezeiten bei ambulanten Angeboten zu lang seien. Vor allem in Krisensituationen sollte es möglich sein, auch im ambulanten Bereich kurzfristig einen Termin zu bekommen. Zudem sollten niedergelassene Therapeuten niedrigschwellig über Mail erreichbar sein, was bisher nur Privatpatienten angeboten wird. Schließlich seien auch die Angebote für betreutes Wohnen unzureichend und müssten ausgebaut werden.

Angehörige

Im Hinblick auf den stationären Bereich wünschten sich die Angehörigen ebenso wie die Betroffenen, dass das medizinische Personal sich mehr Zeit für die Patienten nimmt. Zudem sollte es im stationären Bereich mehr Beschäftigungsangebote für die Patienten geben, vor allem für die, die sich in der Isolierung befinden. Es könnte zum Beispiel mehr Ergotherapie angeboten werden. Der Begriff der Selbstgefährdung sollte weiter gefasst werden, damit Zwangseinweisungen leichter erfolgen können. Als Selbstgefährdung, die zur Zwangseinweisung führt, sollten auch ausgeprägte Fälle von Selbstvernachlässigung gelten. Für den ambulanten Bereich wünschten sich die Angehörigen, dass es auch hier Zwangsmaßnahmen gibt. Auch ambulante Termine sollten mit Zwang durchgesetzt werden, wenn der Patient sie nicht freiwillig wahrnimmt. Ebenso wie die Betroffenen vertraten die Angehörigen die Meinung, dass die Angebote für betreutes Wohnen ausgebaut werden sollten. Die Angehörigen erwähnten die Möglichkeit, dass vorbeugend Patientenverfügungen und/oder Krisenpässe erstellt werden können. Schließlich merkten sie noch kritisch an, dass der politische Wille, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, häufig unangemessen sei.

Ärztliche Direktoren

Die ärztlichen Direktoren wünschten sich für ihren Bereich weniger Bürokratie. Zudem merkten sie kritisch an, dass es in der Psychiatrie mehr gesetzliche Vorgaben als in anderen

Fachdisziplinen der Medizin gäbe. Sie wünschten sich, dass die ärztliche Fachkompetenz und die Entscheidungen von Ärzten in ihrer Disziplin genau so respektiert und anerkannt werden wie in den anderen Fachrichtungen. Es wurde auch eine bessere personelle Ausstattung der Kliniken gewünscht, so dass Vorgaben wie 1:1-Betreuungen besser umgesetzt werden können. Von der Politik wünschten sie sich, dass Politiker sich nicht als Gutmenschen inszenieren und die Psychiatrie in die Rolle der Bösen drängen.

AK-Trialog

Übereinstimmend mit den ärztlichen Direktoren äußerten die Mitglieder des AK Trialog die Ansicht, dass die Kliniken über eine bessere personelle Ausstattung verfügen sollten. Dies würde zu Verbesserungen u.a. bei der Umsetzung von 1:1-Betreuungen, beim Einsatz de-eskalierender Maßnahmen wie Spaziergänge mit dem Patienten und bei der Dokumentation führen. Es sollte ein Augenmerk auf die therapeutische Beziehung gerichtet werden. Der Umgang mit den Patienten sollte von Respekt und Wertschätzung geprägt sein. Die Kommunikation sollte auf Augenhöhe erfolgen; Patienten sollten in Entscheidungen über sie betreffende Maßnahmen einbezogen werden. Die Mitarbeiter sollten eine hohe fachliche Kompetenz aufweisen. Überforderung verleite dazu, Zwangsmaßnahmen einzuleiten. Die Mitarbeiter sollten zur Selbstreflexion fähig sein. Die Direktion sollte klare Vorgaben machen. Für den ambulanten Bereich wünschten sich die Mitglieder des AK Trialog analog zu den Betroffenen mehr ambulante Angebote vor allem in Krisensituationen. Ebenso wie die Betroffenen und die Angehörigen hielten die Mitglieder des AK Trialog den Ausbau der Angebote für betreutes Wohnen für erforderlich. Zudem könnten wie in Skandinavien ambulante Teams aufgebaut werden, die Patienten zu Hause betreuen. Auch mehr Genesungsbegleiter wären sinnvoll.

Gesamtbeurteilung

Die Sichtweisen von Patienten, Angehörigen und medizinischen Fachpersonal liegen in einem Kontinuum von Ablehnung bis Zustimmung. An dem einen Ende des Kontinuums befinden sich die Patienten, die Zwangsmaßnahmen eher negativ sehen und auch Maßnahmen als Zwang betrachten, die es im gesetzlichen Sinne nicht sind, zum Beispiel eine aus ihrer Sicht zu hohe Dosierung von Medikamenten. Am anderen Ende des Kontinuums sind die Angehörigen mit ihrer Forderung nach mehr und kontinuierlicheren Zwangsmaßnahmen zu sehen. Angehörige des medizinischen Personals bewegen sich mit einer differenzierteren Sichtweise in der Mitte. Viele von ihnen betonten, dass Zwangsmaßnahmen oft zwar unumgänglich sind, ihr Einsatz aber immer kritisch überprüft und nur als letzte Option gesehen werden sollte.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Das Zipher-Projekt wurde im Rahmen von Vorträgen zu Zwangsmaßnahmen bei nationalen Veranstaltungen der Fachgesellschaften erwähnt. Eine explizite Darstellung der Teilprojekte fand statt bei folgenden Kongressen:

„Patienten- und klinikbezogene Risikofaktoren für FeM: Ergebnisse aus den NRW-, ZWARED- und ZIPHER-Studien“

Georg Juckel

DGPPN 2019

27. – 30.11.2019, Citycube Berlin

"Zwangmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung"

Simone Efke

Gemeinsame Jahrestagung incl. Mitgliederversammlung des Landesverbandes

Sozialpsychiatrie M-V e. V.

05.06. und 06.06.2019 Kunsthalle Rostock

Erste Ergebnisse der bundesweiten Befragung psychiatrischer Kliniken zum Einsatz von
Zwangmaßnahmen und Strategien ihrer Vermeidung“

Simone Efke, Georg Juckel

DGPPN 2018

28.11.-01.12.2018, Citycube Berlin

Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

- Stichprobe nicht repräsentativ
- großer Rücklauf aus NRW, geringer Rücklauf aus Bayern
- überwiegend Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag
- am häufigsten Einsatz von Fixierungen und Zwangsmedikation, Isolierungen nur in ungefähr der Hälfte der Kliniken
- umfangreiche Dokumentation mit Ausnahme beteiligter Personen
- überwiegend Leitlinien vorhanden, jedoch regionale Unterschiede

Publikationsverzeichnis

Die Publikationen aus den Teilprojekten befinden sich noch in Vorbereitung.

Teilprojekt 4

Vertiefte qualitative Bedingungsanalyse unter Zuhilfenahme des Fallregisters von Baden-Württemberg: landkreisbezogene quantitative Analyse von Kontextfaktoren

Einleitung

Es ist international bekannt, dass der Anteil von Patientinnen und Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen sind, sehr zwischen einzelnen Kliniken schwankt (z.B. Norum et al. 2013, Noorthoorn et al. 2016, Lai et al 2018) . In baden-württembergischen Kliniken waren 2016 zwischen 0,3 % und 17,5 % der behandelten Fälle von Zwangsmaßnahmen betroffen.

In Baden-Württemberg wird ein zentrales Melderegister für Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen betrieben. Alle psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Ermächtigung zu Unterbringungen sind verpflichtet, fallbezogenen Daten zum Unterbringungsstatus von Patientinnen und Patienten, zu mechanischen Zwangsmaßnahmen und zu Zwangsmedikation je nach Rechtsgrundlage zu liefern. Alle in psychiatrischen Kliniken behandelten Patienten (einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Maßregelvollzug) werden erfasst. Es werden alle Unterbringungen nach PsychKHG als auch nach §1906 BGB bzw. §§63,64 StGB dokumentiert. Ebenso wird die Gesamtzahl der freiwilligen Behandlungen erfasst. Die Vertiefung in diesem Teilprojekt betraf die Ergänzung der vorliegenden Falldaten um eine Erfassung von Klinikstrukturmerkmalen und strukturellen Versorgungsmerkmalen der jeweiligen Region (Landkreise), um Analysen der Einflussfaktoren vornehmen zu können.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung der Ziele

Als Indikator für Zwang wurde der Anteil von Patientinnen und Patienten mit mindestens einer freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahme (Isolierung, Fixierung, Festhalten) gewählt. Dieser Indikator kann auf Grund gesetzlicher Regelungen zur zentralen Erfassung, der genauen Definitionen und der wenig fehleranfälligen Dokumentation als reliabel eingeschätzt werden (Flammer & Steinert 2019). Es galten bei der Erfassung der freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen folgende Definitionen:

Fixierung

Am Körper oder in der unmittelbaren Umgebung des Patienten angebrachte mechanische Einschränkung der Bewegungsfreiheit: Festbinden mit speziellem Gurtmaterial, aber auch vorwiegend in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Techniken wie Bettgitter, Steckbrett, Schutzdecke. Die bei der Fixierung zur Wahrung der Privatsphäre erfolgende Isolierung ist bei gleichzeitig erfolgreicher Fixierung nicht gesondert zu dokumentieren.

Rechtlich gesehen sind nicht alle Fixierungen Zwangsmaßnahmen. Es handelt sich stets um freiheitsbeschränkende Maßnahmen; diese können aber in Einzelfällen auch ohne (und nicht gegen) den Willen des Patienten erfolgen, z.B. bei schwerer Demenz, oder auch mit informierter Zustimmung eines einwilligungsfähigen Patienten (z.B. Bettgitter in der Gerontopsychiatrie). Eine derartige Differenzierung wird hier bei der Erfassung aber nicht angestrebt. D.h., alle mechanischen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden erfasst, unabhängig von der Einwilligung. Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass Fixierungen nicht in jedem Fall Zwangsmaßnahmen darstellen.

Isolierung

Absonderung in einen besonders gesicherten Raum. Die betroffene Patientin oder der betroffene Patient wird hierzu aufgrund eines bestimmten Vorkommnisses – z. B. Suizidversuch, Randalieren – in einen von anderen Patientinnen und Patienten getrennten Raum gebracht und dort eingeschlossen oder am Verlassen des Raums gehindert. Zur besonderen Sicherung des Raumes kann beispielsweise das Vorenthalten von gefährdenden Gegenständen gehören. (Dies entspricht der Definition in der Gesetzesbegründung zum PsychKHG).

Festhalten

Immobilisierung eines Patienten mittels körperlichen Techniken durch Personal als eigenständige Sicherungsmaßnahme. Festhalten soll nicht gesondert dokumentiert werden, wenn es ausschließlich und in kürzest möglicher Dauer zur Durchführung einer anderen Zwangsmaßnahme eingesetzt wird.

Unterbrechung von Zwangsmaßnahmen

Eine Zwangsmaßnahme gilt als ununterbrochen und wird dementsprechend als kontinuierliche Einzelmaßnahme dokumentiert, wenn eine Unterbrechung nur vorübergehend stattfand mit bereits von vorneherein feststehender Absicht, die Maßnahme danach wieder fortzusetzen (z. B. Gang auf die Toilette). Wurde dagegen eine Zwangsmaßnahme versuchsweise beendet und erweist es sich aufgrund der klinischen Situation/ des Verhaltens des Patienten als erforderlich, sie wieder einzusetzen, soll eine neue Maßnahme dokumentiert werden. Damit wird die tatsächliche Dauer einer Maßnahme erfasst. Die Dauer einer ärztlichen Anordnung ist davon unabhängig.

Falldefinition

Als Fälle werden im psychiatrischen Krankenhaus alle Entlassungen im betreffenden Kalenderjahr gezählt. Auswertungsgrundlage ist jeweils der gesamte Aufenthalt des betreffenden Falls, auch wenn die Aufnahme noch im vorangegangenen Kalenderjahr liegt. D.h. auch Zwangsmaßnahmen aus dem Vorjahr müssen hier aufgeführt werden.

Strukturmerkmale von Kliniken und Versorgungsregionen

Die Operationalisierung der Strukturmerkmale von Kliniken und Versorgungsregionen erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Zuerst wurden anhand von Befunden aus der Literatur und

anhand von Experteneinschätzungen Strukturvariablen identifiziert, die dann dem wissenschaftlichen Beirat mit der Bitte um Ergänzungen, Änderungsvorschläge und Anmerkungen vorgelegt wurden. Ursprünglich wurden 31 Variablen zu Klinikmerkmalen und 19 Variablen zu Merkmalen der Versorgungsregionen identifiziert. Nach Diskussion der Rückmeldungen aus dem wissenschaftlichen Beirat wurden zwei endgültige Variablensets erstellt. Es ergaben sich 46 Fragen zu Klinikmerkmalen (Tabelle 1) und 30 Variablen zu Merkmalen der Versorgungsregion (Tabelle 2). Zur Datenauswertung wurden die Fragen zu Klinikmerkmalen in 70 Variablen überführt, die Fragen zu Merkmalen der Versorgungsregion wurden in 30 Variablen überführt.

Tabelle 1: Fragen zu Strukturmerkmalen der Kliniken

| | |
|--|--|
| Allgemeine Fragen zu den Kennzeichen der Klinik | Ist die Klinik ein Universitätsklinikum, ein Fachkrankenhaus, oder handelt es sich um eine Fachabteilung/Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus/einer Kinderklinik? |
| | Hat die Klinik eine regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie? |
| | Ist die Klinik in öffentlicher Trägerschaft? |
| | Welche psychiatrischen Fachabteilungen sind vorhanden? |
| Fragen zu quantitativen und qualitativen Kennzahlen der Klinik | Wie hoch ist die voll- und teilstationäre Bettenmessziffer aufgeschlüsselt nach Fachabteilung auf den Landkreis bezogen? |
| | Wie hoch ist die vollstationäre und die teilstationäre Gesamtfallzahl des Krankenhauses aufgeschlüsselt nach Fachabteilung? |
| | Gibt es in der Klinik ein Beschwerdemanagement? |
| Fragen zu Merkmalen und zur Qualifizierung des Personals der Klinik | Wie hoch ist die Anzahl der Vollzeitstellen von (Fach-)Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen und Spezialtherapeuten pro Bett/Platz aufgeschlüsselt nach Fachabteilung? |
| | Wie groß ist bei Ärzten und Psychologen der Anteil mit Facharztweiterbildung? |
| | Wie groß ist bei Ärzten und Psychologen der Anteil mit Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten? |
| | Wie groß ist bei Ärzten und Psychologen der Anteil mit Approbation zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten? |
| | Wie ist das Verhältnis vollausgebildeter Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung zu Hilfskräften, ohne Praktikanten und Schüler? |

| | |
|--|--|
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie ist das Verhältnis von voll ausgebildeten Kräften zu Hilfskräften – ohne Praktikanten (voll ausgebildetes (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Jugend- und Heimerzieher, Heilerziehungspfleger, Sozialpädagogen im Stationsdienst)? |
| Allgemeine Fragen zu den Kennzeichen der Klinik | Aus welchem Einzugsgebiet (Stadt- und/oder Landkreise) werden Patienten aufgenommen bzw. versorgt? |
| | Betreibt die Klinik auch Heime? |
| | Ist die Klinikleitung in Gremien des Gemeindepsychiatrischen Verbundes vertreten? |
| Frage zu patientenspezifischen Merkmalen der Klinik | Wie hoch ist der Prozentanteil von F3/F4-Hauptdiagnosen an den Gesamtdiagnosen der Klinik? |
| Fragen zu Unterstützungsleistungen/Dienste der Klinik | Sind Peer-Arbeiter auf den Stationen (auch Akutstationen) beschäftigt? |
| | Kann die Klinik innerhalb von 24 Stunden einen qualifizierten Dolmetscherdienst in folgenden Sprachen organisieren: |
| | Bietet die Klinik stationsäquivalente Maßnahmen an (z.B. Home Treatment und andere)? |
| Fragen zur Aufnahmesituation | Gibt es auf den Aufnahmestationen der Klinik andere als Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gibt es für Kinder und Jugendliche einen gesonderten, räumlich separaten Krisen-/Aufnahmebereich? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gibt es einen Not- und Bereitschaftsdienst des Jugendamtes/der Jugendämter? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ist es möglich, Jugendliche nach Abschluss der Behandlung oder anstelle einer Aufnahme in Obhut nehmen zu lassen (§ 43 SGB VIII)? |
| | Gibt es eine interdisziplinäre Notaufnahme? |
| | Gibt es eine zentrale Akut-/Krisen- oder Intensivstation? |
| | Wie hoch ist der Anteil an Patienten, die im Verlauf ihres Klinikaufenthaltes auf eine andere Station verlegt werden? |

| | |
|---|--|
| | Gibt es die Möglichkeit auf den Aufnahmestationen, Patienten, die eine Belastung für Mitpatienten darstellen können, in einem Einzelzimmer unterzubringen? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erfolgt bei Aufnahme eine Aufklärung über mögliche Zwangsmaßnahmen gegenüber Patienten und Sorgeberechtigten? |
| Frage zur baulichen Ausstattung/Architektur der Klinik | Werden an der Klinik Isolierungen ohne gleichzeitige Fixierungen durchgeführt? |
| Fragen zu spezifischen Merkmalen der Klinik in Bezug auf Zwangsmaßnahmen | Gibt es für das Personal verpflichtende Deeskalationstrainings? |
| | Ist eine interne Leitlinie für Zwangsmaßnahmen für alle Mitarbeitenden einsehbar? |
| | Weist die Klinik ein spezialisiertes oder durchmischtes Konzept auf? |
| | Hat es einen Klinik-Neubau/Umbau im Akutbereich in den letzten 10 Jahren gegeben? |
| | Gibt es (außerhalb der Forensik) durchgehend geschlossen geführte Stationen? |
| | Sind in der Klinik überregionale Spezialstationen mit Anwendung von Zwangsmaßnahmen vorhanden (z.B. für geistig behinderte Menschen)? |
| | Wird eine besondere Strategie mit speziellen Programmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen verfolgt? |
| | Wie hoch sind der Anteil unfreiwilliger Behandlungen und fürsorglicher Zurückhaltungen an den Gesamtaufnahmen (gerichtliche Unterbringung, Zwangseinweisung, vorübergehende fürsorgliche Zurückhaltung)? |
| | Wie lange benötigen Notfallpatienten durchschnittlich, um in die Klinik zu kommen? |
| | Wie oft kommt eine Behandlungsvereinbarung in der Klinik im Jahr konkret zum Einsatz? |
| | Gibt es einen Patientenfürsprecher, der auch unter geschlossener Führung erreichbar ist? |

| | |
|--|---|
| | Wo werden gerontopsychiatrische Delirpatienten versorgt? |
| | Wo werden suchtkranke Delirpatienten versorgt? |
| | Wo erfolgt die Versorgung von aggressiven betrunkenen Patienten typischerweise? |
| Fragen zur richterlichen Anhörung in der Klinik | Wie schnell findet eine richterliche Anhörung nach Ihrer Erfahrung im Durchschnitt statt? |
| | Gibt es für eine richterliche Anhörung einen Bereitschaftsdienst an Wochenenden? |

Tabelle 2: Fragen zu Strukturmerkmalen der Stadt- und Landkreise

| | |
|---|---|
| Allgemeine Fragen zur Charakterisierung des Land-/Stadtkreises | Wie groß ist die Fläche des Land-/Stadtkreises und wie viele Einwohner hat dieser? |
| | Wie ist die Bevölkerungsstruktur des Land-/Stadtkreises bezüglich Alter, Geschlecht und Anteil von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit oder/und Migrationshintergrund? |
| | Wie hoch ist die Arbeitslosenquote im Land-/Stadtkreis? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie hoch ist die Jugend-Arbeitslosigkeit im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie hoch ist die Armutsrate im Land-/Stadtkreis? (Armutsgefährdungsquoten auf Basis des Landesmedians) |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie hoch ist die Kinder-Armutrate im Land-/Stadtkreis? (Armutsgefährdungsquoten unter 18-Jähriger auf Basis des Landesmedians) |
| | Wie hoch ist die Quote der Personen im SGB II Bezug an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie hoch ist der Anteil der Bedarfsgemeinschaften mit Kindern in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach SGB II im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie hoch ist die Kriminalitätsrate im Land-/Stadtkreis? (Anzahl Straftaten im Land-/Stadtkreis) |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie hoch ist die Jugend-Kriminalitätsrate im Land-/Stadtkreis (Anzahl Tatverdächtiger |

| | |
|--|---|
| | unter 21 J./Straftaten gesamt im Land-/Stadtkreis)? |
| Fragen zum psychiatrischen Hilfe- und Versorgungsangebot des Land-/Stadtkreises | Wie viele Selbsthilfegruppen und Kontaktclubs für psychisch Kranke gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie viele Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke gibt es im Land-/Stadtkreis |
| | Gibt es Tagesstätten für psychisch Kranke im Land-/Stadtkreis? |
| Fragen zu Wohnangeboten für psychisch Kranke im Land-/Stadtkreis | Wie viele Plätze für ambulant betreutes Wohnen gibt es im Land-/Stadtkreis (alternativ für andere Bundesländer die Anzahl der Personen, die ambulante Eingliederungshilfe zum selbständigen Wohnen erhalten)? |
| Fragen zum psychiatrischen Hilfe- und Versorgungsangebot des Land-/Stadtkreises | Finden im Land-/Stadtkreis Hilfeplankonferenzen statt? |
| | Gibt es einen oder mehrere Gemeindepsychiatrische(n) Verbund/Verbünde? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Finden im Land-/Stadtkreis Konferenzen mit möglicher Patienten/-Familienbeteiligung unter Einbeziehung von Jugendamt, Schulamt, Arbeitsagentur, Leistungserbringern nach SGB V, VIII, XII statt? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie viele Selbsthilfegruppen für jugendliche Patienten und Eltern gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie viele Jugendhilfeeinrichtungen gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Gibt es einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst (SGB V) im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie viele Dienste, die Soziotherapie (SGB V) erbringen, gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie viele Suchtberatungsstellen im Land-/Stadtkreis gibt es? |
| | Wie viele niederschwellige Kontakt- und Beratungsangebote für Suchtkranke gibt es im Land-/Stadtkreis (Kontaktläden/stellen, legal/illegal, trocken/nass)? |
| Fragen zu Wohnangeboten für psychisch Kranke im Land-/Stadtkreis | Gibt es SGB XII-Wohnheime für psychisch kranke Menschen? |

| | |
|---|---|
| | Wie viele geschlossene Wohnheimplätze gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wie viele geschlossene Jugendhilfeplätze gibt es im Land-/Stadtkreis? |
| | Wie viele Wohnheimbewohner kommen ursprünglich aus dem Land-/Stadtkreis, in dem sich das Wohnheim befindet und wie viele kommen aus anderen Land-/Stadtkreis? |
| Fragen zu forensischen Aspekten/ Patienten im Land-/Stadtkreis | Wohnen ehemalige Forensikpatienten in den Wohnheimen im Land-/Stadtkreis? |
| | Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gibt es eine forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie-Abteilung im Land-/Stadtkreis? |
| | Gibt es eine forensische Psychiatrie im Land-/Stadtkreis, deren entlassene Patienten regelmäßig im Land-/Stadtkreis bleiben und dort versorgt werden? |

Datenerhebung und Datenauswertung

Daten zu Zwangsmaßnahmen wurden dem baden-württembergischen Melderegister entnommen. Die meldepflichtigen Kliniken liefern jeweils drei Datensätze. Im ersten Datensatz sind alle meldepflichtigen Zwangsmaßnahmen mit Kliniknummer, Fachabteilung, pseudonymisierter Fallnummer, Landkreis des Wohnsitzes, Geschlecht, Altersgruppe, Hauptdiagnose, Rechtsgrundlage zu Beginn der Zwangsmaßnahme, Art der Zwangsmaßnahme und Dauer der Zwangsmaßnahme erfasst. Die beiden anderen Datensätze enthalten aggregierte Belegungszahlen und Berechnungstage nach Fachabteilung, Diagnose beziehungsweise weitestgehender Rechtsgrundlage des Klinikaufenthalts.

Strukturmerkmale der Kliniken wurden mittels Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurden die Dokumentationen des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) und die offiziellen Qualitätsberichte der Kliniken ausgewertet. Um jährliche Zufallsschwankungen bei Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen auszugleichen, wurden die Daten der Berichtsjahre 2015 bis 2017 aggregiert. Die Strukturdaten der Stadt- und Landkreise wurden den Kliniken zugeordnet. Hatten Kliniken Versorgungsgebiete, die sich auf mehrere Landkreise erstreckten, wurden die Strukturdaten gemittelt.

Die Datenauswertung erfolgte mittels Korrelationsanalysen und multivariaten Regressionsmodellen.

Durchführung

Nach Erstellung einer Erstfassung der Fragebögen für Kliniken und Landkreise wurden diese dem wissenschaftlichen Beirat vorgelegt. Anhand der Rückmeldungen des Beirats wurden die

Fragebögen modifiziert. Im Anschluss erfolgte die Datenerhebung. Nach kontinuierlicher und mehrfacher telefonischer und elektronischer Kontaktaufnahme per Telefon sowie E-Mail ergab sich folgender Rekrutierungsstand: Von 32 kontaktierten Kliniken lehnten 7 Kliniken eine Teilnahme ab, von 25 Kliniken liegen ausgefüllte Fragebögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 78 %. Von 44 kontaktierten Stadt- und Landkreisen lehnten 16 Kreise eine Teilnahme ab, von 28 Kreisen liegen ausgefüllte Fragebögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 63,6 %.

Diese Rücklaufquoten können angesichts der umfangreichen und detaillierten Fragenkataloge als gut bewertet werden. Zeitgleich zur Datenerhebung mittels Fragebögen wurden die Qualitätsberichte der Kliniken sowie die Dokumentationen des KVJS ausgewertet. Ebenfalls zeitgleich wurden den Berichterstattungen des statistischen Landesamtes Informationen zu Strukturdaten der Stadt- und Landkreise entnommen. Anschließend erfolgte die Erstellung eines Datensatzes aus den Daten des Melderegisters für Zwangsmaßnahmen und der Strukturdaten von Kliniken und Versorgungsregionen. Dieser Datensatz enthält Informationen zu Zwangsmaßnahmen aus den Jahren 2015 bis 2017.

Ergebnisse

In die Auswertung gingen Daten von 31 von 32 meldepflichtigen Kliniken und von 44 Stadt- und Landkreisen mit ein. Die Daten einer Klinik wurden ausgeschlossen, da von dieser Klinik nicht für alle drei Berichtsjahre valide Daten geliefert wurden.

In den Jahren 2015 bis 2017 gab es insgesamt 321.355 Entlassungen mit 8.056.045 Berechnungstagen. Es erfolgten 34.440 (10,7 %) Unterbringungen (einschließlich fürsorgliche Zurückhaltung) nach PsychKHG oder BGB. Zu Isolierung, Fixierung oder Festhalten kam es in 21.504 (6,7 %) Behandlungsfällen. Insgesamt kam es zu 84.997 freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen mit einer durchschnittlichen kumulativen Dauer pro betroffenem Behandlungsfall von 43,9 Stunden (SD = 141,6), was einen Anteil von 0,5 % an der Aufenthaltsdauer aller Behandlungsfälle entspricht.

Der Anteil von Behandlungsfällen mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme variiert zwischen den Kliniken zwischen 0,3 % und 12 % (Abbildung 1).

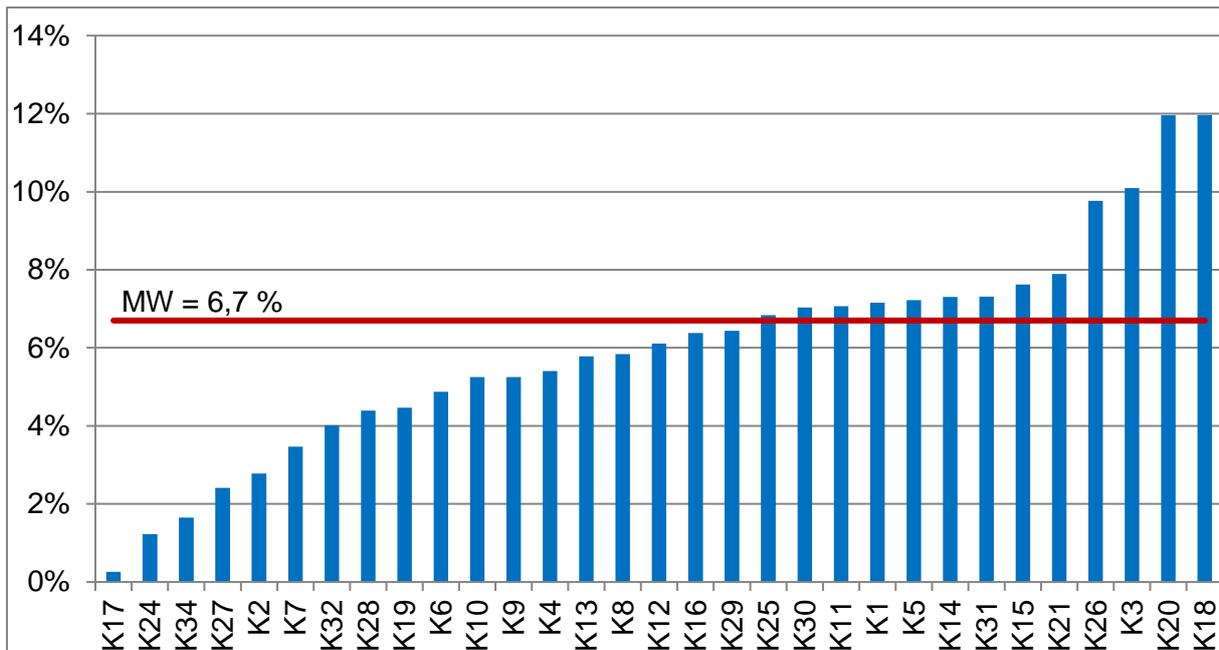


Abbildung 1: Anteil Behandlungsfälle mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme 2015 bis 2017 nach Klinik

Der Anteil von Behandlungsfällen mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme korrelierte bivariat signifikant negativ mit dem Anteil von Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, signifikant positiv mit dem Anteil von Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung, signifikant positiv mit der Anzahl Planbetten, signifikant positiv mit dem Betrieb eines Heimes durch eine Klinik und signifikant negativ mit der Anzahl Suchtberatungsstellen pro 100.000 Einwohner im Versorgungsgebiet (Tabelle 1). Tabelle 2 zeigt die Interkorrelationen der möglichen Prädiktoren.

Tabelle 1: Bivariate Korrelationen mit dem Anteil Behandlungsfälle mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme

| | Anteil Behandlungsfälle mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme |
|---|---|
| Anteil Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | -0,42* |
| Anteil Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung | 0,56* |
| Anzahl Planbetten | 0,44* |
| Assoziiertes Heim (j/n) | 0,43* |
| Anzahl Suchtberatungsstellen pro 100.000 EW Versorgungsgebiet | -0,39* |

* p < 0,05

Tabelle 2: Interkorrelationen zwischen den möglichen Prädiktoren

| | Anteil Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | Anteil Betroffene mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung | Anzahl Planbetten | Assoziiertes Heim (j/n) | Anzahl Suchtberatungssstellen pro 100.00 EW Versorgungsgebiet |
|---|---|---|--------------------------|--------------------------------|--|
| Anteil Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | 1,00 | -0,41* | -0,47* | -0,19 | 0,47* |
| Anteil Betroffene mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung | | 1,00 | 0,37* | 0,27 | -0,15 |
| Anzahl Planbetten | | | 1,00 | 0,25 | -0,09 |
| Assoziiertes Heim (j/n) | | | | 1,00 | 0,03 |
| Anzahl Suchtberatungssstellen pro 100.00 EW Versorgungsgebiet | | | | | 1,00 |

* $p < 0,05$

Die möglichen Prädiktoren gingen in ein Regressionsmodell mit schrittweiser Variablenselektion ein.

Das endgültige Regressionsmodell enthielt nur noch den Anteil von Behandlungsfällen mit fürsorglicher Zurückhaltung oder Unterbringung als signifikanten Prädiktor (standardisiertes Beta = 0,55, adjustiertes $R^2 = 0,27$).

Gesamtbeurteilung

Um Kontextfaktoren für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der stationären psychiatrischen Versorgung näher zu untersuchen, wurden die Daten aus dem zentralen Melderegister für Zwangs- und Unterbringungsmaßnahmen von Baden-Württemberg mit Strukturdaten von Kliniken und Versorgungsregionen verknüpft. Die Datenlage zu Zwangs- und Unterbringungsmaßnahmen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder in psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist in Baden-Württemberg bundesweit einmalig. Alle Einrichtungen mit der Ermächtigung Unterbringungen vorzunehmen, sind seit 2015 verpflichtet, Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen einer zentralen Erfassungsstelle zu übermitteln. Die Daten lieferten bereits erste Aufschlüsse über Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen (Flammer & Steinert 2019) und zeigten, dass zwischen Kliniken eine beträchtliche Variation bezüglich der Zahl betroffener Patientinnen und Patienten besteht. In der vorliegenden Studie waren zwischen 0,3 % und 12 % der behandelten Patientinnen und Patienten von Zwangsmaßnahmen betroffen. Allein aus dem Melderegister ist diese Variation nicht weiter aufzuklären. Daher wurden umfangreiche Strukturdaten der Kliniken sowie der Stadt- und Landkreise mit den Daten des Melderegisters verbunden. Dazu wurden allen meldepflichtigen Kliniken und allen Kreisen Fragebögen vorgelegt. Die Rücklaufquoten von 78 % für die Kliniken und 64 % für die Kreise kann angesichts von Umfang und Tiefe der Fragenkataloge als gut bewertet werden. Zusätzlich zu den Fragebögen wurden die Dokumentationen des KVJS und die offiziellen Qualitätsberichte der Kliniken ausgewertet.

Betrachtet man zunächst einmal den bivariaten Zusammenhang zwischen Zwangsmaßnahmen und Strukturmerkmalen, zeigte sich, dass der Anteil von Behandlungsfällen mit freiheitsbeschränkender Zwangsmaßnahme negativ mit dem Anteil von Patientinnen und Patienten mit affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen korrelierte. Ebenso negativ korreliert waren Zwangsmaßnahmen mit der Anzahl von Suchtberatungsstellen pro 100.000 Einwohner im Versorgungsgebiet. Ein positiver Zusammenhang fand sich für den Anteil von Patientinnen und Patienten, die untergebracht waren, für die Anzahl von Planbetten und mit dem Betrieb eines Heimes durch eine Klinik. Diese Zusammenhänge erscheinen plausibel: Geht man davon aus, dass es bei affektiven oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zu vergleichsweise weniger Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kommt, die den Einsatz von unmittelbarem Zwang in Form von Isolierung oder Fixierung erforderlich machen, lässt sich ein negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Patientinnen und Patienten mit diesen Störungsbildern und der Anwendung von Zwang erwarten.

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung, die stark intoxikiert auf einer psychiatrischen Station aufgenommen werden, können initiale Zwangsmaßnahmen als einmalige Schutzmaßnahmen unumgänglich sein. Besteht in einem Versorgungsgebiet eine gut ausgebaute ambulante und gemeindepsychiatrische Hilfestruktur für Menschen mit Suchterkrankung, könnte dies dazu führen, dass Betroffene in Krisen frühzeitiger eine Akutbehandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus suchen, wodurch die Anzahl von Notaufnahmen stark intoxikierter Patientinnen und Patienten sinken würde.

Personen, die gegen ihren Willen in psychiatrischen Kliniken untergebracht sind, stellen eine Gruppe schwer erkrankter Patientinnen und Patienten dar, die allein schon auf Grund der Unfreiwilligkeit des Aufenthalts ein hohes Konfliktpotential einbringen, zumal sie häufig versuchen, die Klinik wieder zu verlassen und daran auf Grund eines vorliegenden Gerichtsbeschlusses gehindert werden müssen. Die Tatsache fehlenden Einverständnisses

mit dem Aufenthalt geht häufig auch mit fehlender Behandlungsbereitschaft einher, so dass sich Konfliktfelder nicht nur hinsichtlich der Einnahme ärztlicherseits für indiziert gehaltener Medikamente, sondern auch hinsichtlich der Gestaltung des Tagesablaufs ergeben.

Der Zusammenhang zwischen Klinikgröße, gemessen an der Bettenzahl und dem Anteil von Patientinnen und Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen sind, erscheint einleuchtend. Größere Kliniken haben in der Regel einen umfassenden Versorgungsauftrag, teilweise werden auch überregional Patientinnen und Patienten aufgenommen, falls Spezialstationen vorhanden sind, sodass schwer kranke Menschen verstärkt in größeren Einrichtungen behandelt werden.

Betreibt eine Klinik ein Heim für psychiatrisch schwer chronisch Erkrankte, kann es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten, die bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung im Heim nicht adäquat behandelt werden können, eher auf psychiatrische Stationen verlegt werden, als aus Heimen, die nicht an eine Klinik angeschlossen sind.

Da Strukturmerkmale einen Zusammenhang mit dem Ausmaß an Zwang in psychiatrischen Kliniken aufweisen, liegt es nahe, zu untersuchen, ob diese Merkmale zur Aufklärung der beträchtlichen Variation zwischen Einrichtungen beitragen können. Zu diesem Zweck wurden diejenigen Strukturvariablen, die mit dem Anteil von Patientinnen und Patienten mit Zwangsmaßnahmen korrelieren, in ein Regressionsmodell integriert. Solche Modelle erlauben es, den gleichzeitigen Einfluss mehrerer Faktoren auf eine Zielgröße abzuschätzen. Das gewählte Modell sollte einerseits möglichst viel der Variation der Zielgröße erklären, andererseits aber möglichst sparsam sein und keine Faktoren mit vernachlässigbar geringem Einfluss enthalten. Daher war bei der Modellbildung eine schrittweise Variablenselektion angezeigt. Das endgültige Modell enthielt nur noch den Anteil untergebrachter Patientinnen und Patienten als signifikanten Prädiktor. Mit diesem Modell konnten 27 % der Variation zwischen den Einrichtungen aufgeklärt werden. Die Gesamtvariation zwischen den Einrichtungen kann hypothetisch in Anteile aufgrund von Patientenmerkmalen, Klinikmerkmalen, Merkmalen der Versorgungsregion und unerklärter Restvariation aufgeteilt werden. In der vorliegenden Studie ergaben Regressionsanalysen nur eine Varianzaufklärung durch ein Patientenmerkmal; die Modelle zeigten keine Varianzaufklärung durch Strukturmerkmale der Einrichtungen oder der Versorgungsregion. Inwieweit die knapp drei Viertel an unerklärter Variation durch Qualitätsunterschiede zwischen den einzelnen Kliniken bedingt sind, kann hier nicht beantwortet werden.

Die Studie ist mehreren Limitationen unterworfen. Zunächst ist die kleine Fallzahl zu nennen. Zwar gehen aus dem Melderegister die Daten von über 320.000 Behandlungsfällen, davon mehr als 34.000 Unterbringungen und von mehr als 21.000 Behandlungsepisoden mit Zwangsmaßnahmen ein. Da die Analyseebene aber die einzelne Klinik ist, reduziert sich die Fallzahl für die statistische Modellbildung auf 31. Die Fallzahl und die statistische Signifikanz von Einflussgrößen sind nun derart gekoppelt, dass bei zunehmender Fallzahl Signifikanz auch bei kleinen Effekten erreicht wird. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei Einschluss weiterer Kliniken abweichende Ergebnisse gefunden würden. Andererseits zeigen auch größere vergleichbare Studien aus dem Ausland keinen eindeutigen großen Einfluss von Strukturmerkmalen (Norum et al. 2013, Pettit et al. 2017).

Eine weitere Einschränkung der Studie liegt darin, dass neben Klinikmerkmalen nicht auch Stationsmerkmale erfasst wurden. Dies wäre für die Fragebögen zwar mit sehr großem Aufwand möglich gewesen, nicht aber für das Melderegister. Dort finden sich keine Merkmale von Stationen.

Aus Datenschutzgründen enthält das Melderegister nur wenige personenbezogene Daten. Diese wurden so gewählt, dass eine Identifizierung konkreter Personen ausgeschlossen

werden kann. Sowohl für Stationsmerkmale als auch für Patientenmerkmale kann nun aber vermutet werden, dass weitere Informationen den Anteil erklärter Variation vergrößern könnten (Husum et al. 2010, Flammer et al. 2013, Janssen et al. 2013).

Schließlich war eine genaue Zuordnung der Versorgungsgebiete der Kliniken und der Stadt- und Landkreisen nicht immer möglich. Regionale Strukturdaten lagen nur auf Kreisebene vor, während Versorgungsgebiete sich über Kreisgrenzen hinweg ausdehnen können. Nicht immer werden dabei ganze Kreise versorgt. Eine Abschätzung, wieviel von einem Nachbarkreis einer Klinik mitversorgt wird, erwies sich als kaum möglich. Daher wurden gegebenenfalls Strukturdaten mehrerer Landkreise gemittelt, was zu einer Einebnung möglicher Unterschiede geführt haben könnte.

Schlussfolgerungen

Die Einführung zentraler Register für Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken nach dem Modell von Baden-Württemberg ist wünschenswert. Wie dort bereits realisiert, sollten nicht nur Maßnahmen nach PsychKHG, sondern auch nach BGB und in Maßregelvollzug erfasst werden. Die gleichzeitige Erfassung des Anteils gerichtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten ist für die Interpretation unabdingbar.

Literaturverzeichnis

Flammer E, Steinert T. Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. Psychiatr Prax. 2019; 46(2):82-89. doi:10.1055/a-0665-6728

Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res. 2010; 6; 10:89. doi:10.1186/1472-6963-10-89.

Janssen WA, Noorthoorn EO, Nijman HL, Bowers L, Hoogendoorn AW, Smit A, Widdershoven GA. Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? Psychiatr Q. 2013;84(1):39-52. doi:10.1007/s11126-012-9225-3.

Lai J, Jury A, Long J, Fergusson D, Smith M, Baxendine S, Gruar A. Variation in seclusion rates across New Zealand's specialist mental health services: Are sociodemographic and clinical factors influencing this?. Int J Ment Health Nurs. 2019; 28:288-296.

Noorthoorn EO, Voskes Y, Janssen WA, Mulder CL, van de Sande R, Nijman HL, Smit A, Hoogendoorn AW, Bousardt A, Widdershoven GA. Seclusion reduction in Dutch mental health care: Did hospitals meet goals? Psychiatr Serv. 2016; 67:1321-1327.

Norum J, Olsen A, Nybrodahl I, Sørgaard KW. Compulsory and voluntary admission in psychiatric hospitals in northern Norway 2009-2010. A national registry-based analysis. Nord J Psychiatry. 2013; 67(1):47-52. doi:10.3109/08039488.2012.675589

Pettit SA, Bowers L, Tulloch A, Cullen AE, Moylan LB, Sethi F, McCrone P, Baker J, Quirk A, Stewart D. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations

with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *J Adv Nurs*. 2017; 73(4):966-976. doi:10.1111/jan.13197.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse werden in Fachzeitschriften publiziert. Wenn möglich, soll eine Publikation in frei zugänglichen Zeitschriften erfolgen (Open Access).

Die Ergebnisse wurden unter anderem auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2019 und der bei der Fachtagung Melderegister 2019 einem Fachpublikum vorgestellt:

Steinert T, Thilo N, Flammer E. Sind die Kliniken so unterschiedlich? Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen aus dem baden-württembergischen Fallregister. Vortrag im Symposium „Risikofaktoren und Prävention von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in der stationären psychiatrischen Versorgung – empirische Daten aus aktuellen Untersuchungen in Deutschland. DGPPN-Kongress, Berlin, 27.-30.11.2019

Steinert T, Thilo N, Flammer E. Sind die Kliniken so unterschiedlich? Prädiktoren von Zwangsmaßnahmen aus dem baden-württembergischen Fallregister. Vortrag bei der Fachtagung Melderegister, Sozialministerium Stuttgart, 05.12.2019

Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Nach Projektende kann die aufgebaute Datenbank aktualisiert und ergänzt werden. Als weitere Fragestellungen sind Analysen nach Diagnosegruppen und den unterschiedlichen Arten von Zwangsmaßnahmen geplant.

Teilprojekt 9

Erfassung des subjektiven Erlebens ärztlicher Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie

Einleitung

Befragungen zum Erleben von Fixierungen und Isolierungen sowie von unfreiwilliger Unterbringung wurden bereits häufig durchgeführt und es gibt dazu inzwischen recht umfangreiche Literatur. Es fehlen jedoch weitgehend Erkenntnisse zum Erleben und zur Bewertung von ärztlichen Zwangsmaßnahmen, obwohl gerade für diesen Bereich ein hoher gesetzlicher Regelungsbedarf gesehen wird. In Anbetracht der Relevanz dieses Themas für die psychiatrische Versorgung und der jüngsten Änderungen der gesetzlichen Grundlagen der Zwangsbehandlung in Deutschland sind weitere Studien erforderlich. Die vorliegende Studie untersucht die Zwangswahrnehmung von stationären Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug und in der Allgemeinpsychiatrie hinsichtlich der verordneten antipsychotischen Medikamente und die mit der Zwangswahrnehmung verbundenen Faktoren.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung der Ziele

Eine adaptierte Version der MacArthur Admission Experience Survey (aAES), (Gardener et al. 1993, Horvath et al. 2018) wurde zur Erhebung des Ausmaßes von subjektiv erlebtem Zwang bei der angeordneten Medikamenteneinnahme im stationären Rahmen verwendet. Um die AES für die vorliegenden Studien anwendbar zu machen, wurden die Items so umformuliert, dass sie den erlebten Zwang in Bezug auf die Medikamenteneinnahme erfassen. Die Patientinnen und Patienten können einen aAES-Summenscore zwischen 0 und 22 erreichen, wobei ein höherer Summenscore für ein stärkeres Ausmaß an Zwangsempfinden steht.

Zusätzlich wurden noch zwei visuelle Analogskalen (VAS) mit den Endpunkten 0 und 10 zur globalen Einschätzung des subjektiv erlebten Zwangs in Bezug auf die Einnahme der verordneten Medikamente (VAS_Medikation) und des subjektiv erlebten Zwangs im Rahmen des aktuellen stationären Aufenthalts (VAS_Aufenthalt) eingesetzt. Der Text der VAS_Medikation lautete: „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß des Zwangs ein, das Sie in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten während Ihres Aufenthalts erfahren haben?“ und der Text der VAS_Aufenthalt lautete: „Wie schätzen Sie insgesamt das Ausmaß von Zwang ein, dem Sie durch Ihren Aufenthalt hier unterworfen wurden?“.

Die aAES und die visuellen Analogskalen beziehen sich bei der forensischen Stichprobe auf die ersten vier Wochen des forensischen Aufenthaltes und auf die letzten vier Wochen vor dem Interview. Patientinnen und Patienten der allgemeinpsychiatrischen Stationen sollten ihre Einschätzungen des Zwangsempfindens auf der aAES zum aktuellen Aufenthalt, in der das Interview geführt worden ist, als auch summativ bezüglich aller bisherigen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken (erfasst als frühere Aufenthalte) bewerten. Die beiden visuellen Analogskalen beziehen sich nur auf den aktuellen Aufenthalt.

Zur Untersuchung der Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohner in Bezug auf ihr Krankheitsbild und ihre Behandlungsbedürftigkeit mit Medikamenten wurde der

Fragebogen zur Krankheitseinsicht (FKE-10) herangezogen (Pruß et al. 2013). Auch hier wird Bezug zum aktuellen Aufenthalt hergestellt. Je höher der Summenscore des FKE, der Werte zwischen 10 und 50 annehmen kann, umso mehr Krankheitseinsicht ist vorhanden.

Die Einstellung der psychotischen Patientinnen und Patienten zu ihrer Krankheit und zur antipsychotischen Medikation wird mittels eines für diese Fragestellung häufig verwendeten Fragebogens untersucht, dem Drug Attitude Inventory (DAI) (Nielsen et al. 2012). Es wird die Kurzversion von zehn Fragen verwendet, die sich auf den aktuellen Aufenthalt beziehen und einen Summenscore zwischen -10 und 10 annehmen kann. Je niedriger der Summenwert einer/eines Proband*in, umso negativer die Einstellung zur eigenen Krankheit und zur antipsychotischen Medikation.

Die Positive and Negative Syndroms Scale (PANSS) (Kay et al. 1987) wurde zur Einschätzung der psychopathologischen Symptomatik bei der forensischen Stichprobe verwendet. Die PANSS besteht aus drei Subskalen: der Positiv- und Negativsymptomskala mit jeweils sieben Items und der Allgemeinpsychopathologie-Skala mit 16 Items. Das Vorhandensein und der Schweregrad von Symptomen in der vergangenen Woche werden auf einer siebenstufigen Skala bewertet, wobei der Wert 1 bedeutet, dass das Symptom bei der untersuchten Person nicht vorhanden war und der Wert, dass das Symptom in extremer Ausprägung vorhanden war.

Bei der allgemeinspsychiatrischen Stichprobe wurde zur Einschätzung der psychopathologischen Symptomatik die Psychiatric Rating Extended Version Scale (BPRS) (van Beek et al. 2015) verwendet. Der Wertebereich des Summenscores der BPRS liegt zwischen 24 und 168, wobei ein höherer Wert auf der Skala eine ausgeprägtere Symptomatik bedeutet.

Datenerhebung und Datenauswertung

Einschlusskriterien

- Alter zwischen 18 und 65 Jahren
- Psychiatrische Hauptdiagnose der Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10-Diagnose der Kategorie F20-29)
- eine schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie.

Ausschlusskriterien

- geistige Behinderung (ICD-10-Diagnose der Kategorie F70-79)
- unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- keine Verschreibung von antipsychotischen Medikamenten.

Rekrutierung der Teilnehmenden

Patientinnen und Patienten und Personal von zwei forensischen Kliniken und einer allgemeinspsychiatrischen Klinik wurden im Rahmen von Stationssitzungen über die geplante Studie informiert. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Team, ob aus therapeutischer Einwände gegen die Studienteilnahme bestehen, wurden die Patientinnen und Patienten, welche für die Studie in Frage kamen, in Einzelgesprächen informiert. Von Patientinnen und Patienten, die zur Teilnahme bereit waren, wurde eine schriftliche Zustimmung eingeholt.

Datenerhebung

Die Teilnehmenden wurden in einem einmaligen in zwei Abschnitte gegliederten Interview befragt. Im Rahmen des Interviews beantworteten sie den aus den verschiedenen Skalen für die Studie zusammengestellten Fragebogen. Im Anschluss wurde ein strukturiertes Interview zur quantitativen Erhebung des psychopathologischen Befundes geführt. Für diese Einschätzung wurden auch Angaben einer Bezugsperson des jeweils behandelnden Teams verwendet.

Datenauswertung

Fehlende Angaben wurden mit der person mean imputation (Shrive et al. 2006) ersetzt. Für die person mean imputation wurde der Mittelwert des Probanden bei der betreffenden Skala anhand der vorhandenen Angaben berechnet und dieser in die Felder mit fehlenden Angaben eingetragen. Die Auswertung von Gruppenunterschieden erfolgte mittels t-Tests und Varianzanalyse. Waren die Voraussetzung für diese Verfahren nicht gegeben, wurden Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-Test verwendet. Als bivariates Zusammenhangsmaß zwischen Variablen wurde Spearman's rho berechnet. Zur Identifizierung möglicher Prädiktoren für das erlebte Ausmaß an Zwang bezüglich der Medikamenteneinnahme wurden lineare Regressionsmodelle aufgestellt.

Durchführung

Es konnten mit 56 Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug und mit 91 Patientinnen und Patienten in der Allgemeinpsychiatrie Interviews durchgeführt werden.

Ergebnisse

Ergebnisse für den Maßregelvollzug

Von 133 Patientinnen und Patienten erfüllten 112 die Einschlusskriterien, davon willigten 56 (50 %) in die Teilnahme an der Studie ein. Um die Repräsentativität der Stichprobe einzuschätzen, wurden die 56 Teilnehmenden und die 77 Nichtteilnehmenden hinsichtlich soziodemografischer Merkmale und hinsichtlich Krankheitsmerkmale verglichen. Es zeigte sich nur ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Migrationshintergrunds ($p < 0,05$). Von den Teilnehmenden hatten 22 (39 %) einen Migrationshintergrund, bei den Nichtteilnehmenden waren es 42 (55 %). Kein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden zeigte sich insbesondere beim Anteil von Patientinnen und Patienten, die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren.

Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmenden im Maßregelvollzug finden sich in Tabelle 1

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden aus dem Maßregelvollzug

| | | |
|--|---|-------------|
| Geschlecht | Frauen | 7 (12,5 %) |
| | Männer | 49 (87,5 %) |
| Familienstand | alleinstehend | 43 (76,8 %) |
| | verheiratet/Partnerschaft | 4 (7,1 %) |
| | verwitwet/geschieden | 9 (16,1 %) |
| Migrationshintergrund | ja | 34 (60,7 %) |
| | nein | 22 (39,3 %) |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | ja | 21 (38,2 %) |
| | nein | 34 (61,8 %) |
| Erstaufnahme in Maßregelvollzug | ja | 48 (85,7 %) |
| | nein | 9 (14,3 %) |
| Voraufenthalte in in Allgemeinpsychiatrie (ohne Sucht) | ja | 51 (96,4 %) |
| | nein | 2 (3,6 %) |
| Hauptdelikt | Tötungsdelikt | 4 (7,1 %) |
| | versuchtes Tötungsdelikt | 16 (28,6 %) |
| | Körperverletzungsdelikt / Gewaltdelikt | 28 (50,0 %) |
| | Sexualdelikt | 2 (3,6 %) |
| | Sonstige | 6 (10,7 %) |
| Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD-10 | F20 | 47 (83,9 %) |
| | F25 | 1 (1,8 %) |
| | F31 | 8 (14,3 %) |
| Mindestens eine Zwangsmaßnahme in der Vorgeschichte (bis zum Interview) | ja | 39 (69,6 %) |
| | nein | 17 (30,4 %) |

In den ersten vier Wochen der Unterbringung in der forensischen Klinik waren bei 25 Befragten (45 %) Zwangsmaßnahmen angewendet worden, in den letzten vier Wochen vor der Befragung bei 2 (4 %). Während des gesamten Zeitraums der forensischen Unterbringung waren bei 39 Probanden (70 %) Zwangsmaßnahmen angewendet worden.

Der aAES-Score in Bezug auf die ersten vier Wochen der forensischen Unterbringung betrug 8,9 (SD = 5,6), in Bezug auf die letzten vier Wochen vor der Befragung 6,5 (SD = 5,2). Der Mittelwert der VAS_Medikation betrug 4,8 (SD=3,6), der am häufigsten angegebene Wert (21% der Teilnehmenden) war 0. Der Mittelwert der VAS_Aufenthalt lag bei 5,8 (SD = 3,1), der am häufigsten angegeben Wert (23 % der Teilnehmenden) war 5. Der Mittelwert des DAI lag

bei 3,3 (SD = 6,0), der Mittelwert des FKE betrug 35,4 (SD = 8,6) und der Mittelwert der PANSS war 44,4 (SD = 10,9).

Zwischen dem aAES Summenscore bezogen auf die letzten vier Wochen vor Interview und FKE-10, DAI-10, PANSS, VAS_Medikation und VAS_Aufenthalt wurden bivariate Korrelationen (Spearman's rho) berechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Korrelationen mit subjektiv erlebtem Zwang (Spearman's rho) für den Maßregelvollzug

| | Subjektiv erlebter Zwang bei angeordneter Medikamenteneinnahme (letzte vier Wochen) (aAES) |
|---|---|
| Krankheitseinsicht (FKE-10) | -0,57* |
| Einstellung zur Medikation (DAI-10) | -0,65* |
| psychopathologische Symptome (PANSS) | 0,39** |
| VAS_Medikation | 0,68* |
| VAS_Aufenthalt | 0,43** |

* p < 0,05, ** p < 0,01

Um Prädiktoren für das Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) zu identifizieren, wurde ein lineares Regressionsmodell aufgestellt. Zielgröße war der aAES-Score bezogen auf die letzten vier Wochen des Aufenthalts. Als mögliche Prädiktoren gingen diejenigen Variablen mit ein, die in der bivariaten Analyse einen signifikanten Zusammenhang mit dem aAES Summenscore aufgewiesen hatten. Dies waren DAI-10 (Einstellung zu Medikamenten), FKE-10 (Krankheitseinsicht) und PANSS (Symptomschwere). Zwischen dem Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs und soziodemografischen Daten war kein Zusammenhang festgestellt worden. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse.

Tabelle 3: Regressionsmodell für das Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) im Maßregelvollzug

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient (standardisiertes Beta) |
|---|---|
| Krankheitseinsicht (FKE-10) | -0,24 |
| Einstellung zur Medikation (DAI-10) | -0,55 |
| Psychopathologische Symptome (BPRS-24) | -0,06 |
| R² = 0,56* | |

* p < 0,05

Ergebnisse für die Allgemeinpsychiatrie

Von 91 Teilnehmenden waren 35 (38,5 %) Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 38,9 Jahren (SD 13,0). Tabelle 4 zeigt die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmenden.

Tabelle 4: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden aus der Allgemeinpsychiatrie

| | | |
|--|----------------------------------|-------------|
| Geschlecht | Frauen | 35 (38,5 %) |
| | Männer | 56 (61,5 %) |
| Familienstand | alleinstehend | 66 (72,5 %) |
| | verheiratet/Partnerschaft | 14 (15,5 %) |
| | verwitwet/geschieden | 10 (11,0 %) |
| | unbekannt | 1 (1,1 %) |
| Migrationshintergrund | ja | 26 (28,6 %) |
| | nein | 63 (69,2 %) |
| | unbekannt | 2 (2,2 %) |
| Deutsch als Muttersprache | ja | 71 (78,0 %) |
| | nein | 12 (13,2 %) |
| | unbekannt | 8 (8,8 %) |
| Wohnform | selbständige Wohnform | 61 (67,0 %) |
| | betreute Wohnform | 21 (23,1 %) |
| | obdachlos | 5 (5,5 %) |
| | unbekannt | 4 (4,4 %) |
| Abgeschlossene Berufsausbildung | ja | 51 (56 %) |
| | nein | 32 (35,2 %) |
| | unbekannt | 8 (8,8 %) |
| Anzahl vorangegangener stationärer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte | kein | 12 (13,2 %) |
| | ein | 9 (9,9 %) |
| | 2 bis 5 | 34 (37,4 %) |
| | mehr als 5 | 31 (34,4 %) |
| | unbekannt | 5 (5,5 %) |
| Freiwilliger Klinikaufenthalt | ja | 55 (60,4 %) |
| | nein | 36 (39,6 %) |
| Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD-10 | F20 | 71 (78,0 %) |
| | F25 | 12 (13,2 %) |
| | F31 | 8 (8,8 %) |
| Mindestens eine Zwangsmaßnahme in der Vorgeschichte (bis zum Interview) | ja | 29 (31,9 %) |
| | nein | 62 (68,2 %) |

Freiwillig behandelte Teilnehmende unterschieden sich in Bezug auf soziodemographische oder klinische Merkmale nicht signifikant von nicht freiwillig behandelten Teilnehmenden. Signifikante Unterschiede zwischen nicht freiwillig und freiwillig behandelten Teilnehmenden wurden bei der Krankheitseinsicht (FKE-10), der Einstellung zu Medikamenten und der Behandlungsbedürftigkeit (DAI-10) festgestellt, nicht aber bei psychopathologischen Symptomen (BPRS-24) (Tabelle 5). Der subjektiv erlebte Zwang bei der Einnahme von verschriebenen antipsychotischen Medikamenten (aAES) war bei nicht freiwillig behandelten Teilnehmenden signifikant höher (Tabelle 5).

Tabelle 5: Unterschiede zwischen freiwillig und unfreiwillig behandelten Teilnehmenden

| | Teilnehmende | |
|--|--|--|
| | unfreiwillig behandelt n = 36 Mittelwert (SD) | freiwillig behandelt n = 55 Mittelwert (SD) |
| Subjektiv erlebter Zwang bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) | 11,5 (5,2) | 6,5*** (4,9) |
| Selbsteinschätzung in Bezug auf Krankheitsbild und Behandlungsbedürftigkeit mit Medikamenten (FKE-10) | 23,8 (9,7) | 36,7*** (8,8) |
| Einstellung psychotischer Patientinnen und Patienten zu ihrer Krankheit und zur antipsychotischen Medikation (DAI-10) | -2,6 (5,0) | 0,71** (5,4) |
| Psychopathologische Symptomatik (BPRS-24) | 62,1 (18,0) | 50,9** (14,9) |

** p < 0,01, *** p < 0,001; MWU-Test

Alter, Geschlecht, psychiatrische Hauptdiagnose und die Anzahl früherer psychiatrischer Krankenhausaufenthalte waren nicht signifikant mit wahrgenommenem Zwang bezüglich der Medikamenteneinnahme (aAES) korreliert. Auch Familienstand, Migrationshintergrund, Sprache, Wohnform und berufliche Qualifikation zeigten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem wahrgenommenen Zwang (aAES).

Die Krankheitseinsicht (FKE-10), die Einstellung zur Medikation (DAI-10) und psychopathologische Symptome (BPRS-24) zeigten einen Zusammenhang mit dem Ausmaß des wahrgenommenen Zwangs (aAES) (Tabelle 6). Teilnehmende, die in ihrem Leben mindestens eine Zwangsmaßnahme erlebt hatten, zeigten einen höheren wahrgenommenen Zwang (aAES) als Teilnehmer, die nie Zwangsmaßnahmen erlebt hatten (Mittelwerte (Standardabweichung): 11,0, (5,6) vs. 7,2, (5,2); p < 0,05).

Tabelle 6: Korrelationen mit subjektiv erlebtem Zwang (Spearman's rho) in der Allgemeinpsychiatrie

| | Subjektiv erlebter Zwang bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) |
|---|--|
| Krankheitseinsicht (FKE-10) | -0,65** |
| Einstellung zur Medikation (DAI-10) | -0,71** |
| psychopathologische Symptome (BPRS-24) | 0,26* |

* p < 0,05, ** p < 0,01

Es wurde ein lineares Regressionsmodell mit dem Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) als Zielgröße und Krankheitseinsicht (FKE-10), Einstellung zur Medikation (DAI-10), Ausmaß psychopathologischer Symptome (BPRS-24), mindestens eine Zwangsmaßnahme in der Vorgeschichte (Lebenszeit) (ja/nein) und unfreiwilliger Krankenhausaufenthalt (ja/nein) als unabhängige Variablen gerechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Regressionsmodell für das Ausmaß subjektiv erlebten Zwangs bei angeordneter Medikamenteneinnahme (aAES) in der Allgemeinpsychiatrie

| Unabhängige Variable | Regressionskoeffizient (standardisiertes Beta) |
|--|---|
| Krankheitseinsicht (FKE-10) | -0.38*** |
| Einstellung zur Medikation (DAI-10) | -0.48*** |
| Psychopathologische Symptome (BPRS-24) | -0.03 n.s. |
| Mindestens eine Zwangsmaßnahme in der Vorgeschichte (bis zum Interview) (ja/nein) | 0.25** |
| Unfreiwilliger Krankenhausaufenthalt (ja/nein) | 0.04 n.s. |
| Adjustiertes R² = 0,71 | |

** p < 0,01, *** p < 0,001, n.s.: nicht signifikant

Gesamtbeurteilung

Von den insgesamt 112 in Frage kommenden Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug gaben 50% ihre schriftliche Einwilligung. Angesichts der Tatsache, dass die Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen in der forensischen Psychiatrie behandelt werden und eine schwer zugängliche Population bilden, ist dies eine akzeptable Teilnahmequote.

Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung ist diese Stichprobe repräsentativ für die Patientinnen und Patienten in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg (Frauenanteil 12,5% in der Studie gegenüber 8% in forensisch-psychiatrischen Einrichtungen in Baden-Württemberg allgemein; Durchschnittsalter 39 Jahre vs. 35 Jahre) (Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, 2012).

In der Allgemeinpsychiatrie konnten 91 Teilnehmende rekrutiert werden. Die Repräsentativität der Stichprobe aus der Allgemeinpsychiatrie kann durch einen Vergleich mit der Patientenpopulation des Klinikverbundes, in dem die Rekrutierung stattfand, beurteilt werden. In den Jahren 2017 bis 2019 lag das Durchschnittsalter von Patientinnen und Patienten mit einer ICD-10 Hauptdiagnose F20, F25 oder F31 bei 43,9 Jahren (SD = 12,4), der Frauenanteil lag bei 42,5 %. Mit einem Durchschnittsalter von 38,9 Jahren (SD = 13,0) und einem Frauenanteil von 38,5 % kann die Stichprobe aus der Allgemeinpsychiatrie zumindest als hinreichend repräsentativ für die Klinikpopulation betrachtet werden.

Um den durch die Medikamenteneinnahme erlebten Zwang zu erfassen, wurde der MacArthur Admission Experience Survey für die Zwecke dieser Studie angepasst (aAES). Zur Einschätzung der Validität des adaptierten Fragebogens wurde zusätzlich eine visuelle Analogskala zum Zwang durch die Medikamenteneinnahme (VAS_Medikation) verwendet. Die Korrelation der Ergebnisse beider Skalen diente der ersten Validierung des aAES. Aufgrund der hohen Korrelation von aAES und VAS_Medikation ist davon auszugehen, dass der aAES tatsächlich geeignet ist, das Erleben von Zwang bei der Medikamenteneinnahme zu erfassen.

Wie stark sich die Teilnehmenden zur Einnahme der verschriebenen antipsychotischen Medikamente genötigt fühlten, hing hauptsächlich von ihrer Einsicht in die Krankheit und ihrer Einstellung zur Medikation ab. Die Schwere der Symptome zeigte hingegen nur einen schwachen Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Zwang.

Der Prozentsatz der durch diese drei Variablen erklärten Varianz war mit 57% wesentlich höher als normalerweise bei multivariaten Analysen zu psychologischen oder soziologischen Fragen. Es ist zu prüfen, ob dieses Phänomen auf überlappende Konstrukte zurückzuführen ist. Die Fragebögen zur Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft und zur Einstellung zur Medikation beinhalten jedoch den Aspekt des Zwangs nicht. Daher liegt eher der Schluss nahe, dass die in manchen Fällen überdauernd fehlende Einsicht auch der plausible psychologische Grund für die überdauernde Ablehnung und das dementsprechend ausgeprägte Erleben von Zwang ist. In anderen Fällen scheint sich dagegen die Krankheits- und Behandlungseinsicht im Verlauf der Behandlung grundlegend zu ändern mit der Folge, dass die Medikamenteneinnahme auch nicht mehr als Zwang erlebt wird.

Die Annahme, fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie das Erleben von Zwang seien quasi ein Symptom der Erkrankung und besserten sich zwangsläufig mit der erfolgreichen Behandlung, ist nach diesen Ergebnissen so nicht zutreffend. Die genannten Einstellungen scheinen vielmehr von der Krankheitsausprägung relativ unabhängige Dimensionen zu sein.

In der Allgemeinpsychiatrie wiesen untergebrachte Teilnehmende einen größeren subjektiv erlebten Zwang bei angeordneter Medikamenteneinnahme auf als nicht untergebrachte Teilnehmende. Die Prädiktoren für ein höheres Maß an wahrgenommenem Zwang waren geringere Krankheitseinsicht, eine negative Einstellung zu antipsychotischen Medikamenten und die Erfahrung von mindestens einer Zwangsmaßnahme in der Vorgeschichte. Es wurde kein Zusammenhang zwischen subjektiv erlebtem Zwang bei angeordneter Medikamenteneinnahme und soziodemographischen Variablen, psychiatrischer Diagnose und der Schwere der Symptome gefunden. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen der forensischen Psychiatrie überein. Es ist bemerkenswert, dass zwei unabhängig durchgeführte Untersuchungen in bezüglich der Rechtsgrundlage der Behandlung sehr unterschiedlichen Populationen zu nahezu identischen Ergebnissen geführt haben. Dies spricht für die Validität dieser Ergebnisse. Die Folgen für das Konstrukt der „mangelnden Behandlungseinsicht“, das in der Psychiatrie gängig ist und auch Eingang in die Rechtsvorschriften gefunden hat, sind

erheblich. Die Annahme, es handle sich um ein bloßes Krankheitssymptom, das mit einer (notfalls auch mit Zwang durchgesetzten) angemessenen Behandlung ohnehin wieder verschwinden werde, ist nicht haltbar. Wenn es sich um überdauernde, persönlichkeitsnahe Einstellungen handelt, gebieten diese größeren Respekt im Hinblick auf die zwangsweise Überwindung des natürlichen Patientenwillens als bei einem reinen Epiphänomen einer Erkrankung. Diesen Überlegungen haben das Bundesverfassungsgericht und nachfolgend der Gesetzgeber aber bereits Rechnung getragen mit der Erhöhung der Anforderungen an die Genehmigungsfähigkeit einer Zwangsbehandlung. Die Ergebnisse dieser Studie liefern dafür zusätzliche empirische Evidenz.

Die Studien weisen einige methodische Einschränkungen auf. Zunächst handelt es sich um Querschnittsstudien, die Aussagen über Kausalbeziehungen im Allgemeinen kaum erlauben. Lediglich Aussagen über Zusammenhänge sind bei diesem Studiendesign valide möglich. Prospektive Beobachtungsstudien zur Aufdeckung von Kausalzusammenhängen wären in Anbetracht des notwendigen Zeitrahmens und des zum Zeitpunkt der Studienplanung nicht realisierbaren Aufwands jedoch nicht praktikabel gewesen. Ferner ist zu beachten, dass die Stichprobengrößen eher gering sind. Die vorliegenden Studien wurden in zwei forensisch-psychiatrischen Kliniken und einer allgemeinpsychiatrischen Klinik in Süddeutschland durchgeführt. Inwieweit sich die Ergebnisse der Studie, z.B. aufgrund rechtlicher Unterschiede, auf Patientenpopulationen in anderen Bundesländern übertragen lassen, müsste durch eine Wiederholung der Studie in weiteren Einrichtungen evaluiert werden.

Die Teilnehmenden wurden retrospektiv hinsichtlich des subjektiv wahrgenommenen Zwangs in Bezug auf die verordnete antipsychotische Medikation befragt. Dazu wurde ein bereits validiertes Instrument, das MacArthurAdmissionExperienceSurvey (AES), an die Bedürfnisse der Studien angepasst. Die veränderte Version der AES bedarf jedoch noch der eigenständigen psychometrischen Validierung.

Betrachtet man die Symptomskalen PANSS und BPRS, zeigt sich, dass keine akut sehr schwer kranken Patientinnen und Patienten an den Studien teilgenommen haben. In den vorliegenden Studien mussten sich die Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum konzentrieren, Fragen verstehen, sich eine Meinung bilden und Antworten formulieren können. Diese Fähigkeiten können bei Personen mit schwerer psychischer Symptomatik so beeinträchtigt sein, dass eine Studienteilnahme nicht möglich ist.

Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Patientinnen und Patienten, die mit ihrer Behandlung besonders unzufrieden waren und einen besonders hohen Grad von Zwang verspürten, nicht zur Teilnahme bereit waren. Bei Patientinnen und Patienten, die sich unfreiwillig auf der Station aufhalten und diese so schnell wie möglich verlassen wollen, sind Effekte wie sozial erwünschte Reaktionen nicht auszuschließen.

Schlussfolgerungen

Die Ablehnung von ärztlicherseits für erforderlich gehaltenen Medikamenten bei psychotischen Erkrankungen kann nicht ausschließlich als krankheitsbedingt fehlende Behandlungseinsicht aufgefasst werden, sondern ist auch zumindest teilweise eine davon unabhängige persönliche Einstellung. Diesem Umstand hat der Gesetzgeber bereits mit der deutlichen Anhebung der Schwelle für eine Zwangsbehandlung Rechnung getragen.

Literaturverzeichnis

Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP: Two Scales for Measuring Patients' Perceptions for Coercion During Mental Hospital Admission. *Behav Sci Law* 11: 307–321 (1993) 37

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 13: 261–276 (1987)

Nielsen RE, Lindstrom E, Nielsen J, Levander S: DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol* 22: 747–750 (2012)

Pruß L, Wiedl KH, Dudenborstel L, Waldorf M: Einsicht in zwei Minuten. Vorstellung eines Screenings zur Erfassung von Krankheitseinsicht bei Schizophrenie: FKE-10 (unveröffentlichte Befunde) (2013)

Shrive FM, Stuart H, Quan H, Ghali WA: Dealing with missing data in a multiquestion depression scale: a comparison of imputation methods. *BMC Med Res Methodol* 6: 57 (2006)

Van Beek J, Vuijk PJ, Harte JM, Smit BL, Nijman H, Scherder EJA: The factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale (Expanded Version) in a Sample for forensic psychiatric patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2015; 59 (7): 743-56

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse wurden auf Vorträgen vorgestellt (Beispiele s.u) und teilweise bereits publiziert (s. unter "Publikationen"). Eine weitere Publikation für eine Fachzeitschrift ist in Vorbereitung.

Steinert T, Flammer E, Thilo N, Horvath J. Erfassung des subjektiven Erlebens ärztlicher Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie. Deskriptive Auswertungen und erste Prädiktionsmodelle für subjektiv erlebten Zwang. Vortrag auf der Fachbeiratstagung zu Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem, Gesundheitsministerium Bonn, 26.03.2018

Steinert T. Erfassung des subjektiven Erlebens ärztlicher Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie und der Allgemeinpsychiatrie. Deskriptive Auswertungen und erste Prädiktionsmodelle für subjektiv erlebten Zwang. Symposium Selbstbestimmung und Zwang in Zeiten sozialpolitischer Umbrüche, Rostock, 05.06.2019

Publikationsverzeichnis

Horvath J. (2018): Die Zwangsbehandlung nach der Reform des Maßregelvollzugsrechts in Baden-Württemberg am Beispiel der Betroffenen zweier forensischer Zentren. Open Access Repositorium der Universität Ulm. Dissertation. <http://dx.doi.org/10.18725/OPARU-5495>

Horvath J, Steinert T, Jaeger S. Antipsychotic treatment of psychotic disorders in forensic psychiatry: Patients' perception of coercion and its predictors. *Int J Law Psychiatry*. 2018; 57:113-121. doi:10.1016/j.ijlp.2018.02.004

Teilprojekt 10

Systematische Literaturübersichten zu Evidenz-basierten Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen in der klinischen Psychiatrie und zur Reduktion von Zwangseinweisungen

Einleitung

Zwangsmaßnahmen wie Isolierungen und Fixierungen greifen in die Menschenrechte von Patientinnen und Patienten ein und können schwerwiegende negative Auswirkungen haben, die von einem emotionalen Trauma bis hin zu körperlichen Verletzungen und sogar zum Tod führen können. Gleichzeitig können sie die einzige Möglichkeit sein, eine akute Gefahr für den Patienten und/oder das Krankenhauspersonal abzuwenden. In den letzten Jahren wurden viele Studien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen durchgeführt. Zur Beantwortung der Frage, welche Interventionen geeignet sind, mechanische Zwangsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie zu reduzieren, wurde ein systematisches Review durchgeführt.

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Operationalisierung der Ziele

Die Erstellung des Suchstrings erfolgte aus der formulierten Fragestellung und den vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien mit Hilfe des PICO-Schemas, wobei PICO für vier eine Studie beschreibende Kriterien, Person, Intervention, Comparison (Vergleichsgruppe) und Outcome, steht. Für dieses Review wurde sowohl mit Stich- als auch mit Schlagworten gesucht. Diese wurden zur Konstruktion des Suchterms mit den Booleschen Operatoren AND (und) und OR (oder) miteinander verknüpft. Die zu untersuchende Vergleichsintervention C wurde bei diesem Review nicht extra abgebildet, da mit wenigen kontrollierten Studien mit Vergleichsinterventionen gerechnet wurde.

Nach Möglichkeit wurde jedes Kriterium mit einem oder mehreren Stichwörtern umschrieben. Diese Stichwörter waren in englischer Sprache, da die verwendeten Datenbanken vornehmlich englischsprachige Literatur bzw. Literatur, bei welcher zumindest Titel und Zusammenfassung („Abstract“) auf Englisch erschienen sind, enthalten. Die Stichwörter wurden trunkiert, um auch ähnliche Wörter finden zu können.

Die Tabelle 1 zeigt die Stich- und Schlagwörter, welche zur Suche verwendet wurden, nach dem PICO-Schema geordnet. 12

Tabelle 1: (Verkürztes) PICO-Schema. PICO steht für Person, Intervention, Comparison und Outcome (Person, Intervention, Vergleichsintervention und Endpunkt) und ermöglicht eine systematische, reproduzierbare Suche mit guter Sensitivität und Spezifität. Die Tabelle enthält trunkeierte Stichwörter, mit denen Titel und Zusammenfassung der Artikel in den Datenbanken durchsucht wurden, sowie Schlagwörter, mit denen der Thesaurus von Medline, die Medical Subject Headings, durchsucht wurde.

| P | I | O |
|---|-------------------------|----------------------------|
| mental* | Reduc* | Restrain* |
| psychiatr* | Eliminat* | Seclu* |
| schizo* | Prevent* | Coerci* |
| autis* | Human right* | containment |
| delir* | Crisis intervention | |
| dement* | De-escalat* | |
| intellect* | | |
| brain injur* | | |
| bipolar | | |
| Affective psychosis, bipolar [MeSH Terms] | Human Rights [MeSH] | Restraint, physical [MeSH] |
| Behavior disorder, disruptive [MeSH Terms] | Patient Advocacy [MeSH] | Coercion [MeSH] |
| Impulse control disorders [MeSH Terms] | | |
| mood disorders [MeSH Terms] | | |
| Neurocognitive disorders [MeSH Terms] | | |
| Neurodevelopmental disorders [MeSH Terms] | | |
| Personality disorders [MeSH Terms] | | |
| Paranoid Disorders [MeSH Terms] | | |
| Psychotic Disorders [MeSH Term] | | |
| Schizophrenia [MeSH Term] | | |
| Post traumatic stress disorder [MeSH Terms] | | |

Datenerhebung und Datenauswertung

Eingeschlossen wurden alle Studien, welche Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen als Sicherungsmaßnahmen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung untersuchten. Nicht eingeschlossen wurden Studien, die sich mit der Häufigkeit von Zwangseinweisungen oder Zwangsbehandlungen beschäftigen. Grundsätzlich wurden alle Studientypen außer Einzelfallberichte eingeschlossen.

Durchführung

Die Datenbankrecherche ergab 2915 Treffer. Nach Entfernung der Dubletten verblieben 2578 Artikel. Davon wurden nach Durchsicht der Titel und Zusammenfassungen 2242 Artikel ausgeschlossen. Die verbliebenen 336 Artikel wurden vollständig durchgelesen und davon letztlich 71 Artikel in das Review zur qualitativen Synthese eingeschlossen. Die Suche in den Referenzlisten der Reviews ergab weitere 14 Artikel, die eingeschlossen wurden, sodass insgesamt 85 Artikel eingeschlossen wurden. Die eingeschlossenen Artikel beschreiben 78 unterschiedliche Studien. Von den 85 Artikeln erschienen zwei im Jahre 1989, zehn in den Jahren 1991-2000, 43 in den Jahren 2001-2010 und bereits 30 seit 2011 bis zum Suchdatum im September 2016. Die meisten Studien stammten aus den USA (34 Studien) und Australien (10 Studien). Insgesamt wurden nur vier Studien aus Deutschland identifiziert.

Ergebnisse

Studienqualität

Insgesamt war die Qualität der eingeschlossenen Studien niedrig. Von den 78 eingeschlossenen Studien hatten nur zwölf eine Kontrollgruppe. Davon waren wiederum nur vier Studien randomisiert (Abderhalden et al. 2008, Øhlenschläger et al. 2008, Putkonen et al. 2013, van de Sande et al. 2011).

Nur in 25 der eingeschlossenen Studien wurde die Anzahl der Patienten berichtet, die im Laufe der Studie behandelt worden waren. In den anderen Studien wurden entweder Maßzahlen wie behandelte Fälle, Aufnahmen oder Patiententage (19 Studien) berichtet, oder es gab nur ungenaue Informationen ohne weitere Spezifikationen, wie beispielsweise alle Patienten eines Jahres. In acht Studien wurde nur berichtet, wie groß die Klinik war oder wie viele Betten/Behandlungsplätze vorgehalten wurden, ohne auf die Belegung einzugehen. 21 Artikel ließen gar keine Schlüsse auf die Größe der Studie zu.

Behandlungssetting

36 der Studien wurden in akutpsychiatrischen Behandlungssettings, 28 in gemischten Settings oder psychiatrischen Kliniken mit unterschiedlichen Abteilungen durchgeführt. Weitere drei Studien kamen aus forensischen Stationen und zwei aus speziellen Therapiestationen. Fünf Studien stammten aus längerfristigen Behandlungssettings, die eher den therapeutischen Wohngruppen bzw. Heimen in Deutschland entsprechen. Vier der Studien stammten aus Modellen der integrierten Versorgung.

Studien nach Interventionsart

Es konnten komplexe Behandlungsprogramme mit mehreren Interventionen von einfachen Interventionen unterschieden werden. Insgesamt wurden 35 Studien mit einer einfachen, klar umrissenen Intervention identifiziert. Weitere neun Studien beschrieben Änderungen der geltenden Regeln oder Gesetze, eine davon die Transformation eines politischen Systems (Kostecka u. Zardecka 1999). Insgesamt wurden bei der Untersuchung der einzelnen Interventionen, die in den Studien beschrieben wurden, acht Kategorien von Interventionen identifiziert:

- Mitarbeitertrainings, -schulungen und Supervision,
- organisatorische Interventionen,
- Risikovorhersage und frühe Interventionen,
- Interventionen, die die physikalische Umwelt betreffen,
- verhaltenstherapeutische und traumatherapeutische Nachbesprechungen (Debriefings),
- psychotherapeutische Programme und individuelle Behandlungsplanung,
- Gesetzes- oder Regeländerungen,
- Voraussetzungen.

Reduktion von Zwangsmaßnahmen

Insgesamt konnten in 64 der 78 Studien Zwangsmaßnahmen reduziert werden. In 14 Studien konnte keine Reduktion erreicht werden. In 46 Studien konnte die Anzahl der Zwangsmaßnahmenepisoden reduziert werden, in 25 Studien die kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen, in 11 die durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme und in 16 Studien die Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten. Die Anzahl Studien, in denen die Zielgrößen gemessen wurden finden sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Anzahl Studien, in denen die Zielgrößen gemessen wurden

| | Anzahl der Zwangsmaßnahmenepisoden | kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen | Durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme | Anzahl der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten |
|--|---|---|---|---|
| Anzahl Studien mit wirksamer Reduktion | 46 | 25 | 11 | 16 |
| Anzahl Studien mit nicht wirksamen Reduktion | 15 | 8 | 12 | 9 |
| Anzahl Studien, die Zielgröße nicht untersuchten | 17 | 45 | 55 | 53 |
| Anteil Studien mit wirksamer Reduktion an Studien, die Zielgröße untersuchten | 75,4 % | 75,8 % | 47,8 % | 64,0 % |
| Gesamtzahl der Studien | 78 | 78 | 78 | 78 |

Organisatorische und institutionelle Interventionen

Auf organisatorischer Ebene ergaben sich Hinweise auf die Wirksamkeit von Instrumenten der Qualitätssicherung wie Benchmarking zum Vergleich verschiedener Kliniken (Steinert et al. 2015). Auch die Reduktion der Stationsgröße (O'Malley et al. 2007) sowie eine bessere Personalausstattung (Donat et al. 2002a) ging in Beobachtungsstudien mit einer Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen einher. Für die Öffnung von Stationstüren ergaben sich in Beobachtungsstudien bisher widersprüchliche Ergebnisse (Jungfer et al. 2014, Cibis et al. 2017).

Fort- und Weiterbildungsprogramme

Neben einer ausreichenden quantitativen Personalausstattung ist auch die regelmäßige Schulung des Personals bzgl. Deeskalationstechniken, freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

und Selbstschutz wichtig (s. Kapitel 11). Aus Studien liegen unterschiedliche Ergebnisse zur Wirksamkeit solcher Trainings vor. Als günstig hat sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie ein Programm erwiesen, bei dem sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Fertigkeiten vermittelt werden (Phillips und Rudestam 1995). Wichtig scheint, dass Trainingsprogramme die Mitarbeitenden sensibilisieren, das Risikobewusstsein und die Kommunikation im Team stärken und alternative Maßnahmen zu Fixierung und Isolierung vermitteln (Jones et al. 1997, Richmond et al. 1996, Forster et al. 1999, Stead et al. 2009). Reine Deeskalationstrainings oder Fixierungsübungen konnten freiheitsbeschränkende Maßnahmen hingegen nicht signifikant reduzieren (Laker et al. 2010). Spezielle Teams aus besonders geschulten Mitarbeitenden, die in Krisensituationen hinzugezogen werden können, haben sich in Beobachtungsstudien (Ketelsen et al. 2007, Godfrey et al. 2014) und in einer kontrollierten Studie (Moore et al. 2010) bewährt. Externe Fachkräfte, die im Rahmen einer Supervision das Behandlungsteam beraten, konnten zwar in einer kontrollierten Studie die Häufigkeit von Konflikten auf Station reduzieren, nicht aber die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Bowers et al. 2006 und 2008). Nachdem sich in einer Beobachtungsstudie Hinweise darauf ergeben hatten, dass Pflegende, die empathischer gegenüber den psychisch erkrankten Menschen sind, seltener freiheitsbeschränkende Maßnahmen einleiten, wurde versucht, freiheitsbeschränkende Maßnahmen mittels Empathietrainings weiter zu reduzieren, was aber nicht gelang (Yang et al. 2014).

Gestaltung psychiatrischer Stationen

Auf den Stationen selbst konnten freiheitsbeschränkende Maßnahmen durch bestimmte architektonische Elemente, insbesondere ausreichend Licht (Olver et al. 2009), ausreichende Privatsphäre für die Patientinnen und Patienten und eine wohnliche Ausstattung, welche weniger krankenhauses- oder gar gefängnistypisch wahrgenommen wird (Rohe et al. 2017), in zwei Beobachtungsstudien reduziert werden.

Ebenfalls empfehlenswert ist hier das Angebot spezieller Räume ("Sensory Rooms") mit der Möglichkeit für agitierte psychisch erkrankte Menschen, sich freiwillig Stress oder Reizüberflutung zu entziehen und stattdessen aktiv positiven Reizen (schwere Decken, Aromaöle, Musik) ausgesetzt, sog. Sensory Modulation. Dies war in zwei kontrollierten Studien wirksam, zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wirksam (Teitelbaum et al. 2007 aus Israel, Llyod et al. 2014 aus Australien). Im Gegensatz zu den Studien, in denen Sensory Modulation weniger wirksam war, wurden psychisch erkrankte Menschen in diesen Studien explizit von geschultem Pflegepersonal oder Ergotherapeutinnen und -therapeuten zur Nutzung des Sensory Rooms angeleitet bzw. sogar währenddessen über Mikrofon/Gegensprechanlage begleitet. Bei einer weiteren kontrollierten Studie zeigten sich diese positiven Ergebnisse nur, wenn Patienten mit besonders vielen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen aus der Analyse ausgeschlossen wurden (Cummings et al. 2010). Interessanterweise zeigten zwei weitere Studien mit Prä-post-Vergleichen keine positiven Ergebnisse (Novak et al. 2012, Smith et al. 2014). In einer dieser Studien ergaben sich nach Einführung des Sensory Rooms sogar mehr Isolierungen, wobei es sich wieder vor allem um wiederholte Isolierungen einiger besonders schwieriger Patientinnen und Patienten handelte. Ein einzelner Patient war alleine zwölfmal isoliert (32,4 % der Isolierungen). Die Anzahl der isolierten psychisch erkrankten Menschen hatte sich jedoch reduziert (Smith et al. 2014). Bei der zweiten Studie ist zu erwähnen, dass hier hauptsächlich Frauen den Sensory Room aufsuchten, was die Autoren zu der Vermutung veranlasste, dass dieser Raum Männern evtl.

zu wenig angeboten wurde und stattdessen eher früh Isolierungen durchgeführt wurden (Novak et al. 2012).

Psychotherapeutische Angebote

Des Weiteren haben sich verhaltenstherapeutische Programme zum Umgang mit aggressivem Verhalten bewährt (Corrigan et al. 1995, Goodness und Renfro 2002, Lykke et al. 2008). In einer Interventionsstudie, in welcher Mitarbeitende in verhaltenstherapeutischen Programmen (Token Economy und Soziales Kompetenztraining) geschult wurden, konnte die Einstellung der Mitarbeitenden zu Verhaltenstherapie in psychiatrischen Settings verbessert werden. Die Intervention führte dazu, dass mehr Mitarbeitende und psychisch erkrankte Menschen sich an derartigen Programmen beteiligten und dass es zu weniger aggressiven Übergriffen und Fixierungen auf der Station kam. Diese Studie wurde allerdings auf einer Rehabilitationsstation für Menschen mit Schizophrenie und bipolarer Störung durchgeführt und nicht auf einer Aufnahmestation mit entsprechend kurzen Aufenthaltszeiten, wie sie heute üblich sind (Corrigan et al. 1995). Ein ähnliches Programm (Verhaltenstherapie, Token Economy, Dangerousness Management Plans) wurde in einer forensischen Klinik durchgeführt. Dort konnte die durchschnittliche Anzahl von Fixierungen pro Patient und die durchschnittliche Dauer, die eine Patientin oder ein Patient in der Fixierung verbrachte, nahezu halbiert werden (Goodness and Renfro 2002). Gleichzeitig gingen Beschwerden von Patientinnen und Patienten in dieser Zeit deutlich zurück. Auf einer Station für Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht in Dänemark konnten Fixierungen signifikant reduziert werden, nachdem die sog. „kognitive Milieuthherapie“ eingeführt wurde. Das Programm besteht aus kognitiver Verhaltenstherapie, sozialem Kompetenztraining, Psychoedukation und verhaltenstherapeutisch orientierten Nachbesprechungen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Situationsanalyse, wie kam es zu der Fixierung, welche internen und externen Stimuli waren relevant). Diese Besprechungen finden in der Patientengruppe statt und werden von geschultem Personal angeleitet. Die Anzahl von Fixierung betroffener Patienten konnte in drei Jahren von 19 auf 3 reduziert werden, die Anzahl stattgehabter Fixierungen von 127 auf 5. Im gleichen Zeitraum konnte auch Zwangsmedikation reduziert werden, die Anzahl der Isolierungen blieb in etwa gleich. Das Risiko, von Fixierung betroffen zu sein reduzierte sich damit durchschnittlich um 50 % pro Jahr, was einer hochsignifikanten Reduktion entsprach. In einer Studie, bei welcher psychisch erkrankte Menschen mit besonders vielen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (mindestens sechs Einzelmaßnahmen oder mindestens 72 Stunden kumulative Dauer) einen verhaltenstherapeutischen Behandlungsplan, der von einem Expertenkomitee erstellt worden war, erhielten, konnten Fixierungen und Isolierungen in den sechs Monaten nach der Einführung solcher Pläne im Vergleich zu den vorangegangenen sechs Monaten um 62 % reduziert werden (Donat 1998). Folgestudien, in welchen schon bei weniger freiheitsbeschränkenden Maßnahmen oder zeitlich früher interveniert wurde, konnten die Maßnahmen noch einmal deutlich reduziert werden (Donat 2002b, Donat 2003).

Aber auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieprogramme waren in zwei Beobachtungsstudien für junge Menschen mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wirksam zur Reduktion von Zwang. Ein Behandlungsprogramm, welches auf die Erstellung von Behandlungsplänen, eine bessere interpersonale Interaktion und die Reduktion von Konflikten auf Station abzielte, konnte die Quoten der von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen psychisch erkrankten Menschen von 43,7 % vor Einführung des Programms auf 2,7 % nach Einführung reduzieren (Gonzalez-Torres et al. 2014). Ein ähnliches Programm mit

Schwerpunkt auf der Beziehungsgestaltung zu Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei welchem diese nur selbst über ihre stationäre Aufnahme entscheiden und im Falle einer Aufnahme sofort unbegrenzt Ausgang erhalten, bei aggressivem oder autoaggressivem Verhalten aber entlassen werden, konnte ebenfalls die Zahl der Fixierungen sowie die Zahl der 1:1-Überwachungen und der Selbstverletzungen signifikant reduzieren. Eingeschlossen wurden allerdings nur 27 Patientinnen und Patienten. Interessant ist, dass weiterhin Fixierungen vorkamen und die Anzahl der Isolierungen nahezu unverändert blieb, obwohl das Programm freiheitsbeschränkende Maßnahmen eigentlich grundsätzlich verbietet (Hoch et al. 2006). Eine Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf dafür ausgelegten Spezialstationen, auf die auch in Krisensituationen direkt aufgenommen werden kann, scheint ebenfalls hilfreich bei der Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Nach Einführung einer solchen Station in einer deutschen psychiatrischen Klinik reduzierten sich die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei allen aufgenommen Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen innerhalb eines Jahres von 120 auf 17 (Steinert et al. 2009).

Oben genannte Studien geben Hinweise darauf, dass sich auch in psychiatrischen Kliniken die konsequente Einführung von psychotherapeutischen Programmen lohnt. Die Erstellung eines individualisierten Behandlungsplans konnte in Beobachtungsstudien freiheitsbeschränkende Maßnahmen reduzieren. Hierfür sind wahrscheinlich verschiedene Mechanismen wie die Stärkung der therapeutischen Beziehung, aber auch das Gefühl der Kontrolle und Kohärenz bei den psychisch erkrankten Menschen verantwortlich. Bei einer kontrollierten Studie, die 678 Menschen (134 erhielten die Intervention, 544 waren in der Kontrollgruppe) einschloss, wurden mittels des sog. „Methodical Work Approach“ gemeinsam mit den psychisch erkrankten Menschen und ihren Familien Behandlungspläne mit expliziten Zielen erstellt und festgehalten, wie diese erreicht werden könnten. Die Pläne wurden regelmäßig überprüft und je nach Stand der Behandlung angepasst. Eingeschlossen wurden Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht einer niederländischen psychiatrischen Intensivstation, die dort wegen gefährlichen Verhaltens und/oder Versagen der übrigen Therapien behandelt wurden. Auf den Interventionsstationen konnte die Anzahl der Isolierungen signifikant von 15/1000 Patiententage auf 3 gesenkt werden. Die Isolierungsdauer sank ebenfalls signifikant von 934 Stunden/1000 Patiententage auf 62. Auf den Kontrollstationen ergaben sich keine signifikanten Änderungen (Boumans et al. 2014 und 2016).

Gesamtbeurteilung

Diesem systematischen Überblick über Arten von Maßnahmen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen liegen 78 internationale Studien zu Grunde. Diese untersuchten Interventionen, die freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Institutionen reduzieren sollten. Aus Studien zu einfachen und komplexen Interventionsprogrammen zur Reduktion von Zwang konnten acht Kategorien von Interventionstypen abgeleitet werden. Diese wurden wiederum in mehrere Subkategorien unterteilt. Die Grenzen zwischen komplexen und einfachen Interventionen war als fließend und die Zuordnung nicht immer eindeutig: Die Einzelintervention Risikovorhersage und frühe Interventionen bestand beispielsweise schon aus zwei Teilen. Zudem wurde diese noch durch ein Mitarbeitertraining begleitet, in welchem sie eingeführt wurde (Needham et al. 2004). Trotzdem lag der Schwerpunkt eindeutig auf der Risikovorhersage.

Auf den ersten Blick einfache Interventionen entfalteten ihre Wirkungen zudem über verschiedene Kanäle. Nachbesprechungen konnten mit Hilfe von Verhaltensanalysen zu einem Lernprozess führen, der Verhalten, das Eskalation begünstigte, in Zukunft auf Seiten der Patientinnen und Patienten und auf Seiten der Mitarbeitenden reduzierte. So verringerte sich die Zahl von Zwangsmaßnahmen. Interessanterweise reduzierten sich Zwangsmaßnahmen auch nach traumatherapeutischem Debriefing (Whitecross et al. 2013). Dies lässt auf weitere unspezifische Wirkungskanäle schließen. Es ist möglich, dass Professionelle schon dann weniger Zwang ausüben, wenn sie wissen, dass sie sich danach gegenüber Patientinnen und Patienten verantworten müssen.

Die meisten Interventionen und mit einer Ausnahme alle komplexen Interventionsprogramme zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen waren wirksam. Das vorliegende Review zeigt, wie die verschiedenen Maßnahmen methodisch untersucht wurden und welche wissenschaftlich gesicherten Aussagen sich bezüglich ihrer Wirksamkeit treffen lassen. Alle komplexen Interventionen, mit Ausnahme der Six-Core-Strategies, eines Modells zur integrierten Versorgung und des Engagement Modells, wurden bisher nur über die Zeit mit Zeitreihen oder Vorher-Nachher-Vergleichen evaluiert. Kontrollierte Studien liegen nicht vor. Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit bleiben daher wegen verschiedener Verzerrungen unsicher (Publikationsbias s. 4.4, Selektionsbias s. 4.5). Welche der einzelnen Komponenten bei komplexen Interventionsprogrammen letztendlich zur Reduktion von Zwang und Gewalt führten, kann ebenfalls nicht mit Sicherheit festgestellt werden, da meist alle Teilinterventionen gemeinsam evaluiert wurden. Den Versuch, dieses Problem zu lösen, wagt die Evaluation des Engagement Modells mit einem multiplen Baselinedesign, bei welchem die verschiedenen Einzelinterventionen Schritt für Schritt in unterschiedlicher Reihenfolge auf verschiedenen Stationen eingeführt wurden (Hardesty et al. 2007). Aber auch hier können Carry-over-Effekte nach der ersten Phase der Studie, ähnlich wie bei einfachen Cross-over-Designs, nicht gänzlich ausgeschlossen werden (Cleophas 1993).

Um Empfehlungen für die Gestaltung solcher Programme in der Praxis geben zu können, muss zudem überprüft werden, wie sich wirksame von unwirksamen Programmen unterscheiden, um Empfehlungen für die Gestaltung solcher Programme in der Praxis geben zu können. Dies war anhand der vorliegenden Studien nicht abschließend möglich, da wenige unwirksame Programme identifiziert wurden. Die Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass Interventionen, die außerhalb bzw. vor dem stationären Aufenthalt ansetzen, wie Vorausverfügungen (Khazaal et al. 2009) und integrierte Versorgungsprogramme (Øhlenschläger et al. 2008) in Studien weniger wirksam sind. Ein Grund dafür könnte sein, dass größere Gruppen von Patientinnen und Patienten untersucht werden, von denen nur wenige auf Station aufgenommen werden. Der Anteil, der gar nicht aufgenommen wird, ist nicht von Zwangsmaßnahmen bedroht. Eine Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen in der kleinen Subpopulation, die aufgenommen wird, ergibt in der größeren Gesamtgruppe keinen signifikanten Effekt. Solche Programme wurden in Studien daher häufig in Hinblick auf andere Endpunkte wie zum Beispiel eine unfreiwillige Aufnahme evaluiert, wofür sie sich systematischen Reviews zufolge auch als wirksam erwiesen haben (de Jong et al. 2016, Nicaise et al. 2013).

Die Ergebnisse dieses systematischen Reviews fanden Eingang in die S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) (2018). Im Wesentlichen basierend auf diesen Ergebnissen, ergänzt um einige weitere in Deutschland als besonders wichtig erachtete Interventionen, wurde das 12-Punkte-Programm für psychiatrische Stationen zur Implementierung der Leitlinie

seitens des Antragstellers konzipiert und vom Vorstand der DGPPN verabschiedet. Es wurde 2019 in einer Pilotstudie hinsichtlich der Machbarkeit getestet. Ab 2020 erfolgt die Überprüfung der Wirksamkeit in einer vom G-BA geförderten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie auf 52 psychiatrischen Stationen. Falls die Wirksamkeit nachgewiesen werden kann, steht erstmals ein umfangreiches, Evidenz- und Konsens-basiertes Instrument zur Verhinderung von Zwang und Gewalt zur Verfügung, das die volle Komplexität verfügbarer Interventionen abbildet und hochgradig adaptierbar ist an die Bedürfnisse und Erfordernisse einzelner Einrichtungen.

Schlussfolgerungen und Fortführung

Die meisten Interventionen und mit einer Ausnahme alle komplexen Interventionsprogramme zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen waren wirksam.

Die hier erstellte Übersichtsarbeit über evidenzbasierte Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern ging in die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) zur Verhinderung von Zwang ein. Die Empfehlungen der DGPPN zur Implementierung der S3-Leitlinie beinhalten auch bereits die Ergebnisse des ZVP-Projekts. Die Wirksamkeit wird derzeit in einer vom G-BA finanzierten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie getestet.

Literaturverzeichnis

Abderhalden, C.; Needham, I.; Dassen, T.; Halfens, R.; Haug, H. J.; Fischer, J. E. (2008): Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 193 (1), S. 44–50. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.045534.

Ala-Aho, S.; Hakko, H.; Saarento, O. (2003): Reduction of involuntary seclusions in a psychiatric ward. In: *Duodecim; laaketieteellinen aikakauskirja* 119 (20), S. 1969–1975.

Ash, David; Suetani, Shuichi; Nair, Jayakrishnan; Halpin, Matthew (2015): Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit - the consumer perspective. In: *Australas Psychiatry* 23 (5), S. 524–527. DOI: 10.1177/1039856215593397.

Belanger, S. (2001): The 'S&R challenge': reducing the use of seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. In: *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality* 23 (1), S. 19–24.

Bell, A.; Gallacher, N. (2016): Succeeding in Sustained Reduction in the use of Restraint using the Improvement Model. In: *BMJ quality improvement reports* 5 (1). DOI: 10.1136/bmjquality.u211050.w4430.

Blair, E. W.; Woolley, S.; Szarek, B. L.; Mucha, T. F.; Dutka, O.; Schwartz, H. I. et al. (2016): Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. In: *The Psychiatric quarterly*. DOI: 10.1007/s11126-016-9428-0.

Blair, M.; Moulton-Adelman, F. (2015): The Engagement Model for reducing seclusion and restraint: 13 years later. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 53 (3), S. 39–45. DOI: 10.3928/02793695-20150211-01.

Murphy, Bennington-Davis (2005): Restraint and seclusion: The model for eliminating their use in healthcare.

Hardesty S; Borckardt JJ; Hanson R; Grubaugh AL; Danielson CK; Madan A et al. (2007): Evaluating initiatives to reduce seclusion and restraint. In: *J Healthc Qual* 29 (4), S. 46–55.

Borckardt, J. J.; Madan, A.; Grubaugh, A. L.; Danielson, C. K.; Pelic, C. G.; Hardesty, S. J. et al. (2011): Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. In: *Psychiatr Serv* 62 (5), S. 477–483. DOI: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0477.

Borckardt, Jeffrey J.; Grubaugh, Anouk L.; Pelic, Christopher G.; Danielson, Carla Kmett; Hardesty, Susan J.; Frueh, B. Christopher (2007): Enhancing patient safety in psychiatric settings. In: *Journal of psychiatric practice* 13 (6), S. 355–361. DOI: 10.1097/01.pra.0000300121.99193.61.

Madan, Alok; Borckardt, Jeffrey J.; Grubaugh, Anouk L.; Danielson, Carla Kmett; McLeod-Bryant, Stephen; Cooney, Harriet et al. (2014): Efforts to reduce seclusion and restraint use in a state psychiatric hospital: a ten-year perspective. In: *Psychiatr Serv* 65 (10), S. 1273–1276. DOI: 10.1176/appi.ps.201300383.

Boumans, Christien E.; Egger, Jos I. M.; Souren, Pierre M.; Hutschemaekers, Giel J. M. (2014): Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. In: *Int J Ment Health Nurs* 23 (2), S. 161–170. DOI: 10.1111/inm.12037.

Bowers L; Brennan G; Flood C; Lipang M; Oladapo P (2006): Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 13 (2), S. 165–172. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2006.00931.x.

Bowers L; Flood C; Brennan G; Allan T (2008): A replication study of the city nurse intervention: reducing conflict and containment on three acute psychiatric wards. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 15 (9), S. 737–742. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01294.x.

Cibis, M. L.; Wackerhagen, C.; Muller, S.; Lang, U. E.; Schmidt, Y.; Heinz, A. (2016): Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward. In: *Psychiatrische Praxis*. DOI: 10.1055/s-0042-105181.

Clarke DE; Brown A; Griffith P (2010): The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 17 (7), S. 614–620. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x.

Cummings, Kathleen S.; Grandfield, Sylvia A.; Coldwell, Craig M. (2010): Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 48 (6), S. 26–30. DOI: 10.3928/02793695-20100303-02.

Donat, D. C. (1998): Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital. In: *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 29 (1), S. 13–19.

Donat, Dennis C. (2002a): Employing Behavioral Methods to Improve the Context of Care in an Public Psychiatric Hospital: Reducing Hospital Reliance on Seclusion/Restraint and Psychotropic PRN Medication. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 9, S. 28–37.

Donat, Dennis C. (2002b): Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 25 (4), S. 413–416.

Donat, Dennis C. (2003): An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. In: *Psychiatr Serv* 54 (8), S. 1119–1123. DOI: 10.1176/appi.ps.54.8.1119.

D'Orio, Barbara M.; Purselle, David; Stevens, Debbie; Garlow, Steven J. (2004): Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. In: *Psychiatr Serv* 55 (5), S. 581–583. DOI: 10.1176/appi.ps.55.5.581.

Espinosa, L.; Harris, B.; Frank, J.; Armstrong-Muth, J.; Brous, E.; Moran, J.; Giorgi-Cipriano, J. (2015): Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: the long and winding road of culture change. In: *Archives of psychiatric nursing* 29 (4), S. 202–207. DOI: 10.1016/j.apnu.2014.08.004.

Fisher, W. A. (2003): Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. In: *Journal of psychiatric practice* 9 (1), S. 7–15.

Fluttert, F. A.; van Meijel, B.; Nijman, H.; Bjorkly, S.; Grypdonck, M. (2010): Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. In: *Journal of clinical nursing* 19 (11-12), S. 1529–1537. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x.

Forster, P. L.; Cavness, C.; Phelps, M. A. (1999): Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. In: *Archives of psychiatric nursing* 13 (5), S. 269–271.

Godfrey, Jenna L.; McGill, Amanda C.; Jones, Nicole Tuomi; Oxley, Stephen L.; Carr, Robyn M. (2014): Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. In: *Psychiatr Serv* 65 (10), S. 1277–1280. DOI: 10.1176/appi.ps.201300247.

Gonzalez-Torres, Miguel Angel; Fernandez-Rivas, Aranzazu; Bustamante, Sonia; Rico-Vilademoros, Fernando; Vivanco, Esther; Martinez, Karmele et al. (2014): Impact of the creation and implementation of a clinical management guideline for personality disorders in

reducing use of mechanical restraints in a psychiatric inpatient unit. In: *The primary care companion for CNS disorders* 16 (6). DOI: 10.4088/PCC.14m01675.

Guzman-Parra, J.; Aguilera, Serrano C.; Garcia-Sanchez, J. A.; Pino-Benitez, I.; Alba-Vallejo, M.; Moreno-Kustner, B.; Mayoral-Cleries, F. (2016): Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. In: *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 22 (3), S. 233–241. DOI: 10.1177/1078390316644767.

Guzman-Parra, Jose; Garcia-Sanchez, Juan A.; Pino-Benitez, Isabel; Alba-Vallejo, Mercedes; Mayoral-Cleries, Fermin (2015): Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. In: *Perspectives in psychiatric care* 51 (4), S. 260–267. DOI: 10.1111/ppc.12090.

Hamilton, Bridget; Love, Anna (2010): Reducing reliance on seclusion in acute psychiatry. In: *Australian nursing journal* (July 1993) 18 (3), S. 43.

Hellerstein, D. J.; Staub, A. B.; Lequesne, E. (2007): Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. In: *Journal of psychiatric practice* 13 (5), S. 308–317. DOI: 10.1097/01.pra.0000290669.10107.ba.

Hoch, Jeffrey S.; O'Reilly, Richard L.; Carscadden, Judith (2006): Relationship management therapy for patients with borderline personality disorder. In: *Psychiatr Serv* 57 (2), S. 179–181. DOI: 10.1176/appi.ps.57.2.179.

Jones, D. W. (1997): Pennsylvania hospital continues to reduce seclusion and restraints. In: *Joint Commission perspectives. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* 17 (2), S. 17.

Jonikas, J. A.; Cook, J. A.; Rosen, C.; Laris, A.; Kim, J. B. (2004): A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. In: *Psychiatr Serv* 55 (7), S. 818–820. DOI: 10.1176/appi.ps.55.7.818.

Jungfer, Hermann-Alexander; Schneeberger, Andres R.; Borgwardt, Stefan; Walter, Marc; Vogel, Marc; Gairing, Stefanie K. et al. (2014): Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. In: *Journal of psychiatric research* 54, S. 94–99. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.03.020.

Keski-Valkama, A.; Sailas, E.; Eronen, M.; Am Koivisto; Lonqvist, J.; Kaltiala-Heino, R. (2007): A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42 (9), S. 747–752. DOI: 10.1007/s00127-007-0219-7.

Khadivi, Ali None; Patel, Raman C.; Atkinson, Angela R.; Levine, Jeffery M. (2004): Association between seclusion and restraint and patient-related violence. In: *Psychiatr Serv* 55 (11), S. 1311–1312. DOI: 10.1176/appi.ps.55.11.1311.

Khazaal, Y.; Chatton, A.; Pasandin, N.; Zullino, D.; Preisig, M. (2009): Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. In: *Patient education and counseling* 74 (1), S. 35–38. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.006.

Laker C; Gray R; Flach C (2010): Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 17 (3), S. 222–228. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01496.x.

Lewis M; Taylor K; Parks J (2009): Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. In: *Issues Ment Health Nurs* 30 (3), S. 159–164. DOI: 10.1080/01612840802694171.

Lorenzo, R. D.; Miani, F.; Formicola, V.; Ferri, P. (2014): Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. In: *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 10, S. 94–102. DOI: 10.2174/1745017901410010094.

Lykke, J.; Austin, S. F.; Morch, M. M. (2008): Cognitive milieu therapy and restraint within dual diagnosis populations. In: *Ugeskrift for laeger* 170 (5), S. 339–343.

MacDonald, A. (1989): Reducing seclusion in a psychiatric hospital. In: *Nursing times* 85 (23), S. 58–59.

Maguire, T.; Young, R.; Martin, T. (2012): Seclusion reduction in a forensic mental health setting. In: *J Psychiatr Ment Health Nurs* 19 (2), S. 97–106. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x.

McCue, R. E.; Urcuyo, L.; Lilo, Y.; Tobias, T.; Chambers, M. J. (2004): Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. In: *The journal of behavioral health services & research* 31 (2), S. 217–224.

Needham, I.; Abderhalden, C.; Meer, R.; Dassen, T.; Haug, H. J.; Halfens, R. J.; Fischer, J. E. (2004): The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 11 (5), S. 595–601. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00767.x.

Noorthoorn, E. O.; Voskes, Y.; Janssen, W. A.; Mulder, C. L.; van de Sande, R.; Nijman, H. L. et al. (2016): Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? In: *Psychiatr Serv*, appips201500414. DOI: 10.1176/appi.ps.201500414.

Novak, T.; Scanlan, J.; McCaul, D.; MacDonald, N.; Clarke, T. (2012): Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. In: *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 20 (5), S. 401–406. DOI: 10.1177/1039856212459585.

Ohlenschlaeger, Johan; Nordentoft, Merete; Thorup, Anne; Jeppesen, Pia; Petersen, Lone; Christensen, Torben O. et al. (2008): Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. In: *International journal of law and psychiatry* 31 (1), S. 72–76. DOI: 10.1016/j.ijlp.2007.11.003.

Olver, James; Love, Mervyn; Daniel, Jeffrey; Norman, Trevor; Nicholls, Daniel (2009): The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. In: *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 17 (3), S. 207–211. DOI: 10.1080/10398560902839473.

Petrakis, M.; Penno, S.; Oxley, J.; Bloom, H.; Castle, D. (2012): Early psychosis treatment in an integrated model within an adult mental health service. In: *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists* 27 (7), S. 483–488. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.03.004.

Phillips, D.; Rudestam, K. E. (1995): Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. In: *Psychiatr Serv* 46 (2), S. 164–168. DOI: 10.1176/ps.46.2.164.

Pollard, R.; Yanasak, E. V.; Rogers, S. A.; Tapp, A. (2007): Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. In: *The Psychiatric quarterly* 78 (1), S. 73–81. DOI: 10.1007/s11126-006-9028-5.

Prescott, David L.; Madden, Lynn M.; Dennis, Marilyn; Tisher, Paul; Wingate, Carrie (2007): Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. In: *The journal of behavioral health services & research* 34 (1), S. 96–105. DOI: 10.1007/s11414-006-9036-0.

Putkonen, A.; Kuivalainen, S.; Louheranta, O.; Repo-Tiihonen, E.; Ryyanen, O. P.; Kautiainen, H.; Tiihonen, J. (2013): Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. In: *Psychiatr Serv* 64 (9), S. 850–855. DOI: 10.1176/appi.ps.201200393.

Richmond I; Trujillo D; Schmelzer J; Phillips S; Davis D (1996): Least restrictive alternatives: do they really work? In: *J NURS CARE QUAL* 11 (1), S. 29–37.

Rohe, T.; Dresler, T.; Stuhlinger, M.; Weber, M.; Strittmatter, T.; Fallgatter, A. J. (2016): Architectural modernization of psychiatric hospitals influences the use of coercive measures. In: *Der Nervenarzt*. DOI: 10.1007/s00115-015-0054-0.

Schepelern, E. S.; Aggernaes, K. H.; Stender, A. K.; Raben, H. (1993): Use of restraints in a psychiatric department, Frederiksberg Hospital, before and after introduction of the new psychiatric law. Restraining devices. In: *Ugeskrift for laeger* 155 (50), S. 4091–4095.

Smith, S.; Jones, J. (2014): Use of a sensory room on an intensive care unit. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 52 (5), S. 22–30. DOI: 10.3928/02793695-20131126-06.

Stead, Karen; Kumar, Saravana; Schultz, Timothy J.; Tiver, Sue; Pirone, Christy J.; Adams, Robert J.; Wareham, Conrad A. (2009): Teams communicating through STEPPS. In: *The Medical journal of Australia* 190 (11 Suppl), S128-32.

Steinert, Tilman; Zinkler, Martin; Elsasser-Gaissmaier, Hans-Peter; Starrach, Axel; Hoppstock, Sandra; Flammer, Erich (2015): Long-Term Tendencies in the Use of Seclusion and Restraint in Five Psychiatric Hospitals in Germany. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (7), S. 377–383. DOI: 10.1055/s-0034-1370174.

Sullivan, Ann M.; Bezmen, Janet; Barron, Charles T.; Rivera, James; Curley-Casey, Linda; Marino, Dominic (2005): Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service--utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. In: *The Psychiatric quarterly* 76 (1), S. 51–65.

Sullivan D; Wallis M; Lloyd C (2004): Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit...including commentary by Holmes D and Perron A. In: *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 11 (11), S. 503–508.

Taxis, J. Carole (2002): Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. In: *Issues in mental health nursing* 23 (2), S. 157–170.

Teitelbaum, A.; Volpo, S.; Paran, R.; Zislin, J.; Drumer, D.; Raskin, S. et al. (2007): Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. In: *Harefuah* 146 (1), 11-4, 79-80.

Templeton L; Gray S; Topping J (1998): Seclusion: changes in policy and practice on an acute psychiatric unit. In: *J MENT HEALTH* 7 (2), S. 199–202.

van de Sande, R.; Nijman, H. L. I.; Noorthoorn, E. O.; Wierdsma, A. I.; Hellendoorn, E.; van der Staak, C.; Mulder, C. L. (2011): Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 199 (6), S. 473–478. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Vruwink, F. J.; Mulder, C. L.; Noorthoorn, E. O.; Uitenbroek, D.; Nijman, H. L. (2012): The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. In: *BMC psychiatry* 12, S. 231. DOI: 10.1186/1471-244X-12-231.

Wale, Joyce B.; Belkin, Gary S.; Moon, Robert (2011): Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care. In: *The Permanente journal* 15 (2), S. 57–62.

Whitecross, Fiona; Seear, Amy; Lee, Stuart (2013): Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. In: *Int J Ment Health Nurs* 22 (6), S. 512–521. DOI: 10.1111/inm.12023.

Wieman, Dow A.; Camacho-Gonsalves, Teresita; Huckshorn, Kevin Ann; Leff, Stephen (2014): Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. In: *Psychiatr Serv* 65 (3), S. 345–351. DOI: 10.1176/appi.ps.201300210.

Yang, Chin-Po Paul; Hargreaves, William A.; Bostrom, Alan (2014): Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. In: *Psychiatr Serv* 65 (2), S. 251–254. DOI: 10.1176/appi.ps.201200531.

Ashcraft, Lori; Anthony, William (2008): Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. In: *Psychiatr Serv* 59 (10), S. 1198–1202. DOI: 10.1176/appi.ps.59.10.1198.

Corrigan P, Holmes PE, Luchins D, Basit A, Buican B. (1995): The effects of interactive staff training on staff programming and patient aggression in a psychiatric inpatient ward. In: *Behavioral Interventions* 10 (1), 17-32.

Craig, C.; Ray, F.; Hix, C. (1989): Seclusion and restraint: decreasing the discomfort. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 27 (7), S. 17–19.

Currier, Glenn W.; Farley-Toombs, Carole (2002): Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. In: *Psychiatr Serv* 53 (2), S. 138. DOI: 10.1176/appi.ps.53.2.138.

Goodness, Kelly R.; Renfro, Nancy S. (2002): Changing a culture: a brief program analysis of a social learning program on a maximum-security forensic unit. In: *Behavioral sciences & the law* 20 (5), S. 495–506. DOI: 10.1002/bsl.489.

Kostecka, M.; Zardecka, M. (1999): The use of physical restraints in Polish psychiatric hospitals in 1989 and 1996. In: *Psychiatr Serv* 50 (12), S. 1637–1638. DOI: 10.1176/ps.50.12.1637.

Lloyd C, King R, Machingura T. (2014): An investigation into the effectiveness of sensory modulation in reducing seclusion within a acute mental health unit. In: *Advances in Mental Health* 12, S. 93–100.

Morales, E.; Duphorne, P. L. (1995): Least restrictive measures: alternatives to four-point restraints and seclusion. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 33 (10), S. 13–16.

O'Malley J, Frampton C, Wijnveld AM et al. (2007): Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. In: *Journal of Psychiatric Intensive Care* 3 (2), S. 93–100.

Smith, Gregory M.; Davis, Robert H.; Bixler, Edward O.; Lin, Hung-Mo; Altener, Aidan; Altener, Roberta J. et al. (2005): Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. In: *Psychiatr Serv* 56 (9), S. 1115–1122. DOI: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.

Steinert T, Eisele F, Göser U, Tschöke S, Solmaz S, Falk S. (2009): Quality of Process and Results in Psychiatry: Decreasing Coercive Interventions and Violence among Patients with Personality Disorder by Implementation of a Crisis Intervention Ward. In: *Gesundh ökon Qual manag* 14, S. 44–48.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Ergebnisse wurden auf mehreren wissenschaftlichen Kongressen einem Fachpublikum vorgestellt:

- Sophie Hirsch & Tilman Steinert. Reduction of coercive measures – a systematic review. 10th European Congress of Violence in Clinical Psychiatry. Dublin 2017
- Sophie Hirsch. Reduction of coercive measures – a systematic review. WPA XVII World Congress of Psychiatry. Berlin 2017.
- Sophie Hirsch. Reduktion mechanischer Zwangsmaßnahmen: Ergebnisse eines systematischen Reviews. WPA XVII World Congress of Psychiatry

Einem Laienpublikum wurden die Ergebnisse auf einem trialogischen Kongress vorgestellt:

- Sophie Hirsch & Daniela Schmid. S3 Leitlinie: Verhinderung von Zwang – Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens. 29.03.2019 Regio-Tagung in Stuttgart.

Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die hier erstellte Übersichtsarbeit über evidenzbasierte Maßnahmen zur Verhinderung von Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern ging in die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Nervenheilkunde und Psychosomatik (DGPPN) zur Verhinderung von Zwang ein. Die Empfehlungen der DGPPN zur Implementierung der S3-Leitlinie beinhalten auch bereits die Ergebnisse des ZVP-Projekts. Die Wirksamkeit wird derzeit in einer vom G-BA finanzierten multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie getestet.

Publikationsverzeichnis

Hirsch, Sophie; Steinert, Tilman. Freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen. Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Reduktion [Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy] Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 336-43; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0336

Hirsch S: Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken – ein systematisches Review. Dissertation 2018. <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/8372> (Last accessed 28.02.2020)

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Recherche der Adressdaten von stationären Einrichtungen der EGH (SGB XII alt)..... | 125 |
| Abbildung 2: Mitarbeiterstruktur in stationären Einrichtungen der EGH (SGB XII alt)..... | 128 |
| Abbildung 3: Verlauf der Fremdbelegung in Mecklenburg-Vorpommern..... | 132 |
| Abbildung 4: Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen..... | 134 |
| Abbildung 5: Nachbesprechung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen..... | 135 |
| Abbildung 6: Austausch über Freiheitsentziehende Maßnahmen..... | 136 |
| Abbildung 7: Bedarf an Wohnheimplätzen..... | 137 |
| Abbildung 8: Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen im Vergleich Klinik vs. Wohnheim | 137 |
| Abbildung 9: Gelingende Kooperationen mit Akteuren..... | 145 |
| Abbildung 10: Schwierige Kooperationen zu Akteuren..... | 146 |
| Abbildung 11: Unterbringung bei Anordnung nach BGB..... | 160 |
| Abbildung 12: Ergebnis nach Landkreis..... | 161 |
| Abbildung 13: Aggressive Vorfälle..... | 165 |
| Abbildung 14: Interventionen bei aggressiven Vorfällen..... | 166 |
| Abbildung 15: Themenschwerpunkte in den Regionen..... | 169 |
| Abbildung 16: Aktualisiertes Schema aus dem Modellprojekt Systemsprenger..... | 171 |
| Abbildung 17: Praxistransfer der Forschungsergebnisse: weiteres Vorgehen in den Projektregionen..... | 172 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Rücklauf nach Bundesländern..... | 126 |
| Tabelle 2: Nachtdienste..... | 128 |
| Tabelle 3: Altersstruktur und Primär Diagnosen..... | 130 |
| Tabelle 4: Verweildauer und Regionalversorgung..... | 131 |
| Tabelle 5: Setting vor Aufnahme in bzw. Entlassung aus offenen bzw. geschlossenen Heimeinrichtungen..... | 133 |
| Tabelle 6: Fortbildungsveranstaltungen..... | 162 |
| Tabelle 7: Aggression Score..... | 164 |
| Tabelle 8: Einstellung gegenüber Aggression..... | 167 |

Wissenschaftlicher Hintergrund

Eng mit der Geschichte der Psychiatrie verknüpft ist auch eine Geschichte von Gewalt, Machtmissbrauch und Zwang, die erst in den letzten Jahrzehnten eine bedeutsame, kritische und fachliche Auseinandersetzung angestoßen hat. Nicht zuletzt lenkte die UN-Behindertenrechtskonvention den Blick auf die Wahrung der Menschenrechte und die Gewährleistung gleichberechtigter Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK, 2018). Insbesondere im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen balanciert das psychiatrische Hilfesystem jedoch zwischen seinen Ansprüchen des Schutzes und der Selbstbestimmung: Gerät ein Mensch in eine psychische Krise ist es zur Abwendung von Selbst- und/oder Fremdgefährdung möglich, ihm nach richterlicher Entscheidung seine Freiheit zu entziehen und gegen seinen Willen geschlossen in einer psychiatrischen Institution unterzubringen. Geregelt wird dieses Unterbringungsverfahren durch die landesrechtlichen Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) und auf Ebene des Bundesrechts im § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Der fachliche Diskurs um die Ultima Ratio der geschlossenen Unterbringung in Heimen wird kontrovers geführt und an vielen Stellen grundlegende bis fundamentale Kritik geübt (u.a. Giertz/Gervink, 2017) während andernorts der Ruf nach zusätzlichen geschlossenen Heimplätzen groß ist. Welche Bedarfe für geschlossene Heimplätze tatsächlich bestehen und inwiefern diese von der gemeindenahen Versorgung gedeckt werden, ist jedoch weitgehend unklar. Selbst die Quantität der geschlossenen Wohnheimplätze kann bundesweit nicht beziffert und damit zurecht als „black box“ bezeichnet werden (Steinhart et al., 2013; Speck et al., 2013). Zur Einschätzung der Größenordnung können lediglich die Statistiken der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGÜS) herangezogen werden. Demnach lag der Anteil seelisch behinderter Menschen an allen Leistungsberechtigten im stationär betreuten Wohnen im Jahr 2017 bei 28,5 % (BAGÜS, 2017). Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von 211.950 ergibt sich bundesweit eine Anzahl von etwa 60.400 Menschen mit seelischen Behinderungen, die in einer der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Die Statistiken der BAGÜS enthalten jedoch keine Angaben zu geschlossenen Wohnformen. Lediglich aus einigen wenigen Regionen Deutschlands, insbesondere aus Baden-Württemberg und Bayern, liegen Kennzahlen und Verteilungen von offenen und geschlossenen Heimplätzen vor, die die Leistungsträger im Rahmen ihrer Berichterstattung zur Verfügung stellen (KVJS, 2015/16; KVJS, 2017/18; Bezirk Oberbayern, 2017).

Mit der BMG-geförderten ZIPHER-Studie („Zwangsmaßnahmen im Psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“), die von der BAGÜS sowie den Wohlfahrtsverbänden unterstützt wurde, ist es nun erstmalig gelungen, eine bundesweite wissenschaftliche Erhebung mit dem Fokus auf Struktur- und Prozessdaten in offenen und geschlossenen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe durchzuführen, um Licht in die bundesweit völlig unklare Datenlage zu bringen.

Teilprojekt 3

Bundesweite quantitative Befragung von Heimleitungen von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen

Mit dem Bundesteilhabegesetz stehen Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigte vor einem grundlegenden Systemwechsel (BTHG, 2016). Das in vier Reformstufen in Kraft tretende Bundesgesetz zielt auf die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen ab und setzt einen neuen, rechtlichen Rahmen, der die bestehenden Rollen und Abhängigkeiten in der Eingliederungshilfe (SGB XII alt) auf den Prüfstand setzt, ohne jedoch über eine gesicherte Datenlage und umfassendes Wissen zum aktuellen System zu verfügen. Das Teilprojekt 3 liefert erste systematisch erhobene Daten zum Ausgangszustand der Heim-Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutschland vor wesentlichen Veränderungsprozessen durch das BTHG.

Eine wesentliche Prämisse des BTHG liegt in seinem Bezug zur UN-Behindertenrechtskonvention, die die volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft in besonderem Maße unterstreicht (UN-BRK, 2018). Daher soll sich im Zuge des BTHG nicht nur der Behindertenbegriff am Sozialen Modell der UN-BRK und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren, auch die Eingliederungshilfe erhält eine umfassende Modernisierung zur Optimierung ihrer Zugänglichkeit, Passgenauigkeit und Effizienz.

Seit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975, die u.a. den Aufbau gemeindenaher Versorgungsstrukturen und die Gleichstellung psychisch und somatisch Erkrankter forderte, hat sich eine bunte bundesdeutsche Heimlandschaft mit einer breiten Vielfalt an Einrichtungstypen und -konzepten entwickelt. Differenzierte Statistiken insbesondere zur Qualität der psychiatrischen Wohneinrichtungen in Deutschland liegen jedoch kaum bis gar nicht vor. In Mecklenburg-Vorpommern wurde 2010 zwar eine erste Totalerhebung aller geschlossenen Psychiatrie-Wohnheime des Landes realisiert, bundesweit konnten aber bis heute keine Vergleichsdaten erhoben oder die Ergebnisse repliziert werden (Speck et al., 2013). Auch die Beschäftigung mit den sogenannten „Systemsprengern“ erfolgte in MV relativ früh (Freyberger et al., 2004; Freyberger et al., 2008). Inzwischen sind Bestrebungen weiterer Akteure aus anderen Regionen Deutschlands zu verzeichnen, die sich der Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen widmen (Giertz, 2016; Zimmermann, 2012; Bezirk Oberbayern, 2015a; Bezirk Oberbayern, 2015b).

Angesichts der hohen gesellschaftlichen und zugleich individuellen Bedeutung für die Betroffenen ist es jedoch verwunderlich, dass gerade aus den hochstrukturierten Wohnkontexten der Eingliederungshilfe kaum Versorgungsdaten vorliegen. Denn für schwer psychisch erkrankte Menschen sind informeller und formeller Zwang nicht nur ethisch und fachlich diskutierbare Problematiken, sondern Bestandteil ihrer Lebenswirklichkeit. Deshalb widmete sich Teilprojekt 3 der ZIPHER-Studie einer Untersuchung der offenen und

geschlossenen stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII alt¹) für Menschen mit schweren psychischen Behinderungen (inkl. Suchterkrankungen).

In der bundesweiten Online- und Telefonbefragung wurde den Fragen nachgegangen, wie Menschen in das System der stationären Eingliederungshilfe gelangen, wie lange sie dort verweilen und aus welchen Gründen sie mitunter schwer wieder entlassen werden können. Von Interesse war insbesondere, inwiefern die Strukturen der Gemeindepsychiatrie und Qualitätsstandards der Einrichtungen direkt oder indirekt Zwang auf die Aufnahme und Entlassung von Bewohnenden ausüben. Die Daten geben auch erste Hinweise, inwieweit der Anspruch des BTHG mit der sozialpsychiatrischen Realität vereinbar ist und welchen Herausforderungen die Einrichtungen gegenüberstehen.

Bundesweite Online-Befragung

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Als Teilprojekt der BMG-geförderten bundesweiten ZIPHER-Studie fokussierte sich das Institut für Sozialpsychiatrie M-V e.V. auf die stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII alt) für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen inklusive Suchterkrankungen. Zur Erfassung der Struktur- und Prozessdaten wurde ein quantitativer Online-Fragebogen eingesetzt. Hierfür wurden die Einrichtungsleitungen aller offenen und geschlossenen stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII alt) für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und/oder Menschen mit chronischen Mehrfachabhängigkeiten per E-Mail vom wissenschaftlichen Team kontaktiert und um ihre Teilnahme an der Online-Befragung gebeten. Grundlage des Mail-Verteilers war die bei den Mitgliedern der BAGüS bekannten Mail-Anschriften der Einrichtungen. Ergänzend unterstützten Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege diese Studie mit einem Begleitschreiben bzw. beim Zugang zu den Einrichtungen (Steinhart/Höptner, 2017; Steinhart/Höptner, 2017).

Für die Datenerhebung wurde ein komplexer und differenzierter Fragebogen eingesetzt, der mit einem allgemeinen Teil bestehend aus insgesamt elf Fragen zum Typ, zur Kapazität und allgemeinen (Qualitäts-)Standards der Einrichtungen startete. Auf Grundlage der Angaben im ersten Fragebogenteil wurden die Einrichtungen entsprechend ihres Typus in spezifischere Fragebogenteile geleitet, um offene, geschlossene und Bereiche für Menschen mit Suchterkrankungen voneinander abzugrenzen und differenziert zu erfassen. In den spezifischen Fragebogenteilen wurden im offenen Bereich 17 und im geschlossenen Bereich 18 überwiegend analoge Einzelfragen gestellt. Zentrale Aspekte waren die (regionale) Kooperation und Vernetzung, die Personalstruktur sowie demographische Daten und die Verweildauer der Nutzerinnen und Nutzer, ihr Zugang zur und Entlassung aus der Einrichtung und das Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen.

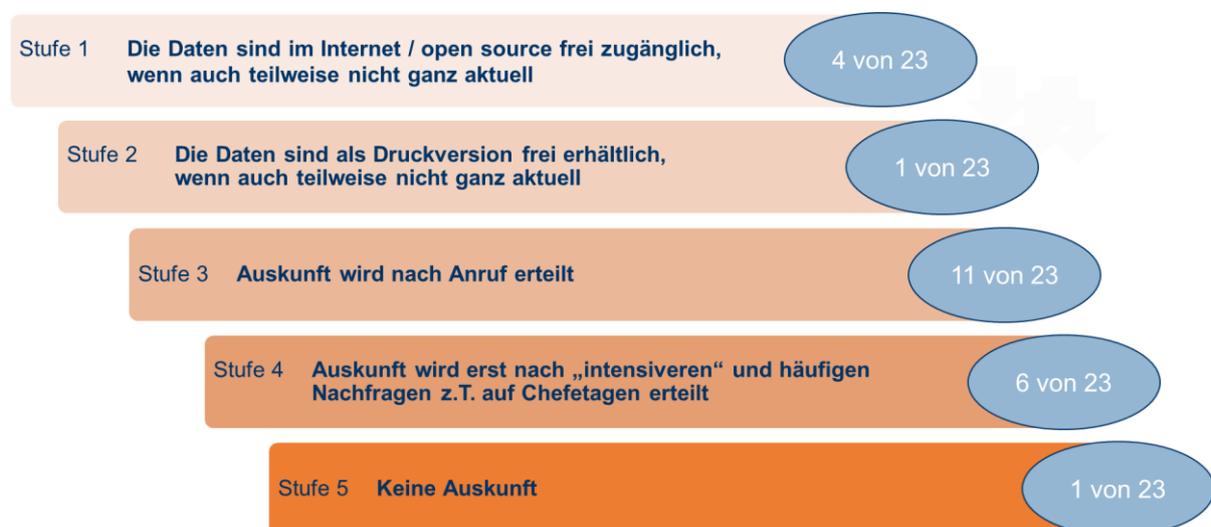
Der Bezugszeitpunkt für die abgefragten Inhalte des Fragebogens war der 31.10.2017. Der Zugang zur Online-Umfrage wurde über einen Link, der per E-Mail an die Einrichtungsleitungen versandt wurde, gewährleistet.

¹ Zum Zeitpunkt der Datenerhebung bildete das SGB XII den gesetzlichen Rahmen für die Eingliederungshilfe. Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die Eingliederungshilfe ab dem 01.01.2020 vollständig in das SGB IX überführt.

Verlauf der Datenerhebung

Die Sammlung der notwendigen Adressdaten aller stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe erfolgte in Kooperation mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) und durch eigene Recherchen. Die Erfassung der Adressen gestaltete sich jedoch deutlich schwieriger und zeitaufwändiger als erwartet. Lediglich in vier der insgesamt 23 bundesweiten Regionen waren die Daten im Internet bzw. open source frei zugänglich, wenn auch teilweise nicht ganz aktuell (Abb. 1). Das bedeutet, dass es zum Zeitpunkt der Datenrecherche in nur vier Regionen Deutschlands möglich war, die bestehenden Einrichtungen vor Ort barrierefrei im Internet zu finden. In einer Region waren die Daten als Druckversion frei erhältlich, wenn auch hier wieder nicht ganz aktuell. Nach Anruf wurde die Auskunft in 11 weiteren Regionen erteilt. Bei 6 Regionen waren intensivere und häufige Nachfragen nötig, um die Adressdaten zu erhalten. In einer Region wurde keine Auskunft erteilt, sodass die Mail-Anschriften der Einrichtungen über die Wohlfahrtsverbände und Eigenrecherchen ermittelt werden mussten. Es erwies sich nicht nur die Recherche der Adressen als schwierig, sondern auch ihre Qualität: Das System der Datensammlung bei den Mitgliedern der BAGüS war uneinheitlich. In der Mehrheit der Regionen war nach Erhalt der Adressdaten eine weitere Bearbeitung oder Ergänzung durch eigene Recherchen notwendig. Insgesamt wurden bundesweit über 2.200 Einrichtungen kontaktiert, von denen etwa die Hälfte einer weiteren Korrekturschleife bezüglich der Mail-Anschrift, dem Typ der Einrichtung, etc. bedurften. Die Gesamtzahl der Einrichtungen, die am Ende tatsächlich der Zielgruppe der Studie entsprachen, reduzierte sich im Verlauf auf 1.875.

Abbildung 1: Recherche der Adressdaten von stationären Einrichtungen der EGH (SGB XII alt)



Zwischenfazit

Die Vorbereitung der bundesweiten Datenerhebung hat eindrücklich veranschaulicht, dass nicht nur die Recherche der Adressdaten mit einem enormen Aufwand verbunden war, sondern auch, dass die Haltung und Verfügbarkeit der Daten keineswegs einheitlich erfolgte. Zum einen scheinen die Daten bei den Leistungsträgern nicht oder nur unvollständig oder mit veralteten Daten vorzuliegen, zum anderen werden diese bei entsprechendem Wunsch nach Datenzugang nicht transparent gemacht. Dies wirft zum einen die Frage auf, wie „geheim“ Heime in Deutschland wirklich sind und welche Möglichkeiten den Bürgerinnen und Bürgern,

gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer oder Psychiatrie-Profis tatsächlich zur Verfügung stehen, um sich über die Angebote vor Ort eigenständig zu informieren. Zum anderen ist es angesichts der strukturellen Hürden wenig verwunderlich, dass bislang kaum wissenschaftliche Erhebungen in psychiatrischen Wohnheimen realisiert wurden. Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist eine systematische Erfassung bestehender Angebote jedoch unabdingbar. Nur wissenschaftlich gesicherte und vor allem regional basierte Erhebungen sollten zukünftig als Grundlage für fachliche Diskurse und sozialpolitische Entscheidungen dienen. Gerade in hochstrukturierten Wohnkontexten, in denen Menschen mit hohen Hilfebedarfen unterstützt werden, braucht es perspektivisch eine evidenzbasierte Planungsgrundlage, um selbstbestimmte, passgenaue Leistungen im Sinne des BTHG sicherzustellen. Mit einem differenzierten, zumindest regional und im Idealfall bundesweit einheitlichen Dokumentationssystem könnte dieser bislang unklaren und zu Unrecht vernachlässigten Datenlage begegnet werden. Die Ergebnisse der ZIPHER-Studie bieten einen ersten Eindruck von der Versorgungslandschaft im Heimbereich für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland.

Ergebnisse

Rücklauf und Stichprobe

Von den insgesamt 1.875 angeschriebenen stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben sich 389 an der Online-Befragung beteiligt, was einem Rücklauf von 20,7 % entspricht (Tab. 1). Im Vergleich der Bundesländer wurde in Mecklenburg-Vorpommern mit 73,4 % der höchste Rücklauf erzielt. Hier ließ sich auch die Totalerhebung aller geschlossenen Wohnheime erneut realisieren. In anderen Bundesländern lag der Rücklauf teilweise unter 10 %, was bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Tabelle 1: Rücklauf nach Bundesländern

| Bundesland | Angeschriebene Einrichtungen | Einrichtungen nach Bereinigung | Anzahl der Rückmeldungen | Rückmeldungen in % |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Baden-Württemberg | 190 | 190 | 27 | 14,21 |
| Bayern | 225 | 225 | 42 | 18,67 |
| Berlin | 23 | 23 | 3 | 13,04 |
| Brandenburg | 60 | 57 | 11 | 19,30 |
| Bremen | 23 | 21 | 3 | 14,29 |
| Hamburg | 32 | 32 | 2 | 6,25 |
| Hessen | 227 | 188 | 53 | 28,19 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 79 | 79 | 58 | 73,41 |
| Niedersachsen | 262 | 211 | 41 | 19,43 |
| Nordrhein-Westfalen | 605 | 466 | 87 | 18,67 |
| Rheinland-Pfalz | 58 | 58 | 18 | 31,03 |
| Saarland | 46 | 33 | 5 | 15,15 |
| Sachsen | 60 | 50 | 18 | 36,00 |
| Sachsen-Anhalt | 54 | 46 | 3 | 6,52 |
| Schleswig-Holstein | 160 | 136 | 10 | 7,35 |
| Thüringen | 81 | 60 | 8 | 13,33 |
| Gesamt | 2268 | 1875 | 389 | 20,74 |

Die Stichprobe setzt sich aus überwiegend ausschließlich offen geführten Einrichtungen zusammen (N=316), es konnten aber auch ausschließlich geschlossene (N=17), offen und geschlossen kombinierte (N=39) sowie dezentral offene (N=9) und offene Wohneinrichtungen mit eingestreut geschlossenen Plätzen (N=8) erreicht werden. In der Datenerhebung offenbarte sich eine hohe Vielfalt an stationären Einrichtungstypen, die eine statistische Auswertung nach Plätzen nahelegt. Somit beziehen sich die nachfolgend dargestellten Ergebnisse aus den offenen Einrichtungen auf die Gesamtheit aller offen geführten Plätze und entsprechend die Ergebnisse aus den geschlossenen Einrichtungen auf sämtliche geschlossen geführte Plätze. Sofern nicht explizit darauf hingewiesen wird, sind dabei jeweils die Plätze aus den Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) inbegriffen.

Platzzahlen

Die 389 Einrichtungen in der Stichprobe verfügen nach ihrer Leistungsvereinbarung aus dem Jahr 2017 über insgesamt 1.268 geschlossene und 11.881 offene Plätze, von denen 89 eingestreut geschlossen geführt werden. Die Durchschnittsgröße der offenen Einrichtungsbereiche liegt bei 32 Plätzen und die der geschlossenen bei 23 Plätzen. Das Maximum liegt im offenen Bereich bei 263 Plätzen und im geschlossenen Bereich bei 117 Plätzen.

Mitarbeiterstruktur und Dienste

In offenen Wohnkontexten besteht mit 48,3 % beinahe die Hälfte des gesamten Personals aus pädagogischen Berufen, gefolgt von Pflege- und Pflegehelferberufen mit 19,9 %, Personal ohne Abschluss mit 12,5 % und sonstigem Personal mit ein- oder zweijähriger Ausbildung mit 11,3 % (Abb. 2). Weniger häufig kommen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (7,0 %) und Personal aus dem ärztlichen oder psychologischen Berufskreis (1,2 %) vor. In geschlossenen Wohnbereichen bilden die Pflege- und Pflegehelferberufe mit 36,3 % die häufigste Personengruppe. Pädagogische Berufe sind mit 31,2 %, Personal ohne Abschluss mit 14,9 %, sonstiges Personal mit 11,5 % vertreten. Auch das geschlossene Setting ist personell am wenigsten mit ergotherapeutischen (5,4 %) und ärztlichen bzw. psychologischen Berufen (0,7 %) ausgestattet. Insgesamt verfügen 7,74 % der Mitarbeitenden im offenen und 6,92 % der Mitarbeitenden im geschlossenen Bereich über eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.

Abbildung 2: Mitarbeiterstruktur in stationären Einrichtungen der EGH (SGB XII alt)

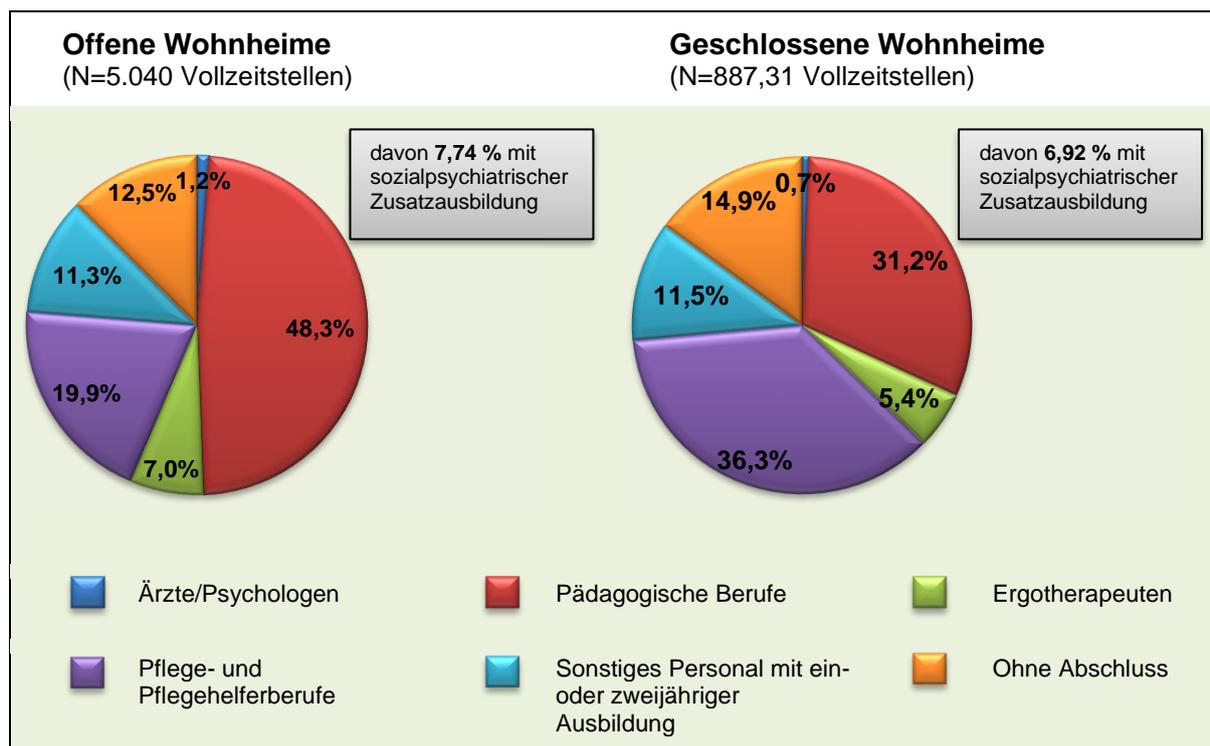


Tabelle 2: Nachtdienste

| Offene Wohnbereiche | | | |
|---|------------|-------------------|-------------------|
| | Nachtwache | Nachtbereitschaft | Hintergrunddienst |
| Nicht vorhanden | 51,0 % | 28,9 % | 34,2 % |
| Besetzt durch Fachkraft | 31,8 % | 35,7 % | 56,9 % |
| Besetzt durch Nicht-Fachkraft | 5,2 % | 18,0 % | 2,2 % |
| Im Wechsel besetzt durch Nicht-/Fachkraft | 11,9 % | 17,4 % | 6,7 % |
| Geschlossene Wohnbereiche | | | |
| | Nachtwache | Nachtbereitschaft | Hintergrunddienst |
| Nicht vorhanden | 5,6 % | 51,5 % | 42,9 % |
| Besetzt durch Fachkraft | 75,9 % | 33,3 % | 48,6 % |
| Besetzt durch Nicht-Fachkraft | 1,9 % | 3,0 % | 5,7 % |
| Im Wechsel besetzt durch Nicht-/Fachkraft | 16,7 % | 12,1 % | 2,9 % |

Im offenen Bereich sind mit 51,0 % etwa die Hälfte der Einrichtungen ohne Nachtwache und die andere Hälfte durch eine Fachkraft (31,8 %), eine Nicht-Fachkraft (5,2 %) oder im Wechsel besetzt (11,9 %) (Tab. 2). Im geschlossenen Bereich sind 5,6% der Einrichtungen ohne

Nachtwache ausgestattet und die überwiegende Mehrheit nachts durch eine Fachkraft (75,9 %), eine Nicht-Fachkraft (1,9 %) oder im Wechsel (16,7 %) besetzt.

Bei 90,9 % der offenen und geschlossenen Wohneinrichtungen befindet sich direkt auf dem Gelände der Einrichtung keine stationäre Einrichtung des Trägers für die Zielgruppe Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen. Lediglich bei 9,1 % der Einrichtungen sind dementsprechend Angebote für andere Zielgruppen auf dem gleichen Gelände vorhanden.

Drei Viertel der Wohnheime gaben an, dass sie für die Fahrt zu ihrer primären psychiatrischen Versorgungsklinik bis zu 30 Minuten mit dem Auto benötigen. Für weitere 22,9 % der Einrichtungen ist die Klinik zwischen 30 und 60 Minuten entfernt. In 1,8 % der Fälle dauert die Fahrt bis zur Versorgungsklinik über eine Stunde.

Standards

Für die Betrachtung informellen Zwangs ist von Interesse, welche Standards bereits vor und bei der Aufnahme von Bewohnenden in eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe Anwendung finden. Einer dieser Standards ist die gemeindenahe Versorgung psychisch erkrankter Menschen, die bereits seit der Psychiatrie-Enquete gefordert wird und auch heute noch in zahlreichen Leitlinien und Qualitätsstandards Berücksichtigung findet (siehe hierzu: DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien, 2018; BAG GPV, 2012; Deutscher Ethikrat, 2018). In der vorliegenden Untersuchung wird der Standard der gemeindenahen Versorgung über das Bestehen von Vereinbarungen zur regionalen Aufnahme abgefragt. So haben 37,0 % der Wohnheime angegeben, kein vorrangig regionales Einzugsgebiet für die Aufnahme von Bewohnenden vereinbart zu haben. Lediglich bei 32,2 % besteht eine Vereinbarung zur regionalen Aufnahme mit dem Leistungsträger. Bei den übrigen Einrichtungen wurden die konzeptionelle Selbstverpflichtung (18,6 %) sowie Vereinbarungen im regionalen Verbund (12,2 %) als Motivation für Bevorzugung regionaler Aufnahmen genannt.

Insbesondere im klinischen Bereich wird der Standard gefordert, im Aufnahmeprozess mit den Patientinnen und Patienten präventiv Vereinbarungen zu besprechen, wie etwaigen Krisen individuell und systematisch begegnet werden kann (siehe hierzu: Deutscher Ethikrat, 2018; Bezirk Oberbayern, 2014; DGPPN S3-Leitlinie Zwang, 2018). Da Krisen nicht nur in psychiatrischen Kliniken auftreten können, wird in der vorliegenden Untersuchung dieser Standard auf Wohnsettings übertragen. Derartige Krisenvereinbarungen werden in 42,6 % der offenen und 51,9 % der geschlossenen Wohnheime mit allen Bewohnenden getroffen. 46,7 % der offenen und 46,2 % der geschlossenen Einrichtungen erarbeiten nur vereinzelt, jedoch nicht mit allen Bewohnenden Vereinbarungen. Lediglich 1,9 % der geschlossenen und 10,7 % der offenen Wohnheime geben an, mit gar keiner/m Bewohner/in das Vorgehen in Krisensituation bei der Aufnahme abzustimmen. Insgesamt sind präventive Krisenvereinbarungen in weniger als der Hälfte aller Wohnheime Standard für alle Bewohnenden.

Geschlecht, Altersstruktur und Primär Diagnosen

Hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses zeigt sich, dass im offenen Bereich 31,5 % Frauen und 68,5 % Männer vertreten sind, im geschlossenen Bereich beträgt der Anteil der Frauen 35,9 % und der Anteil der Männer 64,1 %. In den Angeboten für Menschen mit chronisch

mehrfach beeinträchtigenden Abhängigkeitserkrankungen (CMA) liegt der Frauenanteil im offenen Bereich bei 13,7 % und im geschlossenen Bereich bei 20,6 %.

In den stationären Wohneinrichtungen der EGH sind insgesamt über die Hälfte der Bewohnenden 50 Jahre oder älter, den höchsten Anteil bildet die Gruppe der 50 bis 59-Jährigen (Tab. 3).

Tabelle 3: Altersstruktur und Primärdiagnosen

| | Gesamt | Offene Wohnbereiche | Geschlossene Wohnbereiche |
|--|---------------|----------------------------|----------------------------------|
| Altersstruktur, N=12.354 Bewohnende | | | |
| Unter 20 Jahre | 0,6 % | 0,6 % | 0,7 % |
| 20 – 29 Jahre | 9,3 % | 9,1 % | 11,5 % |
| 30 – 39 Jahre | 16,4 % | 15,9 % | 21,7 % |
| 40 – 49 Jahre | 18,8 % | 18,8 % | 18,5 % |
| 50 – 59 Jahre | 30,3 % | 30,7 % | 26,0 % |
| 60 – 69 Jahre | 18,4 % | 19,0 % | 12,8 % |
| 70 Jahre und älter | 6,2 % | 5,9 % | 8,8 % |
| Primärdiagnosen, N=9.571 Bewohnende (exkl. CMA) | | | |
| F00 – F09 | 5,9 % | 5,2 % | 10,7 % |
| F10 – F19 | 10,4 % | 9,3 % | 18,3 % |
| F20 – F29 | 54,4 % | 54,8 % | 51,4 % |
| F30 – F39 | 9,6 % | 10,3 % | 4,5 % |
| F40 – F49 | 2,7 % | 2,9 % | 0,9 % |
| F50 – F59 | 0,7 % | 0,8 % | 0,2 % |
| F60 – F69 | 9,8 % | 10,0 % | 8,9 % |
| F70 – F79 | 3,5 % | 3,5 % | 3,3 % |
| F80 – F89 | 0,6 % | 0,7 % | 0,3 % |
| F90 – F98 | 1,4 % | 1,4 % | 1,6 % |
| F99 | 1,0 % | 1,1 % | 0,1 % |

Differenziert man die Altersstruktur nach den Wohnsettings, so verschiebt sich die Verteilung dahingehend, dass im geschlossenen Bereich häufiger jüngere Menschen im Alter von 20 bis 39 Jahren vertreten sind als im offenen Bereich. Jedoch liegt auch der Anteil der ältesten Gruppe in den geschlossenen Einrichtungen höher.

Über die Hälfte der Bewohnenden wird aufgrund einer Diagnose im schizophrenen Formenkreis (F20-29) durch Leistungen der Eingliederungshilfe unterstützt (Tab. 3). Dieses Ergebnis bedeutet im Umkehrschluss, dass die andere Hälfte andere Hauptdiagnosen hat. Zu nennen sind hier die Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

(F10-19) mit 10,4 %, die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) mit 9,8 % und die Affektiven Störungen (F30-F39) mit 9,6 %.

Verweildauer und Regionalversorgung

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 41,6 % der Bewohnenden länger als fünf Jahre und mit 37,8 % beinahe genauso viele seit mindestens einem und höchstens fünf Jahren im Wohnheim (Tab. 4). Lediglich 20,6 % wohnten seit weniger als einem Jahr in der Einrichtung. Tendenziell sind bei Bewohnenden des geschlossenen Bereichs kürzere Aufenthalte zu verzeichnen als im offenen Bereich.

Tabelle 4: Verweildauer und Regionalversorgung

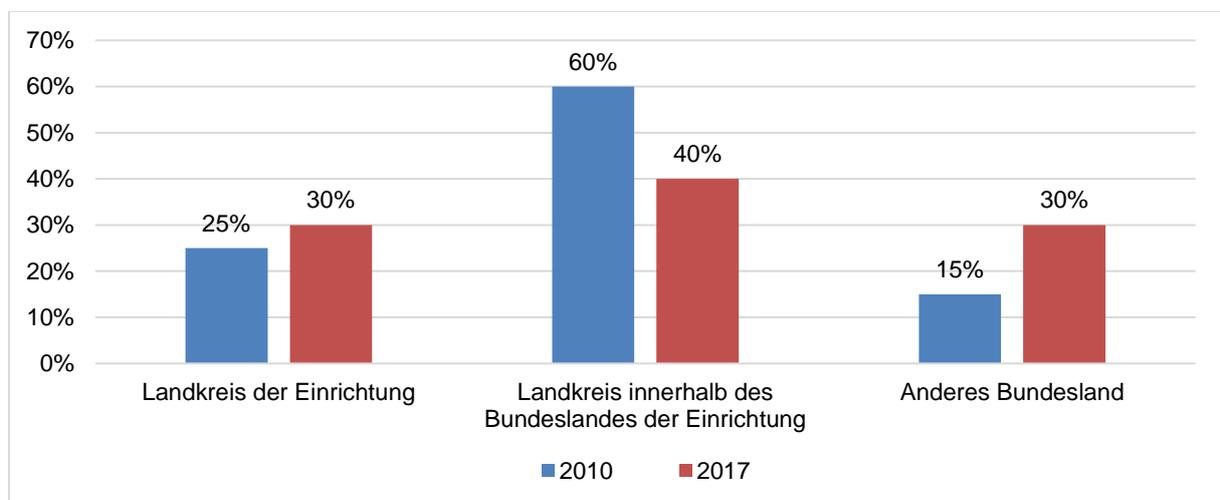
| | Gesamt | Offene Wohnbereiche | Geschlossene Wohnbereiche |
|--|---------------|----------------------------|----------------------------------|
| Zeit in Einrichtung zum Stichtag, N=12.064 Bewohnende | | | |
| Weniger als 1 Jahr | 20,6 % | 19,5 % | 30,5 % |
| 1 - 2 Jahre | 14,7 % | 14,3 % | 17,8 % |
| > als 2 - 5 Jahre | 23,1 % | 23,3 % | 22,1 % |
| Mehr als 5 Jahre | 41,6 % | 42,9 % | 29,6 % |
| Letzter Wohnort vor Aufnahme, N=12.019 Bewohnende | | | |
| Landkreis der Einrichtung | 53,8 % | 54,3 % | 48,9 % |
| Landkreis innerhalb des Bundeslandes der Einrichtung | 35,9 % | 35,1 % | 43,1 % |
| Anderes Bundesland | 7,9 % | 8,1 % | 6,5 % |
| Den Bewohnendenunterlagen nicht zu entnehmen | 2,4 % | 2,5 % | 1,5 % |

Neben der Vereinbarung regionaler Einzugsgebiete ist auch die faktische Fremdbelegung in den Heimen von Bedeutung. Mit 53,8 % lebte die Mehrheit der Bewohnenden auch vor ihrer Aufnahme im Landkreis der jeweiligen Einrichtung (Tab. 4). Die geschlossenen Bereiche liegen mit 48,9 % leicht unter diesem Durchschnitt. 35,9 % wohnten vorher im gleichen Bundesland, aber nicht im Landkreis der Einrichtung. Hier liegt der Anteil in den geschlossenen Einrichtungen mit 43,1 % wiederum höher. Mit 8,1 % im offenen und 6,5 % im geschlossenen Bereich sind die Anteile derjenigen Menschen, die aus einem anderen Bundesland in die Einrichtung aufgenommen wurden, vergleichbar. Von einem geringen Anteil ist der vorherige Wohnort den Bewohnendenunterlagen nicht zu entnehmen.

Verlauf der Fremdbelegung in Mecklenburg-Vorpommern

Trends über regionale bzw. bundesweite Entwicklungen zum Thema „Externe Unterbringung“ bzw. „Regionale Fremdbelegung“ lassen sich nur durch Verlaufsdaten ermitteln. Durch die Wiederholung der Totalerhebung der geschlossenen Wohnheime in Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahre 2010 (Speck et al., 2013; Steinhart et al., 2013) können wir erstmals Entwicklungen aufzeigen. 2010 existierten in M-V insgesamt 113 geschlossene Wohnheimplätze, bis zum Jahre 2017 vergrößerte sich die Anzahl der geschlossenen Plätze auf 147. Im Jahr 2017 stammten im Vergleich zu 2010 nur ein geringfügig höherer Anteil der Bewohnenden aus dem Landkreis der Einrichtung (30 % vs. 25 %) und deutlich weniger aus einem Landkreis in M-V (40 % vs. 60 %) (Abb. 3). Im Verlauf hat sich außerdem der Anteil der Menschen, die vor ihrer Aufnahme in einem anderen Bundesland als M-V lebten, von 15 % auf 30 % verdoppelt.

Abbildung 3: Verlauf der Fremdbelegung in Mecklenburg-Vorpommern



Aufnahme- und Folgesetting

46,1 % der Menschen, die am Stichtag in einem der offenen Wohnbereiche der Stichprobe lebten, wurden direkt aus einer psychiatrischen Klinik/Fachabteilung vermittelt. In den geschlossenen Bereichen sind es mit 67,6 % sogar zwei Drittel der Bewohnenden.

Im Vergleich zu den Bewohnenden in den offenen Wohnbereichen, lebten Menschen im geschlossenen Setting vor ihrem Einzug in die Einrichtung bzw. vor ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik weniger häufig in der eigenen Häuslichkeit ohne ambulante Hilfen und im offenen Wohnheim - dafür wurden sie häufiger aus der Häuslichkeit mit ambulanter Hilfe, aus einem anderen geschlossenem Wohnheim oder einem Pflegeheim vermittelt (Tab. 5).

Die Bewohnenden aus den offenen Wohnheimen werden mit 28,5 % am häufigsten in die eigene Häuslichkeit mit ambulanten Hilfen entlassen. An die geschlossene Unterbringung schließt sich mit 34,1 % für ein Drittel der Bewohnenden am häufigsten ein Aufenthalt im offenen Wohnheim an. 11,9 % der Menschen im offenen und 15,9 % der Menschen im geschlossenen Bereich ziehen aus der Einrichtung direkt in die eigene Häuslichkeit ohne ambulante Hilfen. 10,5 % der Bewohnenden aus den offenen Wohnbereichen werden in die Obdachlosigkeit oder eine unklare Wohnsituation entlassen.

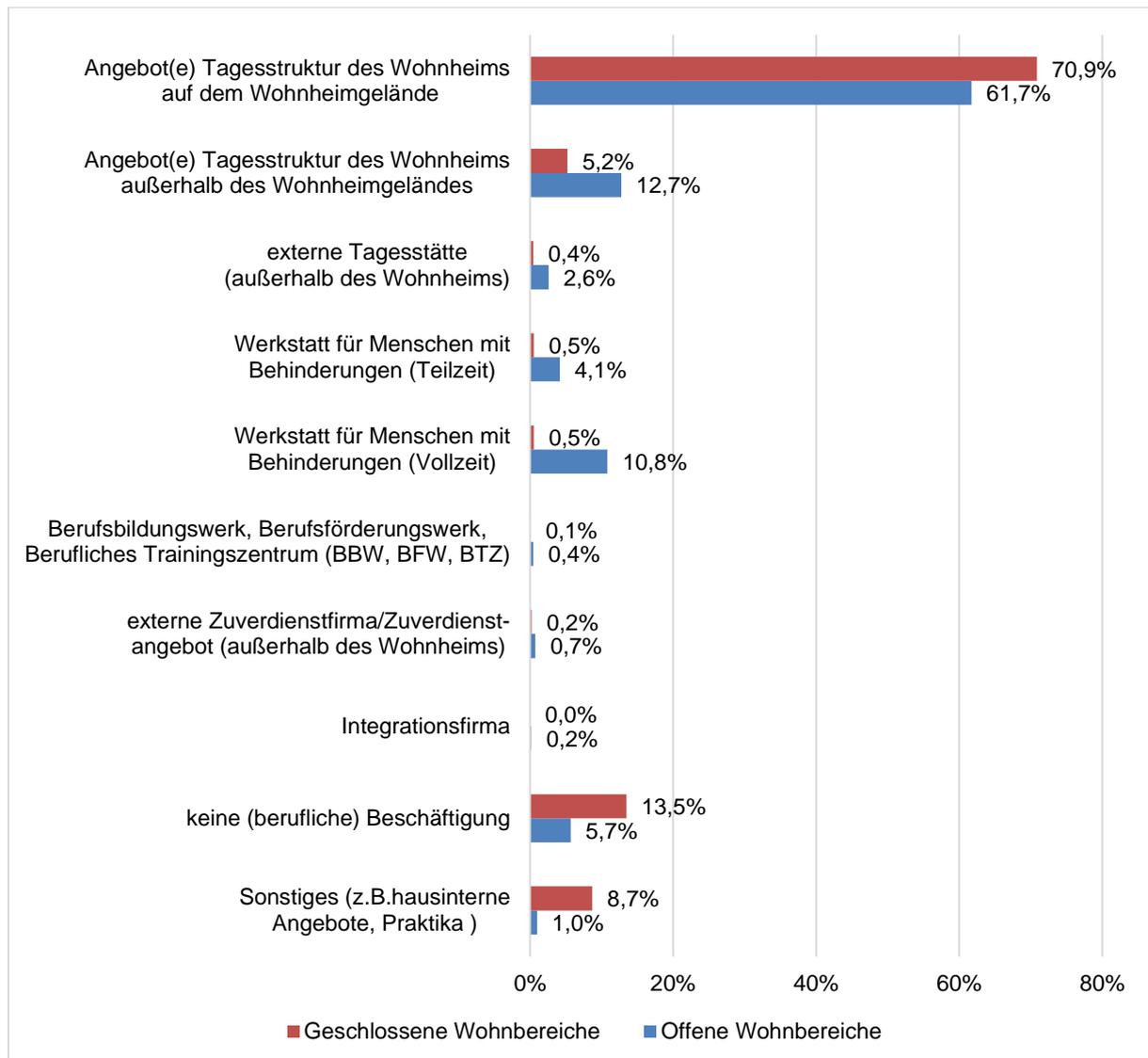
Tabelle 5: Setting vor Aufnahme in bzw. Entlassung aus offenen bzw. geschlossenen Heimeinrichtungen

| Aufnahme | | Setting | Entlassung | |
|-------------------------|---------------------------|--|-------------------------|---------------------------|
| offene Wohnbereiche | geschlossene Wohnbereiche | | offene Wohnbereiche | geschlossene Wohnbereiche |
| 32,1 % | 25,3 % | Häuslichkeit ohne ambulante Hilfen | 11,9 % | 15,9 % |
| 19,0 % | 23,6 % | Häuslichkeit mit ambulanten Hilfen | 28,5 % | 19,3 % |
| 22,4 % | 17,2 % | Offenes Wohnheim | 10,7 % | 34,1 % |
| 3,0 % | 7,5 % | Geschlossenes Wohnheim | 1,7 % | 4,2 % |
| 3,0 % | 8,2 % | Offenes/Geschlossenes Pflegeheim | 8,7 % | 3,6 % |
| 2,5 % | 1,4 % | Teilstationäre Einrichtung | 2,7 % | 2,5 % |
| 2,1 % | 2,5 % | Suchtnachsorgeeinrichtung | 3,1 % | 2,5 % |
| 4,0 % | 2,3 % | Einrichtung für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten | 1,6 % | 1,3 % |
| 4,1 % | 3,7 % | Obdachlosigkeit | 4,2 % | 1,5 % |
| 5,0 % | 6,3 % | Forensische Fachklinik | 1,0 % | 1,5 % |
| 2,9 % | 2,0 % | Sonstiges/Trifft nicht zu | 9,1 % | 3,6 % |
| | | Psych. Fachkrankenhaus/-abteilung | 2,6 % | 4,7 % |
| | | Verstorbene Bewohner und Bewohnerinnen | 8,0 % | 3,2 % |
| | | Unklare Wohn-/Lebenssituation | 6,3 % | 2,1 % |
| (N=8.911 Bewohnende) | (N=842 Bewohnende) | | (N=2.572 Bewohnende) | (N=472 Bewohnende) |

Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen

Sowohl in den offenen als auch geschlossenen Wohnheimen überwiegen im Bereich der Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen die tagesstrukturierenden Angebote des Wohnheims auf dem eigenen Gelände (Abb. 4). Im Vergleich besuchen Bewohnende in offenen Wohnheimen häufiger externe Angebote und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Geschlossen untergebrachte Menschen sind hingegen häufiger ohne (berufliche) Beschäftigung oder nehmen sonstige Angebote wahr, wie z.B. Angebote zur Freizeitgestaltung oder Praktika.

Abbildung 4: Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen



Freiheitsentziehende Maßnahmen

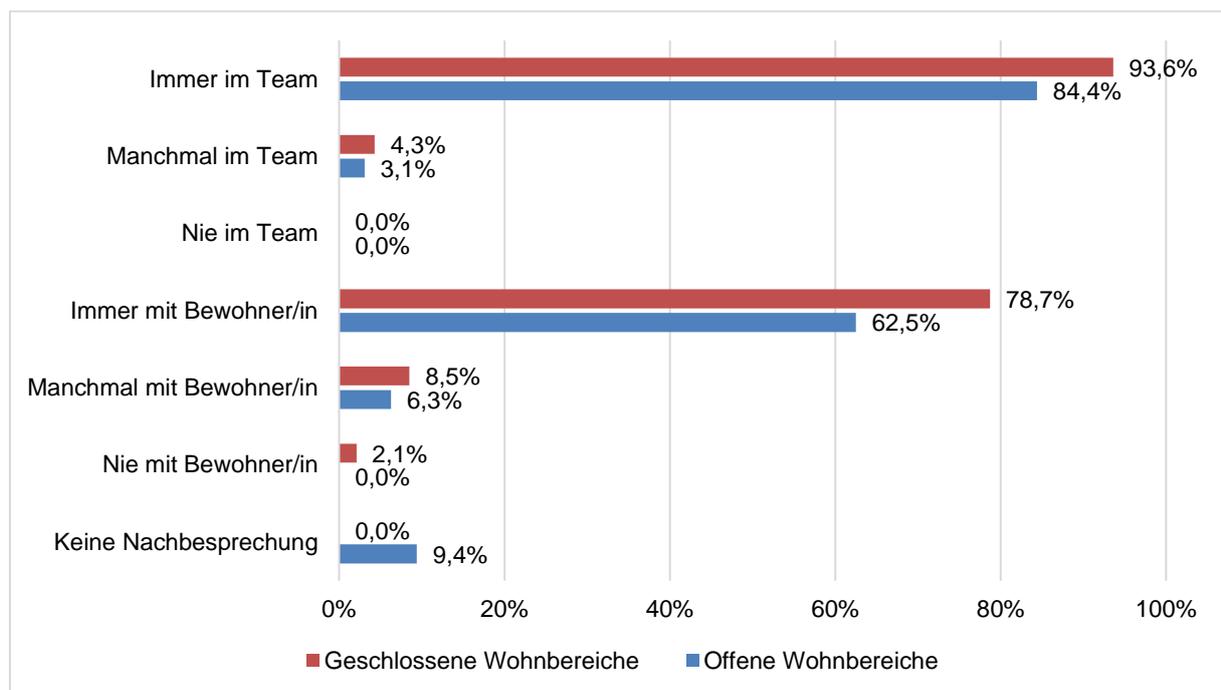
Die Einrichtungsleitungen der offenen Wohnheime gaben an, dass zum Stichtag für die große Mehrheit von 5.906 Bewohnenden kein richterlicher Beschluss zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen vorlag. Lediglich in 86 Fällen fanden freiheitsentziehende Maßnahmen im offenen Bereich statt, davon zum überwiegenden Teil in Form der „eingestreuten“ geschlossenen Unterbringung (74 Fälle) und vereinzelt durch den Einsatz von Bettgittern am Tag und/oder in der Nacht (4 Fälle), Vollfixierung (2 Fälle), Zimmereinschluss (1 Fall) oder durch sonstige Zwangsmaßnahmen (5 Fälle, u.a. Beschluss zur Klinikbehandlung, Beurlaubung Maßregelvollzug, Auflagen durch Forensik).

Im geschlossenen Bereich zeigte sich zwangsläufig ein gegensätzliches Bild: in 45 Fällen bestand zum Zeitpunkt der Befragung keine gerichtliche Anordnung zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen (zum freiwilligen Aufenthalt in geschlossenen Heimbereichen siehe Qualitätsbericht Bezirk Oberbayern, 2017) - in 960 Fällen lag ein Beschluss zur geschlossenen Unterbringung vor. Deutlich weniger häufig wurden die Vollfixierung (26 Fälle), Zimmereinschluss (19 Fälle), Unterbringung im Isolierraum/Time-Out-Raum (13 Fälle), Einsatz

von Bauchgurten (4 Fälle) oder Bettgittern (3 Fälle) oder die Verabreichung von sedierenden Medikamenten zur Einschränkung der Fortbewegungsfreiheit (3 Fälle) genannt. Unter sonstige Zwangsmaßnahmen gaben die Einrichtungsleitungen insgesamt 10 Fälle an, die u.a. in Form des Probewohnens und des freiwilligen Verbleibs von Bewohnenden stattfanden. Die Versorgung mit einem Desorientiertenschutz-System bzw. elektronische Überwachungsmittel (z.B. Chip für Schuhe, Armband, Lichtschranke, Bettsensor) fand in keinem Wohnheim Anwendung. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass aufgrund der Möglichkeit zur Mehrfachnennung ein einzelner Bewohner bzw. eine einzelne Bewohnerin hinter mehreren Fällen liegen kann.

Sowohl im offenen als auch im geschlossenen Bereich gibt ein Großteil der Einrichtungsleitungen an, die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen grundsätzlich im Team nachzusprechen (Abb. 5). Etwas weniger häufig werden Zwangsmaßnahmen mit dem/der Betroffenen selbst regelhaft nachbereitet, in wenigen geschlossenen Einrichtungen findet gar keine Nachbesprechung mit dem Bewohnenden statt. Beinahe 10 % der offenen Wohnheime geben an, überhaupt keine Nachbesprechung durchzuführen, jedoch handelt es sich hierbei lediglich um 3 Einrichtungen.

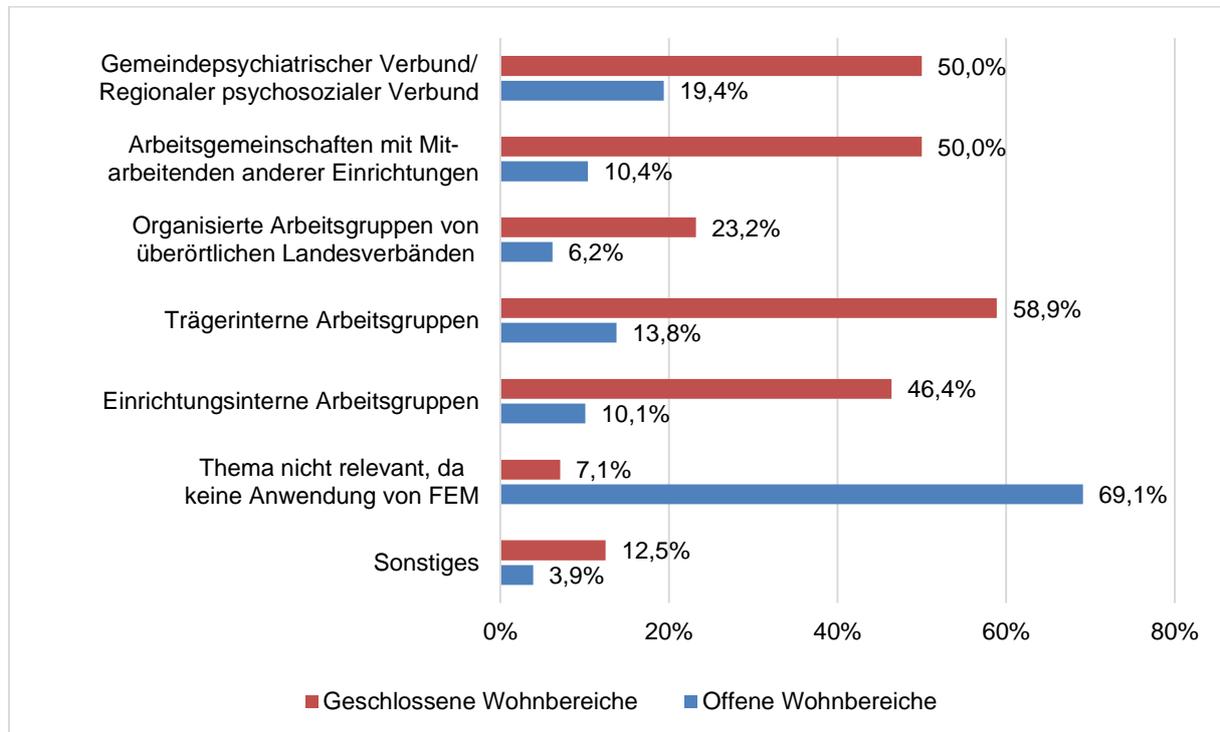
Abbildung 5: Nachbesprechung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen



Im Vergleich gaben die geschlossenen Wohnheime häufiger an, sich in regionalen fachlichen Strukturen über Freiheitsentziehende Maßnahmen auszutauschen als die offenen Wohnheime, da für diese das Thema in der praktischen Anwendung und in der theoretischen Diskussion weniger relevant ist (Abb. 6). Am häufigsten werden von den geschlossenen Wohnheimen zum Austausch trägerinterne Arbeitsgruppen, der gemeindepsychiatrische bzw. regionale psychosoziale Verbände, Arbeitsgemeinschaften mit Mitarbeitenden anderer Wohneinrichtungen oder auch einrichtungsinterne Arbeitsgruppen genutzt. Organisierte Arbeitsgruppen von überörtlichen Landesverbänden spielen als Diskussionsplattform eine geringere Rolle. Auch in vereinzelt geschlossenen Einrichtungen besteht die Meinung, dass

das Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen nicht relevant ist, da keine Zwangsmaßnahmen Anwendung finden.

Abbildung 6: Austausch über Freiheitsentziehende Maßnahmen



Angemessenheit der Hilfeform?

Von den geschlossenen Einrichtungen in der Stichprobe gaben 42,6 % an, dass es in den letzten zwölf Monaten bei ihnen Bewohnende gab, für die aus ihrer Sicht eine andere Form der Hilfe als die geschlossene Unterbringung geeigneter gewesen wäre. Darüber hinaus konnten zum Stichtag 17,9 % (N=1.384) der Bewohnenden im offenen und 15,6 % (N=139) der Bewohnenden im geschlossenen Bereich nicht entlassen werden, weil für sie kein geeignetes Anschlussangebot vorlag.

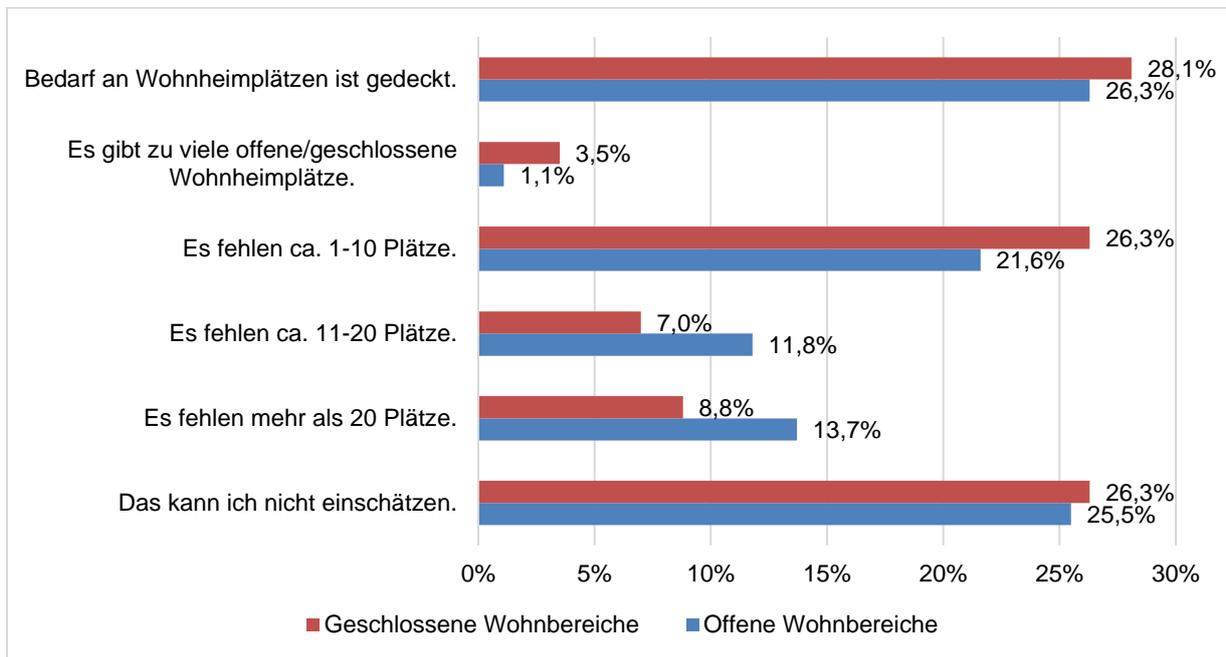
Bei der qualitativen Auswertung der Frage, welche Gründe für die erschwerte Entlassung vorlagen, nannten die offenen Einrichtungen als häufigste Gründe fehlende passgenaue Angebote und mangelnden Wohnraum. In den geschlossenen Einrichtungen dominierte eindeutig das fehlende passfähige Angebot für Menschen mit Mehrfachdiagnosen, mit besonders schweren Erkrankungen oder herausforderndem Verhalten. Sowohl im offenen als auch geschlossenen Bereich zeigten die Einrichtungsleitungen einen Mangel an (intensiv) ambulanten Angeboten an, die selbstbestimmtes Wohnen mit hoher Unterstützungsintensität möglichst an 7 Tagen die Woche ermöglichen.

Bedarfe

Etwa ein Viertel der offenen und geschlossenen Wohnheime zeigt keinen weiteren Bedarf an offenen bzw. geschlossenen Plätzen in ihrer Region an (Abb. 7). Lediglich ein geringer Prozentsatz ist der Meinung, dass in ihrem Landkreis/ihrer kreisfreien Stadt zu viele Wohnheimplätze vorhanden sind. Im Vergleich äußern die geschlossenen Wohnbereiche

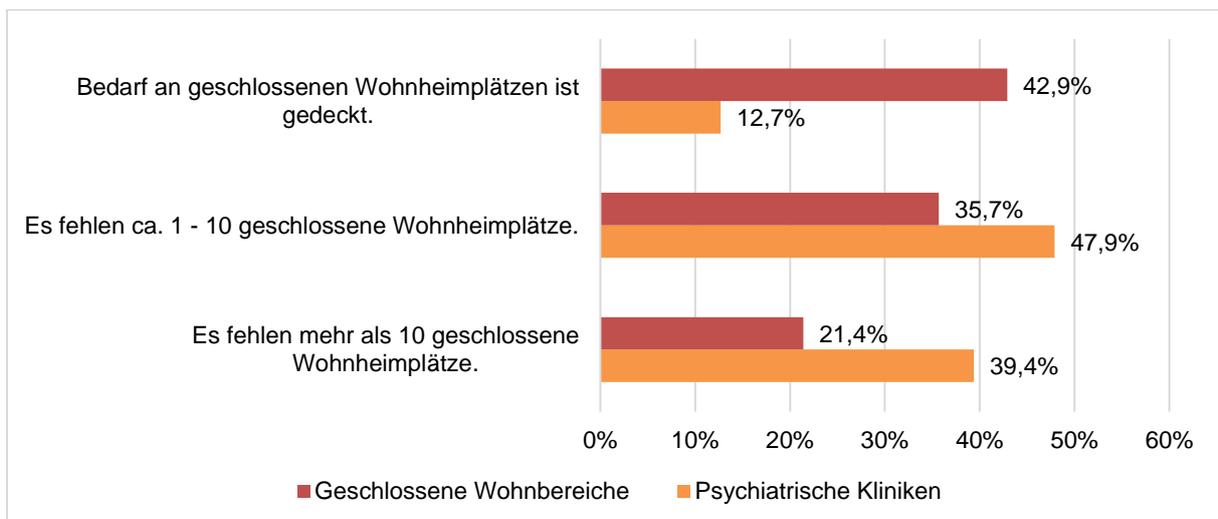
tendenziell einen geringeren Bedarf an weiteren geschlossenen Plätzen als die offenen Bereiche an weiteren offenen Plätzen.

Abbildung 7: Bedarf an Wohnheimplätzen



Das Teilprojekt 1 der ZIPHER-Studie, das vom LWL-Universitätsklinikum Bochum unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Juckel durchgeführt wurde, beinhaltete eine bundesweite Erhebung an psychiatrischen Kliniken, in der ebenfalls der Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen abgefragt wurde. Die vergleichbaren Antwortkategorien der Erhebung in den geschlossenen Wohnbereichen und den psychiatrischen Kliniken sind in Abbildung 8 dargestellt. Die psychiatrischen Kliniken schätzen den Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen im Vergleich deutlich höher ein als die geschlossenen Wohnheime selbst.

Abbildung 8: Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen im Vergleich Klinik vs. Wohnheim



Diskussion²

Was wissen wir über die aktuelle Heimlandschaft in Deutschland?

Anhand der dargestellten Ergebnisse lässt sich zunächst ablesen, dass sich die Größe der Wohneinheiten für psychisch erkrankte Menschen - wie schon vor über 40 Jahren im Zuge der Psychiatrie-Enquete gefordert - mit Blick auf die ehemaligen (Groß-)Anstalten verkleinert hat und sich bundesweit auf einem niedrigen, zweistelligen Niveau befindet, auch wenn es noch einzelne Großeinrichtungen gibt und ggf. gerade diese zurückhaltend bei der Beteiligung an der Befragung waren, wofür es zahlreiche Belege im Rücklauf gibt. Da bundesweit keine Daten zu den insgesamt verfügbaren geschlossenen Heimplätzen zur Verfügung stehen, kann an dieser Stelle nur eine Schätzung vorgenommen werden: ausgehend davon, dass der Anteil geschlossener Plätze in der Stichprobe etwa 10 % aller Plätze entspricht und es bundesweit laut der Berichterstattung der BAGüS 60.400 Heimplätze gibt, kann vermutet werden, dass hochgerechnet mindestens 6.000 geschlossene Heimplätze in Deutschland existieren.

Erstaunlich ist, dass gerade in geschlossenen Wohnbereichen der Anteil pädagogischer, ergotherapeutischer und ärztlich/psychologischer Berufsgruppen geringer ist als im offenen Bereich. Dafür liegen die Anteile an Pflege- und Pflegehelferberufen und Personal ohne Abschluss höher als in offenen Einrichtungen. Ausgehend davon, dass geschlossene Bereiche einen besonderen Schutzraum bieten sollen, wenn sich psychisch erkrankte Menschen in akuten, selbstgefährdenden Notsituationen befinden, erscheint es nur logisch, dass es an dieser Stelle multiprofessionell qualifiziertes Personal und nicht zwangsläufig mehr pflegerische Unterstützung braucht. Ein Erklärungsmodell wäre, dass dies noch mit Vorstellungen des Hilfebedarfes von Menschen mit schweren seelischen Beeinträchtigungen aus der Zeit der Großkrankenhäuser zusammenhängt.

Auch in der personellen Ausstattung im Nachtdienst zeichnen sich Unterschiede in den Wohnformen ab. Wenn ein Mensch nachts eine ständig anwesende fachlich qualifizierte Ansprechperson benötigt, dann findet er lediglich in der Hälfte der offenen Wohnheime ein solches Angebot. Dies entspricht einer einrichtungsorientierten Logik, nach der bestimmte Bedarfe nur in bestimmten Wohnkontexten gedeckt werden können. Geht man davon aus, dass die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung auch von regionalen strukturellen Kontextfaktoren (Verfügbarkeit intensiver ambulanter oder intensiver offener stationärer Unterstützungssettings) im Sinne kommunizierender Röhren abhängig ist, so stellt sich die Frage, ob entsprechend eines personenorientierten Modells durch eine verbesserte Ausstattung offener Settings die Zahl geschlossener Plätze reduziert werden könnte. Aktuell sind die bestehenden institutionell orientierten Strukturen gezwungen, bei der Aufnahme zu selektieren und Personen mit entsprechenden nächtlichen Unterstützungsbedarfen ggf. in einer geschlossenen Einrichtung unterzubringen oder fernab in einer anderen Region, nur, weil regional kein offenes Angebot mit einer 24 Std./7 Tage Personalausstattung verfügbar ist.

Insgesamt werden im stationären Setting überwiegend Männer unterstützt. Möglicherweise sind Frauen eher in ambulanten Versorgungsstrukturen zu finden. In den geschlossenen Wohnformen ist der Anteil der Frauen gegenüber dem offenen Bereich leicht erhöht. Um diese Tendenz zu überprüfen und Erklärungsansätze zu entwickeln, wären weitere Untersuchungen

² Die Ergebnisse der bundesweiten Online-Befragung befinden sich bei der Zeitschrift *Psychiatrische Praxis* im Druck (siehe unter 9. Publikationsverzeichnis).

notwendig. Der Anteil der ältesten Gruppe in den geschlossenen Einrichtungen liegt höher als im offenen Bereich, was die Frage nach qualifizierten Angeboten für ältere, schwer oder gar chronifiziert psychisch erkrankte und möglicherweise pflegebedürftige Menschen aufwirft sowie der Notwendigkeit ihrer geschlossenen Unterbringung. Neben der Entwicklung in der Größe der Einrichtungen, konnten auch Veränderungen in der Bewohnerstruktur identifiziert werden. War früher die Arbeitsweise in Wohnheimen mitunter auf die Gruppe der langzeithospitalisierten Personen, die aus den großen Anstalten in die Wohnheime übersiedelten und die sich zur überwiegenden Mehrheit aus Menschen mit Psychosen bzw. der Diagnose Schizophrenie zusammensetzte, ausgerichtet und spezialisiert (Kallert et al., 2006), so ist heute ein routiniertes auf den „Durchschnitt“ orientiertes Ablaufschema nicht ausreichend, um den individuellen Bedarfen der Bewohnenden mit ihren verschiedenen, häufig kombiniert auftretenden Störungsbildern nachzukommen. Die Herausforderung für die traditionellen auf Bewohnenden mit „Schizophrenie“ ausgerichteten Heime besteht heute vor Allem in der kritischen Reflexion bestehender Arbeitsweisen und der Ausgestaltung einer flexiblen, am Menschen statt an Diagnosen orientierten Unterstützungsleistung, deren Umsetzung zukünftig untersucht werden sollte. Evidenzbasierte bzw. an Leitlinien ausgerichtete therapeutische Konzepte müssen verstärkt Eingang in den Leistungskatalog der Teilhabeleistungen finden, wenn kein direkter Zugang zu SGB V-finanzierter Psychotherapie möglich ist, wie es z.B. im Landesrahmenvertrag Eingliederungshilfe in Berlin vorgesehen ist.

Wege in das System – und wieder heraus?

Die psychiatrischen Kliniken spielen für die Zuweisung von Menschen in die offenen und insbesondere geschlossenen stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine entscheidende Rolle. Im Vergleich nehmen die psychiatrischen Kliniken den Bedarf an geschlossenen Wohnheimplätzen außerdem deutlich höher wahr als die geschlossenen Wohnheime. An dieser Schnittstelle braucht es demzufolge eine abgestimmte Kommunikation zwischen den Systemen, ein qualifiziertes und regional ausgerichtetes Entlassmanagement der Kliniken und Abholmanagement der gemeindepsychiatrischen Anbieter inklusive der besonderen Wohnformen. Neben der klinischen Zuweisung stellt sich auch in den Aufnahme- und Folgesettings die enorme Bedeutung der Kooperation in der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft dar: der Großteil der Menschen befindet sich vor ihrer Aufnahme bereits in einem Unterstützungssetting - und die Mehrheit wird auch wieder in eines entlassen. Gerade das Beispiel von Mecklenburg-Vorpommern mit einer Entwicklung auf mittlerweile 30 % Fremdbelegung der geschlossenen Wohnheimplätze veranschaulicht, wie groß in einzelnen Bundesländern die Abweichung von dem von uns ermittelten Durchschnitt von 6,5 % sein kann. Deutlich wird auch, wie essentiell wichtig die Herstellung von Transparenz, die systematische Erfassung von Fremdbelegungen und die Einbindung der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in die regionale Pflichtversorgung sind - stets in Verbindung mit einer regionalen Steuerung an diesen Übergängen. Übernimmt eine Region diese Verantwortung für die Versorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner nicht oder nur in unzulänglicher Weise und berücksichtigt der Leistungsträger dies in den Vereinbarungen nicht, werden vorhandene freie Plätze in kurzer Zeit durch Externe belegt. Bei auswärtiger Unterbringung gerät nicht nur der Leistungsträger in die Situation eines ökonomischen und fachlichen Steuerungsverlusts - auch die Selbstbestimmung des/der Betroffenen, um die es vorrangig gehen muss, unterliegt mitunter primär ökonomischen Erwägungen. Um der Problematik der Fremdbelegung zu begegnen, braucht es analog zur Versorgungsverpflichtung einer psychiatrischen Klinik verpflichtende Vereinbarungen eines

regionalen Einzugsgebietes auch für besondere Wohnformen, zu deren Einlösung der Leistungsträger die Rahmenbedingungen schaffen muss.

Neben dem Umstand, dass Betroffene nicht immer gemeindenah versorgt werden, zeigt sich ein notwendiger Handlungsbedarf im Bereich der psychiatrischen (Anschluss-)Angebote. Ein nicht unerheblicher Anteil von Menschen ist mit seinem Unterstützungsbedarf in der offenen wie geschlossenen Wohnform fehlplatziert. Darüber hinaus hindern fehlende Angebote eine Vielzahl an Bewohnenden daran, das Wohnheim mit einer angemessenen Anschlussversorgung zu verlassen. Ginge man von der Repräsentativität der vorliegenden Untersuchung aus, könnte man die Anteile der Menschen, die nicht entlassen werden konnten, auf die 60.400 Leistungsberechtigten aus den BAGüS-Kennzahlen hochrechnen. Davon ausgehend, dass sich die Stichprobe zu 90 % aus offenen und zu 10 % aus geschlossenen Plätzen zusammensetzt, müsste es hochgerechnet bundesweit in etwa 940 Menschen geben, die im geschlossenen Bereich fehlplatziert sind. Im offenen Bereich wären es zahlenmäßig knapp 9.700 Menschen, die nicht entlassen werden können. Die Problemanzeigen der Einrichtungsleitungen bekräftigen, dass es insbesondere individuelle ambulante Angebote mit hohem Unterstützungsumfang und -sicherheit in der eigenen Wohnung erfordert, um die differenzierten Bedarfe der Menschen anstelle der Heimunterbringung abdecken zu können (Steinhart, 2014).

Zukunft besonderer (geschlossener) Wohnformen

Die zentrale Herausforderung des BTHG besteht im grundlegenden Umbau des Systems von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung, die in allen Angeboten der Gemeindepsychiatrie gestärkt werden muss. Angesichts dieser Anforderungen an das System der Eingliederungshilfe, stellen sich Leistungsträger und -erbringer nicht zu Unrecht die Frage, ob und unter welchen Bedingungen besondere Wohnformen noch zukunftsfähig sind. Deutlich wurde, dass für die Mehrheit der Bewohnenden die Unterbringung in der bisherigen Wohnform des Wohnheims nicht nur ein kurzfristiger Unterstützungskontext, sondern langjährige Lebensrealität ist und dass viele Menschen in Heimen bereits aktuell mangels alternativer Angebote fehlplatziert sind. Statt einer Veränderung des Türschildes in „besondere Wohnformen“ müssen fachlich verbindliche Standards und eine gemeinsame, regionale Steuerungsverantwortung für zukünftige besondere Wohnformen vereinbart werden, um langfristig zu passgenauen, gemeindenahen Lösungen für die einzelnen Personen zu gelangen. Die Systematik, dass die Eingliederungshilfe außerhalb der regionalen Pflichtversorgung, d.h. ohne definiertes Einzugsgebiet, jedes zweite Angebot betreibt, bedarf einer grundlegenden Änderung. Das aktuelle Anreizsystem jeden freien Platz schnellstmöglich belegen zu müssen, sollte sich in die Motivation wandeln, kreative, atypische Arrangements auch für Personen mit besonders hohen Hilfebedarfen in der Region vermutlich außerhalb der heutigen Heime zu schaffen. Ein guter Ansatz für die Weiterentwicklung passgenauer Angebote wäre die Finanzierung von Krisenplätzen, die flexibel belegt und vor allem auch ohne Kostendruck freigehalten werden können. Nicht zuletzt kann der vom BTHG initiierte, sozialpolitisch geforderte und inhaltlich bedeutsame Paradigmenwechsel nur unter einer angemessenen personellen wie materiellen Ausstattung realisiert werden, sodass eine Begleitung der bisherigen Heimanbieter und die Refinanzierung personensorientierter Angebote durch den Leistungsträger notwendig sind. Wenn der Anspruch des neuen Teilhabegesetzes als Chance begriffen wird, kann dies der Startschuss sein für eine zeitgemäße und humane Psychiatrie, die sich an den individuellen Bedarfen der Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen orientiert und eine gemeindenah,

selbstbestimmte Versorgung gewährleistet – und dieser Logik müssen sich auch die besonderen Wohnformen mit ihren Konzepten unterwerfen.

Heime haben demzufolge nur dann Zukunft, wenn sie nicht „weiter so“ betrieben werden, sondern sie als besondere Wohnformen mit dynamischen Strukturen verstanden und ihre passgenauen Lösungen personenbezogen finanziert werden. Auch wenn für einen Teil schwer psychisch erkrankter Menschen die Hilfeform der geschlossenen Unterbringung auch in Zukunft notwendig sein wird, kann und muss der Möglichkeitsraum zur alternativen Unterstützung deutlich erweitert werden. Insbesondere angesichts der hohen Fehlplatzierung im offenen wie geschlossenen Bereich und der Entlassungshemmnisse insgesamt muss das dahinterliegende gemeindepsychiatrische System so gestaltet werden, dass dort ein passgenauer individueller, ggf. auch sehr hoher Unterstützungsaufwand gewährleistet werden kann. Die Zahl geschlossener Angebote könnte so reduziert bzw. mindestens der weitere Aufbau gestoppt werden, ohne die Schutzbedarfe der Menschen zu vernachlässigen. Die vorliegenden empirischen Ergebnisse können jedoch nur als Anstoß für eine weiterführende, sozial- und psychiatriepolitische Diskussion dienen, die im Sinne der Bewohnenden, Mitarbeitenden, diversen Interessengruppen und Akteure zu führen ist. Dabei ist insbesondere der Sicherstellungsauftrag der Leistungsträger innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Verbundsystems als wesentlicher Akteur neu zu definieren und eine qualifizierte regionale Berichterstattung anhand empirischer Daten zu garantieren.

Beschränkungen

Die Repräsentativität der bundesweiten Online-Befragung im Rahmen des Teilprojektes 3 wird durch die nicht transparenten Strukturen der regionalen Heimangebote sowie die unbekannte Populationsmenge an geschlossenen Wohnheimen in Deutschland begrenzt. Die Tatsache, dass bundesweit wenig über die Quantität der geschlossenen Wohnheime bekannt ist und die Vermutung, dass möglicherweise große und gleichzeitig für die Erhebung relevante Einrichtungen in bestimmten Regionen Deutschlands nicht an der Umfrage teilgenommen haben, wirken als limitierende Faktoren. Ein Abgleich zwischen der konkreten Ausgangslage und der in der Untersuchung erfassten Einrichtungen ist demzufolge aktuell nicht möglich. Die Vermutung liegt nahe, dass insbesondere die Heime, die über eine verbesserungsbedürftige Datenhaltung/-transparenz und Unterstützungsqualität verfügen, in der Stichprobe unterrepräsentiert sind. Durch die bundesweit sehr unterschiedliche Beteiligung können die beschriebenen Ergebnisse und die daraus abgeleitete Hochrechnung aus unserer Sicht als eine grobe, aber verlässliche Minimalschätzung der bundesweiten Heimlandschaft gelten.

Dringend erforderlich ist neben der Erfassung der stationären Wohneinrichtungen der EGH (SGB IX) ebenfalls die wissenschaftliche Ausleuchtung von Pflegeheimen (SGB XI), die in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der hohen Komplexität keine Berücksichtigung finden konnten. Ältere und jüngere Forschungsarbeiten aus Berlin sowie die regionale Berichterstattung aus Baden-Württemberg weisen darauf hin, dass eine nicht unerhebliche Zahl jüngerer Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen trotz fehlender Pflegestufe in Pflegeheimen untergebracht sind (Lehmkuhl et al., 1987; Vock et al., 2007; KVJS, 2014).

Zwischenfazit

Angesichts der unklaren Datenlage in der Eingliederungshilfe wären künftig regelmäßige Erhebungen ausgehend von einer regional verorteten Sozialberichterstattung wünschenswert.

Es sollte künftig eine Aufgabe von Kommunen, Ländern und Bund sein, entsprechende Versorgungsdaten bereitzustellen, um sie im Verlauf beobachten zu können und für einen nachhaltigen Praxistransfer nutzbar zu machen. Vor dem Hintergrund des neuen Teilhaberechts ist die Weiterentwicklung und gleichzeitig wissenschaftliche Evaluation passgenauer Angebote in der Gemeindepsychiatrie dringend erforderlich.

Psychiatrische Wohnheime benötigen eine neue konzeptionelle Ausrichtung und Refinanzierung, um den Systemumbau von der Einrichtungs- zur Personenorientierung bewältigen zu können. Die Zukunft besonderer Wohnformen liegt in der flexiblen, individuellen Ausgestaltung ihrer Unterstützungsangebote, die nur als verbindlicher Teil der regionalen Verbundstrukturen und mit einer personenbezogenen Refinanzierung gelingen kann. Gleichrangig muss die Option individuell zugeschnittener Einzelarrangements mit ebenfalls hoher Unterstützungssicherheit in jeder Region ermöglicht werden. Mit einer regionalen Pflichtversorgung für besondere Wohnformen und einer gemeinsamen Steuerungsverantwortung in der Gemeindepsychiatrie kann dem Problem der Fremdunterbringung und Fehlplatzierung begegnet und somit der weitere Ausbau geschlossener Angebote vermieden werden.

Bundesweite Telefoninterviews

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Für eine telefonische Befragung zu den Themen Kooperation, Anschlussangebote, Bewohnermitbestimmung, Fremdunterbringung und Vermeidung von Zwang konnten 24 offene und 11 geschlossene Wohnheimleitungen aus den 16 verschiedenen Bundesländern gewonnen werden. Eine trennscharfe Zuordnung zum offenen oder geschlossenen Wohnsetting war bei zwei weiteren Wohneinrichtungen nicht möglich. Hier muss von einer Mischform ausgegangen werden. Die Auswertung der wörtlichen Transkripte folgte einer klassischen qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der 37 befragten Wohnheimleitungen können beim **Übergangmanagement** der Bewohnenden auf mehrere Angebote innerhalb des Trägers oder der Einrichtung zurückgreifen, sodass ein Umzug eines Bewohnenden in ein anderes Wohnsetting relativ unkompliziert gestaltet werden kann. Dennoch schätzen 32 % der Befragten insbesondere den Wohnungsmarkt als sehr problematisch ein. Sowohl der fehlende Wohnraum als auch die unbezahlbaren Mieten erschweren den Übergang in ein ambulantes Setting. Auch die Thematik der Unterstützungssituation beim Umzug des Klienten oder der Klientin wurde von knapp einem Viertel der Wohnheimleitungen angesprochen. Hier geben einige Leitungen an, bei dem Auszug aus der Wohneinrichtung, bei der Wohnungssuche und zugehörigen Formalien zu begleiten und unterstützen, während andere Leitungen in diesem Falle die nachsorgende Einrichtung oder den gesetzlichen Betreuer in der Pflicht sehen. Hier wird auch zusätzlich auf die Schwierigkeit einer Vermittlung in die Heimatregion hingewiesen. 7 Wohnheimleitungen (19 %) geben an, dass ihnen keine Angebote oder Plätze fehlen, da sie sehr gut vernetzt sind und mit anderen Einrichtungen zusammenarbeiten. Dennoch wird ebenso häufig bemängelt, dass die Nachfrage die Auslastung übersteigt und Plätze oder Angebote fehlen. Insbesondere wird eine Lücke zwischen dem stationären und dem ambulant betreuten Wohnen zusätzlich von den Befragten konkretisiert. Hier sei „der Sprung zu groß“, da es an intensiverer Betreuung und Außenwohngruppen mangelt.

Auf die Frage danach, ob es im Wohnheim Bewohnende gibt oder gab, für die ein **anderes Wohnsetting geeigneter** (gewesen) wäre, bejahen viele der Wohnheimleitungen diese anhand verschiedener Einzelfälle. Vor allem für junge Menschen, Schwerstkranke und auch für pflegebedürftige psychisch Kranke fehlt häufig ein passendes Wohnangebot. Ebenfalls aggressive oder extrem verhaltensauffällige Menschen sowie psychisch Erkrankte mit einer vordergründigen Suchtdiagnose finden laut der Wohnheimleitungen oftmals kein passendes Wohnangebot. Um noch einige weitere Beispiele zu nennen, auch psychisch kranke Menschen mit Autismus, selbstverletzendem oder sexualisiertem Verhalten oder einer zusätzlichen geistigen Behinderung haben Schwierigkeiten bei der Suche nach einem geeigneten Wohnplatz. Einen großen Stellenwert bei dieser Frage nimmt auch der Wunsch nach intensiverer Begleitung im offenen und ambulanten Bereich ein. Die Wohnheimleitungen wünschen sich hier vor allem mehr Betreuungszeit, mehr Außenwohngruppen bzw. Trainingswohngruppen sowie mehr Personal und einen besseren Krisendienst. Von einer konkreten Fehlplatzierung sprechen immerhin 7 von 37 Einrichtungsleitungen und von diesen 7 haben auch die drei Wohnleitungen der geschlossenen Wohnheime die geschlossene Unterbringung einzelner Bewohnenden in Frage gestellt. Fehlende geschlossene

Wohnheimplätze werden von fünf Wohnheimrichtungen beklagt. Drei dieser Wohnheime befinden sich in einem Bundesland, das selbst keine geschlossenen Plätze vorhält.

Gründe dafür, dass **Klientinnen und Klienten aus einem anderen Bundesland** in den Einrichtungen Platz finden, sind vor Allem, dass keine Plätze frei waren oder keine geeigneten Einrichtungen im Heimatbundesland vorhanden sind. An dieser Stelle fällt auf, dass diese Begründung sogar häufiger von den geschlossenen Einrichtungen genannt wird (8:6), obwohl der Anteil der Befragten aus einem geschlossenen Wohnbereich deutlich geringer war als aus dem offenen Setting (11:24). Ebenso stark vertreten war die Begründung, dass die anfragenden Klientinnen und Klienten ursprünglich aus dieser Region stammen und zurück zu ihren Familien wollen oder auch mittlerweile hier verortet sind und das betreffende Bundesland als ihre Heimat betiteln. Ebenfalls mehrfach von den Einrichtungen wurde die Fremdunterbringung mit der überwiegenden Aufnahme aus einer angrenzenden Region begründet. Momentan keine fremduntergebrachten Bewohnenden zu haben oder sogar konsequent niemanden aus einem anderen Bundesland aufzunehmen, wurde ebenfalls häufig angemerkt. Weiterhin sind laut der befragten Wohnheimleitungen auch der ausdrückliche Klientinnen und Klientenwunsch sowie logistische oder finanzielle Gründe Ursache für eine Fremdunterbringung.

Davon abgesehen, dass sich vier Wohnheimleitungen auf keine Tendenz festlegen konnten, beobachtete die Mehrzahl der Befragten ein unverändertes **Anfrageverhalten** nach stationären Wohnheimplätzen. Dennoch geben sieben Wohnheimleitungen (19 %) eine Zunahme der Anfragen an, während lediglich zwei Befragte eine Abnahme der Anfragen verzeichnen können. An dieser Stelle erwähnten viele Wohnheimleitungen, dass die Anfragenden in den letzten Jahren deutlich jünger geworden sind und mittlerweile immer häufiger für Klientinnen und Klienten in den 20igern und Anfang 30igern bereits stationäre Wohnplätze gesucht werden. Trotz gesetzlicher Rahmenbedingungen geben nicht alle Wohnheimleitungen an, dass ein Bewohnerbeirat in unterschiedlichen Abständen im Sinne einer **Bewohnermitbestimmung** abgehalten wird. Bewohnertreffen, neben der Vollversammlung meist in kleineren Runden (z.B. Etagentreffen, Hausparlament, Bewohnerrunde), werden in den meisten Wohnheimen durchgeführt und dienen als zusätzliches Mittel zur Mitsprache der Bewohnenden. Eine regelmäßige Bewohnerbefragung mittels Fragebogen im Sinne der Qualitätssicherung führen knapp 60 % aller befragten Wohnheime durch. Weitere 8 % geben an, sich gerade im Planungsprozess einer solchen strukturierten Befragung zu befinden. Des Weiteren wurde ein Beschwerdemanagement in Form eines „Kummerkastens“ häufiger genannt, wogegen ein/e Bewohnerfürsprecher/in oder Ähnliches nur drei Mal angegeben wurde.

Das Gros der Wohnheimleitungen äußerte sich zum Zugang zu den verschiedenen Fachärztinnen und Ärzte positiv. Die Fachärztinnen und Ärzte kommen entweder zu regelmäßigen Hausbesuchen in die Einrichtung oder eine angrenzende Klinik beziehungsweise psychiatrische Institutsambulanz übernimmt die Versorgung der Heimbewohnenden. Deutlich weniger Wohnheimleitungen empfinden den Zugang der Bewohnenden zu den Fachärztinnen und Ärzte durch die langen Wartezeiten oder den Mangel an Ärztinnen und Ärzte als schwierig. Bezogen auf den Zugang zu einem/r Psychotherapeut/in dreht sich dieses Verhältnis allerdings um. Der überwiegende Anteil der Wohnheimleitungen empfindet den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung als eine große Hürde, vor allem durch die langen Wartezeiten. Es gab auch mehrere Hinweise, dass bestimmte Diagnosen (Suchterkrankungen, Schizophrenie) und vor allem komplexe Beschwerdebilder

von Therapeutinnen und Therapeuten abgelehnt werden. Aber auch medikamentöse Rahmenbedingungen, Immobilitäten und Vorbehalte seitens der Bewohnenden hindert diese an der Initiation einer psychotherapeutischen Behandlung. Lediglich ein Bruchteil der Wohnheimleitungen beschreibt den Zugang der Bewohnenden zu Psychotherapeuten als einfach, da eine Anbindung an das örtliche Krankenhaus besteht oder der/die Psychotherapeut/in ins Haus kommt.

Auf die Frage nach der **Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen** Akteuren in der Region berichten viele Wohnheimleitungen von einer guten Kooperation zur Versorgungsklinik (Abb. 9). Auch mit den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer und im Gemeindepsychiatrischen Verbund läuft die Kooperation laut der Heimleitungen sehr gut. Des Weiteren werden die Richter und der Sozialpsychiatrische Dienst positiv erwähnt. Angehörige und Betroffene selbst werden deutlich seltener in Bezug auf eine gute Zusammenarbeit genannt.

Abbildung 9: Gelingende Kooperationen mit Akteuren



Neben den positiven Erwähnungen gibt es aber auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Kliniken durch fehlende Qualität der Behandlungen, schlechte Deutschkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte und einer zu kurzen Verweildauer aufgrund von Überfüllung (Abb. 10). Vor allem die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird erschwert, da viele Klientinnen und Klienten nur noch wenig bis gar keinen Kontakt mehr zu Familienmitgliedern haben. So gut das Zusammenwirken auch bei den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer sein kann, so schwierig kann es sich auch gestalten, insbesondere, wenn Angehörige diese Rolle einnehmen.

Abbildung 10: Schwierige Kooperationen zu Akteuren



Gute Beziehungen und die *Einsichtsfähigkeit der Klientinnen und Klienten* sind nach Angaben der Wohnheimleitungen die beiden wichtigsten **Voraussetzungen, um Zwang zu vermeiden**. Aufgrund einer guten Beziehungsarbeit, charakterisiert durch ein enges und vertrauensvolles Verhältnis zwischen Mitarbeitendem und Klient/in, können anbahnende Krisen schneller erkannt und entsprechend interveniert werden. Einen ebenso großen Anteil am Prozess der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen haben laut Wohnheimleitungen aber auch die Klientinnen und Klienten selbst. Eingeschränkte Einsichtsfähigkeit (beispielsweise in Form von Medikamentenverweigerung) oder eine fehlende Krankheitseinsicht erschweren die Vermeidung von Zwang. Aber auch eine gute Personalabdeckung, im besten Fall mit Sicherheitsdienst, könne zur Zwangsvermeidung beitragen. Weiterhin zählen die Befragten die Versorgungsstruktur, in Form eines flexibleren, ausdifferenzierten Systems und einer niedrigschwelligen, möglichst frühzeitigen Intervention sowie die Fortbildungen des Personal als hilfreiche Strategien bezüglich einer Reduzierung von Zwang auf.

Mit offenen Türen arbeiten, da ist sich das Leitungspersonal nahezu einig, können Wohnheime am besten über die Stellschraube *Personal*. Es müsse besser ausgebildet und nachts anwesend sein, um ein geschlossenes Setting öffnen zu können. Neben der Intensivbetreuung werden aber auch bauliche Bedingungen angebracht. Vor allem kleinere Einheiten mit eigener Nasszelle und separatem Eingang ebenso wie ein Blickschutz und eine Geräuschkürzung können laut Wohnheimleitung dem geschlossenen Wohnbereich einen offeneren Charakter geben. Neben strukturellen Veränderungen, wie einem fakultativ geschlossenem Aufbau und einem flexiblen, gestuften System sehen die Befragten aber auch elektronische Unterstützungsformen, wie eine Videoüberwachung, als Chance für offene Türen im geschlossenen Setting. Dennoch halten einige Wohnheimleitungen, sowohl aus dem geschlossenen als auch aus dem offenen Bereich, eine geschlossene Unterbringung in Einzelfällen für unvermeidbar.

Wenn sich Ihr **Jahresbudget um 120.000€ erhöhen** würden, wofür würden Sie das Geld einsetzen? Da die meisten Wohnheimleitungen die größte Chance zur Zwangsvermeidung in der Aufstockung des Personals sehen, würden sie in diesem Bereich auch zusätzlich zur Verfügung stehendes Geld einsetzen. Sei es durch eine Gehaltsanpassung, Weiterbildung oder die Verstärkung des Kollegiums mittels Fachkräften im Bereich Nachtdienst, Pädagogik oder Medizin. Auch bauliche Maßnahmen würden die Wohnheimleitungen mit zusätzlichen finanziellen Ressourcen in Angriff nehmen, um beispielsweise Barrierefreiheit und gepflegte Innen- und Außenanlagen gewährleisten zu können. Neben einer passgenaueren Wohnsituation (Einzelapartments für Paare, Apartmenthaus für Jüngere, Ausbau des ambulanten Settings) würden viele Befragte gerne auch mehr Geld in die Bewohnerfreizeit fließen lassen.

Interessierte Wohnheimleitungen, die nicht für ein Telefoninterview ausgewählt wurden, konnten ihre Antworten per E-Mail an das Institut senden. Hier zeigten sich gleiche Themen und ähnliche Tendenzen.

Zwischenfazit

Im Rahmen der bundesweiten Telefonbefragung der Wohnheimleitungen wird insbesondere die Lücke zwischen dem ambulanten und stationären Wohnsetting deutlich. Zur schwierigen Wohnungsmarktsituation, vor allem in Städten, kommen unklare Zuständigkeiten im Übergang eines Wohnformwechsels und das Fehlen passender Angebote für bestimmte Personengruppen hinzu. Vor allem für junge Menschen, Schwerstkranke und auch pflegebedürftige psychisch kranke Menschen muss lange nach einem passgenauen Wohnumfeld gesucht und unter Umständen in einem anderen Bundesland angefragt werden.

Neben dem Übergangsmanagement wird auch der Zugang der Bewohnenden zu psychotherapeutischer Behandlung bemängelt. Insbesondere durch lange Wartezeiten, Ablehnung bestimmter Diagnosen sowie organisatorische Schwierigkeiten (medikamentöse Rahmenbedingungen, Immobilitäten der Bewohnenden) entstehen große Hürden für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. Regelmäßige Hausbesuche und eine gute Versorgung durch die angrenzende Klinik oder psychiatrische Institutsambulanz führen demgegenüber zu einer positiven Bewertung der weiteren fachärztlichen Versorgung.

Die Personalmenge wird bei vielen Problemanzeigen als der wichtigste Lösungsansatz identifiziert. Sei es die zeitintensive Beziehungsarbeit mit den Klientinnen und Klienten oder die Aufstockung und Qualifikation des Personals, um Zwangssituationen zu verringern und ein gesichertes Entlassmanagement zu gewährleisten.

Teilprojekt 6

Qualitative Befragung von geschlossenen Heimeinrichtungen der Eingliederungshilfe in zwei größeren Regionen in Westfalen und in Mecklenburg-Vorpommern

Bei Teilprojekt 6 handelt es sich um eine qualitative Befragung von Leitungen und Mitarbeitenden geschlossener Heimeinrichtungen der Eingliederungshilfe und deren Netzwerkpartnern (psychiatrische Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, offene Wohnheime der EGH (SGB XII alt), Richter, Betreuungsbehörde, Ordnungsamt, Mitarbeitende der Polizei).

Zentrale Aspekte der Analyse waren folgende Struktur-/Prozessmerkmale:

- Zugang/Entlassung von Bewohnenden in offenen und geschlossenen Wohnheimen
- Hilfeplanung/-instrument in der Region
- Kooperations-/Vernetzungsqualität mit beteiligten Versorgungsakteuren in der Region
- Alternativen zur/Verkürzung von geschlossenen(er) Unterbringung (nach § 1906 BGB)
- Umgang mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen
- Bedingungsgefüge zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in Wohnkontexten
- Personalbelastung

Zur Analyse des Zusammenspiels von Wohneinrichtungen und (gemeinde-)psychiatrischer Arbeit bzw. Versorgungsstrukturen sowie der Identifikation regionaler Unterschiede und Bedingungsfaktoren wurden zwei Gebietskörperschaften Mecklenburg-Vorpommerns ausgewählt: die Landkreise Nordwestmecklenburg und Mecklenburgische Seenplatte.

Fragebögen regionale Akteure

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Zur Erfassung von Sozialraumdaten und der Strukturen des regionalen Hilfesystems wurden Fragebögen und Interviewleitfäden entwickelt und den verschiedenen einzusetzenden Bereichen angepasst. Die entwickelten Fragebögen wurden postalisch an die jeweils zuständigen psychiatrischen Kliniken, den Sozialpsychiatrischen Dienst sowie an die zuständigen Polizeiinspektionen in den beiden Vertiefungsregionen in M-V versandt und richteten sich jeweils an die Leitungsebene. Der Bezugszeitraum für die abgefragten Inhalte des Fragebogens war das Jahr 2016. Da im Landkreis Nordwestmecklenburg das Ordnungsamt und die Betreuungsbehörde am Unterbringungsverfahren (PsychKG bzw. BGB) beteiligt sind, wurde auch hier ein angepasster Fragebogen verteilt. Das Institut für Sozialpsychiatrie erhielt alle, bis auf einen Fragebogen, ausgefüllt zurück. Die Polizeiinspektionen verfassten jeweils ein Statement, dass das Ausfüllen des Fragebogens nicht möglich war. Mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken in den Landkreisen NWM und MSE wurden zusätzlich persönliche Interviews geführt. Über die Fragebögen und Interviews hinweg konnten verschiedene Themen und Problemanzeigen aus den Regionen identifiziert und mit den Akteuren selbst in einem gemeinsamen Workshop diskutiert werden.

Ergebnisse

Bei den Akteuren SPDi, Klinik, Ordnungsamt und Betreuungsbehörde konnten anhand der Interviews und Fragebögen im Folgenden beschriebene Themengebiete herausgearbeitet werden.

Die Voraussetzung für die Ausgestaltung eines reibungslosen Ablaufes an den Schnittstellen eines Versorgungssystems ist die **Kooperation** und Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Alle drei Versorgungskliniken in den Vertiefungsregionen tauschen sich über freiheitsentziehende Maßnahmen mit dem SPDi aus, während nur eine Klinik mit weiteren Akteuren (dem Gericht, der zuständigen Behörde, den Betreuerinnen und Betreuer und Psychiaterinnen und Psychiater, den Ämtern und der Polizei) ins Gespräch über freiheitsentziehende Maßnahmen geht. In akuten Situationen (Zwang) halten die drei Kliniken lediglich zu dem SPDi regelhaften Kontakt. Mit der Polizei und dem zuständigen Amtsgericht gehen noch zwei von drei Versorgungskliniken in einen Austausch im Rahmen einer akuten Situation. Dass es zu einem Austausch mit Einrichtungen und externen Stellen in Bezug auf die Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Region kommt, können ebenfalls nicht alle Kliniken bejahen. Der Sozialpsychiatrische Dienst beider Regionen gibt an, mit vielen verschiedenen Einrichtungen und Institutionen in Kontakt und Austausch zu stehen. Das Interesse aller Beteiligten an der Zusammenarbeit sei da und der fachliche Austausch nach einer Schweigepflichtentbindung funktioniere ebenfalls gut. Allerdings seien teilweise keine passenden Einrichtungen zu finden und rückfließende Informationen über die Entlassung nach einem Unterbringungsbeschluss fehlen häufig.

Die Frage nach der Beschäftigung eines **Genesungsbegleiters** oder einer Genesungsbegleiterin wurde von den drei Kliniken verneint. Den drei Kliniken der beiden Regionen zufolge hat der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter auch keinen Einfluss auf die Anwendung von Zwang.

Die **Aufnahmesituation** der drei befragten Kliniken ist klar durch den jeweiligen Pflichtversorgungsauftrag bezüglich eines festen Einzugsgebietes geregelt und die Befragungen zeigten, dass nur wenige Patientinnen und Patienten aus einem anderen Bundesland aufgenommen werden mussten. Nichtsdestotrotz zeigte eine der Kliniken ein Kapazitätsproblem auch durch fremduntergebrachte Personen an. Gründe für eine Fremdaufnahme seien laut der Klinikleitungen der Zuschnitt der Versorgungsgebiete (örtliche Nähe) oder der ausdrückliche Patientinnen und Patientenwunsch. Eine besondere Vorgehensweise gäbe es für diese Patientinnen und Patienten jedoch nicht. Auf die Frage nach der Anzahl von elektiven und notfallmäßigen Aufnahmen im Jahr 2017 gaben zwei Kliniken ein Verhältnis von etwa 30 zu 70 Prozent an, während die dritte Klinik im Gegensatz dazu circa 90 Prozent elektive und nur 10 Prozent notfallmäßige Aufnahmen rückmeldete. Eine statistische Lücke zeigte sich bei einer Klinik auf die Frage danach, wie viele der Notfälle untergebracht wurden und wie viele freiwillig geblieben sind. Die beiden anderen Kliniken meldeten ein Verhältnis von 50:50 und 33:66 zurück. Auch die Fallaufnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes beider Vertiefungsregionen fußt auf einem festen Einzugsgebiet, begrenzt durch die Landkreise. Betroffene und Angehörige zählen bei der Anregung eines Erstkontaktes zu den häufigsten Initiatoren. Beim SPDi sowie der Betreuungsbehörde und dem Ordnungsamt können punktuell keine Angaben aufgrund fehlender oder lückenhafter Dokumentation gemacht werden.

Bezüglich der **Entlassung** äußerten alle drei Kliniken, dass die meisten Patientinnen und Patienten nach einer regelhaften Beendigung der Therapie entlassen werden konnten. Zwei der drei Kliniken machten auch dazu Angaben, dass Patientinnen und Patienten zu früh entlassen wurden (10 und 15 %). Als Voraussetzung für eine regelhafte Entlassung verwies eine Klinik insbesondere auf ein bestehendes Nachsorgeangebot mit einer psychiatrischen Anbindung an die Unterkunft.

Um die **Qualität der Arbeit** zu sichern, führen alle befragten Kliniken Deeskalationstrainings für ihr Personal durch. Unter den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal erhalten mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden eine jährliche Schulung. Eine Klinik berichtet zusätzlich von einer Multiplikatoren-Schulung im Bereich Fixierungen. Alle Kliniken haben eine interne, für alle Mitarbeitenden einsehbare Leitlinie zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und es werden verschiedene Mittel zur Vermeidung von Zwang eingesetzt, wie beispielsweise Schulungen, Monitoring der Maßnahmen, Supervisionen sowie Weiterbildungen des Personals aus den somatischen Abteilungen der Klinik. Während die Kliniken Praxisübungen zur Durchführung von Zwang in der Regel im Deeskalationstraining integrieren, geben beide Dienststellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes an, kein verpflichtendes Deeskalationstraining vorzuhalten. Die für die gesetzliche Unterbringung zuständige Behörde gibt an, keinen Sachverständigen für mögliche Rückfragen zur Verfügung zu haben und auch keinen Mitarbeitenden zu beschäftigen, der mindestens an einer eintägigen Fortbildung für psychiatrische Problemstellungen teilgenommen hat. Ein Interesse an einer psychiatrischen Fortbildung bestehe jedoch.

Ein Teil der Fragebögen und Interviews war auch das Thema **Anwendung von Zwang in Krisensituationen** sowie deren Vorbeugung und Nachbereitung. In allen drei befragten Kliniken wird mit Behandlungsvereinbarungen, aber nur in einer mit Krisenpässen gearbeitet. Eine richterliche Anhörung findet innerhalb von 24 Stunden statt, während 2 von 3 Kliniken angeben, dass eine Begutachtung bei Zwangsmedikation etwas länger dauert. Die dritte Klinik antwortet, dass es äußerst selten zu einer externen Begutachtung kommt und die Gabe von Medikamenten unter Zwang dort grundsätzlich nur vereinzelt praktiziert wird. Auch der Zeitraum zur Rückmeldung auf einen Antrag und die Bewilligungspraxis wird uneinheitlich beschrieben. Auf die Frage nach den häufigsten Gründen für die Anwendung von Zwang werden sowohl die Eigen- und Fremdgefährdung als auch die Erkrankung des/der Betroffenen selbst angegeben. Eine Klinik schildert die Feststellung, dass in hohem Maße eine Fremdgefährdung im Gegensatz zur Eigengefährdung (70:30) der Grund für Zwang darstellt. Laut den Kliniken haben kulturelle und sprachliche Verständigungsprobleme eher einen geringen bis sehr geringen Einfluss (1,5; 1; 2,5 auf einer Skala von 1=*nie* bis 10=*sehr häufig*) auf die Anwendung von Zwang. Dem fehlenden Wissen des Personals im Umgang mit den Patientinnen und Patienten wird eher eine Einflussnahme zugeschrieben (2,5; 2; 3,5) wobei hier von einer Klinik eine Einflussnahme ausschließlich auf die Dauer der Zwangsmaßnahme eingeräumt wird, nicht aber grundsätzlich auf die Einleitung dieser. Auch die Reaktion der Klinik auf Regelverletzungen hat eher einen geringen Einfluss (2x nein, 1x ja mit der wörtlichen Ergänzung: „ausschließen kann man ja nichts“) auf die Anwendung von Zwang. Ob der Einsatz von Krisenpässen und Behandlungsvereinbarungen einen Einfluss auf die Anwendung von Zwang hat, wird von einer Klinik ganz klar verneint. Die beiden anderen Kliniken bejahen dies, während eine Klinik hierbei lediglich von „einem geringen“ Einfluss spricht. Eine Klinik gibt an, dass sowohl *Delinquenz* als auch das *Störungsbild* einen Einfluss auf die Anwendung von Zwang haben kann, während die beiden anderen Versorgungskliniken einen Einfluss von Patientinnen und Patientenmerkmalen ausschließen.

Der SPDi arbeitet nur selten bis gar nicht mit Behandlungs- oder Krisenvereinbarungen. In der Region Mecklenburgische Seenplatte als auch in Nordwestmecklenburg findet eine richterliche Anhörung innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen (24h) statt und es konnte in beiden Regionen für das Berichtsjahr 2016 eine sofortige aufsuchende Krisenintervention durch den SPDi geleistet werden, obwohl eine Region dies nicht als Regelleistung anbieten konnte. Große Unterschiede gab es bei der Anzahl der Anregungen/Einleitungen für einen Unterbringungsbeschluss in eine psychiatrische Klinik nach PsychKG/BGB. In der einen Region wurden im Berichtsjahr 2016 140 Unterbringungen (40 % Frauen) angeregt, während die andere Region von ca. 8 Unterbringungen (50 % Frauen) berichtet. Dies lässt sich mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten erklären, da in dieser Region auch das Ordnungsamt Unterbringungen einleitet.

Aufklärung und Nachbesprechung von Zwangsbehandlungen sowie ihre ausführliche **Dokumentation** sind nur vereinzelt auf Bundesländerebene gesetzlich verankert. Laut Psychischkrankengesetz - PsychKG M-V sind untergebrachte Personen (bzw. deren gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) unverzüglich nach Aufnahme über ihre Rechten und Pflichten während der Unterbringung mündlich und schriftlich aufzuklären (PsychKG M-V, §20 Abs. 2). Nach Beendigung jeder Fixierung muss auf die Möglichkeit einer nachträglichen gerichtlichen Überprüfung hingewiesen werden (PsychKG M-V, §21 Abs. 8) und jegliche ärztliche Zwangsmaßnahme setzt voraus, dass „entsprechende Informationen über die beabsichtigte Behandlung, ihre Wirkung und Ziele vorausgegangen“ sind und dem Patienten oder der Patientin die „Beantragung der gerichtlichen Anordnung nebst der Möglichkeit der Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme angekündigt worden ist“ (PsychKG M-V, §26, Abs. 2.2 und 2.3). Auch Anordnungen zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen (PsychKG M-V, §21 Abs. 4; §23 Abs. 6; §26 Abs. 2 und 3) sind im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern gesetzlich verankert, jedoch wird die Form und Ausführlichkeit der Dokumentation gänzlich offengelassen, geschweige denn zu einer gründlichen Nachbesprechung mit dem/der Patient/in aufgefordert.

Im Bereich der Kliniken zeichnet sich die Tendenz ab, dass freiheitsentziehende Maßnahmen deutlich besser dokumentiert werden (standardisiertes Formular) als Zwangsmedikation (handschriftlich, formlos). Auf die Frage, ob die Überwachung von Zwangsmaßnahmen ausreichend ist, zeigten sich die Kliniken im Mittel recht zufrieden (auf einer Skala von 1 „gar nicht“ bis 10 „völlig“ ein MW von 8,3). Sowohl die Dokumentation als auch die Nachbesprechung wird von den Kliniken als weniger ausreichend beschrieben (jeweils MW von 7,6) als die Überwachung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Hierbei sei erwähnt, dass nicht alle Kliniken die freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen mit ihren Patientinnen und Patienten besprechen. In einer Klinik wird lediglich im Team nachbesprochen.

Welche Faktoren schätzen Sie für die Umsetzung der **Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen** als hilfreich ein? In den befragten Kliniken der Region wird ein höherer Personalschlüssel zur Zwangsvermeidung bzw. -reduktion an die erste Stelle gesetzt. Auch dem Ansatz, über bauliche Maßnahmen Zwang zu reduzieren, haben sich die drei Kliniken angenommen und in den letzten zehn Jahren die Stationsfläche und Sanitäreinrichtungen erweitert, Patientinnen und Patientenzimmer vergrößert und teilweise Stations- und Pflegestützpunkte verlegt. Als weitere Strategien zur Zwangsreduktion werden in allen drei Kliniken regelmäßig Deeskalationsschulungen durchgeführt und Behandlungsvereinbarungen erstellt. Auf die Frage nach den Wünschen und Verbesserungsvorschlägen wird auf den fehlenden Krisendienst verwiesen. Es werden

spezielle Schulungen für Rettungsdienst und Polizei sowie eine bessere personelle Ausstattung des sozialpsychiatrischen Dienstes von den Befragten gefordert. Neben dem Krisendienst fehlt es laut den Kliniken grundsätzlich am Ausbau der ambulanten Angebote, insbesondere ambulante Nachsorge, aufsuchende Pflege und vorklinische (präventive) Angebote. Verdeutlicht wird vor allem das Kapazitätsproblem der Kliniken aufgrund der Bettenziffer, welches laut einer Klinik deutlich unter Landesdurchschnitt ausfällt. Dadurch sei der offene Bereich ausgelastet und es komme zu Schwierigkeiten beim frühzeitigen Überführen aus dem geschlossenen Bereich. Auch die punktuelle „Ausnutzung der Psychiatrie für Straftäter mit psychischen Erkrankungen“ im Sinne einer geschützten Umgebung sowie die mangelnde Rechtssicherheit für Mitarbeitende werden benannt. Die Kliniken bringen folgende Verbesserungsvorschläge an: u.U. längere Unterbringungszeiten, um dem/der Betroffenen ein Stück weit Sicherheit zu geben (mit Möglichkeit auf frühzeitige Aufhebung) oder aber auch ein frühzeitiges Einsetzen von Zwangsmaßnahmen, um eine Unterbringung verhindern oder den Verlauf einer Krise positiv beeinflussen zu können. Eine Klinik formulierte folgendermaßen: „Sozusagen eine Tertiärprävention, also indem man frühzeitig handelt, vermeidet man dann im weiteren Verlauf Maßnahmen“. Auch beim sozialpsychiatrischen Dienst sind teilweise fehlende passgenaue Angebote im Schnittstellenmanagement ein Kritikpunkt. Des Weiteren wird der Wunsch nach Epikrisen und Informationen über die Entlassung der Klientinnen und Klienten nach einem Unterbringungsbeschluss geäußert. Über Hausbesuche, engmaschige und aufsuchende Kontakte versucht der SPD i eine drohende Unterbringung zu vermeiden. In beiden Regionen ist der SPD i jedoch der Meinung, dass die Unterbringung in eine Klinik oder Wohnheim nur selten hätte verhindert werden können. Im Rahmen einer Klinikunterbringung fehle es vor allem an der Einsichtsfähigkeit der Betroffenen. Das für die geschlossene Unterbringung zuständige Amt wünscht sich mehr Beachtung für die Vorschläge und Hinweise zur Absicherung von Diagnosen sowie die Einführung eines Krisendienstes. Die Kliniken möchten gerne ihre Fachkompetenz bei der Entscheidung über Fixierungen einbringen.

Zwischenfazit

Die Versorgungskliniken und insbesondere der Sozialpsychiatrische Dienst sowie die für die Unterbringung zuständigen Behörden beider untersuchten Landkreise zeigen eine fehlende bzw. lückenhafte Dokumentation im Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen an. Defizite werden auch im Zusammenhang mit der spezifischen Schulung der außerklinischen Akteure, die im Vorfeld einer (Zwangs-)Einweisung tätig sind und dem Vorhandensein von kompetenten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner von allen Befragten beschrieben. Gemeinsame Schulungen aller Akteure vor Ort z.B. in einem gemeinsamen, d.h. einheitlichen Verfahren zur Deeskalation für eine kollektive regionale Grundlage fehlen. Über solche gemeinsamen Schulungen könnte auch ein einheitliches Verständnis bzw. eine deckungsgleiche Haltung gegenüber Zwang und Gewalt unter den Profis entstehen.

Gesetzliche Aufforderungen zur detaillierten Dokumentation, Aufklärung und Nachbesprechung bestehen nur in einzelnen Bundesländern. Auch im Psychischkrankengesetz - PsychKG M-V sind Forderungen diesbezüglich spärlich und unkonkret und bieten somit Nährboden für Interpretationsspielraum und verschiedenste Umsetzungsvarianten.

Einigkeit herrscht unter den Akteuren der Landkreise Nordwestmecklenburg und Mecklenburgische Seenplatte bezüglich des Wunsches nach einer besseren Zusammenarbeit

und Kommunikation durch gegenseitige Informationen und den Einbezug der jeweils anderen Kompetenzen.

Interviews regionale Wohnheimleitungen

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Zur Befragung der Leitungen/Mitarbeitenden der offenen und geschlossenen stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen (inkl. Suchterkrankungen) wurde ein qualitativer Interviewleitfaden erarbeitet und eingesetzt. In den beiden Vertiefungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern konnten insgesamt 16 Einrichtungsleitungen bzw. -mitarbeitende in einem persönlichen Interview befragt werden. Im Landkreis Nordwestmecklenburg nahmen alle zehn Einrichtungen an der Befragung teil, im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte konnten sechs von neun Einrichtungen für ein Interview gewonnen werden. In der etwa 1,5-stündigen Befragung interviewte eine Projektmitarbeiterin die Wohnheimleitung zu den zentralen Themen des Leitfadens, währenddessen die zweite Mitarbeiterin eine digitale Transkription erstellte. Für die eventuellen Nacharbeiten der Abschrift wurde zusätzlich eine Audiodatei des Gesprächs aufgezeichnet. Die Auswertung der Daten erfolgte im Rahmen einer klassischen qualitativen Inhaltsanalyse der wörtlichen Transkripte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Analyse der Nennungen handelt, d.h. es können nur eingeschränkt Rückschlüsse gezogen werden, wenn Akteure zu einem bestimmten Thema keine Aussage getätigt haben.

Ergebnisse

Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungsleitungen gibt an, dass es (bislang) keinen oder lediglich teilweise einen gemeinsamen Blick der Region auf die Hilfeplanung gibt. Lediglich zwei Einrichtungen benennen hier das (neue) Hilfeplanverfahren als gemeinsame, regionale Perspektive auf die Möglichkeiten der Entlassung aus der Heimsituation. In Hinblick auf die **Kooperation** zwischen allen beteiligten Akteuren in der Region beschreibt der Großteil der Einrichtungsleitungen die Zusammenarbeit mit den Kliniken, dem SPD, Betroffenen und Richtern als positiv. Insbesondere bei den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer und Angehörigen sprechen die Einrichtungen häufig eine starke Personenabhängigkeit an, es überwiegen jedoch auch hier die positiv empfundenen Kooperationen. Lediglich in der Zusammenarbeit mit dem Sozialamt (bzw. Leistungsträger), dem Notdienst und der Polizei herrschen die Schwierigkeiten vor. Hinsichtlich der Leistungsträger äußern die Einrichtungen den Wunsch nach einer pünktlichen Kostenübernahme sowie kontinuierlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Bei der Polizei, dem Notdienst und vereinzelt im klinischen Bereich verlangen die Einrichtungsleitungen mehr Verständnis für die Klientel.

Bei den fachärztlichen **medizinischen Behandlungen** wird ein einfacher Zugang ebenso häufig genannt wie ein schwieriger Zugang. Im Hinblick auf die psychotherapeutischen Angebote überwiegen die Nennungen von Schwierigkeiten. Die Versorgung in Krisen wird häufiger positiv bewertet.

Bezüglich der **Aufnahmesituation** benennen die Einrichtungsleitungen am häufigsten Psychiatrische Kliniken, Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Angehörige und Betroffene selbst als Personengruppen, die bei ihnen nach einem Heimplatz anfragen. Weniger häufig fragen Leistungsträger oder andere Einrichtungen an. In der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen stammen die Bewohnenden nicht aus einem anderen Bundesland, dennoch sagten zwei Einrichtungen aus, dass von den Bewohnenden „60 % aus anderen Bundesländern“ stammen oder aber man die Plätze zur „Hälfte aus MV, Hälfte von woanders“

her belegt hat. Als Gründe werden am häufigsten der persönliche Wunsch der Klientinnen und Klienten nach einer Lebensveränderung oder einem Milieuwechsel sowie mangelnde Einrichtungen in ihrem Heimatbundesland angegeben. Bei Aufnahmen aus der Klinik beurteilten die Einrichtungsleitungen den Aufnahmezeitpunkt der Bewohnenden überwiegend als richtig, jedoch gaben beinahe genauso viele an, dass eine zu frühe bzw. vereinzelt auch zu späte Aufnahme aus der Klinik in die Einrichtung erfolgte. Im Rahmen der Aufnahme von Bewohnenden werden zumeist keine konkreten bzw. nicht mit allen Bewohnenden Krisenvereinbarungen getroffen. Es überwiegt die Vorgehensweise, individuelle Krisenvereinbarungen im Verlauf zu erarbeiten, d.h. im Falle einer Krise mit dieser zu arbeiten. Lediglich eine Einrichtungsleitung berichtet von einer schriftlichen Krisenvereinbarung mit Einbezug weiterer Akteure.

In allen 16 Wohnheim(bereich)en finden einrichtungsinterne Angebote statt, die von handwerklichen, therapeutischen und künstlerischen Angeboten bis hin zur Bewirtschaftung und Grünpflege reichen und den Bewohnenden eine **Tagesstrukturierung** ermöglichen. Sieben Einrichtungsleitungen berichten von Anbindungen an eine interne oder externe Tagesstätte oder eine WfbM. Sieben Einrichtungsleitungen schätzen ein, dass ausreichend kulturelle Veranstaltungen und Freizeitmöglichkeiten für die Bewohnenden im Sozialraum vorhanden sind. Vier Einrichtungsleitungen geben fehlende Angebote und eine ungenügende Infrastruktur im Sozialraum an. Als besondere Hürden und Schwierigkeiten im Bereich Tagesstruktur wird von den Einrichtungsleitungen am häufigsten die psychische Erkrankung der Bewohnenden selbst sowie damit verbunden ihre Angst vor Stigmatisierung benannt. Auch empfinden die Leitungen fehlende Angebote bzw. Infrastruktur im Sozialraum und eine eingeschränkte Flexibilität und Motivation der Bewohnenden als Schwierigkeiten bei der Tagesstrukturierung. Eine einzelne Leitung kritisiert fehlende Ermäßigungen bei externen Angeboten. Die Wünsche und Verbesserungsvorschläge der Leitungen liegen vorwiegend bei der Förderung von Selbstständigkeit der Bewohnenden sowie der Lockerung von Freizeitangeboten: d.h. sich an die Bedürfnisse der Bewohnenden anpassen zu können und neben zahlreichen Angeboten auch Freiraum für Ruhe und Erholung einzuräumen ebenso wie die Akzeptanz, dass nicht alle Bewohnenden „den ganzen Tag bespaßt“ werden möchten. Es werden sich zudem mehr, zielführendere bzw. ergotherapeutische Angebote sowie eine gute Personalausstattung und ein Ausbau der Verdienstmöglichkeiten für die Klientinnen und Klienten gewünscht.

Im Hinblick auf die **Bewohnendenmitbestimmung** finden in zwölf Wohnheim(bereich)en regelmäßige Bewohnerbefragungen zur Zufriedenheit im Sinne der Qualitätssicherung statt. In ebenso vielen Einrichtungen werden regelmäßig Bewohnersitzungen/-runden/-versammlungen durchgeführt. Neun Einrichtungen geben an, über einen Heimbeirat bzw. eine Bewohnervertretung zu verfügen. Etwa die Hälfte der Leitungen berichten von einem Beschwerde- und/oder Wunschzettel/-kasten, weniger häufig werden Heimfürsprecherinnen und Heimfürsprecher oder Gruppensprecherinnen und Gruppensprecher genannt. Lediglich zwei Leitungen berichten von Feedback der Bewohnenden an die Mitarbeitenden durch Formblätter oder in Feedbackrunden. In einer Einrichtung nehmen Bewohnende teilweise an Teamsitzungen teil.

Beim Auszug von Bewohnenden berichtet die überwiegende Mehrheit der Einrichtungsleitungen von Fallübergaben an die nachsorgende Einrichtung bzw. Betreuung. Am Auszug sind vorwiegend der Bewohnende selbst, der/die Betreuer/in sowie die Einrichtung, der Leistungsträger und ggf. Angehörige beteiligt. Etwa die Hälfte der Leitungen

gibt an, dass der/die gesetzliche Betreuer/in primär für die Wohnungssuche zuständig ist. In weniger Fällen ist der Umzug primär begleitet von der Einrichtung. Von mehreren Leitungen wird erwähnt, dass sich der Auszug Klientinnen und Klienten bezogen, mit vorherigem Trainingswohnen und unter Aufrechterhaltung bzw. Aktivierung ambulanter Hilfestrukturen vollzieht. Im **Entlassungsprozess** treten bei fünf Einrichtungsleitungen keine bis wenige Schwierigkeiten auf. Mehrere Einrichtungsleitungen berichten von Schwierigkeiten bei der Suche nach einer neuen Wohnform oder mit dem Leistungsträger hinsichtlich der Kostenübernahme bzw. der Bearbeitungsdauer. Vereinzelt treten Schwierigkeiten durch mangelnde Initiative der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer, bei fristlosen Kündigungen, in der psychiatrischen Versorgung, bei der Suche nach einer Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt oder bei der Finanzierung des Umzuges auf. Eine Einrichtungsleitung wünscht sich externe Begleitung des Entlassungsprozesses durch Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter.

Besonders hervorzuheben ist, dass lediglich in einer Einrichtung zum Zeitpunkt des Interviews ein/e **Genesungsbegleiter/in** im Team beschäftigt ist, die anderen 15 Leitungen verneinen dies.

Bei der Suche nach **Anschlussangeboten in der Region** geben sieben Einrichtungsleitungen an, keine bis wenige Schwierigkeiten zu haben, ebenso viele Leitungen berichten von einem ungedeckten Bedarf, einem schwierigen Wohnungsmarkt und fehlenden Angeboten in der Region (z.B. Krisendienst, ABW-Angebote am Wochenende, kleine Wohneinheiten). Eine Einrichtungsleitung wünscht sich, Plätze vorhalten zu können, um Klientinnen und Klienten bei Bedarf eine flexible und schnelle Rückführung zu ermöglichen. Einige wenige Leitungen berichten, dass es bei ihnen Bewohnende gab oder gibt, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Demenz eine andere Form der Hilfe benötigen würden. Auch berichten vereinzelt Leitungen von fehlenden Angeboten für Menschen mit Suchterkrankung und Rückfalltendenz sowie von einer fehlenden externen Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischer Erkrankung.

Als hilfreiche Faktoren zur **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen** beschreibt die Mehrheit der Leitungen fachlich qualifiziertes Personal, welches u.a. empathisch, durchsetzungsfähig, respektvoll und deeskalierend agiert und im offenen Bereich nachts anwesend ist. Häufig wird die fachärztliche Versorgung, d.h. die Zusammenarbeit mit Psychiaterinnen und Psychiater und Psychologinnen und Psychologen, Bedarfsmedikation und eine therapeutische Begleitung genannt. Auch die Beziehungsarbeit, feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner und häufige Gespräche werden von mehreren Leitungen als vorteilhaft eingeschätzt. Einige Leitungen beschreiben bauliche Voraussetzungen (z.B. Flachbau, weitläufiges Areal), die Einbindung des geschlossenen Bereichs in offene Settings sowie die Stärkung der Selbstbestimmung, eine geringe Reglementierung, die Wahrung der Privatsphäre und eine angemessene Beschäftigung als hilfreich für die Vermeidung von Zwang. In Krisensituationen verfährt die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen nach einem Krisenschema, also einem bekannten Verfahrensablauf bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Hälfte der Leitungen gibt an, Krisen im Team und mit dem Bewohnenden nachzubereiten, die andere Hälfte bearbeitet Krisen in Einzelgesprächen nach. Eine Leitung berichtet von Schwierigkeiten bei der Entwicklung von Standards in Krisensituationen aufgrund von wechselnden Bewohnenden und Thematiken. Die häufigste Strategie zur Vermeidung von Krisen ist das Gespräch mit dem Bewohnenden, wenn das Anbahnen einer Krise erkannt wird. Mehrfach werden Teambesprechungen zur Reflexion und die Qualifikation des Personals genannt, um

Krisen vorzubeugen. Einzelne Nennungen betreffen das Bezugsbetreuersystem, eine klare Tagesstruktur, bauliche Faktoren, den Austausch mit anderen Akteuren, die Privatsphäre der Bewohnenden sowie eine gewaltfreie, dem Gegenüber angepasste Kommunikation. Zwei Leitungen geben an, (noch) keine Konzepte zur Krisenvermeidung entwickelt zu haben. Im überwiegenden Teil der Einrichtungen haben alle oder zumindest die Mehrheit der Mitarbeitenden Schulungen im Bereich Deeskalation für den Umgang mit Krisen erhalten. In der Hälfte der Einrichtungen besteht die regelmäßige Möglichkeit zur Fortbildung mit Bezug zu aktuellen Themen. Wenige Leitungen geben an, dass keine speziellen Schulungen zum Umgang mit Krisen stattfanden, sondern lediglich partiell oder bei Bedarf Fortbildungen und Gespräche durchgeführt wurden.

Auf die Frage, wofür sie das Geld einsetzen würden, wenn sich ihr **Jahresbudget um 120.000€ erhöhen** würde, antworteten die Leitungen mehrheitlich mit Ausgaben für das Personal. Explizit umfassen diese einen höheren Personalschlüssel, fachlich qualifiziertes Personal mit Berufserfahrung und eine bessere Bezahlung. Die Hälfte der Einrichtungsleitungen würde das Geld für Freizeitaktivitäten, Projekte und Urlaubsfahrten mit den Bewohnenden einsetzen. Auch die räumliche Ausstattung, d.h. eine Modernisierung der Räumlichkeiten, ein Umbau in Einzelzimmer mit Küche und Internetanschluss, wurde häufig genannt. Vereinzelt wünschten sich die Leitungen mehr Therapiemöglichkeiten (z.B. Tiergestützte Therapie), die Erfüllung persönlicher Bewohnerwünsche, den Ausbau von Zuverdienstmöglichkeiten für die Klientinnen und Klienten sowie eine Weiterbildung bzw. Supervision des Personals.

Die **sonstigen Anmerkungen** der Leitungen umfassten verschiedenste Themen. Es wurde der Wunsch nach regelmäßigen bzw. jährlichen Treffen des regionalen Netzwerkes zum fachlichen Austausch geäußert. Im Bereich des Personals wurde auf die Notwendigkeit der Erweiterung der als Fachkraft zugelassenen Berufe in der Personalverordnung sowie auf die weitgehend unbekannt und hürdenreiche Beantragung des Sonderpersonalschlüssels hingewiesen. Bezüglich der Angebotstypen kennzeichnen einzelne Leitungen eine Kombination von offenen und geschlossenen Wohnbereichen als vorteilhaft, äußern aber auch den Wunsch nach einer „Zwischeneinrichtung“. Eine Einrichtungsleitung betont, dass es auch in Zukunft geschlossene Bereiche immer geben muss. Beim Thema Selbstbestimmung kritisiert eine Leitung, dass mit dem zur Verfügung stehenden Taschengeld die Möglichkeiten und der Anspruch zum Leben und Mitgestalten im Sozialraum weit auseinanderliegen. Für eine Leitung stellt sich die Frage, wie man die Menschen in die Selbstständigkeit bekommt, wie die Motivation erhöht werden kann und wie frei sich die Bewohnenden überhaupt fühlen. Es wird betont, dass im Gesamtplanverfahren Mitbestimmung ein Thema bleiben soll und dass es hier eine festgelegte, einheitliche Vorgehensweise braucht.

Zwischenfazit

In den Vertiefungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern konnte im Rahmen der Gespräche mit den Einrichtungsleitungen der Bedarf nach einer gemeinsamen, regionalen Perspektive zur Aufnahme, aber auch für die Entlassung von Bewohnenden aus der Heimsituation in passgenaue Anschlussangebote geschärft werden. Es bedarf einer abgestimmten Kommunikation und Kooperation der relevanten Akteure in der Region, insbesondere der Leistungsanbieter und Leistungsträger der Eingliederungshilfe, der psychiatrischen Kliniken, der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer und Amtsgerichte, von Notdienst und Polizei

sowie Angehörigen und Betroffenen, um zu flexiblen und passgenauen Lösungen zu gelangen.

Mecklenburg-Vorpommern verfügt als Flächenland über erhebliche infrastrukturelle Unterschiede in den städtischen und ländlichen Regionen, die sich auch auf die Verfügbarkeit von fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten und Freizeitaktivitäten im Sozialraum auswirken. An dieser Stelle sind regionale Strategien notwendig, um die Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen flächendeckend sicherzustellen.

Als wichtige Faktoren zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen konnten der Einsatz fachlich qualifizierten Personals inklusive der Erhöhung des Personalschlüssels sowie eine angemessene fachärztliche Versorgung und therapeutische Begleitung identifiziert werden. Weiterhin werden Beziehungsarbeit, bauliche Voraussetzungen, die Einbindung des geschlossenen in den offenen Bereich sowie die Stärkung der Selbstbestimmung als wesentliche Elemente zur Zwangsvermeidung im Heimsetting genannt.

Dokumentation Amtsgerichte

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Die Dokumentation von Zwangsunterbringungen der Amtsgerichte in den Vertiefungsregionen in M-V ist sehr unspezifisch, z.B. werden das Alter und die Diagnosen nicht erfasst, sodass eine Trennung von demenziell erkrankten Menschen von anderen Personengruppen nicht zu treffen ist. Gleiches gilt für den Ort der Unterbringung, das Geschlecht und das Ergebnis des Unterbringungsverfahrens. Insgesamt existiert seitens der Amtsgerichte kein geregelter „Reporting“ in Richtung Gemeindepsychiatrie. Aufgrund dieser Sachlage konnte mit den Amtsgerichten der beiden Vertiefungsregionen für einen befristeten Zeitraum eine differenziertere Dokumentation vereinbart werden. Über sechs Monate erfassten im Landkreis NWM ein Amtsgericht und eine Zweigstelle sowie im Landkreis MSE zwei Amtsgerichte und zwei Zweigstellen Zwangsunterbringungen unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

- Anonymisierte Fallnummer
- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Rechtsgrundlage: Unterbringung nach PsychKG oder BGB
- Grobe diagnostische Zuordnung: Geistige Behinderung, Sucht, Demenz, Psychische Erkrankung
- Ergebnis: Anordnung, Ablehnung, Sonstiges (Rücknahme, freiwilliger Verbleib)
- Unterbringung: Klinik, Pflegeheim, Wohnheim der Eingliederungshilfe

Die deskriptive Auswertung der gesammelten Daten erfolgte nach Bereinigung mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS Statistics 25.

Ergebnisse

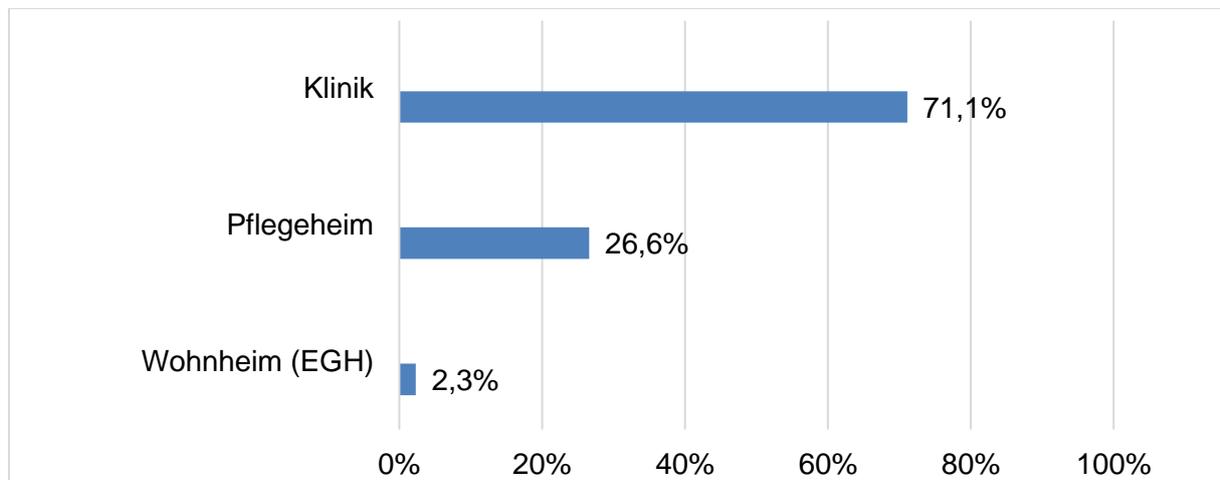
Im sechsmonatigen Erhebungszeitraum (2018) wurden in den beiden Regionen insgesamt 284 Fälle verzeichnet, welche sich sehr gleichmäßig auf die Bereiche BGB und PsychKG (49,6 %; 50,4 %) aufteilen. Die Geschlechterverteilung zeigt, dass insgesamt mehr Männer untergebracht werden (59,2 %), was sich bei einer Aufteilung nach Rechtsgrundlage bezogen auf die PsychKG-Unterbringungen erhöht (67,1 %). Die 284 Unterbringungsfälle sind im Mittel 54,5 Jahre alt (Min.: 15; Max.: 99). Während der größte Anteil (30,6 %) auf die Personen im Alter von 70 und älter fällt, sind die drei Alterskategorien bis 29 Jahre (15,8 %), 30 bis 39 Jahre (16,9 %) und 50 bis 59 Jahre (15,5 %) nahezu gleich groß. Neben den 60- bis 69-Jährigen (12,3 %) bilden die 40- bis 49-Jährigen (8,8 %) die kleinste Gruppe. Bei der Einteilung der Altersgruppen nach Rechtsgrundlage zeigen sich besonders in der ältesten Gruppe große Unterschiede. Fast die Hälfte der BGB-Fälle (45,4 %) sind in der Kategorie 70 Jahre und älter verortet. Der größte Anteil an PsychKG-Unterbringungen fällt auf die Altersspannen bis 29 Jahre (22,4 %) sowie 20 bis 39 und 50 bis 59 Jahre (je 18,2 %).

Von den 284 Unterbringungen konnten vier Fälle selbst nach der groben Einteilung keiner Diagnose zugeordnet werden. Die verbleibenden 278 Fälle teilen sich auf 52,9 % psychische Erkrankung, 22,3 % Sucht, 18,0 % Demenz und 6,8 % geistige Behinderung auf. Schaut man sich die diagnostische Zuordnung nochmals gesondert nach der Rechtsgrundlage an, zeigt sich, dass der größte Teil der Demenz-Unterbringungen auf das Bürgerliche Gesetzbuch fußt, während umgekehrt der überwiegende Anteil der Sucht-Unterbringungen auf das Psychisch-Kranken-Gesetz zurückzuführen ist. Sowohl die psychischen Erkrankungen als auch die

geistigen Behinderungen werden zu annähernd gleichen Teilen auf Grundlage von § 1906 BGB und PsychKG untergebracht.

Von den beantragten Unterbringungen (N=283) wurden etwa drei Viertel (76,3 %) genehmigt. Bei 14,8 % kommt es zu einer vorzeitigen Aufhebung oder einem freiwilligen Verbleib und 8,8 % der Anträge werden abgelehnt. Schaut man sich die Ergebnisse unterteilt nach Rechtsgrundlage an, werden fast alle BGB-Anträge (90,8 %) genehmigt, bei den PsychKG-Anträgen sind es 62,0 %. Bei 26,8 % der PsychKG-Fälle kommt es zu einer Aufhebung des Antrages oder einem freiwilligen Verbleib und nur bei 2,8 % der BGB-Fälle trifft dies zu. Beim Gros der BGB-Fälle handelt es sich um eine Unterbringung in die Klinik, während nur ein verschwindend geringer Teil (2,3 %) in einem Wohnheim untergebracht wird (Abb. 11).

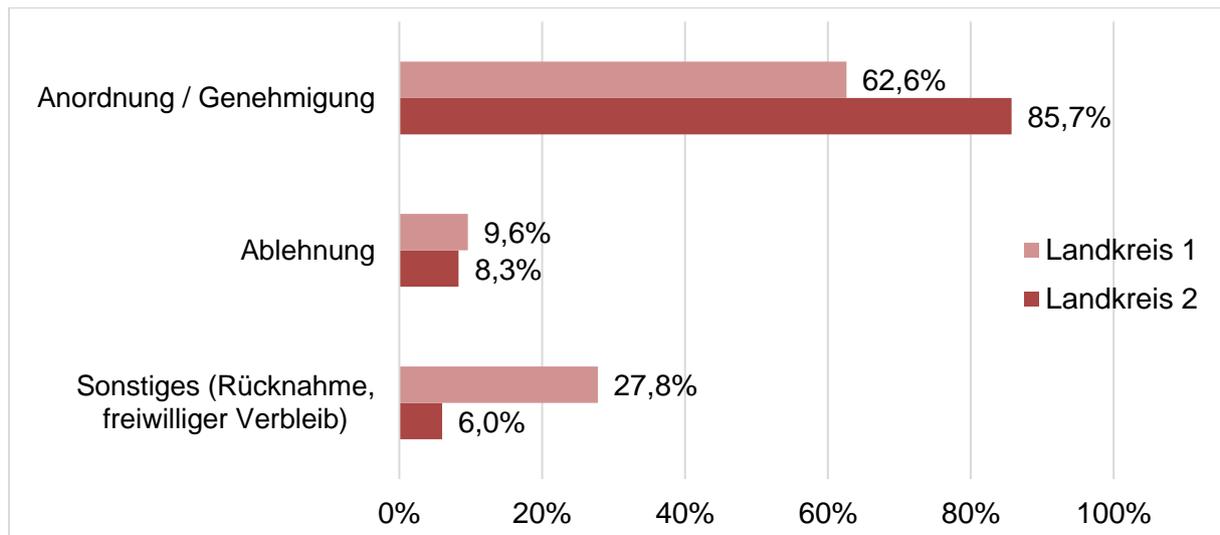
Abbildung 11: Unterbringung bei Anordnung nach BGB



Hinsichtlich der Rechtsgrundlage werden alle PsychKG-Fälle in der Klinik untergebracht. 71,1 % der BGB-Fälle entfallen ebenfalls auf eine Klinikunterbringung während die verbleibenden 26,6 % in Pflegeheime untergebracht werden. Alle Berechnungen wurden auch unterteilt nach Vertiefungsregionen durchgeführt, um mögliche regionale Unterschiede herauszukristallisieren. Landkreis 1 verzeichnet weniger Unterbringungen pro 1.000 Einwohner (0,74) als Landkreis 2 (0,85). Landkreis 1 hat auch einen höheren Anteil an untergebrachten Männern (61,9 %) als die Vergleichsregion (55,2 %) sowie deutlich mehr Unterbringungen von Menschen im Alter von 70 Jahren und älter (36,3 % ggü. Landkreis 2: 22,4 %). Im Hinblick auf die diagnostische Zuordnung werden im ersten Landkreis mehr Fälle mit Demenz (21,0 %) und geistiger Behinderung (10,5 %) sowie weniger Suchtfälle (16,0 %) als im Landkreis 2 (13,8 %; 1,7 %; 31,0 %) untergebracht.

In Abbildung 12 ist deutlich zu erkennen, dass sich die Regionen auch im Ergebnis der Anordnungen unterscheiden. Im Landkreis 1 gibt es einen höheren Anteil an Genehmigungen und einen deutlich geringeren Anteil an Rücknahmen oder einem freiwilligen Verbleib. In den Ablehnungen unterscheiden sich die Vergleichsregionen kaum.

Abbildung 12: Ergebnis nach Landkreis



Zwischenfazit

In der sechsmonatigen Dokumentation der Amtsgerichte konnten regionale Unterschiede in den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Mecklenburgische Seenplatte festgestellt werden. In der einen Region wurden anteilig mehr Männer, mehr ältere Menschen und erklärend dazu auch mehr Demenzerkrankte untergebracht. Außerdem wurden häufiger geistig behinderte Menschen und weniger Menschen mit Suchterkrankungen untergebracht als im zweiten Landkreis. Im ersten Landkreis wurden zudem die Unterbringungen häufiger genehmigt und deutlich seltener frühzeitig aufgehoben als es im Vergleichslandkreis der Fall war.

Etwa 90 % aller BGB-Fälle wurden genehmigt während nur etwa 60 % aller PsychKG-Fälle eine Genehmigung erhielten. Ein ebenso deutlicher Unterschied zeigte sich bei den Aufhebungen mit 26,8 % bei den Unterbringungen nach PsychKG und lediglich 2,8 % Aufhebungen im Rahmen des BGB. Beim Gros der BGB-Fälle (71,1 %) handelte es sich um eine Unterbringung in die Klinik während ein verschwindend geringer Anteil (2,3 %) in einem Wohnheim untergebracht wurde.

Um die ermittelten regionalen und institutionsbezogenen Unterschiede tiefergehend zu analysieren, bedarf es einer systematischen Basisdokumentation, die flächendeckend eingesetzt und ausgewertet werden kann. Für Mecklenburg-Vorpommern empfiehlt sich die Fortführung bzw. Weiterentwicklung des Dokumentationsinstruments, das im Rahmen der ZIPHER-Studie mit geringem Aufwand von den Amtsgerichten geführt wurde.

Mitarbeitendenbefragung Kliniken

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Für die Befragung von Mitarbeitenden der psychiatrischen Kliniken wurden in den Vertiefungsregionen verschiedene Fragebögen eingesetzt: die standardisierten Bögen OAS (*Overt Aggression Scale*), POAS-R (*Perception of Aggression Scale - deutsche Version*) und die *Soziale Distanz-Skala*. Im Rahmen der Befragung sollten die Wahrnehmung von und Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen und aggressivem Verhalten betrachtet werden. Der Fragebogen enthielt folgende Elemente:

- demographische, berufs- und ausbildungsbezogene Fragen
- Fragen zu Einstellungen gegenüber Aggressionen und Zwangsmaßnahmen
- Fragen zur Häufigkeit von erlebten aggressiven Verhaltensweisen im stationären Setting

Für die Befragung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen (Oberärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und Ärzte, Assistenzärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegepersonal, etc.) wurde mit den drei psychiatrischen Kliniken in den Vertiefungsregionen in M-V ein zweiwöchiger Erhebungszeitraum abgestimmt, der in einer Klinik nicht ganz eingehalten werden konnte. Die Mitarbeitenden, die während dieser Zeit im Dienst waren, konnten freiwillig und anonym an der Befragung teilnehmen, indem sie den in der Klinik bzw. auf der psychiatrischen Station ausgelegten Papierfragebogen ausgefüllt in die dafür vorgesehene Box warfen. Die Datensammlung, -eingabe und -auswertung erfolgte durch das Institut für Sozialpsychiatrie mittels des Statistikprogramms SPSS.

Ergebnisse

Insgesamt erklärten sich 105 Mitarbeitende aus den drei teilnehmenden Kliniken zu einer Befragung bereit. Da laut Angaben der Kliniken über den zweiwöchigen Befragungszeitpunkt 196 Mitarbeitende im Dienst waren und somit die Möglichkeit hatten, an der Befragung teilzunehmen, ergibt sich trotz aller Unschärfe bei der Dienstplanermittlung ein Rücklauf von 53,6 %. Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Pflegekräfte, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und weitere Berufsgruppen wie beispielsweise Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten haben sich an der Befragung beteiligt. Etwa drei Viertel der befragten Personen (76,2 %) waren weiblich. Diese Tendenz spiegelte sich auch bei einer Einzelauswertung aller drei Kliniken wieder (Klinik 1 (K1): 73,3 %; Klinik 2 (K2): 75,0 %; Klinik 3 (K3): 80,6 %). Auch das durchschnittliche Alter (K1: 45,5J; K2: 42,5J; K3: 41J) und die Berufserfahrung der Mitarbeitenden (K1: 18,6J; K2: 18,4J; K3: 17J) unterschieden sich nur geringfügig.

Tabelle 6: Fortbildungsveranstaltungen

| | Gesamt | Klinik 1 | Klinik 2 | Klinik 3 |
|------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Anzahl (N) | 86 | 24 | 37 | 25 |

| | | | | |
|-----------------|----|----|----|----|
| Mittelwert (MW) | 15 | 14 | 18 | 10 |
|-----------------|----|----|----|----|

Im Mittel gaben 84,5 % der Klinikmitarbeitenden an, im letzten Jahr an einer Fortbildung teilgenommen zu haben (K1: 80,0 %; K2: 86,0 %; K3: 86,7 %). Die Mitarbeitenden wurden ebenfalls befragt, an wie vielen Fortbildungen sie in den letzten 5 Jahren teilgenommen haben (Tab. 6). Hier ergibt sich im Gesamtdurchschnitt der Gruppe ein Mittelwert von 15 Fortbildungsveranstaltungen. Hierbei sei erwähnt, dass anhand einer statistischen Überprüfung (Boxplot) drei besonders hohe Werte identifiziert wurden, welche den Mittelwert in erheblichem Maße verschoben. Um eine Verzerrung des Ergebnisses aufgrund möglicher Schreibfehler zu vermeiden, wurden die drei Werte aus dieser Berechnung ausgeschlossen. Es lässt sich ein Unterschied in den drei Kliniken feststellen (Tab. 6). Auch die Frage nach der Teilnahme an einer Schulung zum Umgang mit Aggressionen (Gesamtmittelwert: 78,8 %) wurde von den Klinikmitarbeitenden in unterschiedlicher Ausprägung bejaht (K1: 70,0 %; K2: 84,1 %; K3: 80 %).

Mit durchschnittlich 81,15 % (0 %=vollkommen unzufrieden bis 100 %=vollkommen zufrieden) sind die Befragten in allen drei Kliniken in ähnlichem Ausmaß zufrieden mit ihrem Beruf (K1: 81,5 %; K2: 81,84 %; K3: 79,8 %). Bei der Zufriedenheit mit der personellen Ausstattung im Team sind sich die Mitarbeitenden aus den unterschiedlichen Versorgungskliniken weniger einig. In Klinik 3 (57,52 %) sind die befragten Personen deutlich unzufriedener als in Klinik 2 (79,77 %). Klinik 1 (67,8 %) und somit auch der Mittelwert der Gesamtgruppe (70,02 %) liegen nahe beieinander zwischen den beiden anderen Ergebnissen. Neben den deskriptiven Fragen wurden auch standardisierte Fragebögen eingesetzt.

Integriert in die Befragung wurde die *Overt Aggression Scale (OAS)* von Yudofsky (Yudofsky et al. 1986). Als sehr sensibles und gut validiertes Instrument dient die OAS zur Erfassung beobachtbaren gewalttätigen Patientinnen und Patientenverhaltens und untergliedert sich in folgende vier Formen aggressiven Verhaltens: Die „Verbale Aggression“ ist am geringsten gewichtet und erstreckt sich in der Abstufung ihrer Schwere vom *laute Geräusche machen* bis hin zu *klare Androhungen von Gewalt*. Auch die folgenden Kategorien „Aggression gegenüber Gegenständen“, „Aggression gegen sich selbst“ und „Aggression gegen andere Personen“ sind innerhalb der Kategorie nochmals in vier Schweregrade eingeteilt. Anhand der vier Aggressionskategorien mit ihren jeweils vier Ausprägungen lässt sich ein sogenannter *aggression score (AS)* ermitteln (Silver/Yudofsky, 1991). In der vorliegenden Untersuchung wurden die Befragten gebeten, anzugeben, ob sie ein bestimmtes Verhalten innerhalb der letzten Woche erlebt haben. In Abweichung vom Manual wurde auf eine Dokumentation von Einzelvorfällen an dieser Stelle verzichtet. Auf diesem Weg sollte ein Gesamteindruck der aggressiven Vorfälle der letzten Woche durch die Mitarbeitenden dokumentiert werden. Insgesamt gaben 75,7 % (N=103) der Befragten an, in der letzten Woche aggressive Vorfälle (verbal oder körperlich) während ihrer Schicht erlebt zu haben. Der gewichtete Score zur maximalen Schwere des Verhaltens in jeder Kategorie (AS) beträgt in der Gesamtgruppe 7,07 Punkte. Die Interpretationsskala reicht von 0 (keines der aggressiven Verhaltensweisen ist aufgetreten) bis maximal 21 Punkte (in jeder Kategorie ist die höchste Schwere aufgetreten). Betrachtet man die Kliniken im Einzelnen, kann ein fast doppelt so hoher „aggression score“(AS) bei Klinik 3 festgestellt werden (Tab. 7).

Tabelle 7: Aggression Score

| | Gesamt | Klinik 1 | Klinik 2 | Klinik 3 |
|-------------------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Anzahl (N) | 101 | 27 | 44 | 30 |
| Mittelwert (MW) | 7,07 | 5,19 | 5,82 | 10,60 |
| Standardabweichung (SD) | 6,00 | 6,06 | 5,41 | 5,42 |
| Minimum (Min) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Maximum (Max) | 20,00 | 18,00 | 20,00 | 20,00 |

Neben dem Ergebnis, dass in Klinik 3 mit Abstand schwerere Vorfälle erlebt wurden, zeigt die Auszählung der einzelnen Fragebögen, dass in derselben Versorgungsklinik vergleichsweise mehr Mitarbeitende angaben, aggressive Vorfälle in der abgefragten Zeitspanne erlebt zu haben (Abb. 13). Die am häufigsten eingesetzten Maßnahmen bei aggressivem Verhalten waren bei allen drei Kliniken das Reden mit dem Patienten oder der Patientin, eine genaue Beobachtung und das unmittelbare Verabreichen oraler Medikation (Abb. 14). Es liegt nahe, dass sich die deutlich höheren Balken der Klinik 3 dadurch erklären lassen, dass dort auch mehr Mitarbeitende aggressive Vorfälle gemeldet haben.

Abbildung 13: Aggressive Vorfälle

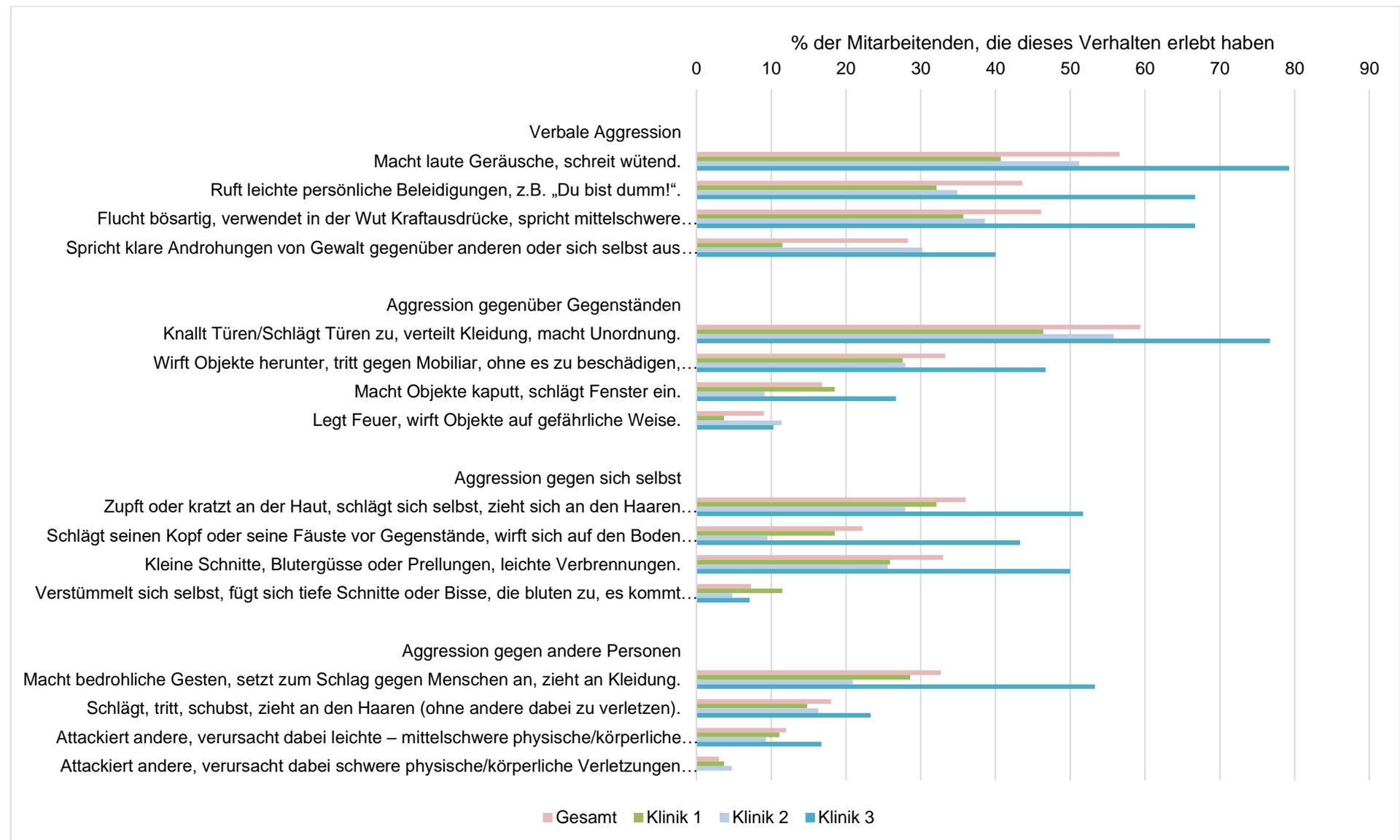
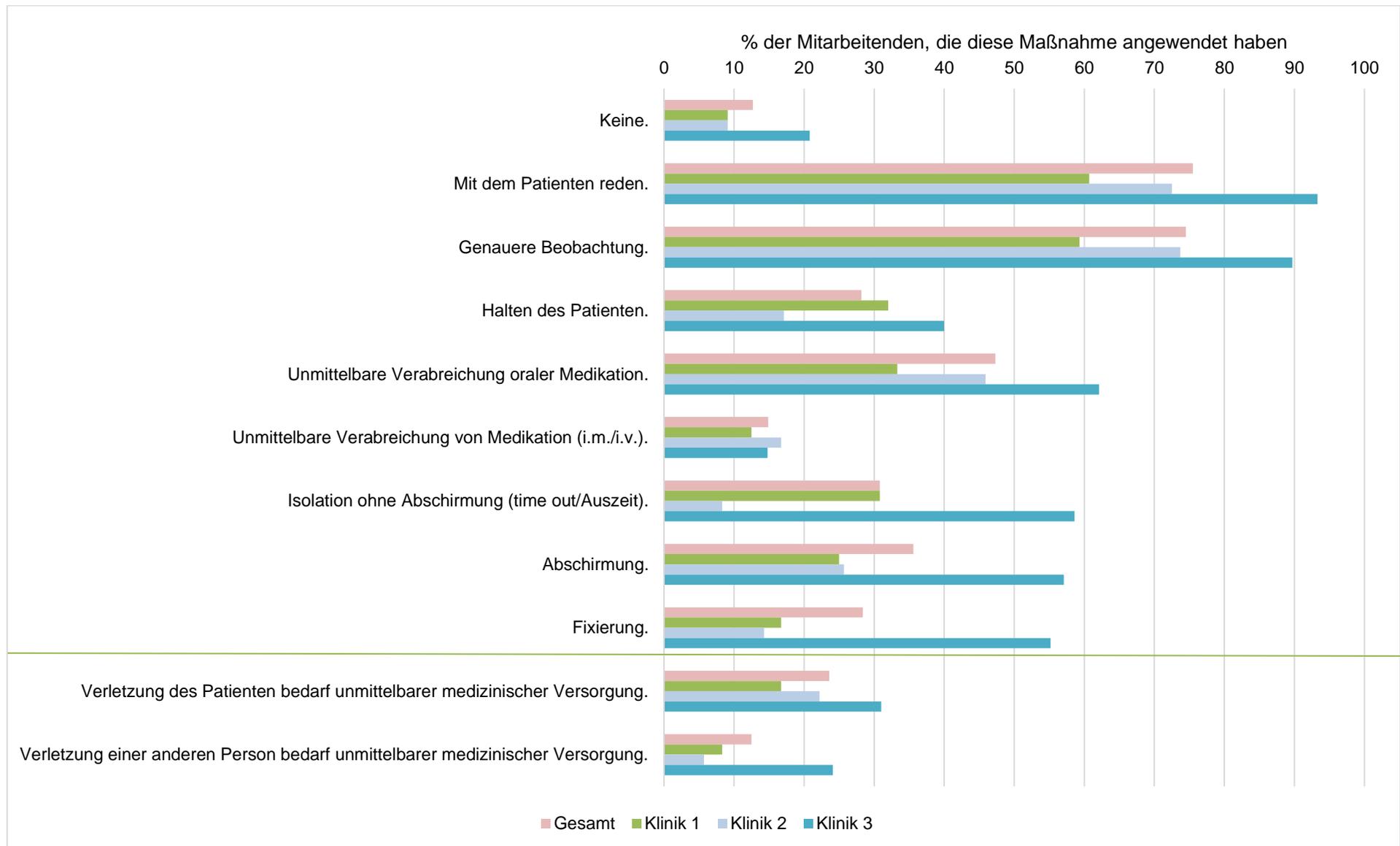


Abbildung 14: Interventionen bei aggressiven Vorfällen



Zur Ergänzung der Art und Häufigkeit der Vorfälle (OAS) wurden die Mitarbeitenden auch zu ihrer persönlichen Einstellung bezüglich Aggression und aggressivem Verhalten mittels der *Perception of Aggression Scale* (POAS-R, modifiziert nach Janssen et al., 1997) befragt. Auf einer Skala von „1=stimme voll zu“ bis „5=stimme überhaupt nicht zu“ wurden die Befragten aufgefordert, sich zu 11 verschiedenen Aussagen über Aggression zu positionieren. Am ehesten stimmten die Mitarbeitenden der Aussage zu, dass Aggression anderen Menschen Schaden zufügt, während die Sichtweise Aggression als Anfang einer positiven Pflege-Patienten-Beziehung zu sehen am wenigsten Anklang fand (Tab. 8). Die Unterschiede zwischen den drei Kliniken sind marginal und statistisch unbedeutend.

Tabelle 8: Einstellung gegenüber Aggression

| | N | MW | Min | Max | SD |
|--|-----|------|-----|-----|-------|
| Aggression fügt anderen körperlichen (physischen) oder geistigen (psychischen) Schaden zu. | 104 | 1,90 | 1 | 4 | 0,919 |
| Aggression ist ein unangenehmes und abstoßendes Verhalten. | 104 | 2,02 | 1 | 5 | 1,07 |
| Aggression ist ein Weg, sich selbst zu schützen. | 104 | 2,63 | 1 | 5 | 1,124 |
| Aggression ist ein Akt physischer/körperlicher Gewalt eines Patienten gegenüber einem Pfleger/einer Pflegerin. | 103 | 2,72 | 1 | 5 | 1,232 |
| Aggression ist immer negativ und inakzeptabel; Gefühle sollten auf andere Art ausgedrückt werden. | 103 | 2,93 | 1 | 5 | 1,285 |
| Aggression ist unnötig und inakzeptabel. | 103 | 2,94 | 1 | 5 | 1,187 |
| Aggression ist Schutz des eigenen Territoriums. | 104 | 2,95 | 1 | 5 | 1,109 |
| Aggression ist ein störender Eingriff, der dazu dient, andere zu dominieren. | 103 | 3,01 | 1 | 5 | 1,098 |
| Aggression ist eine Form der Kommunikation und als solche nicht destruktiv. | 103 | 3,10 | 1 | 5 | 1,159 |
| Aggression ist eine Möglichkeit, ein besseres Verständnis der Situation des Patienten zu bekommen. | 103 | 3,43 | 1 | 5 | 1,117 |
| Aggression ist der Anfang einer positiven Pflege-Patienten-Beziehung. | 103 | 4,14 | 1 | 5 | 1,029 |

Ein dritter standardisierter Fragebogen, die *Soziale Distanz-Skala*, wurde von Link etabliert (Link et al., 1987) und in der hier verwendeten Version von Angermeyer und Matschinger (1997) ins Deutsche übersetzt. Die Skala ergänzt die Mitarbeitendenbefragung um den Faktor Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen. Auf einer Skala von „1=ganz bestimmt“ bis „5=sicher nicht“ wurden die befragten Klinikmitarbeiterinnen und Klinikmitarbeiter aufgefordert, sieben Fragen zu ihrem persönlichen Handeln und Empfinden in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen im privaten und beruflichen Umfeld zu beantworten. Die 5 stellt eine hohe und die 1 eine geringe soziale Distanz dar. „Inwieweit würden Sie eine Person mit psychischer Krankheit als Arbeitskollegen akzeptieren?“ wurde im Mittel mit 2,02 Punkten

bewertet. Als Nachbar werden psychisch erkrankte Personen mit einem Punktwert von 2,29 von den meisten Befragten akzeptiert. Eine besonders geringe Zustimmung durch eine Bewertung von lediglich 3,29 Punkten bekam die Frage „Inwieweit würden Sie einer Person mit psychischer Krankheit Ihre Kinder für einige Stunden zur Aufsicht anvertrauen?“. Auch bei diesem Fragebogen lassen sich im Vergleich zwischen den Kliniken keine wesentlichen Unterschiede feststellen.

Mittels bivariater Berechnungen wurden Zusammenhänge nach Pearson zwischen den einzelnen Fragebögen überprüft. Zwischen der beruflichen Zufriedenheit und dem *Aggression Score* (AS) der OAS konnte ein negativer Zusammenhang ($r=-0,271$; $p=0,007$) festgestellt werden. Je weniger schwere aggressive Verhaltensweisen angezeigt wurden, desto höher war die berufliche Zufriedenheit. Bei einer Betrachtung der einzelnen Kliniken konnte dieses Ergebnis jedoch ausschließlich bei Klinik 3 ($r=-0,502$; $p=0,006$) bestätigt werden. Die Zusammenhangsanalysen zwischen dem AS und dem Fragebogen zur sozialen Distanz zeigten keinerlei signifikante Ergebnisse. Setzt man die Soziale Distanz-Skala mit einem reinen Summenwert aus dem OAS (Summe der Fragebögen mit angegebenem aggressivem Verhalten) in Bezug, ergibt sich ein positiver Zusammenhang ($r=0,400$; $p=0,028$) in der Versorgungsklinik 3. Somit steigt die soziale Distanz, wenn mehr Mitarbeitende aggressive Vorfälle melden. Über den Gesamtwert der Kliniken hinweg konnte dieses Ergebnis nicht bestätigt werden. Die Zusammenhangsanalyse zwischen der beruflichen Zufriedenheit und der sozialen Distanz ergibt in der Gesamtbetrachtung der Kliniken einen negativen Zusammenhang ($r=-0,282$; $p=0,004$). Je höher die berufliche Zufriedenheit, desto geringer auch die soziale Distanz. Mit einer Überzufälligkeit ($r=-0,375$; $p=0,016$) ließ sich dieses Ergebnis in der Einzelauswertung lediglich bei Klinik 2 verifizieren ($r=-0,375$; $p=0,016$).

Zwischenfazit

In den drei Versorgungskliniken der beiden Vertiefungsregionen in Mecklenburg-Vorpommern konnten in ähnlicher Anzahl, Geschlechterverteilung und vergleichbarem Altersdurchschnitt insgesamt 105 Mitarbeitende für eine Untersuchung zum Thema *Wahrnehmung von und Einstellungen gegenüber Zwangsmaßnahmen und aggressivem Verhalten* gewonnen werden.

Besonders eine Klinik unterschied sich unter verschiedenen Gesichtspunkten von den beiden anderen untersuchten Versorgungskliniken. In dieser Klinik nahmen die Mitarbeitenden innerhalb der letzten fünf Jahre an weniger Fortbildungen teil und zeigten sich gleichzeitig weniger zufrieden mit der personellen Ausstattung des Teams als die beiden anderen Kliniken. Außerdem wurden in dieser Klinik anhand der *Overt Aggression Scale* von den Mitarbeitenden mehr aggressive Vorfälle in der untersuchten Zeitspanne angegeben und mit Abstand schwerere Vorfälle erlebt. In den Bereichen *persönliche Einstellungen zu Aggression* und *soziale Distanz* unterschieden sich die Befragten der drei Versorgungskliniken unwesentlich.

Mittels bivariater Korrelationsanalysen konnten vereinzelt Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der standardisierten Fragebögen festgestellt werden. Je weniger schwere aggressive Verhaltensweisen angezeigt wurden, desto höher war die berufliche Zufriedenheit. Bei einer Betrachtung der einzelnen Kliniken konnte dieses Ergebnis jedoch ausschließlich bei Klinik 3 bestätigt werden. Ebenso konnte allein für Klinik 3 festgestellt werden, dass die soziale Distanz steigt, wenn mehr Mitarbeitende aggressive Vorfälle melden. Für Klinik 2 konnte statistisch belegt werden, dass eine steigende berufliche Zufriedenheit mit einer sinkenden sozialen Distanz in Zusammenhang steht.

Diskussion

Auf Basis einer Gesamtschau der Ergebnisse und ihren vielfältigen Perspektiven aus den Vertiefungsregionen konnten sechs wesentliche Themenschwerpunkte identifiziert werden:

Abbildung 15: Themenschwerpunkte in den Regionen



Hierzu wurden im einzelnen Handlungsempfehlungen erarbeitet und den Projektregionen vorgestellt:

Systematischer Umgang mit Zwangsmaßnahmen

- Entwicklung einer gemeinsamen regionalen Sicht zum Thema „Zwang“ und der Notwendigkeit geschlossener Unterbringung, z.B. im Rahmen gemeinsamer Workshops zum Thema „Behandlung und Teilhabe“
- möglichst einheitliche Strategien bei der Aufklärung von Betroffenen in Akutsituationen, die bei und nach Krisen während des Klinikaufenthalts angewendet werden
- kritische Überarbeitung der Dokumentationsstrategien im Falle einer Krise
- Entwicklung eines Konzepts zur Erstellung und Weiterleitung von Krisenpässen, um den Informationsverlusts an den verschiedenen Schnittstellen zu reduzieren
- Einführung eines Monitoring-Systems zum Thema Zwang

Schnittstellen und Informationsverlust

- Vereinbarung von Minimalstandards für die Regeln der Zusammenarbeit
- Entwurf eines standardisierten Übergabeprotokolls
- Festlegung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

- Klärung von Zuständigkeiten

Pflichtversorgung und Psychiatrietourismus

- Einbindung der Teilhabeangebote in die „Pflichtversorgung“ mit entsprechender Refinanzierung
- bessere Gestaltung von Übergängen zwischen offenen und geschlossenen Angeboten, Einbindung des geschlossenen in den offenen Heimbereich, Mut zu differenzierten personensorientierten Lockerungen
- enges Zusammenspiel der Akteure inklusive des Leistungsträgers in der Region auf einer verbindlichen, möglichst sogar vertraglichen Basis
- Entwicklung neuer Assistenzangebote mit höherer Individualisierung sowie die Absicherung einer Unterstützungssicherheit für Klientinnen und Klienten 24 Std./7 Tage
- Suche nach Lösungsmöglichkeiten in den Regionen für die Problemanzeige von immer häufigeren Einweisungen auf der Basis von Fremdaggressionen in Kliniken, für die keine Nachsorgemöglichkeit in der Gemeindepsychiatrie besteht (BGB § 1906 nur Selbstgefährdung)

Passgenaue Angebote

- Stärkung der Personenorientierung in den Angeboten der Gemeindepsychiatrie
- Suche nach neuen Wegen passgenauer Angebote in der Gemeindepsychiatrie mit den Kliniken
- qualitative Stärkung des Entlassmanagements der Kliniken als regionale Aufgabe, da es an passgenauen individuellen Unterstützungssettings nach dem Klinikaufenthalt fehlt, deren Zusammenstellung eine hohe Kompetenz und besondere Kenntnis des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems und seinen Möglichkeiten inklusive der Refinanzierung erfordern
- Zusammenspiel aller Akteure der Gemeindepsychiatrie (SGB V + SGB IX), um die Weichen insbesondere vor der Heimaufnahme und vor der Vermittlung eines geschlossenen Heimplatzes gestellt werden

Qualifikation und Weiterbildung

- Prüfung der regionalen Umsetzungsmöglichkeiten bezüglich des Wunsches nach qualifiziertem Personal
- effektivere Nutzung und Vernetzung der Kompetenzen
- regional verortete, gemeinsame Fort- und Weiterbildungen aller Akteure, auch um ein gemeinsames Verständnis zum Umgang mit Krisen und Zwang zu entwickeln
- Generierung eines besseren Verständnisses für die Klientinnen und Klienten
- Stärkung des Vertrauens in die Wirkungen von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter und ihre vermehrte Einstellung in Kliniken wie Heimen

Verfahren bei geschlossener/externer Unterbringung

Basierend auf den regionalen Analysen empfiehlt das ISP M-V modellhaft ein aktualisiertes **Verfahren**, das bei geschlossener und/oder externer Unterbringung bzw. wenn kein passendes Angebot in der Region verfügbar ist, angewandt werden kann und im Rahmen des

Modellprojektes „Systemsprenger“ (Freyberger et al., 2004; Freyberger et al., 2008) entworfen wurde (Abb. 16).

Abbildung 16: Aktualisiertes Schema aus dem Modellprojekt Systemsprenger



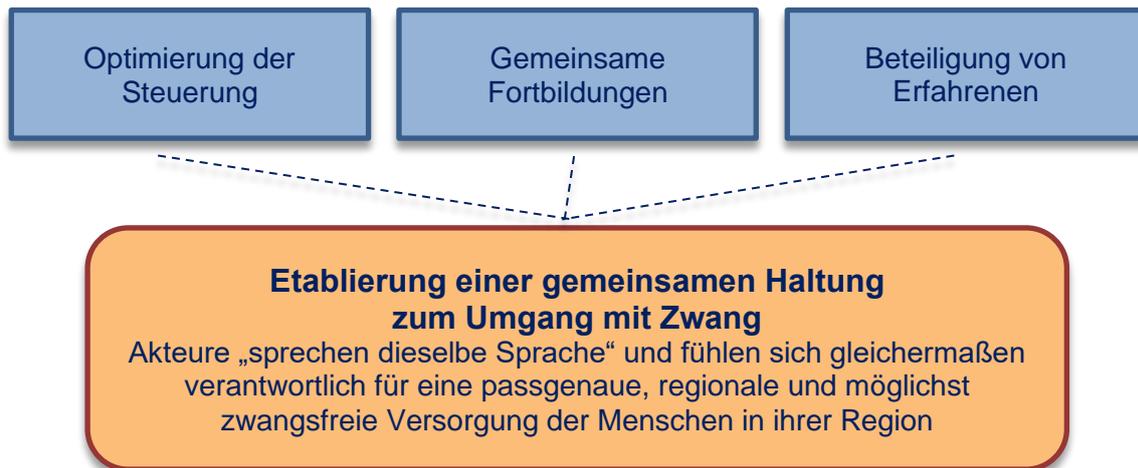
Der Verfahrensvorschlag verfolgt den Grundgedanken der Teilhabekonferenz als lernendes System. Im Regelfall können Anfragen mit dem Integrierten Teilhabeplan (ITP) im Rahmen der Teilhabekonferenz bearbeitet werden, sodass eine „zwangsfreie“ Maßnahme im Landkreis bzw. der Stadt erfolgen kann. Lässt sich jedoch kein passendes Angebot in der Region finden oder steht eine geschlossene/externe Unterbringung bevor, so wird ein zweites Expertenteam eingeschaltet, das sich aus der Klinik, Anbietern, SPDi und dem Leistungsträger zusammensetzt. Das Ziel des Expertenteams besteht in der Erarbeitung individueller, passgenauer Lösungen für die bislang gescheiterten regionalen Integrationsversuche, die der Hilfeplankonferenz als Vorschlag unterbreitet werden. Unabhängig davon, ob das Expertenteam zu einer alternativen Lösung gelangt oder nicht, werden sämtliche Einzelfälle z.B. durch ein wissenschaftliches Institut dokumentiert. Indem die Einzelfälle mit ihren Vorgeschichten und beschlossenen Lösungen erfasst werden, können Gemeinsamkeiten sowie positive und negative Erfahrungen herausgearbeitet werden, von denen die Teilhabekonferenz bei künftigen Fällen profitieren kann.

Praxistransfer und Verabredungen in den Regionen

Die empirischen Ergebnisse und Handlungsempfehlungen wurden in den untersuchten Landkreisen in Kooperation mit der zuständigen Psychiatriekoordination im Rahmen von zwei dialogisch besetzten Expertenworkshops fachlich diskutiert. Die Akteure der Regionen zeigten sich (noch) zurückhaltend den Verbindlichkeitsgrad ihrer Zusammenarbeit grundlegend zu erhöhen oder gar auf neue Füße zu stellen. Im Wesentlichen verständigten sich die Teilnehmenden darauf, sich der Optimierung der Steuerung anzunehmen, die Erarbeitung regionaler Konzepte anzustoßen und individuell passgenaue ggf. ungewöhnliche Maßnahmen als Ergebnis der Teilhabeplanungen zu ermöglichen. Des Weiteren sollen Akteur-übergreifende Fachtage, Schulungen, Ausbildungen o.Ä. organisiert werden, die sich

thematisch auf Zwangsvermeidung und den angemessenen Umgang mit Betroffenen fokussieren. Die Regionen zeigten sich außerdem bestrebt, Formate zu finden, um die Erfahrenenperspektive stärker zu beteiligen, z.B. auch durch den Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter. Grundsätzlich sollen die vereinbarten Maßnahmen das Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen Akteurs zur regionalen Pflichtversorgung befördern und zu einem gemeinsamen Verständnis von Zwang in der Region beitragen (Abb. 17).

Abbildung 17: Praxistransfer der Forschungsergebnisse: weiteres Vorgehen in den Projektregionen



Im Rahmen der ZIPHER-Studie wurde bereits ein einfaches Dokumentationssystem bei den Amtsgerichten erprobt (Kapitel 4.3), dessen weitere (ggf. modifizierte) Durchführung empfohlen wird. Laut der Rückmeldung eines an der Dokumentation beteiligten Richters war diese mit einem vertretbaren Mehraufwand verbunden. Trotz der Praxistauglichkeit entschieden sich die Akteure zunächst nicht für eine Fortführung bzw. Weiterentwicklung dieser regionalen Basisdokumentation in den Amtsgerichten.

Teilprojekt 8

Durchleuchtung möglicher Abweichungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen

Das Teilprojekt 8 widmete sich der Durchleuchtung möglicher Abweichungen in der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen bei der Handhabung von Zwangsmaßnahmen. In leitfadengestützten Gruppendiskussionen sollten Ressourcen, Probleme und „Grauzonen“ in der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem erörtert werden. Das Ziel bestand darin, mögliche Herausforderungen in der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu analysieren und gemeinsam in einer Gruppe von ausgewählten Vertretern verschiedener Professionen, Angehörigen und Betroffenen Verbesserungsansätze zu diskutieren. Im Vordergrund standen dabei insbesondere die Einstellungen und persönlichen Erfahrungen der Teilnehmenden.

Durchführung, Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Im Januar 2019 wurden in beiden Vertiefungsregionen in M-V jeweils eine triadische Fokusgruppe mit dem Thema „Mögliche Abweichungen von den gesetzlichen Anforderungen in der Handhabung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Praxis“ durchgeführt. Im Landkreis Nordwestmecklenburg nahmen Vertreterinnen und Vertreter vom Sozialpsychiatrischen Dienst, Polizei, Wohnheim, Tagesstätte, Klinik sowie zwei Angehörige und zwei Betroffene teil. Im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte setzte sich die Fokusgruppe aus Mitarbeitenden vom SPDi, Wohnheim, Klinik, Amtsgericht sowie einem/r Berufsbetreuer/in und einem/r Betroffenen zusammen.

Mittels einer leitfadengestützten, moderierten Gruppendiskussion wurden die Teilnehmenden zu ihren bisherigen Erfahrungen mit gesetzlichen Unterbringungen, möglichen Abweichungen von rechtlichen Vorschriften bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen, Ideen zur Zwangsvermeidung und Verbesserungsvorschlägen für die geschlossene Unterbringung befragt.

Die Auswertung der Daten erfolgte im Rahmen einer klassischen qualitativen Inhaltsanalyse der wörtlichen Transkripte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Analyse der Nennungen handelt, d.h. es können nur eingeschränkt Rückschlüsse gezogen werden, wenn Akteure zu einem bestimmten Thema keine Aussage getätigt haben.

Ergebnisse

Die **Entscheidung zur Unterbringung** ist durch die bestehenden gesetzlichen Vorgaben (PsychKG, § 1906 Abs. 1 BGB, § 30 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)) geregelt. Eine Unterbringung findet demnach ausschließlich als letzte, alternativlose Maßnahme, bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung und zum Schutz des/der Betroffenen statt. Gerade bei Menschen mit Substanzmittelmissbrauch kann die Entscheidung zur Unterbringung problematisch sein, da die Symptome nach einem akuten Rausch in Folge der Aufnahme rasch abklingen und die Voraussetzungen für eine Unterbringung dann nicht mehr gegeben sind. Angehörige äußern außerdem die Sorge vor einer willkürlichen Unterbringung, aber auch die Angst, keine rechtzeitige Hilfe zu erhalten. In der **Akutsituation** selbst ergibt sich insbesondere für die

Polizei und die Betroffenen mitunter die Schwierigkeit, zeitnah keine Ansprechperson bzw. der/die Betreuer/in erreichen zu können.

Insgesamt konnten im Rahmen der Erhebung lediglich vereinzelt Situationen identifiziert werden, in denen die Rechte von Klientinnen und Klienten nicht ausreichend berücksichtigt werden oder es gar zu **Abweichungen von gesetzlichen Anforderungen** kommt:

- a. Die angemessene **Aufklärung des/der Betroffenen** während einer akuten Krise stellte sich für eine Vielzahl der Teilnehmenden als Herausforderung dar: sowohl Wohnheim, Klinik, Berufsbetreuerinnen und Betreuer, Amtsgericht als auch der Sozialpsychiatrische Dienst sehen sich häufig in der Situation - vordergründig aufgrund des Erregungszustands des/der Betroffenen, aber auch bei demenziellen Erkrankungen - keine adäquate Aufklärung über die Patientinnen und Patientenrechte und das weitere Vorgehen durchführen zu können. Auch Personen mit Zwangserfahrung schildern, dass sie in der akuten Krisensituation nicht ansprechbar waren, teilweise nicht aufgeklärt wurden bzw. sich nicht daran erinnern können. Angehörige fühlen sich im Prozess der Aufklärung nicht einbezogen oder nur sehr schlecht informiert. In der Praxis wird deshalb häufig die Möglichkeit eines zweiten Patientinnen und Patientengesprächs zu einem späteren Zeitpunkt genutzt.
- b. Auch bei einer **1:1 Betreuung in der Fixierung** stößt das Versorgungssystem auf personelle Grenzen. Eine geschlossene Wohneinrichtung entschied sich gänzlich gegen Fixierungen, da sie aufgrund der fehlenden Personaldichte nicht durchgeführt werden können, ohne von den gesetzlichen Vorgaben abzuweichen. In den psychiatrischen Kliniken kann es bei gleichzeitiger Fixierung mehrerer Patientinnen und Patienten zu einem Mitarbeiterengpass kommen, zudem wird ein kontinuierliches „Danebensitzen“ während der Fixierung nicht immer als zweckmäßig empfunden. Gleichzeitig stehen Klinikmitarbeitende bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen vor einer schwierigen Rechtssituation und sehen sich teilweise grundsätzlichem Misstrauen gegenüber. Nach Aussagen der Akteure bedarf es mehr Rechtssicherheit, Vertrauen und Schutz für die professionell Tätigen im klinischen Bereich.

Offenbleiben muss, ob die insgesamt geringe Identifikation von „Grauzonen“ in der Handhabung von Zwangsmaßnahmen der Praxis entspricht und inwiefern die Erhebungsmethode in Form von heterogenen Fokusgruppen von psychiatrisch Tätigen einer Versorgungsregion Einfluss auf die zurückhaltende Beantwortung der Forschungsfragen genommen haben könnte.

Für die Zusammenarbeit in der Region ist das Verantwortungsbewusstsein jedes einzelnen Akteurs für seine Rolle wesentlich. Gerade an den Schnittstellen der verschiedenen Systeme wird ein erheblicher **Informationsverlust** problematisiert: beim Einsatzprotokoll der Polizei, der Übergabe des einweisenden Notarztes, der Rückkopplung vom Ordnungsamt zum SPDi sowie zwischen dem SPDi und der Klinik, an wichtigen Übergängen scheinen Informationen nicht ausreichend zu fließen bzw. kein regelhafter Informationsaustausch stattzufinden. Angehörige fühlen sich teilweise uninformiert und wünschen sich mehr Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in Krisensituationen oder beim Unterbringungsprozess. Insgesamt bedarf es in der Zusammenarbeit und gerade bei langfristigen Unterbringungen klarer Vereinbarungen und abgestimmter Vorgehensweisen, aber auch eines kritischen Blicks, um Einzelfallentscheidungen statt eingefahrene Automatismen zu generieren.

Die Vorschläge zur **Zwangsvermeidung** beziehen sich auf den Ausbau des ambulanten Versorgungssystems und die Ausgestaltung der geschlossenen Unterbringung. Die vor- und nachsorgenden Angebote benötigen eine entsprechende personelle und räumliche Ausstattung, die in dem Umfang derzeit nicht gegeben ist. Gerade im vorstationären Sektor fehlt fachlich qualifiziertes Personal, das mit den Klientinnen und Klienten die erforderliche Beziehungsarbeit aufnehmen kann. Das Trainieren und die Lockerung während der Unterbringung wird als sinnvoll empfunden, um Isolation und weiteren Zwang zu umgehen. Es wird darüber hinaus großen Wert auf Netzwerkarbeit gelegt, z.B. durch den Aufbau präventiver Informationsketten zwischen den Akteuren in der Region sowie dem sozialen Umfeld der Betroffenen. Als Potential sind die Angehörigen und der SPDi identifiziert worden, die die Betroffenen zumeist gut kennen und als wichtige Informationsquelle im Unterbringungsprozess genutzt werden könnten. Zur Vermeidung geschlossener Unterbringung kann die Einberufung einer dialogischen, multi-perspektivischen Expertenrunde im Vorfeld sinnvoll sein. Betroffene selbst wünschen sich Ansprechpersonen, mit denen sie sowohl frühzeitig als auch in Krisen Gespräche führen können - dies schließt die Erreichbarkeit der Betreuerinnen und Betreuer (z.B. auch am Wochenende) und die Gesprächsbereitschaft von Seiten der Polizei in Akutsituationen mit ein.

Insgesamt werden von den Akteuren verschiedenste Ansatzpunkte zur Verbesserung der Unterbringung und Zwangsvermeidung genannt – es wird jedoch auch mehrfach angemerkt, dass (kurzfristige) Unterbringungen in Akutsituationen kaum vermeidbar und zumeist alternativlos sind.

Diskussion

Insgesamt kann konstatiert werden, dass es in der sozialpsychiatrischen Praxis vereinzelt Schwierigkeiten gibt, die gesetzlichen Anforderungen bei der Handhabung von Zwangsmaßnahmen zu erfüllen und es folglich durchaus zu Abweichungen kommen kann. Gründe hierfür scheinen zum einen in den mangelnden personellen und strukturellen Voraussetzungen zu liegen - zum anderen aber auch in der wahrgenommenen Zweckmäßigkeit der gesetzlichen Anforderungen. Personell kann eine 1:1-Betreuung bei Fixierungen häufig nicht geleistet werden und wird von einzelnen Professionellen auch als nicht zielführend in Hinblick auf den hohen Erregungszustand des/der Patient/in erachtet. Die Herausforderung liegt darin, 1:1-Betreuungen derart zu gestalten, dass sie personell geleistet werden können und für die Betroffenen in ihrer Notsituation auch förderlich wirken. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre beispielsweise die Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter, die ihre Psychiatrieerfahrung einsetzen können, um den/die Betroffene/n in der Krisensituation unterstützend zu begleiten. Als besondere Herausforderung in der Krisensituation stellte sich ebenfalls die Aufklärung des/der Betroffenen heraus, deren Notwendigkeit grundsätzlich nicht infrage gestellt wurde. Um die Rechte der Betroffenen zu wahren, braucht es möglichst einheitliche und regelhafte Strategien zur Aufklärung, die für die Akteure in der Region verbindlich und umsetzbar sein müssen. Die Ausgestaltung der geschlossenen Unterbringung selbst erwies sich als gewisse „Grauzone“ - der überwiegende Teil der Akteure empfand eine vollständige Isolierung von geschlossen untergebrachten Personen als nicht zweckdienlich und befürwortete stattdessen verschiedene Formen der Lockerung und/oder die Einbindung des geschlossenen in den offenen Bereich. Außerdem sprachen sich die professionell Tätigen für eine Stärkung des ambulanten Versorgungssystems und der Netzwerkstrukturen in der Gemeindepsychiatrie aus. In diesen Bereichen scheinen demnach noch Ressourcen zu liegen, die als wirksam für die Vermeidung

von Zwang und geschlossener Unterbringung erachtet werden. In künftigen Untersuchungen, die Abweichungen von gesetzlichen Vorgaben in der psychiatrischen Praxis analysieren, sollte die Methodik heterogener Fokusgruppen überdacht und ggf. angepasst werden, um einen höheren Erkenntnisgewinn erzielen zu können.

Zwischenfazit

In der sozialpsychiatrischen Praxis bestehen vereinzelt Schwierigkeiten, die gesetzlichen Anforderungen bei der Umsetzung von Zwangsmaßnahmen zu erfüllen. Dabei spielen sowohl mangelnde personelle und strukturelle Voraussetzungen eine Rolle, als auch die wahrgenommene (Un-)Zweckmäßigkeit der gesetzlichen Ansprüche. Die Regionen sind angehalten, diese Hürden in der Umsetzung im Dialog zu thematisieren und gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter zur Unterstützung von Betroffenen in Krisensituationen wird ausdrücklich empfohlen. Es bedarf außerdem möglichst einheitlicher und regelhafter Strategien zur Aufklärung der Betroffenen, die für die Akteure in der Region verbindlich und umsetzbar sind. Zur Zwangsvermeidung werden die Lockerung und/oder Einbindung des geschlossenen in den offenen Bereich, die Stärkung des ambulanten Versorgungssystems und der Netzwerkstrukturen in der Gemeindepsychiatrie befürwortet.

Gender Mainstreaming Aspekte

In den Auswertungen wurden geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt und in den jeweiligen Kapiteln dargestellt.

Verwertung der Projektergebnisse

Aus den Forschungsergebnissen der ZIPHER-Studie ergeben sich folgende Konsequenzen für die sozialpsychiatrische Praxis und Forschung:

- Wie unklar die Datenlage ist und wie schwer Daten zur Situation von Menschen in offenen und geschlossenen Heimen zu beschaffen sind, hat auch diese Studie noch einmal verdeutlicht. Angesichts der unklaren Datenlage in der Eingliederungshilfe, sollte es künftig eine Aufgabe von Kommunen, Ländern und Bund sein, entsprechende Versorgungsdaten beginnend in einer kommunalen Sozial- und Psychiatrieberichterstattung bereitzustellen.
- Psychiatrische Wohnheime benötigen eine neue konzeptionelle Ausrichtung und Refinanzierung, um den Systemumbau von der Einrichtungs- zur Personenorientierung bewältigen zu können.
- Vor dem Hintergrund des neuen Teilhaberechts ist die Weiterentwicklung und gleichzeitig wissenschaftliche Evaluation passgenauer Angebote in der Gemeindepsychiatrie dringend erforderlich.
- Nach wie sind nur ein Drittel der Heime einer regionalen Versorgung verpflichtet, auch die Leistungsträger nehmen hier keine größere Steuerungsverantwortung wahr. Bis zu einem Drittel der Plätze in einzelnen Bundesländern und in einzelnen Einrichtungen sogar bis zur

Hälfte der Plätze sind fremdbelegt aus anderen Bundesländern. Mit einer regionalen Pflichtversorgung für psychiatrische Wohnheime und einer gemeinsamen Steuerungsverantwortung aller Akteure in der Gemeindepsychiatrie kann dem Problem der Fremdunterbringung und Fehlplatzierung begegnet und somit der weitere Ausbau geschlossener Heimplätze vermieden werden.

- Eine nicht geringe Zahl von Heimbewohnenden bleiben in einem Heim (fehlplatziert) wohnen, nur, weil keine individuell zugeschnittenen Unterstützungsarrangements vor Ort etabliert werden können. Die Zukunft besonderer Wohnformen liegt in der flexiblen, individuellen Ausgestaltung ihrer Unterstützungsangebote, die nur als Teil der regionalen Verbundstrukturen und mit einer personenbezogenen Refinanzierung gelingen kann. Gleichrangig muss die Option individuell zugeschnittener Einzelarrangements in jeder Region ermöglicht werden.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Fachbeiträge:

- Tag des fachlichen Austauschs - Geschlossene Unterbringung nach § 1906 BGB, Kassel, 15.10.2018, Prof. Ingmar Steinhart: „Keinen abweisen, (wie) geht das? Folgerungen für die Angebotslandschaft in der Sozialpsychiatrie“
- DGPPN Kongress, Berlin, 29.11.2018, Symposium „Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem“, Prof. Ingmar Steinhart: „Geschlossene Wohnheime in Deutschland - ein Blick in die Black Box - erste Ergebnisse einer bundesweiten Heimbefragung“
- Fachtagung „Selbstbestimmung und Zwang in Zeiten sozialpolitischer Umbrüche“, Rostock, 06.06.2019, Prof. Ingmar Steinhart: „(Geschlossene) Heime für schwer psychisch kranke Menschen in MV und Deutschland - Ergebnisse einer Online Befragung“
- DGPPN Kongress, Berlin, 29.11.2019, Symposium „Selbstbestimmtes Wohnen mit einer psychischen Erkrankung – Wohnungsnot, Deinstitutionalisierung und Teilhabe“, Prof. Ingmar Steinhart: „(Fehl-)Platzierung in Wohnheimen statt Unterstützung in der Gemeinde – die Gemeindepsychiatrie ist gefordert!“
- DGPPN Kongress, Berlin, 30.11.2019, Symposium „Anspruch und Wirklichkeit der Eingliederungshilfe – Entwicklungen und Erfordernisse aus vier Perspektiven“, Prof. Ingmar Steinhart: „Die aktuelle Situation der psychiatrischen Heime in Deutschland – Herausforderungen für Anbieter und Leistungsträger – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“

Publikationsverzeichnis

Steinhart, I.; Höptner, A. Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. Kerbe 2017: 37-29.

Steinhart, I.; Höptner, A. Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. CBP-Info 2017; 4: 14-16.

Jenderny, S.; Schreiter, J.; Steinhart, I. Psychiatrische Wohnheime in Deutschland - Transparenz und Strukturen. Psychiatrische Praxis, im Druck.

Steinhart, I.; Jenderny, S.; Schreiter, J. (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? Psychiatrische Praxis, im Druck.

Literaturverzeichnis

Die eingesetzten Fragebögen können beim Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. angefordert werden.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. Psychological Medicine Copyright 2017; 27: 131-141.

Beauftragung der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein. Stand November 2018. Im Internet: https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=45

Bezirk Oberbayern. Qualitätsbericht 2017 für geschlossen geführte Heimeinrichtungen der Psychiatrie und Suchthilfe in Oberbayern (20.02.2019). Im Internet: https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?file=/media/custom/2378_4528_1.PDF

Bezirk Oberbayern. Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen / seelischen Behinderungen (SGB XII). Band 1: Allgemeiner Teil und Qualitätsstandards & Empfehlungen. 2015a; 2. Im Internet: https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?file=/media/custom/2378_1519_1.PDF

Bezirk Oberbayern. Qualitätsstandards für geschlossen geführte Heimeinrichtungen zur Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen / seelischen Behinderungen (SGB XII). Band 2: Praxisleitfaden zur Lockerung von Zwangsmaßnahmen. 2015b; 2. Im Internet: https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?file=/media/custom/2378_1520_1.PDF

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Bericht 2017. Im Internet:

http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2019-04-08%20BAGS%20Bericht%202017_barrierefrei_final.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV (14.12.2012). Im Internet: https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/2012_12_14_-_Qualitaetsstandards_BAG_GPV.pdf

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer, 2018, 2. Auflage. Im Internet: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf; Stand: 06.02.2020

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Langversion (10.09.2018). Im Internet: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf; Stand: 06.02.2020

Deutscher Ethikrat. Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme (01.11.2018). Im Internet: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>

Freyberger, H.J.; Ulrich, I.; Barnow, S. et al. Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Eine Untersuchung zur „Systemsprenger-Problematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Fortschr Neurol Psychiatr 2008; 76(2): 106-113.

Freyberger, H.J.; Ulrich, I.; Dudeck, M. et al. Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur „Systemsprengerproblematik“ in Mecklenburg-Vorpommern. Sozialpsychiatrische Informationen 2004; 2: 16-21.

Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). Vom 23. Dezember 2016. Bundesgesetzblatt 2016; 66: 3232-3340. Im Internet: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Bundesgesetzblatt_BTHG.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Giertz, K.; Gervink, T. Man wird sich seinen eigenen gesunden Menschenverstand nicht dadurch beweisen können, dass man seinen Nachbarn einsperrt. Kritik am Auf- und Ausbau geschlossener Heiminstitutionen. Soziale Psychiatrie 2017; 3: 20-23.

Giertz, K. Die „Systemsprenger-Problematik“ als Indikator für fehlende Innovation in der gemeindepsychiatrischen Versorgung? Erste quantitative Zwischenergebnisse. 2016. Im Internet: https://via-perspektiven.de/site/assets/files/6992/giertz_2016_die_systemsprenger-problematik.pdf

Janssen, G.J.; Dassen, Th.W.N.; Moorer, P. The Perception of Aggression. Scandinavian Journal of Caring Sciences 1997; 11: 51-55.

Kallert, T.W.; Looks, P.; Leiß, M. et al. Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Fortschr Neurol Psychiatr 2006; 74(6): 309-328.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2015/16. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2015 und 31.12.2016. Im Internet: <https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2017-11-30-GPV-Gesamtbericht.pdf>

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2017. Im Internet: https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2019-02-04_GPV-Doku.pdf

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. KVJS-Berichterstattung. Hilfe zur Pflege 2014. Kennzahlen aus den Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg. Im Internet:

<https://www.kvjs.de/der-kvjs/service/publikationen-videos/detailansicht/kvjs-berichterstattung-hilfe-zur-pflege-2014-kennzahlen-aus-den-stadt-und-landkreisen-in-baden-wue/>

Lehmkuhl, D.; Bosch, G.; Steinhart, I. Jüngere psychisch Kranke in Alten- und Altenpflegeheimen. Psychiat Prax 1987; 14: 192-198.

Link, B. G.; Cullen, F. T.; Frank, J.; Wozniak, J. F. The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. American Journal of Sociology 1987; 92(6): 1461-1500. Im Internet: <https://doi.org/10.1086/228672>

PsychKG M-V: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit Psychischen Krankheiten vom 14. Juli 2016 (GVOBl. M-V 2016, S. 593), zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Dezember 2018 (GVOBl. M-V S. 410).

Silver, J.M.; Yudofski, S.C. The Overt Aggression Scale: Overview and Guiding Principles. Journal of Neuropsychiatry 1991; 3(2): 522-529.

Speck, A.; Steinhart, I.; Freyberger, H.J. Wieder einmal alles gesagt ...zur "Black Box" der Geschlossenen Heime? Psychiat Prax 2013; 40: 49-5.

Steinhart I. Mietvertrag statt Heimvertrag. Sozialpsychiatrische Informationen 2014; 44 (3): 14-18.

Steinhart I, Höptner A. Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. CBP-Info 2017; 4: 14-16.

Steinhart I, Höptner A. Spot an: Psychiatrische Wohnheime in Deutschland. ZIPHER: Erste bundesweite wissenschaftliche Studie. Kerbe 2017: 37-29.

Steinhart, I.; Speck, A.; Freyberger, H.J. Blackbox geschlossene Heime. Psychosoziale Umschau 2013; 1: 6-8.

Vock, R.; Zaumseil, M.; Zimmermann, R. et al. Mit der Diagnose "chronisch psychisch krank" ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag; 2007.

Yudofsky, S.C.; Silver, J.M.; Jackson, W. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. Am J Psychiatry 1986; 143(1): 35-39.

Zimmermann, R. Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe. Soziale Psychiatrie 2012; 2: 28-33.