

SGPP-Empfehlungen für die Prävention von freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie

Autorenschaft

Prof. Dr. med. Matthias Jäger^{a,b,k}, PD Dr. med. Anastasia Theodoridou^{a,b} im Auftrag des SGPP-Vorstands. Unter Mitarbeit von: Prof. Dr. med. Philippe Conus^c, Prof. Dr. med. Martin Hatzinger^{d,k}, Prof. Dr. med. Stefan Kaiser^e, Prof. Dr. med. Stefan Klöppel^f, Prof. Dr. med. Undine Lang^g, Dr. med. Fulvia Rotaⁱ, Prof. Dr. med. Erich Seifritz^{a,i,k}, Dr. med. Rafael Traber^{h,i,k}

^a Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

^b Psychiatrie Baselland (PBL)

^c Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

^d Solothurner Spitäler (SoH)

^e Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

^f Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (upd)

^g Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

^h Clenia Littenheid

ⁱ Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

^k Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Lead

Die «Fürsorgerische Unterbringung» (FU), «bewegungseinschränkende Massnahmen» (BEM) sowie «Behandlungen ohne Zustimmung» (BOZ) im medizinischen Kontext sind für alle Beteiligten ethisch und rechtlich herausfordernd. Seit der Totalrevision des Zivilgesetzbuchs der Schweiz (2013) liegen neben einer Evaluation der Bestimmungen zur FU (Bundesamt für Justiz, 2022), jährlichen Auswertungen der medizinischen Statistik (OBSAN), Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW, 2015) nun diese Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vor.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung _____ **2**

Voraussetzungen _____ **4**

Fürsorgerische Unterbringung (FU) _____ **5**

Bewegungseinschränkende Massnahmen (BEM) _____ **6**

Behandlung ohne Zustimmung (BOZ) _____ **6**

Prävention _____ **7**

Einstellung/Haltung _____ **7**

«Zero coercion» _____ **7**

Recovery-Orientierung _____ **7**

Kontextualisierung und Bedürfnisorientierung _____ **7**

Risikoneutrale Haltung _____ **8**

Deeskalations- und Kommunikationstechniken _____ **8**

Psychologischer Druck und informeller Zwang _____ **8**

Strukturelle und prozedurale Faktoren _____ **8**

Interventionsmöglichkeit bei psychosozialen Krisen _____ **9**

Zusammenarbeit mit Polizei und Behörden _____ **9**

Anordnungsbefugnis _____ **9**

Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Klinik _____ **10**

Schlussfolgerungen _____ **11**

Literatur _____ **12**

Einleitung

Die SGPP weist darauf hin, dass die Notfalldienst-leistenden Ärzte und Ärztinnen, insbesondere die Psychiaterinnen und Psychiater mit komplexen und anspruchsvollen Situationen konfrontiert sind. Der Notfallpsychiater/die Notfallpsychiaterin verantwortet neben einvernehmlichen medizinisch, psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen, auch Interventionen ohne Zustimmung und ggf. gegen Widerstand der betroffenen Person. Dies betrifft auch die Tätigkeit der Psychiaterinnen und Psychiater, die im stationären Bereich die FU umsetzen müssen. Die «Fürsorgepflicht» kann dabei im Widerspruch zum Recht auf Selbstbestimmung der betroffenen Person stehen. Die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen sowie Wertesysteme und Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegenüber BEM und BOZ haben essenzielle Auswirkungen auf Schwelle, Häufigkeit und Dauer der angeordneten Interventionen. Ein nicht nur auf Behandlung, sondern auch auf Prävention ausgerichtetes Gesundheitsversorgungssystem ist ausschlaggebend zur Vermeidung von BEM und BOZ. Prävention beginnt allerdings weit im Vorfeld der Prüfung von Voraussetzungen für eine Anordnung einer FU. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels und der Ressourcenallokationsproblematik sind neben den

psychiatrieinternen Optimierungsbestrebungen auch Optimierungen an den gesellschaftlichen Schnittstellen notwendig. Es besteht Bedarf nach konkreten Ansätzen zur Reduktion vermeidbarer FU, BEM sowie BOZ.

Der professionelle und situationsadäquate Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten innerhalb des psychiatrisch-psychotherapeutischen Handlungsfeldes ist von zentraler Bedeutung. Eine sicherheitsspendende Umgebungsgestaltung ist, settingunabhängig, zentral bei der Durchführung psychiatrisch-psychotherapeutischer Interventionen. Die Anwendung von BEM und BOZ im Rahmen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings benötigt besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt und fördert so die Risikominimierung für selbst- und fremdgefährdendes Verhalten. Entscheidungen, die zu BEM und BOZ im psychiatrischen Kontext führen, haben einen zeitlichen Vorlauf und ihren Ausgangspunkt meist bereits ausserhalb der psychiatrischen Kliniken. Die Häufigkeit von FU [1] und BEM variieren innerhalb der Schweiz, ohne dass sich dies durch Krankheits- und Patientenmerkmale ausreichend erklären lässt [2].

BEM und BOZ und damit einhergehende Autonomieeinschränkungen sind in erster Linie für die betroffenen Personen, aber auch für die mit der Verfügung und Durchführung beauftragten Fachpersonen, eine grosse emotionale und körperliche Belastung. Bei der fachgemässen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gilt es, die Sicherung der Rechte und Interessen der involvierten Personen unter Wahrung der fachlichen Evidenzen und individuellem Bedarf zu gewährleisten.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sind explizit aus der psychiatrisch-medizinischen Perspektive von klinisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiatern bzw. Kliniken formuliert. Sie gelten für die Bedingungen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems für Erwachsene in der Schweiz. Sie beziehen sich weder auf den Bereich der Forensik noch auf denjenigen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, und auch nicht auf den Bereich der somatischen Medizin oder der Pflegeeinrichtungen, wo BEM und BOZ ebenfalls angewendet werden. Sie dienen zudem der Information von politischen Entscheidungsträgern, der Medien und der allgemeinen Öffentlichkeit.

Diese Handlungsempfehlungen nehmen engen Bezug zu bestehenden Leit- und Richtlinien zum Thema «Zwang/Gewalt/Psychiatrie» im deutschsprachigen Raum, insbesondere die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. [3] und den medizinisch-ethischen Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften [4]. In Ergänzung zu den Empfehlungen dieser Leit- und Richtlinien fokussieren die vorliegenden Handlungsempfehlungen aus der medizinisch-psychiatrischen Perspektive auf den Aspekt der Prävention von BEM und BOZ in der Psychiatrie sowie den Kontext des Schweizer Rechts- und Versorgungssystems. Die vorliegenden Empfehlungen wurden durch die Erstautoren basierend auf Konsultation der bestehenden deutschsprachigen Leit- und Richtlinien [3,4] sowie einer erweiterten Literaturrecherche zu den genannten spezifischen Aspekten Prävention und Schweizer Kontext entworfen und im gesamten Autorenkreis im Zirkulationsverfahren diskutiert und angepasst (informeller Experten-Konsensus). Die angegebenen Stärken der vorliegenden Empfehlungen sind, soweit vorhanden, von den Evidenzgraden der deutschsprachigen Leit- und Richtlinien [3,4] bzw. den angegebenen Publikationen abgeleitet. Hierbei wird unterschieden zwischen den Evidenzgraden A (starke Empfehlung, basierend auf randomisiert-kontrollierten Studien oder systematischen Reviews), B (Empfehlung, basierend auf Beobachtungsstudien) und 0 (Vorschlag, basierend auf Expertenmeinung oder theoretischer Herleitung) [3].

Im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) des ZGB, welches 2013 in Kraft trat, existiert der Begriff «Zwangsmassnahmen» nicht mehr. Entsprechend werden die gesetzlich definierten Begriffe FU (ZGB Art. 426ff), BOZ (ZGB Art. 434), BEM (ZGB Art. 438; z.B. Isolierung, Festhalten, Fixierung, Verwehrung von

Ausgang) sowie medizinische Massnahmen im Notfall (Gefahr im Verzug) zur Abwendung von unmittelbar drohender Gefährdung der betroffenen Person oder Dritter (ZGB Art. 435) verwendet.

Die personelle, bauliche und materielle Ausstattung ist settingübergreifend – qualitativ und quantitativ – eine notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für die Prävention von BEM und BOZ (Empfehlungsgrad 0, [3]). Die reflektierte Beziehungsgestaltung hat dabei eine wesentliche Bedeutung im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von psychisch erkrankten Personen (Empfehlungsgrad A, [3]). Selbstwahrnehmung der eigenen Einstellungen und emotionalen Reaktionen und die Fähigkeit zur Selbstreflexion und -regulation, vor allem in stressauslösenden Situationen, ist günstig für eine präventive Beziehungsarbeit. Vor dem Hintergrund der allgemeinen Deeskalationsgrundsätze wie frühzeitige Intervention, transparentes Vorgehen (Nachvollziehbarkeit ermöglichen) und Validierung der subjektiven Perspektive, was als prozedurale Gerechtigkeit zusammengefasst werden kann, kommen dabei u.a. nonverbale und verbale deeskalative Kommunikationstechniken zum Einsatz (Empfehlungsgrad A, [3]). Die prozedurale Gerechtigkeit sichert die Gestaltung fairer Prozesse zur Entscheidungsfindung. Die Akzeptanz des Ergebnisses und damit das Vertrauen in die Psychiatrie misst sich an der Qualität der Entscheidungsprozesse. Dieses Vertrauen ist ein wesentlicher Aspekt für die Legitimation der Psychiatrie und zeichnet ein funktionierendes medizinisches Fach wie die Psychiatrie aus (Empfehlungsgrad B, [3]).

Damit die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung mit einer niedrigen Rate von FU, BEM und BOZ arbeiten kann, ist ein früher Einsatz von Präventions- und Deeskalationsstrategien notwendig (Empfehlungsgrad 0, [3]). Bereits im Vorfeld einer FU-Anordnung können entsprechende Angebote vorgehalten werden und während der gesamten weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hohe Aufmerksamkeit und Engagement erhalten (Empfehlungsgrad 0, [4]). Ein Spektrum von niederschweligen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten, die auch in Notfallsituationen zur Verfügung stehen, ist - neben allgemeinen gesellschaftlichen Aspekten wie z.B. Inklusionsbereitschaft - erforderlich, um Alternativen zu FU, BEM und BOZ zu ermöglichen (Empfehlungsgrad 0, [4]). Zudem braucht es eine klare Trennung der diagnostisch-therapeutischen Aufgaben von den Aufgaben der sozialen Kontrolle respektive von ordnungspolitischen Aufgaben wie der Gewährleistung von Sicherheit für das Individuum bzw. für die Gesellschaft, welche gegenwärtig immer noch an die Psychiatrie delegiert werden (Empfehlungsgrad 0, [3,4]).

Voraussetzungen

Bezugnehmend auf die rechtlichen Grundlagen (ZGB sowie kantonale Einführungsgesetze) und die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW [4] müssen aus medizinisch-psychiatrischer Perspektive folgende Voraussetzungen für die Anordnung einer FU, BEM oder BOZ kumulativ erfüllt sein. Sämtliche Kriterien sind vor Anordnung sorgfältig und explizit zu prüfen und zu dokumentieren (Empfehlungsgrad 0, [4]).

- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung gemäss gängigen Klassifikationskriterien (Schwächezustand)
- Durch die psychische Störung verursachte unmittelbare Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Schutzbedürftigkeit)
- Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die aktuelle Behandlungsbedürftigkeit
- Keine mildere Massnahme verfügbar (Subsidiarität)
- Der zu erwartende Nutzen der Massnahme wiegt deutlich höher als ein möglicher Schaden (Verhältnismässigkeit)
- Es steht eine geeignete Einrichtung bzw. ein geeignetes Umfeld für die Durchführung der Massnahme zur Verfügung

Fürsorgerische Unterbringung (FU)

- Im ZGB werden als weitere «Schwächezustände», die als Voraussetzung für eine FU festgestellt werden können, die geistige Behinderung und die schwere Verwahrlosung genannt. Zudem wird eine nicht anders zu erbringende Betreuung als Schutzbedürftigkeit aufgeführt. Diese Voraussetzungen sind aus medizinisch-psychiatrischer Sicht ohne das zusätzliche Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung nicht ausreichend, um eine FU in eine psychiatrische Klinik zu rechtfertigen, da nicht die Behandlung einer psychischen Störung, sondern ausschliesslich die Betreuung im Vordergrund steht und damit eine nicht-medizinische Betreuungseinrichtung eine geeignete Institution darstellt und nicht eine psychiatrische Klinik, die als durch die Krankenversicherung finanzierte Einrichtung einem Behandlungsauftrag (KVG-Leistungen) nachkommt (Empfehlungsgrad 0, [4]).
- Im ZGB wird die Feststellung der Urteilsunfähigkeit nicht als Voraussetzung für die FU genannt. Aus ethischer Sicht ist die Anwendung einer Massnahme gegen den Willen einer urteilsfähigen Person jedoch nicht legitim (Empfehlungsgrad 0, [4]), sodass die Voraussetzung Urteilsunfähigkeit bei FU wie auch BEM und BOZ geprüft werden muss. Ist eine rechtskräftige Einwilligung zur Aufnahme in eine geeignete Einrichtung nicht möglich, sind die FU-Kriterien zu prüfen und eine FU zu verfügen (Rechtsmittel) (Empfehlungsgrad 0, [3,4]).
- Im Sinne der Subsidiarität sind im Vorfeld der Anordnung einer FU sämtliche Alternativen zu prüfen: ambulante, tagesklinische und aufsuchende Behandlungsangebote, Alternativen zur psychiatrischen Behandlung (Betreuung, soziale Unterstützung), alternative Rahmenbedingungen (z.B. stationsalternative Rückzugsorte), für die ein Einverständnis der betroffenen Person erreicht werden kann (Empfehlungsgrad 0, [4]).
- Für die Abwägung der Verhältnismässigkeit vor Anordnung einer FU in eine geeignete Einrichtung sind fachliche Überlegungen zu Zweck und Zielsetzung der stationären Unterbringung notwendig. Hierbei sind auch die Erfahrungen aus Vorbehandlungen bzw. Klinikaufenthalten zu berücksichtigen (zielführende, evidenzbasierte Intervention). So sind wiederholte Erfahrungen mit FU-Einweisungen ohne wirksame Behandlung bzw. mit schädlichen Folgen (z.B. durch als Gewalt erlebte BEM oder BOZ) in die Beurteilung der Verhältnismässigkeit einzubeziehen und die Entscheidung nicht nur basierend auf einer Momentaufnahme zu treffen (Empfehlungsgrad 0, [4]).
- Geeignete Einrichtung: Für eine FU in einer psychiatrischen Klinik ist die nicht anders zu erbringende Behandlung einer psychischen Störung als notwendige Voraussetzung zu betrachten (Empfehlungsgrad 0, [3,4]). Steht die Behandlung einer somatischen Störung im Vordergrund ist eine FU in ein Spital angezeigt (Empfehlungsgrad 0, [3,4]). Eine FU zur ausschliesslichen Betreuung aufgrund eines Schwächezustandes im Sinne des Gesetzes hat in einer geeigneten (nicht-medizinischen) Wohn-/Betreuungseinrichtung zu erfolgen. Gegen eine Betreuung (von Personen mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf ohne KVG-spezifischen Behandlungsbedarf) in einer psychiatrischen Klinik spricht der Versorgungsauftrag und die Finanzierung durch die Krankenversicherung. Die Diskrepanz zwischen Lehrmeinung und Realität (Fehlplatzierungen) wird durch die Zuweisung der «Pflichtversorgung» verstärkt. Psychiatrischen Grundversorgungskliniken haben eine Aufnahmepflicht, was für andere Einrichtungen wie z.B. die Wohn- und Betreuungseinrichtungen nicht der Fall ist, womit dort die Aufnahme von Personen mit komplexer Problematik oder herausforderndem Verhalten abgelehnt werden kann.

Bewegungseinschränkende Massnahmen (BEM)

- Vor der Anwendung von BEM müssen die o.g. Voraussetzungen geprüft werden und kumulativ gegeben sein. Das bedeutet, dass eine durch die psychische Erkrankung bedingte unmittelbare Gefährdung der Person oder Dritter, Urteilsunfähigkeit bzgl. der psychischen Erkrankung/Behandlung/Gefährdung, keine mildereren Massnahmen zur Abwehr der Gefährdung, Verhältnismässigkeit und ein geeignetes Umfeld zur Durchführung der Behandlung vorliegen muss (Empfehlungsgrad 0, [4]).
- Die Prüfung der Voraussetzungen, die Art der BEM, die Anordnung, Durchführung und Dokumentation der Massnahme, die Rechtsmittelbelehrung sowie die statistische Erfassung sollte in einem klinikinternen Standard genau geregelt sein (Empfehlungsgrad 0, [3,4]).
- Eine medizinische Massnahme (BEM/BOZ) kann bei Gefahr im Verzug, bedingt durch eine behandlungsbedürftige psychische Störung, einmalig durch einen diensthabenden Arzt/eine Ärztin gemäss Klinikreglement im Notfall angeordnet werden (Art. 435 ZGB ; Empfehlungsgrad 0, [3]).
- Bei der Notwendigkeit einer Fortführung/Wiederholung der BEM/BOZ ist die Rechtsgrundlage einer FU erforderlich.
- Zum Umgang mit Menschen mit Demenz sowie zu sturzpräventiven Massnahmen in der Alterspsychiatrie wird auf spezifische Publikationen verwiesen [5].
- In der Schweiz ist die Isolation (Einschliessen in einem dafür vorgesehenen Raum) die häufigste BEM. Die Wahl der BEM zeigt eine hohe Varianz und unterliegt einem Werteurteil [6]. Eine Verlagerung bzw. Ausweitung auf alternative BEM sollte vermieden werden.
- Eine BEM zur Sanktionierung unerwünschten Verhaltens ist nicht legitim (Empfehlungsgrad 0, [3,4]). Die Abgrenzung zur rechtfertigenden Argumentation «schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens» innerhalb einer Institution bzw. einer geeigneten Einrichtung wie z.B. einer psychiatrischen Klinik stellt eine Herausforderung dar.
- Von der Anwendung einer BEM auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten (z.B. zum Schutz vor Selbstverletzung) ist aus ethischen und therapeutischen Gründen abzuraten (Ausnahme Sturzprophylaxe vgl. Empfehlungen Alterspsychiatrie [5]).
- Die Hospitalisierung von Patientinnen und Patienten auf geschlossen geführten Stationen ist per se bereits eine BEM und daher ist diese begründungsbedürftig. Ein geschlossener Rahmen unter Beibehalt einer Intensivbetreuung sollte nur als Präventionsraum genutzt werden, um das Risiko einer durch die psychische Erkrankung bedingte unmittelbare vitale Gefährdung zu reduzieren [7].

Behandlung ohne Zustimmung (BOZ)

- Vor der Anwendung von BOZ müssen die Voraussetzungen gemäss Art. 434 ZGB geprüft werden und kumulativ gegeben sein (Empfehlungsgrad 0, [4]). Das bedeutet, dass eine durch die psychische Erkrankung bedingte ernsthafte Gefährdung der Person oder Dritter bei Entlassung erwartet wird sowie Urteilsunfähigkeit bzgl. der Behandlungsbedürftigkeit, keine mildereren Massnahmen zur Abwehr der Gefährdung, Verhältnismässigkeit und ein geeignetes Umfeld zur Durchführung der Massnahme vorliegen müssen. Die Anordnung einer BOZ erfolgt chefärztlich gemäss den gesetzlichen, allerdings kantonal variierenden, Bestimmungen und formalisiert in einem schriftlichen Behandlungsplan inkl. Rechtsmittelbelehrung. Bei wiederholten BOZ ist unter Berücksichtigung der fachlichen Leitlinien die Aussicht auf Erfolg zu prüfen (Empfehlungsgrad 0, [3,4]).

- Eine BOZ kann bei Gefahr im Verzug, bedingt durch eine behandlungsbedürftige psychische Störung, einmalig durch einen diensthabenden Arzt bzw. eine diensthabende Ärztin, jedoch nicht durch andere Berufsgruppen, gemäss Klinikreglement im Notfall angeordnet werden (Art. 435 ZGB; Empfehlungsgrad 0, [4]).

Prävention

Prävention von freiheitsbeschränkenden Massnahmen beginnt weit im Vorfeld zur Prüfung der Voraussetzungen für eine Anordnung einer FU, BOZ oder BEM. Die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen sowie Wertesysteme und die Grundsätze der Einstellung und Haltung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und FU, BEM und BOZ haben essenzielle Auswirkungen auf Schwelle, Häufigkeit und Dauer der angeordneten Massnahmen (Empfehlungsgrad A, [8]).

Einstellung/Haltung

Einstellungen, Überzeugungen spiegeln sich in Haltungen wider und können sich auf der Handlungsebene abbilden [9]. Die Haltung jeder Fachperson prägt somit zwangspräventives Vorgehen und die Gestaltung eines genesungsfördernden Milieus. Ein Setting, in dem Patientinnen und Fachpersonen um die Möglichkeit wissen, dass eine BEM oder BOZ legitimiert sein und ausgeübt werden kann, wirkt a priori potenziell eskalativ und stresserzeugend. Eine Haltung, die BEM und BOZ als vermeidbare und nicht erwünschte Ereignisse betrachtet, die bereits frühzeitig Bedarf der Patienten und Entwicklungsperspektiven in den Vordergrund stellt, ohne die Risikoabwägung zu vernachlässigen, wird sich eher präventiv und genesungsfördernd auswirken als eine Haltung, die spät einsetzend lediglich noch auf Sicherheitsmaximierung, Risikominimierung abzielt und den Kontext einer Situation nicht berücksichtigt (Empfehlungsgrad A, [8]).

«Zero coercion»

Dieser Ansatz ist abgeleitet aus der Suizidprävention [10,11]. Ausgangspunkt eines effektiven präventiven Vorgehens sollte das Ziel der Vermeidung jeder einzelnen Massnahme sein, auch wenn dieses Ziel nie ganz erreicht werden kann. Nur wenn das Ziel «Null» ist, wird in jeder Situation konsequent präventiv gearbeitet und werden sämtliche Alternativen zu einer BEM oder BOZ erwogen. Bei einer Orientierung an einem tolerablen Wert bzw. der Grundhaltung, dass diese Massnahmen Teil der psychiatrischen Behandlung sind, wird die Quote deutlich höher ausfallen als bei einer «Null»-Zielsetzung.

Recovery-Orientierung

Dieser Ansatz bezieht sich im psychiatrischen Kontext auf eine evidenzbasierte Behandlungsplanung, die persönliche Ziele und Werte des Patienten bzw. der Patientin in den Vordergrund stellt, in Ergänzung zu medizinischen (Symptomreduktion) und rehabilitativen (Funktionsverbesserung) Zielen [12]. Die Aushandlung der Behandlungsziele und der dazu benötigten Interventionen mit der Patientin folgt dabei dem Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung («shared decision making»; [13]; Empfehlungsgrad B, [8]).

Kontextualisierung und Bedürfnisorientierung

Dieser Ansatz berücksichtigt in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten die jeweiligen Begleitumstände einer Situation und hält die Fachperson an, sich zu bemühen, den Kontext und die Bedürfnissituation des Patienten zu verstehen, bevor eine Entscheidung getroffen wird ([14], Empfehlungsgrad 0, [8]). Dies betrifft jede Art von Entscheidung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext, sowohl im ambulanten wie im stationären Setting.

Risikoneutrale Haltung

Risikoaverse Vorgehensweisen stellen primär den Sicherheitsaspekt in den Vordergrund und laufen Gefahr, dabei Chancen zu reduzieren, um einen möglichen Konsens mit der Patientin oder dem Patienten zu finden (Empfehlungsgrad 0, [8]). Eine risikoneutrale bzw. risikoaffine Haltung («positive risk taking») gewährt dem Patienten das Recht, «unvernünftige» oder vermeintlich risikoreiche Entscheidungen zu treffen. Eine breit abgestützte Entscheidungsfindung im Helfernetzwerk (z.B. im Rahmen von Behandlungs- oder Hilfeplankonferenzen) kann hilfreich sein, um sicherheitsfokussierte bzw. angstgeleitete Entscheidungen einzelner Fachpersonen zu relativieren.

Deeskalations- und Kommunikationstechniken

Wissen um Faktoren, die zu Eskalationen beitragen können und Ansätze, um diese Prozesse zu entdynamisieren und zu ent-aktualisieren gehören zum Grundwissen jeder Fachperson in der psychiatrischen Versorgung. Dieses Fachwissen sollte regelmässig und verbindlich geschult und dessen Anwendung trainiert und evaluiert werden (Empfehlungsgrad A, [8]). Deeskalative Kommunikationsweisen und Reflexion eigener Anteile an potenziellen Eskalationen sind für jegliche Interaktion in der Psychiatrie wesentliche Fertigkeiten. Diese setzen weit früher an, als das sogenannte «Aggressionsmanagement», das bei eskalierenden Situationen zum Einsatz kommt, um aggressives Verhalten einzudämmen, und das auf die Gewährleistung von Sicherheit ausgelegt ist. Ein Fokus auf diesen Aspekt in der Schulung von Mitarbeitenden kann zu einer Vernachlässigung fortlaufend deeskalierender Kommunikation, Interaktion und Milieugestaltung und damit unbeabsichtigt zu vermehrter Anwendung von BEM führen [15].

Psychologischer Druck und informeller Zwang

Mit der Absicht, BEM und BOZ zu verhindern, wird in der Praxis häufig mit einer Kaskade von Interventionen gearbeitet, die sich im Kontext der therapeutischen Beziehung ergeben und psychologischen Druck bzw. informellen Zwang beinhalten [16]. Eine bewusste Reflexion der Fachpersonen hierüber vor der Anwendung von Interventionen mit stärkerem Druck, bspw. Überredung bis Androhung negativer Konsequenzen, basiert auf denselben ethischen Massstäben wie bei formellen Massnahmen ohne Zustimmung (Empfehlungsgrad 0, [4]). Zur Reflexion über das Ausmass der Einschränkung, die im Rahmen einer Intervention ausgeübt wird, sei auf die Dimensionen von Zwang hingewiesen [4].

Strukturelle und prozedurale Faktoren

Diversifiziertes Behandlungs- und Unterstützungsangebot

Ein leitlinienorientiertes Krisen- und Behandlungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Ausnahmezuständen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Unterstützung bereits frühzeitig in Anspruch genommen wird oder in Notfällen ein Hilfsangebot zur Verfügung steht. Empfohlen werden ambulante, tagesklinische und aufsuchende Angebote zur Krisenintervention (Empfehlungsgrad A, [8]). Zudem haben ausserinstitutionelle Angebote für Menschen in psychosozialen Krisen (z.B. stationsalternative Rückzugsorte) und Angebote zum Einbezug der Angehörigen einen wichtigen Stellenwert in einem (bedarfsorientierten) diversifiziertem Versorgungssystem (S3-Leitlinie psychosoziale Therapien; [3]).

Psychiatrische Versorgung somatischer Notfallstationen

Erregungszustände treten häufig auch auf somatischen Notfall- und Intensivstationen oder während Hospitalisationen im Allgemeinspital auf. Eine fachliche Beurteilung und die Möglichkeit einer geeigneten Intervention vor Ort können zu rascher Entaktualisierung führen und vermeidbare Verlegungen in die psychiatrische Klinik abfangen (Empfehlungsgrad 0, [8]). Hierzu stehen psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste in somatischen Spitälern zur Verfügung [17], Intensivbetreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten 24 bis 72 Stunden vor Ort (z.B. psychiatric decision units bzw. psychiatric emergency services in Grossbritannien, USA und Kanada; [18]) sowie Krisenbetten im somatischen Spital, die in der Schweiz jedoch meist nicht verfügbar sind. Durch diese Angebote können akute Situationen wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten durch Intoxikationen, Selbstverletzungen oder akute vorübergehende Suizidalität vor Ort behandelt werden, ohne dass eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik nötig wird (Empfehlungsgrad 0, [4, 8]).

Interventionsmöglichkeit bei psychosozialen Krisen

Eine Reihe von Zuweisungen in psychiatrische Kliniken erfolgt aufgrund psychosozialer Probleme ohne eigentlichen psychiatrischen Behandlungsauftrag. Die Anordnung einer FU ist in solchen Fällen nicht gesetzeskonform und somit missbräuchlich [19]. Zur adäquaten Problemlösung und Unterstützung der betroffenen Personen sind dann eher die Arbeit mit dem sozialen Umfeld oder eine sozial unterstützende Massnahme angezeigt als eine medikamentöse oder psychotherapeutische Intervention (Empfehlungsgrad 0, [4, 8]). Auch kann die Situation durch eine Hospitalisierung oft nicht (nachhaltig) gelöst werden. Für solche nicht seltenen Situationen kann ein psychosozialer Notfalldienst im Sinne eines sozialarbeiterischen und pflegerischen Angebots eher passende Hilfe als first-line Angebot bieten (z.B. Street-Triage in Grossbritannien; [20]). Fachärztliche psychiatrische Expertise kann nach Indikation vor Ort beigezogen und das psychiatrische Versorgungssystem entlastet werden.

Zusammenarbeit mit Polizei und Behörden

Es wird empfohlen, eine tragfähige Zusammenarbeit zu etablieren, mit regelmässigem Austausch zu anspruchsvollen Situationen wie z.B. Gefahr um Leib und Leben. Dabei sollten die Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie an den jeweiligen Schnittstellen mit Polizei und Behörden (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Sozialbehörden) gemäss KVG berücksichtigt werden. Schulungen von Mitarbeitenden der Polizei und der Behörden zum Umgang mit Menschen mit psychischen Belastungen bzw. Erkrankungen, zu den Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie, den Schnittstellen und Kommunikationswegen können die Zusammenarbeit im Einzelfall wesentlich vereinfachen (Empfehlungsgrad 0, [21,22]).

Anordnungsbefugnis

Bei der FU gibt es Hinweise aus Schweizer Studien darauf, dass ein enger gefasster und spezifisch ausgebildeter Personenkreis (Amtsärzte, Fachärzte) mit geringeren FU-Raten assoziiert ist (Empfehlungsgrad B, [2]). Des Weiteren scheint eine zwingende Involvierung von Behörden bzw. Gerichten innerhalb 24 bis 72 Stunden mit einer geringeren FU-Rate verbunden zu sein [23]. Bei BEM oder BOZ im Notfall (ZGB Art. 435) ist eine Entscheidung im Vier-Augen-Prinzip (interprofessionelle Beurteilung ärztlich und pflegerisch) wirksam, um Alternativen auszuschöpfen und risikoaverse Entscheidungen zu vermeiden. Bei Notfallsituationen mit Gefahr im Verzug sollte die zuständige Fachperson vor Ort befugt sein, die notwendigen Massnahmen zur Gefahrenabwehr einleiten zu können. Eine ärztliche Überprüfung im Vier-Augen-Prinzip ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt (in der Regel innerhalb einer Stunde) vorzusehen.

Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Klinik

- Organisatorische und bauliche Aspekte

Die Abläufe und die Infrastruktur innerhalb der psychiatrischen Kliniken haben wesentlichen Einfluss auf die Prävention von BEM und BOZ (Empfehlungsgrad A, [8]). Eine Ausrichtung der organisatorischen Abläufe auf die Patientenperspektive trägt zu Deeskalation bei [24]. Die bauliche Infrastruktur hat unmittelbare Auswirkungen auf das Befinden und Verhalten der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden. Bei der Ausgestaltung der Räumlichkeiten sind daher neben den Prinzipien der Suizidprävention auch jene zur Vermeidung von BEM und BOZ zu berücksichtigen [25,26]. Transparenz und Klarheit in den Abläufen, sachliches und nachvollziehbares Vorgehen der Mitarbeitenden geben Patientinnen und Patienten Sicherheit und reduzieren Irritationen und Abwehrverhalten ([27]; Empfehlungsgrad 0, [8]).

Aufnahmesituation

Der Erstkontakt bei Aufnahme in die Klinik ist wesentlich für den weiteren Verlauf der Behandlung. Rund 72% der BEM ereignen sich innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme [28]. Eine nach allen hier aufgeführten Regeln der strukturellen und prozeduralen Deeskalation organisierte Aufnahmesituation ist daher wesentlich zur Vermeidung eines wesentlichen Anteils von BEM und BOZ (Prinzip der «First five minutes», Empfehlungsgrad 0, [29]).

Prinzip der offenen Station

Der Ansatz der «offenen Psychiatrie» bezieht sich auf offene Stationstüren verbunden mit flankierenden Massnahmen zur Gewährleistung von Verbindlichkeit und Verhinderung von unabgesprochener Entfernung von der Station bei Patientinnen und Patienten mit einer FU-Verfügung (Empfehlungsgrad 0, [8]). Offene Stationstüren und damit verbundene bauliche und prozedurale Anpassungen sind assoziiert mit weniger [7] oder zumindest nicht mehr [30] BEM und BOZ, ohne dass es zu mehr Aggressionsereignissen oder Suiziden kommt. Es bestehen verschiedenen Ansätze, um die Stationstüren möglichst offen zu halten [31], wie ein verstärkter Einsatz von Intensivbetreuungen, die Verfügbarkeit eines räumlich getrennten Intensivbereichs («intensive care unit», ICU) bzw. das «high and intensive care» Konzept [32], der «Potsdamer Tisch» [33] und eine kontinuierliche therapeutische Zuständigkeit nach inhaltlichen Gesichtspunkten («Trackkonzept»; [34]).

Weitere wesentliche strukturelle und prozedurale Empfehlungen zur Verhinderung von BEM und BOZ werden z.B. in der S3-Leitlinie der DGPPN [37] und damit verbundenen Publikationen ausgeführt [35,36]:

- Standardisierte Erfassung von BEM/BOZ und Gewaltereignissen (Empfehlungsgrad A, [4,8])
- Interne Standards für Durchführung und Dokumentation von BEM, monatliche Besprechungen zu internen Daten und Ereignissen (Empfehlungsgrad A, [4, 8])
- Regelmässige Schulung in Deeskalation und Aggressionsmanagement (Empfehlungsgrad A, [8])
- Kontinuierliche Betreuung bei BEM (Empfehlungsgrad 0, [8])
- Nachbesprechungen nach BEM/BOZ (Empfehlungsgrad A, [4, 8])
- Anstellung von Genesungsbegleitenden/Peers (Empfehlungsgrad 0, [8])
- Aktionsplan für aggressionsmindernde Milieugestaltung (Empfehlungsgrad 0, [8])
- Risikoerkennung mit validiertem Instrument (Empfehlungsgrad A, [8])

- Empfehlung zur Erstellung einer Patientenverfügung (Empfehlungsgrad A, [8])
- Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie (Empfehlungsgrad A, [8])
- Einführung einer komplexen Intervention (z.B. Safewards, «Weddinger Modell», Empfehlungsgrad A, [8])

Schlussfolgerungen

Die Quote von per FU eingewiesenen Patienten und Patientinnen in einer psychiatrischen Klinik kann nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden, da wichtige Einflussfaktoren ausserhalb der Einflussnahme der Klinik liegen [37]. Die FU darf von Gesetzes wegen nur von den Instanzen angeordnet werden, die unabhängig von der aufnehmenden Klinik sind. Zu weiteren Parametern, welche die Klinik nicht beeinflussen kann, zählen u.a. der Versorgungsauftrag, die Organisation der Notfallversorgung, die Verfügbarkeit anderer grundversorgender Kliniken in räumlicher Nähe, stationsalternative, niederschwellige, flexible und tragfähige Angebote für Menschen in Krisen und Ausnahmesituationen sowie die Bevölkerungsstruktur. Für BEM und BOZ gilt dies nicht im selben Ausmass, da deren Anwendung wesentlich reduziert werden kann durch beeinflussbare Abläufe innerhalb der Klinik, durch die Einstellung und Qualifikation der Mitarbeitenden und durch die Aufmerksamkeit, die das Thema Prävention von BEM und BOZ erhält. Neben den oben aufgeführten fachlichen und organisatorischen Empfehlungen sind Qualitätsstandards von wesentlicher Bedeutung [37,38]. Ansätze zur Prävention von BEM sind immer im gesellschaftlichen Kontext und der regionalen psychosozialen Versorgungsorganisation eingebettet.

Herausforderungen bei der Vermeidung von FU bestehen u.a. in der Zusammenarbeit mit der somatischen Medizin (Verlegungen von somatisch instabilen und aggressiven Patientinnen und Patienten, z.B. bei Intoxikation oder Delir), mit den Pflegeeinrichtungen (Zuweisungen von betreuungsaufwändigen Personen mit distanzauslösenden Verhaltensweisen), mit der Polizei und Staatsanwaltschaft (Vermeidung von psychiatrischer Hospitalisierung von inhaftierten Personen, die ein Delikt begangen haben und gleichzeitig unter einer psychiatrischen Störung leiden), mit den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (Ausstellen oder Aufrechterhaltung von behördlichen FU wegen Schwierigkeiten beim Finden einer geeigneten Wohnung und/oder Betreuung, obwohl keine psychiatrische Hospitalisierung mehr nötig ist).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass bereits heute Wissen zur Prävention bzw. dem verantwortungsvollen Umgang mit FU, BEM und BOZ in der Psychiatrie vorliegt. Die solidarische Kooperation der Akteure innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Systeme ist Bedingung für eine anhaltende Optimierung und Vermeidung einer Sisyphos-Szenerie.

Literaturverzeichnis

1. Schuler D, Tuch A, Peter C. Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. Obsan Bulletin 2/2018. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
2. Jäger M, Hotzy F, Traber R, Morandi S et al. Kantonale Unterschiede bei der Umsetzung der fürsorgerischen Unterbringung in der Schweiz. Psychiatr Prax 2023; 51: 24-30.
3. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen», 2018. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf
4. Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizinisch-ethische Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin», 2015. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf
5. Klöppel S, Georgescu D. Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Alterspsychiatrie. Praxis 2023; 112: 652-658.
6. Hotzy F, Jäger M, Bühler E, Mötteli S et al. Attitudinal variance among patients, next of kin and health care professionals towards the use of containment measures in three psychiatric hospitals in Switzerland. BMC Psychiatry 2019; 19: 1-12.
7. Lang UE, Borgwardt S, Walter M, Huber CG. Einführung einer «offenen Tür Politik» – Was bedeutet diese und wie wirkt sie sich auf Zwangsmassnahmen aus?. Recht und Psychiatrie 2017; 2: 58.
8. Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, 2018. Online verfügbar (abgerufen am 28.11.2023):
<https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>
9. Jäger M, Theodoridou A. Zusammenhang persönlicher Erfahrungen mit der Einstellung zu Zwangsmassnahmen. Leading Opinions Neurologie & Psychiatrie 2021; 1: 6-8.
10. Theodoridou A, Jäger M. Psychiatrie ohne Zwang. Nervenheilkunde 2023; 42: 829-835.
11. Turner K, Sveticic J, Almeida-Crasto A, Gae-Atefi, T et al. Implementing a systems approach to suicide prevention in a mental health service using the Zero Suicide Framework. Aust N Z J Psychiatry 2021; 55: 241-253.
12. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 2020; 177: 868-872.
13. Hamann J, Holzhüter F, Blakaj S, Becher S et al. Implementing shared decision-making on acute psychiatric wards: a cluster-randomized trial with inpatients suffering from schizophrenia (SDM-PLUS). Epidemiol Psychiatr Sci 2020; 29: e137.
14. Roychowdhury A. Bridging the gap between risk and recovery: a human needs approach. The Psychiatrist 2011; 35: 68-73.
15. Richter D. Deeskalation von Konfliktsituationen. PPH 2014; 20: 221-225.
16. Hotzy F, Jäger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment—a systematic review. Frontiers in psychiatry 2016; 7: 197.
17. Hepp U. Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. 2022. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025 (GN2025)
18. Goldsmith LP, Anderson K, Clarke G, Crowe C et al. The psychiatric decision unit as an emerging model in mental health crisis care: a national survey in England. Int J Ment Health Nurs 2021; 30: 955-962.

19. Steinert T. Missbrauch der Psychiatrie. Psychiatr Prax 2014; 41: 237-238.
20. Callender M, Knight LJ, Moloney D, Lugli V. Mental health street triage: comparing experiences of delivery across three sites. J Psychiatr Ment Health Nurs 2021; 28: 16-27.
21. Efkemann SA, Gather J, Juckel G, Feltes T. Das Verhältnis von Polizei und Psychiatrie aus der Sicht von psychiatrischen Professionellen. Recht & Psychiatrie 2023; 41: 206-213.
22. Mahler L, Oster A. Safety or security? – Wie machen wir die Psychiatrie zu einem sicheren Raum? Nervenheilkunde 2023; 42: 855-865.
23. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. Eur psychiatry 2020; 63: e82.
24. Debus S, Meyer H. Handlungsspielräume, Teamkohärenz und Einstellungen zu prozeduralen Handlungsregeln in psychiatrischen Gefährdungssituationen. Nervenheilkunde 2023; 42: 871-879.
25. Klöppel S, von Gunten A, Georgescu D. Qualitätsstandards in der Alterspsychiatrie. Praxis 2022; 111: 660–666.
26. Glasow, N. Bauliche Suizidprävention in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Berlin: Logos-Verlag; 2011.
27. Mahler L. Ist die Psychiatrie sicher und wenn ja, für wen? Nervenheilkunde 2023; 42: 866-870.
28. Cole C, Klotz E, Junghanss J, Oster A et al. Coercive measures in psychiatry—When do they occur and who is at risk? J Psychiatr Res 2023; 164: 315-321.
29. Voskes Y, Kemper M, Landeweer EG, Widdershoven GA. Preventing seclusion in psychiatry: A care ethics perspective on the first five minutes at admission. Nurs ethics 2014; 21: 766-773.
30. Indregard AMR, Nussle HM, Hagen M, Vandvik PO, et al. Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. Lancet Psychiatry 2014; 11: 330-338.
31. Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. Recht & Psychiatrie 2017; 35: 63-67.
32. Voskes Y, Van Melle AL, Widdershoven, GA, van Mierlo A et al. High and intensive care in psychiatry: a new model for acute inpatient care. Psychiatr Serv 2021; 72: 475-477.
33. Juckel G. Psychiatrische Intensivstationen—Kontra. Psychiatr Prax 2015; 42: 238-239.
34. Lang UE, Gaupp R, Huber CG. Offene Psychiatrie dank Trackkonzept. Schweizerische Ärztezeitung 2022; 103: 713-716.
35. Steinert T, Hirsch S (2019). Implementierung der S3-leitlinie Verhinderung von zwang. Psychiatr Prax 2019; 46: 294-296.
36. Steinert T, Baumgardt J, Bechdorf A, Bühling-Schindowski, F et al. Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. Lancet Regional Health—Europe 2023, 35.
37. Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? Nervenarzt 2018; 1: 35-39.
38. Ruffin R, Vogel U, Dvorak A, Schnyder-Walser K. Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen, 2012. Online verfügbar (abgerufen am 15.02.2024): <https://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20120402GEFFreiheitsbeschMassnahmenKonsultation.pdf>