

## Vision oder Perspektive?

# Psychiatrie ohne Zwang – zu schön um wahr zu sein

Die öffentliche Haltung ist zwiespältig: Entlassene Sexualstraftäter sähe man lieber dauerhaft untergebracht, ein Fall Mollath weckt dagegen die kollektive Empörung über den Maßregelvollzug. Die Rechtslage ist da klarer: Die Zwangsbehandlung ist stark eingeschränkt, einen „informed consent“ zu erreichen, ist oberstes Gebot. Die praktischen Erfahrungen sind durchaus unterschiedlich.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Heidenheim verzichtet auf geschlossene Stationen, obwohl 5 % der Patienten gerichtlich untergebracht sind. Offene Türen vermitteln eher eine Hoffnung auf Heilung und reduzieren die Aggressionsneigung, erläuterte Dr. Martin Zinkler, Chefarzt der Klinik. Die meisten Patienten bleiben trotz offener Türen dort – mehr Entweichungen als aus geschlossenen Stationen würden nicht beobachtet. Seit Mitte 2011 hat die Klinik auch keine gerichtlich genehmigte Zwangsbehandlung mehr durchgeführt. Das aggressive Verhalten gegenüber anderen Patienten und dem Personal hat dadurch

nicht zugenommen, betonte Zinkler. Wurden im Jahr 2010 noch 49 solcher Vorfälle dokumentiert, waren es 2011 noch 38 und 2012 nur noch 21. Isolierungen gibt es in Heidenheim gar nicht. Die Statistik weist aber doch eine Schattenseite auf: Die Zahl der Fixierungen stieg von 2010 bis 2012 von 3,1 % auf 5,2 % aller stationären Fälle. Die nähere Analyse dieser Daten zeigte, dass dies nicht die F2- bis F6-Diagnosen betraf, sondern Menschen mit F0-Diagnosen – mit demenziellen und deliranten Syndromen. „Offensichtlich haben wir da etwas verlernt, was wir mal konnten“, kommentierte Zinkler selbstkritisch.

## Mit Betroffenen auf Augenhöhe

Gute Erfahrungen hat er mit der Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen gemacht: Selbsthilfegruppen besuchen Stationen und stellen sich in der Klinikfortbildung vor. Ehemalige Betroffene bringen sich in der Klinik, etwa in Peer-to-peer-Sprechstunden, und ambulant als Genesungshelfer ein. „Das hat Potenzial, Zwangsmaßnahmen zu reduzieren“, ist er überzeugt. Es setzt aber voraus, dass Psychiaterinnen und Psychiater solche Möglichkeiten schaffen, bewerben und stärken. Sein Konzept ist das der gleichen Augenhöhe. Der geforderte „informed consent“ sei etwas anderes als Compliance im Sinne des Nachgebens gegenüber dem Arzt. Zinkler erinnerte daran, dass die Krankheitsmodelle in der Psychiatrie auch wissenschaftlich nicht statisch sind und sich etwa von einer zur nächsten DSM-Version wandeln. So

müsse man sich auch für die Krankheitsmodelle der Patienten interessieren und die Erklärungsmodelle der Betroffenen mit in die Therapie einbeziehen, gerade auch bei der Verweigerung von Medikamenten. „Die psychiatrische Behandlung wird nicht weniger interessant und hilfreich, wenn jemand Medikamente ablehnt“, ist seine Überzeugung.

## Experiment Baden-Württemberg

Als im Oktober 2011 das Unterbringungsgesetz (UBG) Baden-Württembergs vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig eingestuft wurde und im Juli 2012 der Bundesgerichtshof urteilte, dass die Zwangsbehandlung nach BGB nicht genehmigungsfähig sei, war Baden-Württemberg im Ausnahmezustand: Bis Februar 2013, als der § 1906 BGB reformiert und die Zwangsbehandlung unter engen Voraussetzungen geregelt wurde, war in diesem Bundesland mit separater gesetzlicher Regelung von Unterbringung und Zwangsmedikation die Behandlung gegen den Willen der psychiatrischen Patienten nicht möglich. Baden-Württemberg befand sich quasi in dem Zustand eines natürlichen Experiments, meinte Professor Tilman Steinert, Psychiater und Versorgungsforscher an der Universität Ulm.

Um die Auswirkungen der vorübergehenden Unzulässigkeit von Zwangsbehandlung auf die Versorgung von Patienten mit schizophrenen oder manischen Störungen zu erfassen, verglichen Steinert et al. Daten von sieben Klinikstandorten aus dem Zeitraum vom 1. Juli



Trotz offener Türen entweichen im Klinikum Heidenheim nicht mehr Patienten als sonst aus der geschlossenen Abteilung.

Tabelle 1

	2. Juli 2012 bis 24. Februar 2013	2. Juli 2011 bis 24. Februar 2012	Relative Veränderung
Untergebracht nach UBG	8,6 %	7,5 %	-12,8 %
Untergebracht nach BGB	3,4 %	2,4 %	-29,4 %
Von mindestens einer Zwangs- maßnahme betroffen	182 (13,8 %)	189 (14,3 %)	+3,6 %
Verweildauer in Tagen	28,5	27,7	-2,8 %
Zwangsmaßnahmen absolut	728	1.018	+39,8 %
Zwangsmaßnahmen pro behandeltem Fall	0,55	0,77	+40,0 %
Dauer einzelne Maßnahme [h]	8,1	6,1	-32,8 %
Anzahl aggressiver Handlungen bezogen auf alle Fälle	0,27	0,39	+44,4 %
SOAS-R-Score bezogen auf einen einzelnen Vorfall	12,3	11,8	-4,1 %

UBG = Unterbringungsgesetz; BGB = Bürgerliches Gesetzbuch; SOAS-R= Staff Observation Aggression Scale revised

**Baden-Württemberg im Ausnahmezustand: Von Juli 2012 bis Februar 2013 war keine Zwangsbehandlung möglich. Veränderungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.**

2012 bis zum 24. Februar 2013 mit dem identischen Vorjahreszeitraum (1. Juli 2011 bis 24. Februar 2012). In der Querschnittsanalyse werteten sie alle Patienten aus, die in diesen Zeiträumen behandelt worden waren (1.326 versus 1.318 Patienten), in der Längsschnittanalyse Patienten, die sowohl im fraglichen Zeitraum ohne Zwangsbehandlung als auch im Vorjahreszeitraum eine stationäre Therapie erhalten hatten (Tabelle 1).

**Weniger Unterbringungen**

Die Zahl der nach UBG untergebrachten Patienten sank laut Steinert im „experimentellen“ Zeitraum um 12,8 %, die Unterbringungen nach BGB sogar um 29,4 %. Zwangsmaßnahmen (Fixierungen) wurden nur geringfügig häufiger angewendet (+3,6 %) und die Verweildauer wurde entgegen der Erwartungen nicht länger, sondern eher etwas kürzer (im Median 28,5 versus 27,7 Tage; -2,8 %). Absolut stieg die Zahl der Zwangsmaßnahmen deutlich an (+39,8%), nicht aber die Zahl der davon Betroffenen (-7 %). Die Dauer der Maßnahme nahm von im Median 8,1 Stunden im Zeitraum Juli 2011 bis Februar

2012 auf 6,1 Stunden im darauffolgenden Jahr ab (-32,8 %).

Die Zahl aggressiver Handlungen gegen Mitpatienten und Mitarbeiter nahm signifikant um 44 % zu, allerdings nicht die Schwere der aggressiven Handlungen, betonte Steinert: Der mediane SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale revised)-Wert ging von 12,3 auf 11,8 zurück (-4,1 %). Patienten der Longitudinalauswertung waren vom Anstieg der absoluten Zahl der Zwangsmaßnahmen besonders betroffen (+124,4 %). Manische Patienten seien vom Anstieg der Zwangsmaßnahmen stärker betroffen gewesen als Patienten mit Schizophrenie.

**Holland rudert zurück**

Zwangsmedikation oder Fixierung beziehungsweise Isolation – ganz ohne scheint es in vielen Kliniken nicht zu gehen. Das zeigt auch das Beispiel Niederlande. Mit der extremen Einschränkung der Zwangsmedikation war Deutschland spät dran. Der Nachbar Holland hatte dies bereits 1994 festgelegt, ist aber jetzt schon wieder auf dem Marsch in die andere Richtung: Die Möglichkeit der me-

dikamentösen Zwangsbehandlung wird im nächsten Jahr wieder erweitert, berichtete Dr. Eric O. Noorthoorn von der VU Universität Amsterdam. Nach der Änderung des Gesetzes zur Behandlung unter Zwang stieg die Dauer der Isolierungen in den Niederlanden deutlich an. Viel Geld wurde in Fortbildungsinitiativen gesteckt, um den Umgang mit Aggression zu verbessern. Seit 2008 werden die Zwangsmaßnahmen in allen psychiatrischen Kliniken mit einem speziellen Dokumentationssystem erfasst. Zwischen 2008 zeigte sich immerhin ein Rückgang der Patienten, die isoliert worden waren, von 11,2 % in 2008 auf 10,8 % in 2012. Das ist aber im internationalen Vergleich immer noch ein hohes Niveau. Fixierungen wurden in Holland dagegen selten eingesetzt.

**Früher wäre besser**

Zwangsmedikationen waren aber trotz der limitierenden Gesetzgebung noch häufig – und zwar vor allem im Zusammenhang mit den Isolierungen (87 % der Zwangsmedikationen). Das ist für Noorthoorn ein wichtiges Argument, warum Zwangsmedikation nicht mehr so eng begrenzt eingesetzt werden sollte: Er findet es sinnvoller, im Vorfeld zwangsweise Medikamente einzusetzen und so viele Isolierungen verkürzen zu können. In 68 % der Fälle kann eine Zwangsmedikation die Isolierung um die Hälfte verkürzen, sagt er. Das ist besonders für einige wenige Patienten relevant, die extrem lange isoliert oder fixiert wurden – maximal 8.015 Stunden Fixierung und 6.945 Stunden Isolierung mit nur kurzen Unterbrechungen zeigte die Auswertung der dokumentierten Daten für einzelne Patienten. Das klingt unglaublich. In Deutschland könnte so etwas aber durchaus auch vorkommen, meinten Diskussionsteilnehmer – dann aber sicher meist in anderen Settings wie Pflegeheimen. Ob patientenzentrierte Regelungen wie Notfallpläne und Patientenverfügungen dies ändern können, ist fraglich: Wichtiger als Papiere ist im stationären Alltag, dass sich die Kultur in den Einrichtungen ändert.

Friederike Klein

Symposium „Psychiatrie ohne Zwangsbehandlung“. DGPPN-Kongress 2013, Berlin, 29.11.2013