



Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung

Vorwort

Freiheitsentziehende Maßnahmen (im Folgenden FEM) sind Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte des Patienten. Psychiatrische Pflege versteht sich als Unterstützerin der Persönlichkeitsrechte psychisch erkrankter Menschen. Daher ist die Anwendung von FEM kein erklärtes Ziel, sondern ein Zugeständnis an die Realität definierter Krisensituationen (Fremd-/ Eigengefährdung) im psychiatrischen Pflegealltag, wenn für die Lösung einer gegenwärtigen Krisensituation nach Ausschöpfung aller methodischen und strukturellen Möglichkeiten keine andere Option zur Verfügung steht. Psychiatrische Pflege verpflichtet sich zur Prävention auf allen Stufen und auf allen Ebenen.

Mit dieser Stellungnahme beschreibt die DFPP als Fachverband der psychiatrisch Pflegenden den Handlungsauftrag der Pflege bezüglich Prävention, Durchführung und Nachbearbeitung von FEM in akutpsychiatrischen Krankenhausstationen. Diese Stellungnahme kann und soll in ihren Grundsätzen auch auf andere Situationen und Settings übertragen werden. Die Pflege hat die Verantwortung die Rahmenbedingungen und Handlungsmöglichkeiten zur Lösung herausfordernder Situationen ständig zu verbessern und evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Dieses funktioniert nur in der kontinuierlichen Zusammenarbeit mit allen direkt und indirekt beteiligten Gruppen, also Patienten, Angehörigen, anderen Berufsgruppen, Richtern, Polizei, Politik etc. Das vorrangige Ziel ist immer die Vermeidung von FEM. Diese Stellungnahme bezieht sich auf Situationen, in denen dieses Ziel nicht erreicht werden kann.

Einleitung

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts grenzt grundsätzlich Freiheitseinschränkung und -entziehung nach der Intensität der Maßnahme oder des Eingriffes ab. Freiheitseinschränkung bezeichnet demnach einen Oberbegriff, der mit einer Bewegungseinschränkung einhergeht. Freiheitsentziehung bezeichnet die schwerste Form der Freiheitseinschränkung (z.B. Fixierung).

FEM sind weltweit eine häufige Intervention in stationären psychiatrischen Akuteinrichtungen. Umso erstaunlicher ist es, dass es noch immer an wissenschaftlichen Nachweisen zu deren Wirksamkeit fehlt bzw. mangelt. Demgegenüber stehen zahlreiche Nachweise und Hinweise zu schädlichen Nebenwirkungen von FEM (von Verletzungen über Traumatisierungen bis hin zu Todesfällen).

Vorstand:

Dorothea Sauter (Präsidentin)
Uwe Genge (Stellv. Präsident und Schatzmeister)
Michael Mayer (Stellv. Präsident)

Geschäftsstelle

DFPP e.V.
c/o Uwe Genge
Eichenhang 49
89075 Ulm

Kontakt

www.dfpp.de
Fax: +49-731-94034932
genge@dfpp.de

Bankverbindung

Sparkasse Ulm
BAN DE 94 6305 0000 0021 1889 94
BIC SOLADES1ULM

In der stationären Akutversorgung Tätige befinden sich immer wieder in der Doppelrolle, einerseits schwer kranke Menschen durch Krisen zu begleiten, andererseits die gesellschaftliche Funktion der Kontrolle von Personen zu übernehmen, die durch aktuell oder potentiell selbst- und/oder fremdschädigendes Verhalten eine Gefahr für sich selbst und/oder andere darstellen. Sowohl aggressives Handeln wie auch Zwangsmaßnahmen können grundsätzlich für alle Beteiligten belastend und traumatisierend sein. Umso wichtiger sind ist, alle präventiven Maßnahmen auszuschöpfen sowie möglichst frühzeitig deeskalierend zu intervenieren. In den letzten 15 Jahren gab es einen deutlichen Zuwachs an Forschung zum Themenfeld Aggression und Gewalt in der Gesundheitsversorgung sowie eine Reihe von Veröffentlichungen nationaler und internationaler Organisationen, die zu klaren Schlüssen kommen, was für eine wirksame primäre, sekundäre und tertiäre Gewaltprävention notwendig ist (siehe zusammenfassend Walter, Nau & Oud 2012). Als größte Berufsgruppe wirkt die Psychiatrische Pflege in der stationären Psychiatrie außerdem erheblich auf die sogenannten unspezifischen Behandlungsfaktoren ein, welche geeignet sind, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, zu mildern oder zu verkürzen (Hemkendreis & Nienaber 2015).

In der konkreten Situation ist das Paradigma der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen gegenüber Schutzbedürfnissen von Patienten, Mitpatienten, Dritten und Mitarbeitern abzuwägen. Neben der Diskussion um die Notwendigkeit von FEM muss daher auch geklärt werden, welche Begleitung Menschen in solchen Krisen benötigen und wie diese umgesetzt werden kann.

Psychiatrische Pflege als größte Berufsgruppe in der stationären Akutversorgung braucht eine klare Haltung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM).

Aufgrund der multifaktoriellen Natur von Entstehung und Verlauf aggressiver Ereignisse im Gesundheitswesen sind mehrdimensionale Strategien der Gewaltprävention notwendig.

Einflussfaktoren

Entstehung und Verlauf von Aggressions- und Gewaltereignissen in psychiatrischen Settings sind nicht primär krankheitsinduzierte und allein vom Betroffenen ausgehende Ereignisse. Vielmehr gibt es ein vielfältiges Wirkungsgefüge von Entstehungs- und Verlaufsbedingungen, die personenbezogene Faktoren (Mitarbeiter, Betroffene, Angehörige etc.), interaktionsbezogene Faktoren (Beziehungsgestaltung, Konfliktstile, Einrichtungskultur, etc.) und umgebungsbezogene Faktoren (physische Umgebung, Arbeitsabläufe, Rahmenbedingungen, Gesetze etc.) umfassen.

Es zeigt sich, dass Art und Häufigkeit von FEM weltweit deutlich schwanken, und das sowohl von Land zu Land als auch von Region zu Region, bis hin zu deutlichen Schwankungen zwischen benachbarten aber vergleichbaren Einrichtungen. Dies weist mehr auf kulturelle und gewohnheitsmäßige Entscheidungskriterien hin als auf evidenzbasierte Auswahlkriterien.

Seitens der Betroffenen gibt es keine klare Präferenz bzgl. der Bevorzugung einzelner Maßnahmen (z.B. Fixierung versus Isolierung) bzw. ist diese dann individuell und situativ. Es zeichnet sich ab, dass die Art und Weise der Durchführung und Begleitung von FEM entscheidend für deren Erleben und Verarbeiten durch alle Beteiligten zu sein scheint.

FEM dürfen nie ohne den Einbezug der bekannten gewaltpräventiven Maßnahmen betrachtet werden.

Bezüglich der Art der FEM sind anhand von Kriterien einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen. Wichtiger als die Art der FEM sind das „wie“ und das „was“ bei der Umsetzung von FEM!

Für das Erleben und Verarbeiten durch alle Beteiligten ist die Art und Weise der Durchführung und Begleitung von FEM von entscheidender Bedeutung.

Ziel(e)

Es muss immer Klarheit darüber bestehen, welches Ziel mit FEM erreicht werden soll. Da FEM nicht als therapeutische Maßnahmen gesehen werden können, muss das Ziel in anderen Bereichen liegen. Der einzige erlaubte Zweck von FEM ist die Abwehr von Gefahr(en), wobei immer die Maxime gilt, dass die am wenigsten einschneidenden Maßnahmen Vorrang haben. Folgende Kriterien dienen der zusätzlichen Orientierung beim Einsatz von FEM:

- Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter herstellen/bewahren
- Situation kontrollieren
- Im Kontakt mit Patient bleiben, Problem (Auslöser) bearbeiten
- Normalität (wieder) herstellen

Die Forschungslage zu Wirksamkeit, Wirkungslosigkeit oder unerwünschten Begleitwirkungen freiheitsentziehender Maßnahmen, wie zum Beispiel Festhalten, Fixieren, Isolieren oder Netzbetten, ist – mit Ausnahme der medikamentösen Maßnahmen - noch nicht zufriedenstellend. Bei der Wichtigkeit solcher Notfallmaßnahmen und deren weiterer Verbreitung stellt dies ein großes Defizit dar (NICE 2005, Sailas & Fenton 2002, Kallert et al. 2007). Durch verschiedene Vorreiter kommt jedoch erfreulicherweise allmählich Bewegung in die Wissenschaft und zunehmend werden Studien zur Wirksamkeit und zu den Risiken solcher Interventionen durchgeführt (Bergk & Steinert 2006, Bergk et al. 2009, Stubbs 2009). Der Wissensbedarf ist jedoch weiterhin groß und es bedarf weiterer Studien (Whittington et al. 2006). Whittington et al. (2006) legen dafür vier Qualitätskriterien fest:

- Ist die Intervention effektiv (wirksam)?
- Ist die Intervention ethisch vertretbar?
- Ist die Intervention rechtlich vertretbar?
- Ist die Intervention sicher (Risiken)?

Trotz aller deeskalativen Fähigkeiten sind also Situationen denkbar, die ein Festsetzen, ein Festhalten, ein Zu-Boden-Bringen oder einen Transfer des Patienten an einen bestimmten Ort notwendig machen. Aber auch in diesen Situationen hat der Patient ein Recht auf professionelle und qualitativ hochwertige Interventionen, das heißt, die Mitarbeiter müssen wissen, was sie tun, wie es zu tun ist und wie sie die Aufgaben verteilen und koordinieren.

Jede Freiheitsentziehende Maßnahme muss im Team und mit dem Betroffenen nachbesprochen werden, letzteres wiederholt und der Verfassung des Patienten angepasst. Der Betroffene kann sein Erleben der Situation darlegen, beide Seiten können prüfen, ob die Ziele erreicht wurden, ob die am wenigsten einschneidende Maßnahme gewählt war, ob sie nicht länger als erforderlich dauerte und ob Absprachen für künftige ähnliche Situationen getroffen werden können.

Ziel ist die Balance zwischen Sicherheit für alle und Erhalten/Wiederherstellen der professionellen Beziehung unter kontinuierlicher Vermittlung von Respekt und Würde.

Voraussetzungen

Da die Einflussfaktoren multifaktoriell sind müssen Lösungswege auf allen Ebenen und unter Nutzung der notwendigen Strategien erfolgen. Es braucht kompetente Mitarbeiter, die in Zusammenarbeit mit der Leitung unter bestmöglicher Nutzung räumlicher, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen für die Minimierung bzw. menschenwürdige Umsetzung vom FEM sorgen und im Austausch untereinander sowie mit Patienten und deren Umfeld zu einer angemessenen Verarbeitung beitragen. Voraussetzungen sind:

- Kompetente und in der Haltung klar orientierte Mitarbeiter. Sie verfügen über Wissen (auch über rechtliche Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren und Präventionsmaßnahmen), Fertigkeiten und Fähigkeiten (soziale und emotionale Kompetenz, Handlungskompetenz)
- Informierte Patienten und Angehörige
- Kultur der Achtsamkeit und Prävention
- Räumliche, organisatorische und personelle Voraussetzungen
- Gemeinsames Lernen und Weiterentwickeln (Fehlerkultur, Reflexionsvermögen und Reflexionsmöglichkeiten, Supervision etc.)

Die Einrichtung/Pflegedirektion hat eine klare Orientierung und organisatorische Umsetzung zu gewährleisten, durch entsprechende Stellungnahmen der Leitung, organisatorische Vorgaben, die Maßnahmen zur Qualifikation/Schulung der Mitarbeiter und die regelmäßige Überprüfung und Anpassung aller Handlungsschritte (lernende Organisation). Damit vorhandene und neue Erkenntnisse bzgl. Prävention und Reduktion von FEM Eingang in die Pflegepraxis finden ist es sinnvoll, wenn konkrete Personen benannt sind, die sich fortlaufend fachlich informieren und dann die Implementierung/Nichtimplementierung von konkreten Konzepten entscheiden und diese umsetzen. In der Pflegeausbildung müssen die Themen Prävention von Gewalt und Zwang und Durchführung von FEM ausreichend vermittelt werden. In der Praxis dürfen Auszubildende nicht verantwortlich in die entsprechenden Handlungen eingebunden sein.

Haftungsrechtlich sind aktuell die Ärzte für die Anordnung (und damit auch die Beendigung) von Zwangsmaßnahmen verantwortlich; die Pflege muss die fachlich korrekte und angemessene Durchführung von Zwangsmaßnahmen vertreten. Multiprofessionelles Vorgehen sollte aber bei allen Handlungsschritten selbstverständlich sein und wird u.a. von der zentralen Ethikkommission der Ärztekammer gefordert (2003). Entscheidungen zur Beendigung von Zwangsmaßnahmen sollten explizit auch von der Person getroffen werden, welche die Zwangsmaßnahme begleitet (i.d.R. die Pflegefachperson) (DFPP, 2012).

Die haftungsrechtlichen Fragen und Entscheidungsbefugnisse müssen sicher auf der Ebene von Politik und Verbänden neu diskutiert werden. Unabhängig davon müssen einrichtungsintern klare Regelungen getroffen werden.

Verantwortung und Mitwirkung der Pflege

Gewalt und Aggressionen kommen im Alltagskontext wie auch in psychiatrischen Einrichtungen vor. Psychisch erkrankte Menschen neigen nicht mehr zu Gewalttätigkeit als der Durchschnitt der Bürger. Allerdings scheint es in psychiatrischen Kliniken häufiger zu Gewalt zu kommen. Auslöser dafür können individuelle Faktoren der Patienten sein, jedoch auch institutionelle Bedingungen. Analog zu den „Krankenhausinfektionen“ die mittlerweile besondere Beobachtung und präventive Maßnahmen erfahren, sollten auch dem Thema „Zwang und Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen“ besondere Aufmerksamkeit und präventive Strategien zukommen. Viele Studien belegen, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen weniger mit dem Zustand und der Diagnose der betreffenden Patienten zu tun hat, als mit der Kultur der Einrichtung, Ausbildungsstand, Geschlecht und der Anzahl der Mitarbeiter. Das deutet darauf hin, dass es eine besondere Form von „Gewalt im Krankenhaus“ gibt, die durch institutionelle Faktoren ausgelöst oder gefördert wird. Beispielhaft dafür kann sein, dass ich als Patient einer Akutstation plötzlich mit einer geschlossenen Stationstür und eventuell unverständlichen Regeln konfrontiert werde.

Die psychiatrische Pflege als größte Berufsgruppe in der stationären Psychiatrie hat einerseits die Aufgabe, ärztlich verordnete Zwangsmaßnahmen umzusetzen (eventuell auch dann, wenn sie nicht davon überzeugt sind), andererseits liegt es in ihrem Aufgabengebiet, ein möglichst gewaltfreies therapeutisches Stationsmilieu zu gestalten. Dadurch, dass spezielle ärztliche, psychologische oder ergotherapeutische Therapien in der Regel nur ein kleines Zeitfenster werktags zwischen 8:00 und 17:00 Uhr ausfüllen, bleiben der größte Teil des Tages, die oftmals schwierigen Nächte und die Wochenenden und Feiertage in der Verantwortung der Pflegenden. Sie sind es, die weitgehend die Atmosphäre der Stationen bestimmen, und diese Aufgabe kann mehr oder weniger hilfreich und unterstützend bewerkstelligt werden.

Gute psychiatrische Pflege arbeitet mit einem Bündel verschiedener „unspezifischer Wirkfaktoren“, die individuell auf den betreffenden Patienten abgestimmt sind. Es ist ein zentrales Anliegen der DFPP, Best Practice Modelle zu erarbeiten und diese allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen. Pflegerische Interventionen können Behandlungsverläufe positiv beeinflussen und Gewaltsituationen präventiv begegnen. Wenn Zwang unvermeidlich ist, trägt Pflege wesentlich dazu bei, diesen auf ein Minimum zu reduzieren.

Die Pflege leistet bezüglich Prävention und Deeskalation von Aggressionsereignissen einen wesentlichen Beitrag, der entsprechend beforscht, gewürdigt und öffentlich gemacht werden muss.

Die Pflege ist in alle organisations- und patientenbezogenen Prozesse bezüglich Prävention von und Umgang mit Gewalt einzubeziehen.

Ausblick

Ziel muss es sein die Praxis des Umgangs mit FEM im Sinne der in dieser Stellungnahme benannten Grundhaltung und dazugehörigen Grundprinzipien weiterzuentwickeln. Die DFPP sieht sich in der Verantwortung, diesen Prozess zu begleiten. Ein weiterer Schritt dazu wird Erarbeitung von Praxisempfehlungen zum Umgang mit FEM sein. Hierzu sind alle Psychiatrisch Pflegenden eingeladen, ihre Erfahrung und Expertise mit einzubringen (Mail an: ag-stateart@dfpp.de)

Gütersloh, Ulm, Münster, Großumstadt am 28. April 2016

Bruno Hemkendreis (Präsident)

Uwe Genge (Vizepräsident)

Dorothea Sauter (Vizepräsidentin und Koordinatorin AG State of the Art)

Gernot Walter (Leiter der Unter-AG „FEM und Deeskalation“)

Die Stellungnahme wurde maßgeblich erstellt von Hemkendreis, Bruno; Keitel, Sven; Prestin, Elke; Sauter, Dorothea; Schiel, Sabine; Scheydt, Stefan; Staudter, Claus und Walter, Gernot. Die Entwürfe wurden in der AG State of the Art vertiefend diskutiert und vom DFPP-Präsidium freigegeben.

Literatur

- Bergk, J.; Flammer, E.; Steinert, T.: *Ratings of Coercive Interventions by Inpatients and Staff in Germany*. *Psychiatric Services*, 2009; 60(10): 1410.
- Bergk, J.; Steinert, T.: *Gibt es Unterschiede zwischen Isolierung und Fixierung in der Beeinträchtigung von Menschenrechten. Ergebnisse einer randomisierten Studie. Poster auf dem DGPPN-Kongress*. 2006 [Zugriff am 14.12.2009]; from <http://www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de/>
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) (2012): Arbeitskreis „Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung“ der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Expertenanhörung am Freitag, 04.05.2012. http://dfpp.de/archiv/dfpp/ZEKO_BAEK-DFPP.pdf; Zugriff am 12.04.2016
- Hemkendreis, B., Nienhaber, A.: Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung – Eine Betrachtung aus pflegerischer Sicht -Kerbe 2/2015
- Kallert, T.W., et al.: Eine Empfehlung zur Durchführungspraxis von Fixierungen im Rahmen der stationären psychiatrischen Akutbehandlung Ein Beitrag zur Harmonisierung bester klinischer Praxis in Europa. *Psychiatrische Praxis*, 2007; 34 (Supplement 2): 233-240.
- Leadbetter, D.; Paterson, B.: *De-escalating aggressive behaviour*, In B. Kidd; C. Stark (Hrsg.), *Management of Violence and Aggression in Health Care*. Gaskell/Royal College of Psychiatrists: London, 1995
- National Institute for Clinical Excellence (NICE): *The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments (clinical practice guidelines)*. 2005 [Zugriff am 2005 22 November]; from <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cq025>
- Rosenberg, M.B.: *Nonviolent Communication: a Language of Life: Create Your Life, Your Relationships and Your World in Harmony with Your Values (German edition: Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens: Gestalten Sie Ihr Leben, Ihre Beziehungen und Ihre Welt in Übereinstimmung mit Ihren Werten)*. 6. Aufl. Paderborn: Junfermann, 2005.
- Sailas, E.; Fenton, M.: *Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002(1)
- Stubbs, B.: *The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2009; 16(4): 395-400.
- Walter, G.; Nau, J.; Oud, N (Hrsg.) *Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber 2012
- Whittington, R.; Baskind, E.; Paterson, B.: *Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation*, In D. Richter; R. Whittington (Hrsg.), *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. Springer: New York, 2006, 145-172.
- Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Stellungnahme der Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2013). <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=141964>; Zugriff am 12.04.2016