

Statt fixieren, isolieren, zwangsmedizieren – ja, was eigentlich?

Die Ergebnisse einer Befragung von Psychiatern zum Einsatz von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen **Von Maria Teichert**

Die Diskussion um den Einsatz von Zwangsmaßnahmen gehört zur Geschichte der Psychiatrie. Wurden in Heil- und Pflegeanstalten Kaltwasserbäder oder das Einwickeln in Tücher angewendet, kommen in den heutigen psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Fixierung, Isolierung und Zwangsmedikation zum Einsatz. Viele Betroffene erleben auch Überredungsversuche oder Stationsregeln, wie z.B. Ausgangsbeschränkungen, als verbale Formen von Zwang. Diesem Beitrag liegt eine strengere Definition zugrunde, wobei die körperliche Unversehrtheit der betroffenen Person verletzt worden sein muss, d.h. wenn eine Person zumindest festgehalten wurde.

Wie werden Zwangsmaßnahmen erlebt und bewertet?

Das Erleben einer Zwangsmaßnahme wird von Betroffenen meist von starken negativen Gefühlen wie Angst, Wut oder Hilflosigkeit begleitet und als Demütigung oder Strafe beschrieben. Auch Angehörige von Pflegeberufen und Ärzte berichten von Unbehagen und Angst bei der Durchführung einer Zwangsmaßnahme sowie von Unzufriedenheit, wenn andere Möglichkeiten, Krisensituationen zu entschärfen, gescheitert sind. Trotzdem sind viele psychiatrisch Tätige weiterhin der Meinung, dass Zwangsmaßnahmen in Fällen der Selbst- oder Fremdgefährdung zum Schutz der betroffenen Person, Mitpatienten und Mitarbeitern notwendig und unvermeidbar sind. Gleichzeitig soll jedoch das Ziel Vorrang haben, längerfristige negative Folgen einer Zwangsmaßnahme (z.B. negative Gefühle, Vertrauensverlust, Trauma) zu vermeiden.

Aktuell ist der Einsatz von Zwang per Gesetz – und unter bestimmten Umständen – erlaubt. Dies ist einerseits in den Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetzen der Bundesländer geregelt, andererseits auch im § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Vereinfacht gesagt ist der Einsatz von Zwangsmaßnahmen darin auf die Anwendung als »letztes Mittel« zu beschränken, d.h. vorab sind jegliche »andere zumutbaren Maßnahmen« (§ 1906 Abs. 3

Nr. 4 BGB) auszuprobieren. Welche oder wie viele »andere zumutbaren Maßnahmen« vor dem Einsatz einer Zwangsmaßnahme anzuwenden sind, wird im Gesetz nicht beschrieben und bleibt damit den Ärzten überlassen.

Welche Alternativen zu Zwang gibt es?

In der Literatur finden sich Leitlinien aus dem deutschsprachigen Raum, in denen Behandler Grundsätze zum Umgang mit akuten Krisensituationen und Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang formuliert haben. Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebene Leitlinie rät zu einer Kombination aus Deeskalations- und körperlichen Abwehrtechniken. Damit sind z.B. Stress- und Ärgermanagement für Mitarbeiter (sich z.B. in den Patienten einfühlen, eigene Gefühle kontrollieren) sowie verbale und nonverbale Interventionen (z.B. »Ich-Botschaften«, auf Mimik, Gestik, Lautstärke und Tonhöhe achten) gemeint. In den Empfehlungen des Arbeitskreises der Chefärzte und leitenden Pflegepersonen der psychiatrischen Kliniken Rheinland-Pfalz finden sich konkretere Maßnahmen, z.B. das Anbieten von Gesprächen, Getränken, Zigaretten, einem Bad oder Bewegung. Inwiefern die in den Leitlinien vorgeschlagenen Maßnahmen in der Praxis angewendet werden, ist bislang unbekannt.

Um herauszufinden, ob und wie die Forderungen nach dem vorrangigen Einsatz von alternativen Maßnahmen in psychiatrischen Kliniken umgesetzt werden, wurde ein Fragebogen entwickelt, in dem 18 alternative Maßnahmen aus den Leitlinien enthalten waren. Wir wollten wissen, wie viel Zeit Ärzte investierten und wie viele alternative Maßnahmen sie in der letzten Situation anboten, die mit dem Einsatz einer Zwangsmaßnahme endete. Die Ärzte sollten angeben, wie häufig sie die einzelnen Maßnahmen anwenden und für wie wirksam sie diese halten. Außerdem fragten wir die Ärzte nach ihren Einstellungen zu Zwangsmaßnahmen und wollten von ihnen wissen, aus welchen Gründen ihrer Meinung

nach alternative Maßnahmen scheitern. Teilnehmen konnten alle Ärzte, die im klinischen Alltag mit Zwangsmaßnahmen zu tun haben und an deren Anordnung beteiligt sind.

Insgesamt nahmen 343 Ärzte an der Befragung teil. Davon waren 10 % Fachärzte, 21 % Chefärzte, 31 % Assistenzärzte und 38 % Oberärzte. Das Durchschnittsalter betrug 46 Jahre (Range: 27–65). Es nahmen mehr Männer (57 %) als Frauen (43 %) an der Befragung teil.

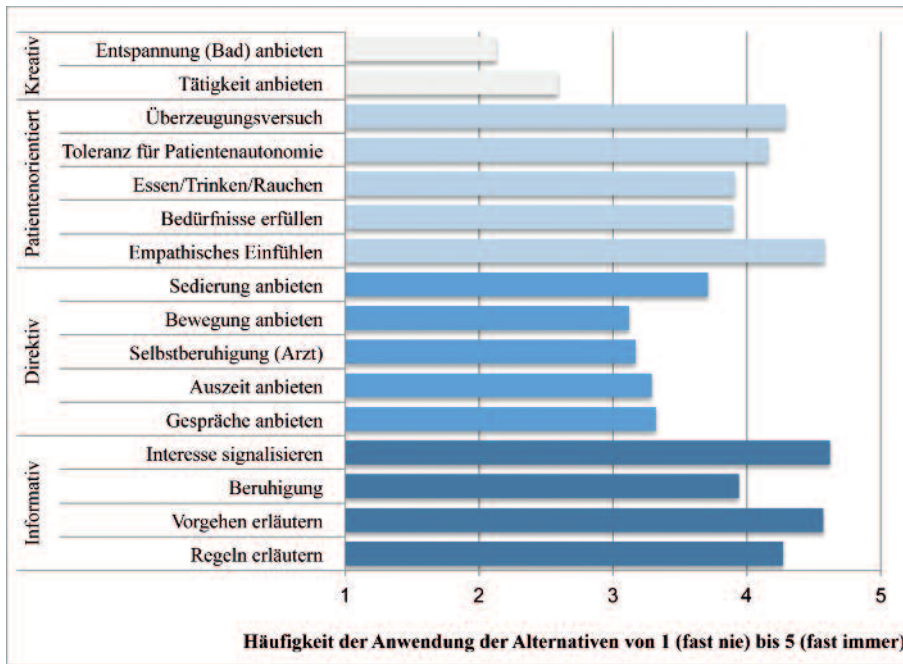
Die Ergebnisse der Studie

33 % der Teilnehmer berichteten, vor dem Einsatz der Zwangsmaßnahme länger als 60 Minuten versucht zu haben, die Situation mit alternativen Maßnahmen zu entschärfen. 23 % wendeten dafür 40–60 Minuten auf, 30 % 20–40 Minuten und 14 % weniger als 20 Minuten. Etwa die Hälfte der Ärzte (54 %) gab an, vor der Veranlassung der Zwangsmaßnahme mehr als drei alternative Maßnahmen angeboten zu haben, 38 % berichteten zwei, 7 % eine und 2 % keine Alternative angeboten zu haben.

Wie in der Grafik ersichtlich werden die Maßnahmen der Häufigkeit nach in folgender Reihenfolge angewendet: informative, patientenorientierte, direktive und kreative Maßnahmen. Im Einzelnen gaben die Ärzte an, drei Maßnahmen »fast immer«, sieben »oft«, sechs »gelegentlich« und zwei Maßnahmen »fast nie« anzubieten.

Insgesamt beurteilten die Ärzte die Maßnahmen in folgender Reihenfolge als wirksam: patientenorientierte, informative, direktive und kreative Maßnahmen.

Die meisten Ärzte befürworteten die Haltung, Zwangsmaßnahmen in Ausnahmefällen als ein Akt des Schutzes und der Fürsorge zu sehen, um gefährliche Situationen zu verhindern. Danach erfuhr die kritische Einstellung die meiste Zustimmung, wobei Zwangsmaßnahmen als Eingriff in Patientenrechte verstanden werden. Ärzte mit dieser Einstellung sind z.B. der Meinung, dass Zwangsmaßnahmen mit mehr Zeit und persönlichem Kontakt verhindert werden könnten. Am wenigsten Zustimmung erfuhr die Haltung, Zwangsmaßnahmen als



Form der Behandlung zu betrachten, z.B. bei Patienten mit »fehlender Krankheitseinsicht«.

Die häufigsten Gründe für das Scheitern alternativer Maßnahmen lagen nach Meinung der Ärzte bei den Patientinnen und Patienten selbst. Damit sind Verhaltensweisen wie z.B. Aggression und Erregung, aber auch Symptome wie z.B. Wahn- oder Selbstmordgedanken gemeint. Danach wurden individuelle Gründe aufseiten der Behandler angegeben, z.B. die eigene Unsicherheit im Umgang mit Patienten oder die Angst, dass durch eine falsche Einschätzung etwas passiert, wofür man rechtlich belangt werden kann (Schädigung oder Tod eines Beteiligten). Erst an dritter Stelle wurden strukturelle Gründe genannt, etwa Zeitmangel, Stress oder fehlende Unterstützung von Kollegen.

Was folgt aus den Ergebnissen?

Das wichtigste Ergebnis der Studie ist der offenkundig hohe Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Wirksamkeit alternativer Maßnahmen und deren Einsatz: Je wirksamer eine Maßnahme eingeschätzt wird, desto häufiger wird sie eingesetzt. Oder auch: Je häufiger eine Maßnahme eingesetzt wird, für desto wirksamer wird sie von den Ärzten gehalten. Zwischen der kritischen Einstellung zu Zwangsmaßnahmen und dem Einsatz alternativer Maßnahmen bestand nur ein geringer Zusammenhang. Es kann vorsichtig gefolgert werden: Je kritischer Zwangsmaßnahmen gesehen werden, desto häufiger

werden alternative Maßnahmen eingesetzt. Oder: Je häufiger alternative Maßnahmen eingesetzt werden, desto kritischer werden Zwangsmaßnahmen gesehen.

In den aktuellen rechtlichen Grundlagen wird gefordert, Zwangsmaßnahmen erst nach der Ausschöpfung »anderer zumutbarer Maßnahmen« (§ 1906 Abs. 3 Nr. 4 BGB) und nur als »letztes Mittel« einzusetzen. Eigenen Angaben zufolge boten nur etwas mehr als die Hälfte der Ärzte vor der Veranlassung ihrer letzten Zwangsmaßnahme drei oder mehr Alternativen an, die übrigen nur ein oder zwei Maßnahmen. Gefragt nach der Häufigkeit des Einsatzes der 18 Maßnahmen wurden nur drei fast immer eingesetzt. Informative Maßnahmen wurden dabei deutlich häufiger als direktive und kreative verwendet. Die Ergebnisse zeigen, dass bislang noch keine Praxis existiert, die – wie gesetzlich gefordert – alle möglichen »zumutbaren Maßnahmen« vor der Anwendung einer Zwangsmaßnahme ausschöpft.

Der häufige Einsatz von informativen Maßnahmen ist kritisch zu sehen, da Dinge wie Interesse signalisieren, Vorgehen erläutern eigentlich mehr den Grundregeln einer guten Kommunikation als tatsächlichen Alternativen entsprechen. Eine tatsächliche Alternative zu einer Zwangsmaßnahme müsste per Definition im gemeinsamen Finden einer anderen Option als einer Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation bestehen. Dem kommen direktive Maßnahmen, z.B. Gespräch mit einer Vertrauensperson anbieten, und kreative näher, z.B. in eine Tätigkeit eingebunden werden. Deshalb soll-

ten die vorhandenen Leitlinien bearbeitet und um Maßnahmen erweitert werden, die tatsächlichen Alternativen entsprechen. Hierbei braucht es die Mitwirkung von Psychiatrie-Erfahrenen.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass Ärzte den Grund für das Nicht-Gelingen alternativer Maßnahmen vorwiegend in der Symptomatik von Patienten sehen. Für aggressives oder wahnhaftes Verhalten kennen Ärzte offenbar wenig Alternativen zur (Zwangs-)Medikation. Dies zeigen auch andere Studien, die untersucht haben, welche Patienten am häufigsten von Zwangsmedikation betroffen sind. Wünschenswert wäre es deshalb, Behandelnde im psychotherapeutischen Umgang mit Wahnsymptomatik und Aggressionen zu schulen. Viele Betroffene betonen, dass ein normalisierender Umgang mit sowie Interesse an und Verständnis für Wahnhalte als hilfreich und vertrauensfördernd empfunden wird.

Auch die Einstellung von Ärzten scheint eine Rolle bei der Anwendung von Alternativen zu Zwang zu spielen. Dass die meisten Ärzte Zwangsmaßnahmen eher als manchmal »notwendiges Übel« statt als Eingriff in Patientenrechte sehen, erklärt womöglich, warum sie immer noch zum Einsatz kommen. Hier wäre es Aufgabe des Gesetzgebers gewesen, die rechtlichen Grundlagen zu konkretisieren und ein deutlicheres Zeichen gegen Zwang zu setzen. Um in Zukunft also Patientinnen und Patienten das Erleben einer Zwangsmaßnahme zu ersparen, liegt es an den behandelnden Ärzten, Pflegenden und Psychologen, ihre Haltung und Einstellung zu überdenken und gemeinsam mit betroffenen Patienten und deren Angehörigen jede mögliche Alternative auszuarbeiten und weiterzuentwickeln, die den Einsatz von Zwangsmaßnahmen verhindern könnte. ■

Die Psychologin **Maria Teichert** arbeitet im Rahmen der Ausbildung zur Psychotherapeutin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf auf der Station für Menschen mit Psychosen und bipolaren Störungen. Die Studie war ihre Abschlussarbeit im Masterstudiengang Psychologie und kann auf Wunsch zugeschickt werden. Kontakt: m.teichert@uke.de