

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0785-6435>
Psychiat Prax 2019; 46 (Suppl. 1): S6–S10

Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden – ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird

Martin Zinkler, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7879-9428>,
martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de

Michael Waibel, michael.waibel@kliniken-heidenheim.de

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Schlosshastr. 100, 89522 Heidenheim, www.kliniken-heidenheim.de

Abstract

Ausgehend von der Situation der Heidenheimer Klinik beschreiben wir die notwendigen Veränderungen, um völlig auf Fixierungen in der Allgemeinpsychiatrie einschließlich Gerontopsychiatrie und Suchtbehandlung zu verzichten, ohne auf andere Zwangsmaßnahmen wie Isolierung oder Zwangsmedikation zurückzugreifen. Dabei werden die bisherigen Fixierungen durch 2:1- oder 3:1-Betreuungen ersetzt. Die Klinik erfasst die Fixierungshäufigkeit und -dauer minutengenau. Dies erlaubt die Bestimmung der Zeiten für intensive Einzelbetreuungen. Die Anlässe für die bislang durchgeführten Fixierungen und individuelle Besonderheiten bei der Begleitung erlauben eine Einschätzung der Betreuungsintensität und damit des erforderlichen Personalaufwands. Die Personalressourcen und dafür erforderlichen Kosten werden mit den üblichen Ausfallzeiten und Personalkosten für qualifiziertes Pflegepersonal errechnet und ergeben einen zusätzlichen Bedarf von 4% des jährlichen Klinikbudgets. Problematisch für die Umsetzung erscheint der Fachkräftemangel in der Krankenpflege in Deutschland.

Psychiatrie, Zwangsmaßnahmen, Fixierungen, Menschenrechte

Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication

Mechanical restraint is a common occurrence in Germany's mental health care facilities; less common though not unusual are seclusion and compulsory medication. The authors describe a model to calculate additional resources required to provide mental health care without any of these forms of coercive measures. An analysis of actual clinical situations that led to mechanical restraint provides information of the 1:1, 2:1 or 3:1 intensive support necessary to cope with crises in inpatient mental health care. The additional resources required to provide inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication would be at 4% of the annual hospital budget. A national shortage of skilled nursing staff appears to be a limiting factor in moving towards a human-rights based mental health care.

psychiatry, coercion, mechanical restraint, human rights

1. Einleitung

Ausgehend von der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [1] fordert eine Reihe von UN-Funktionsträgern, zuletzt der UN-Hochkommissar für Menschenrechte [2] und die Sonderberichterstatterin über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [3], ein völliges Verbot von Zwangsmaßnahmen im psychosozialen Hilffssystem. Dieser Forderung ist Deutschland bisher nicht nachgekommen. Indes gab es eine Reihe von Veränderungen vonseiten der Gerichte und der Gesetzgeber mit dem Ziel, die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen durch engere Kriterien zu reduzieren und durch mehr richterliche Kontrolle zu regulieren. Zunächst wurden die Kriterien für die medikamentöse Zwangsbehandlung in Deutschland nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts (2 BvR 882/09 und 2 BvR 633/11) und unter Verweis auf die Konvention durch die Reform des § 1906a BGB enger gefasst. Dann wurde mit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts über die Genehmigungspflicht von Fixierungen während einer Unterbringung nach Landespsychiatriegesetzen (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) eine Grauzone geschlossen.

Dennoch sind Zwangsmaßnahmen in der deutschen Psychiatrie häufig: In den Kliniken mit Pflichtversorgung unterliegen beispielsweise in Baden-Württemberg 3–17% der behandelten Patienten Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen (Festbinden am Bett) und Isolierungen (Einsperren in einem Raum) [4]. Zwangsbehandlungen im engeren Sinn, also durch die Injektion von Psychopharmaka, erfolgen bei etwa 0,5% der Patienten [5]. Unklar ist, wie häufig Netzbetten¹ zum Einsatz kommen, weil bei diesen nicht einmal die Erforderlichkeit einer richterlichen Genehmigung geklärt ist, obwohl es sich zweifellos um eine freiheitsentziehende Maßnahme handelt.

Auch die zwangsweise Anwendung der Elektrokrampftherapie (EKT) gehört keineswegs der Vergangenheit an, sondern wurde jüngst auch in dieser Zeitschrift und andernorts diskutiert [6, 7, 8].

Die Heidenheimer Klinik erfasst seit ihrer Gründung 1995 systematisch die Häufigkeit von Fixierungen. Zudem fließen die Daten in die verpflichtende Erfassung von Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg ein [4]. Die Klinik arbeitet mit offenen Stationstüren [9, 10, 11] und hat seit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung in Baden-Württemberg in gerade noch zwei Fällen gerichtlich genehmigte Zwangsbehandlungen durchgeführt [12]. Die Klinik übernimmt die stationäre Pflichtversorgung für den Landkreis Heidenheim (130.000 Einwohner).

Ausgangspunkte der vorliegenden Studie sind

- (a) die Hypothese, dass durch einen zusätzlichen Personaleinsatz auch die derzeit noch durchgeführten Fixierungen verhindert werden können und
 - (b) dass dieser zusätzliche Personaleinsatz quantifizierbar ist.
- Damit liefert die Untersuchung einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung einer Psychiatrie ohne Zwangsmaßnahmen.

¹ Im Prospekt einer Firma wirbt eine Reihe von Einrichtungen der Psychiatrie, aus dem Heimbereich und der Behindertenhilfe für diese Vorrichtungen: http://krewi-medical.de/tl_files/Datenblaetter/Posey/Bett%20Prospekt%20Doppelseitig.pdf

Die Klinik führt keine Isolierungen durch, es gibt keine sogenannten Isolierzimmer, die Stationen sind tagsüber offen und nachts geschlossen. Auch von der Praxis der zwangsweisen Verabreichung von Beruhigungsmitteln oder Neuroleptika in Notfällen gleichzeitig mit der Durchführung einer Fixierung wurde inzwischen Abstand genommen.

Es bleiben also noch als Zwangsmaßnahmen in der Klinik: (1) die Durchführung von Unterbringungen nach Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg und nach § 1906 BGB, (2) das Festbinden am Bett (Fixierung) und (3) das Festhalten von Patienten (z.B. um eine tätliche Auseinandersetzung zu beenden).

Die Klinik verzichtet inzwischen völlig auf Fixierungen bei älteren Patienten mit deliranten Zuständen, Sturzgefahr oder aggressivem Verhalten, das im Rahmen von Missverständnissen bei demenziellen Zuständen auftritt. Diese Situationen werden durch 1:1-Betreuung, Validation [13] und besonders sparsame Verwendung von Psychopharmaka bewältigt. Dabei werden im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V Patienten, die aus den eben genannten Gründen ins Krankenhaus eingewiesen werden sollen, zunächst zu Hause oder im Pflegeheim besucht, um die zusätzlich belastende und verstörende Situation einer unbekannteren Krankenhausumgebung zu vermeiden.

Fixierungen werden in den letzten Jahren nur noch in Notwehrsituationen durchgeführt, also wenn unmittelbarer Schaden für andere Patienten oder für das Personal der Klinik bevorsteht. Es geht also nicht um einen unbestimmten Gefahrenbegriff, sondern um Situationen, die auch auf der Straße oder zu Hause ein unmittelbares Eingreifen erfordern, um Schaden abzuwenden.

Dies betrifft Menschen, die alkoholisiert oder unter Einfluss von Drogen in die Notaufnahme gebracht werden und randalieren, oder Menschen, die unter dem Einfluss von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen Gewalt anwenden.

Bei Selbstgefährdung oder Selbstverletzungen kommen in der Heidenheimer Klinik keine Zwangsmaßnahmen zum Einsatz. Hier arbeiten wir mit intensiver psychotherapeutischer Begleitung, 1:1-Betreuung, mit Genesungsbegleitern, einer optimistischen Haltung und einem möglichst normalen Milieu (keine Spezialstationen).

Für Menschen in schweren psychischen Krisen, die nicht im Krankenhaus behandelt werden möchten, gibt es seit Januar 2017 die Möglichkeit, Akutbehandlungen und Kriseninterventionen zu Hause durchzuführen (Hometreatment).

Die Klinik bietet also bereits relativ günstige Bedingungen für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen [14]. Hier soll nicht auf die Diskussion eingegangen werden, welche Zwangsmaßnahmen von Patienten mehr oder weniger akzeptiert werden [15]. Ziel der Arbeit ist nun die vollständige Vermeidung von Fixierungen, ohne auf andere Zwangsmaßnahmen zurückzugreifen, so wie es von Psychiatrieerfahrenen gefordert wird [16].

2. Methoden

Um die Anlässe für Fixierungen und den Betreuungsbedarf dieser Patienten zu erfassen, wurden zunächst alle Fixierungen im ersten Halbjahr 2018 (n: 28) ausgewertet und die Dauer aller Fixierungen summiert. Die Dauer der einzelnen Fixierungen wurde dem Klinikinformationssystem entnommen, in dem Beginn und Ende von Zwangsmaßnahmen minutengenau erfasst werden. Daraus ergab sich

eine Gesamtdauer aller Fixierungen von knapp 25.000 Minuten (Tges: 24.837 min). Daraufhin wurde den einzelnen Situationen, in denen eine Fixierung durchgeführt wurde, entsprechend den Beschreibungen in der Krankengeschichte ein Personalbedarf zugeordnet, der nötig gewesen wäre, um ohne Fixierung die Sicherheit von Patienten und Personal zu gewährleisten.

Den Fixierungen wurden anhand der klinischen Beschreibung von den Autoren, einem Fachkrankenschwäger für Psychiatrie (Michael Waibel) und einem Facharzt (Martin Zinkler) ein zusätzlicher Personalbedarf für eine 2:1- oder für eine 3:1-Betreuung während der gesamten Dauer der Fixierung zugeordnet. Nachdem bereits jetzt jede Fixierung mit einer 1:1-Betreuung einhergeht, erfordert eine 2:1-Betreuung einen zusätzlichen Mitarbeiter und eine 3:1-Betreuung zwei zusätzliche Mitarbeiter. Um einer möglichen Eskalation während dieser Intensivbetreuungszeiten zu begegnen, wurde ein weiterer Mitarbeiter für die gesamte Dauer aller Fixierungen als Bereitschaft hinzugerechnet.

Daraus wurde ein zusätzlicher Personalbedarf ermittelt, der wiederum eine annähernde Berechnung der dafür entstehenden Personalkosten erlaubt.

3. Intensivbetreuungen in der Psychiatrie

Bei der Intensivbetreuung zur Vermeidung einer Fixierung oder anderer Zwangsmaßnahmen handelt es sich um eine bisher in Deutschland nicht genauer beschriebene Intervention. Sie soll deshalb an dieser Stelle umrissen werden.

Intensivbetreuungen sind eine besondere Form der therapeutischen Interaktion und sind keinesfalls als eine reine Überwachung zu sehen. Die Entscheidung zur Anwendung von intensiveren Betreuungsmaßnahmen wird dabei stets gemeinsam von den Ärztinnen und Mitarbeitern der Pflege getroffen, die formale Anordnung erfolgt durch den Arzt. Derzeit wird diese Intervention im 1:1-Setting durchgeführt und nur gelegentlich im 2:1- oder 3:1-Setting. Dabei haben sich aber Interventionsmerkmale gezeigt, die geeignet erscheinen, Fixierungen überflüssig zu machen.

Im Idealfall kann der Patient bereits in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, um herauszufinden, welche Maßnahme am hilfreichsten und am wenigsten belastend ist. Unter Intensivbetreuung verstehen die Autoren hier die durchgehende 1:1- (oder 2:1-, 3:1-)Betreuung. Währenddessen können die Mitarbeiter keine anderen Aufgaben übernehmen.

Intensivbetreuungen erfordern ein hohes Maß an Qualifikation und Schulung und werden ausschließlich von gut ausgebildetem Fachpersonal übernommen. Intensivbetreuungen werden alle 2 Stunden hinsichtlich Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit überprüft und können jederzeit beendet werden, auch am Wochenende oder in der Nacht.

Wir erklären unseren Patienten, dass wir alles tun werden, um die Situation so erträglich wie möglich zu gestalten. Sofern dies möglich ist, erläutern wir dem Betroffenen unsere „gegenseitigen Erwartungen“ anhand des „Safewards-Modells“ (<http://www.safewards.net/de/>). Das Safewards-Modell ist in England eigens von Pflegefachkräften für psychiatrische Stationen entwickelt worden, um die Stationen für Mitarbeiter und Patienten sicherer zu machen. Das Team um Michael Löhr, Bielefeld hat für die deutsche Übersetzung gesorgt. Neben den gegenseitigen Erwartungen gehören insgesamt 10 Interventionen zum Safewards-Modell, u.a. eine verständnisvolle und positive Kommunikation, deeskalierende Gesprächsführung, Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten und Methoden zur Beruhigung.

Die Kommunikation in der Intensivbetreuung ist wertschätzend und bedürfnisorientiert: „Kein Wunder, dass Sie wütend sind, nachdem Sie gerade von der Polizei in die Klinik gebracht wurden. Schmerzen Ihre Handgelenke noch? Was brauchen Sie von uns die nächsten paar Stunden, wen sollen wir verständigen?“

Zur Vermeidung von Zwang und Gewalt müssen dem Team innerhalb der Intensivbetreuung alternative Maßnahmen zur Verfügung stehen. Alternative Maßnahmen benötigen viel Kreativität und folgen nicht einem standardisierten Schema. Wir bieten den Patienten Hilfe, wenn sie Kontakt zu Angehörigen oder Vertrauenspersonen, zu einem Rechtsanwalt, Verfahrenspfleger, Betreuer etc. aufnehmen möchten. Die Station verfügt über ein mobiles Patiententelefon, das jederzeit kostenfrei benutzt werden kann. Zudem steht allen Patienten der Klinik kostenfreies WLAN zur Verfügung. Jeder Patient kann jederzeit sein Mobiltelefon oder seinen Computer benutzen.

Wenn es die Patienten wünschen, informieren wir den Seelsorger oder organisieren ein Gespräch mit unserer Genesungsbegleiterin. Wir unterstützen den Wunsch nach Entlassung aus der Klinik mit Hilfe beim Formulieren eines Widerspruchs gegen einen Unterbringungsbeschluss. In der Intensivbetreuung erhalten Patienten Zeit, ihre Geschichte zu erzählen. Mögliche Wahnhalte werden erfragt und ernst genommen. Frühere Erfahrungen mit Psychiatrie oder Zwang und Gewalt werden erfragt.

Oft fehlen den Patienten in akuten Krisensituationen Dinge, wie z.B. Zigaretten (oder Geld für Zigaretten), Kleidung, Schuhe oder Toilettenartikel, was zusätzlichen Stress bedeutet. Im Notfall wird dem Patienten Geld aus der Stationskasse geliehen, damit er sich Kaffee oder Zigaretten kaufen kann. Wir begleiten den Patienten in 1:1-Betreuung, manchmal aber auch in 2:1- oder 3:1-Betreuung in den Garten zum Rauchen oder versuchen durch Spaziergänge im nahe gelegenen Wald die Situation zu deeskalieren.

Wenn persönliche Dinge fehlen und keine Angehörigen oder Freunde zu erreichen sind, organisieren wir rasch einen Hausbesuch. Auch dieser kann, je nach Situation, in 2:1- oder 3:1-Betreuung stattfinden. Das jeweilige Vorgehen wird stets erklärt und unser Interesse, dem Patienten bei seinen Zielen oder Vorhaben zu helfen, signalisiert. Von gesellschaftlichen Konventionen abweichendes Verhalten wird toleriert, solange es niemandem schadet.

Unsere Patienten erhalten auch in der Intensivbetreuung die Möglichkeit zum Rückzug oder zu einer Auszeit; dabei wird aber der therapeutische Kontakt im Raum gewährleistet, z.B. bei einem Entspannungsbad mit Lavendel oder beim Musikhören in einem eigenen Raum. Aufgebrachte oder sehr unruhige Patienten können in den nahe gelegenen Gymnastikraum gehen. Sie haben immer die Möglichkeit, sich zu bewegen, ob innerhalb der Station oder im Garten. Auf der Station gibt es Therapiehunde. Weitere alternative Maßnahmen sind Akupunktur, Einzeltherapie in der Musik-, Ergo- oder Kunsttherapie, Boxen, Trainieren, Kochen, Putzen oder Gartenarbeit.

Das Personal in der Intensivbetreuung wird nach spätestens 2 Stunden innerhalb des Stationsteams gewechselt, bei sehr anstrengenden Intensivbetreuungen auch früher. Während der Kernarbeitszeiten unterstützen alle Mitarbeiter aus dem multiprofessionellen Team die Mitarbeiter des Pflorgeteams, übernehmen Stationsarbeiten wie den „Telefondienst“ oder unterstützen selbstverständlich auch in der Intensivbetreuung. Dazu gehören die Assistenzärzte, der Sozialdienst, aber auch die Psychologinnen, Ergotherapeuten, Oberärztinnen oder der Chefarzt.

4. Ergebnisse

Im ersten Halbjahr 2018 wurden in der Heidenheimer Klinik bei 17 Patienten 28 Fixierungen mit einer Gesamtdauer von 24.837 Minuten durchgeführt.

Die Einschätzung der erforderlichen Betreuungsintensität, um auf die Fixierung zu verzichten, ergab einen zusätzlichen Personalaufwand von 33.124 Minuten. Diese Minuten verteilen sich zu 52% auf den Tagdienst, zu 48% auf den Nachtdienst.

Um die Personalvorhaltekosten zu quantifizieren, wurde zum einen errechnet, inwieweit für solche Situationen Personal rasch von anderen Aufgaben abgezogen und für die Intensivbetreuung eingesetzt werden kann, und zum anderen, welche Art von Bereitschaftsdiensten zusätzlich eingerichtet werden müssten.

Daraus ergibt sich zusätzlich zum Schichtdienst tagsüber (07:00–20:00 Uhr an allen Tagen des Jahres) ein Personalbedarf von 3,6 Vollkräften (VK) und nachts ein Bereitschaftsdienst, für den 1,84 VK eingesetzt werden müssten. Der zusätzliche Personalbedarf würde einer Budgeterhöhung für die gesamte Klinik von 4% entsprechen oder 2,65 Euro pro Einwohner des Landkreises/Jahr.

5. Diskussion und Ausblick

Ausgehend von der normativen Festlegung der Vereinten Nationen über die Einhaltung der Menschenrechte und einer Behandlungskultur, die sich sozial, empathisch, unterstützend und wertschätzend definiert, entwickeln die Autoren ein Modell, in dem auf Fixierungen, Isolierungen und Zwangsmedikation vollständig verzichtet wird. Dafür wird ein zusätzlicher Personalaufwand ermittelt, der es auch bei der aktuellen Rechtslage in Deutschland ermöglichen würde, auf die typischen Zwangsmaßnahmen der Psychiatrie zu verzichten. Der zusätzliche Aufwand würde einer Budgeterhöhung für die Klinik um 4% entsprechen.

Die Psychiatrie wird auch mit diesen Interventionen nicht gewaltlos und völlig frei von Zwangsmaßnahmen. Solange es Unterbringungsbeschlüsse für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gibt, können in den entsprechenden Einrichtungen Wut, Angst, Unverständnis und Verzweiflung zu gewalttätigem Verhalten führen. Solange diese Einrichtungen Krankenstationen in psychiatrischen Kliniken sind und es den Mitarbeitern obliegt, Menschen daran zu hindern, die Einrichtung zu verlassen, wird es an den Türen der Einrichtungen Auseinandersetzungen um die Freiheit und um die Aufrechterhaltung von richterlichen Beschlüssen zur Freiheitsbeschränkung geben.

Grundsätzlich wird sich diese Situation dann ändern, wenn die Psychiatrie den Vorgaben der Organe der Vereinten Nationen folgend zu einem nichtdiskriminierenden und ausschließlich unterstützenden System wird. Vorbild dafür könnte das deutsche Suchthilfesystem werden, in dem Zwangsmaßnahmen außer in Extremsituationen kaum mehr eine Rolle spielen. Im Suchthilfesystem führt die Bereitschaft des Betroffenen, sich helfen zu lassen, zu rascher Unterstützung bei einer Beratungsstelle und entsprechender Behandlung; die Ablehnung von Hilfe wird ebenso akzeptiert.

In fortschrittlichen Suchthilfesystemen sind Streetworker aktiv und aufsuchend tätig dort, wo Unterstützung gebraucht wird, und respektieren gleichzeitig die Selbstbestimmung ihrer Klienten auch in lebensgefährlichen Situationen und bei höchst gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Es gibt überall und jederzeit niedrigschwellige Hilfsangebote, die nicht in Zwangseinweisungen münden. Mit der jährlichen Erfassung der Drogentoten werden wir immer wieder an die Unzulänglichkeit des Hilfesystems erinnert. Und doch akzeptieren wir beim Zählen

der Drogentoten, dass Freiheit nicht nur ein hohes Gut ist, sondern auch einen hohen Preis hat.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

1. Mit offenen Stationen und mit einem Verzicht auf Zwangsbehandlungen und Isolierungen bleiben noch Fixierungen als einschneidende und menschenrechtlich zu kritisierende Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie.
2. Solche Fixierungen könnten wahrscheinlich durch 2:1- oder 3:1-Betreuungen ersetzt werden.
3. Der Personalbedarf dafür ist quantifizierbar und bleibt im Verhältnis zum Klinikgesamtbudget überschaubar.

Die Autoren geben an, dass **keine Interessenkonflikte** bestehen.

Literatur

1. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) (2007). Im Internet: www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html; Stand 24.07.2018
2. UN Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights A/HRC/34/32 (Januar 2017). Im Internet: www.un.org/disabilities/documents/reports/ohchr/a_hrc_34_32_mental_health_and_human_rights_2017.pdf; Stand 24.07.2018
3. UN Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities A/HRC/37/56 (Dezember 2017) www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/Reports.aspx; Stand 24.07.2018
4. Flammer E, Steinert T. Auswertung des Melderegisters für das Berichtsjahr 2016 – Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen in Baden-Württemberg. Präsentiert bei der Herbsttagung des Arbeitskreises zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie in Stuttgart am 09.11.2017
5. Albus M, Brieger P, Schreiber W. Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka. Auswirkungen der Gesetzesänderung zum 18.02.2013 auf psychiatrische Abteilungen und Kliniken mit Vollversorgungsauftrag in Bayern. Recht & Psychiatrie 2015; 33: 193–197
6. Gather J, Vollmann J. Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang? – Pro. Psychiatrische Praxis 2017; 44: 313–314
7. Folkerts HW. Elektrokonvulsionstherapie unter Zwang? – Kontra. Psychiatrische Praxis 2017; 44: 314–315

8. Zilles D, Koller M, Methfessel I, Trost S, Simon A. Behandlung gegen den natürlichen Willen am Beispiel der Elektrokonvulsionstherapie – Klinische, juristische und ethische Aspekte. *Nervenarzt* 2018; 89: 311–318
9. Zinkler M, Nyhuis PW. Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht & Psychiatrie* 2017; 35: 63–67
10. Cibis ML, Wackerhagen C, Müller S et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 141–147
11. Lo SB, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, Walter M, Borgwardt S, Lang UE. Einfluss einer „Offenen-Tür-Politik“ auf die Stationsatmosphäre: Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 133–139
12. Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen – ein Fallbeispiel. *Recht & Psychiatrie* 2017; 35: 207–212
13. Löhr M, Schulz M, Behrens J. Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psychiatrische Pflege Heute* 2014; 20: 189–195
14. Zinkler M, Laupichler K, Osterfeld M, Hrsg. Prävention von Zwangsmaßnahmen – Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016
15. Mielau J, Altunbay J, Heinz A. et al. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen. Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 316–322
16. Heumann K, Bock T, Lincoln TM. Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 85–92