

R & P (2014) 32: 142 – 147

Martin Zinkler & Jose M. Kousseidou

## Menschenrechte in der Psychiatrie – Wege und Hindernisse zu einem umfassenden Gewaltverzicht

Die Forderung des UN-Sonderberichterstatters nach einem Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie stellt das psychiatrische Versorgungssystem vor neue Aufgaben. Die Heterogenität im deutschen Versorgungssystem erlaubt schon jetzt eine Beschreibung von geeigneten Bedingungen für einen umfassenden Gewaltverzicht in der Psychiatrie, aber auch von Hindernissen auf dem Weg zur Beachtung der Menschenrechte von psychisch Kranken.

Menschenrechte, Zwangsmaßnahmen, Psychiatrie, Vereinte Nationen

## Human Rights in mental health care – The scope for renouncing compulsion and violence

In 2013, the UN Special Rapporteur Juan E. Méndez demanded an “absolute ban on all coercive and non-consensual measures, including restraint and solitary confinement of people with psychological or intellectual disabilities”. This amounts to a huge challenge for mental health care systems. The heterogeneity of the German mental health care system allows for a description of conducive conditions to renounce compulsion and violence in psychiatric institutions – such as non-specialised open wards, advance directives and advance crisis plans, alternatives to inpatient admission, user involvement, minimal use of antipsychotics and open dialogue. Obstacles to comply with human rights are identified: closed wards, specialised wards in large institutions, insistence on a biomedical model of mental illness and a focus on the concepts of compliance and insight.

Human rights, compulsion, violence, mental health care, Germany

## Einleitung

Juan E. Mendéz, der UN Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe erklärte am 01.02.2013:

“Es ist unverzichtbar, dass an allen Orten, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, so auch in psychiatrischen und Sozialpflegeeinrichtungen, ein absolutes Verbot aller unter Zwangsanwendung und ohne Einwilligung angewandter Maßnahmen, einschließlich der Fixierung und Isolierung von Menschen mit psychologischen oder geistigen Behinderungen, zum Tragen gelangt. (...) Dieser Mandatsträger ebenso wie auch die Vertragsorgane der Vereinten Nationen haben befunden, dass in Gesundheitseinrichtungen stattfindende unfreiwillige Behandlungen und sonstige psychiatrische Eingriffe Formen der Folter und Misshandlung darstellen.” (Deutsches Institut für Menschenrechte 2013).

Reaktionen auf diesen Bericht reichen von einer defensiven Stellungnahme des Weltärztebundes (World Medical Association 2013) bis zu einer ersten rechtlichen Bewertung in dieser Zeitschrift (Lindemann 2013). Wenn man in klinischen Kreisen darüber diskutiert, so werden viele Argumente angeführt, weshalb diese Forderungen unrealistisch seien, weshalb der Begriff Folter für Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie nicht zutreffend sei und es wird gefragt, wie diese Forderungen mit dem behaupteten Ordnungsauftrag der Psychiatrie zu vereinbaren seien. Wenig ist davon zu hören, welche Bedingungen für einen Gewaltverzicht in der Psychiatrie günstig sind, welche Bedingungen eine Umsetzung der Forderungen verhindern und welche Interventionen, Haltungen und organisatorischen Veränderungen geeignet sind ein Verbot von Zwangsanwendung in der Psychiatrie zum Tragen gelangen zu lassen.

Dieser Beitrag soll deshalb zunächst den Kontext von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie beschreiben, anhand der Heterogenität im psychiatrischen Versorgungssystem günstige und ungünstige Bedingungen für einen Gewaltverzicht identifizieren und daraus Forderungen zur Entwicklung einer gewaltfreien psychiatrischen Versorgung formulieren. Anhand der Erfahrungen der Autoren in der Heidenheimer Klinik werden Entwicklungen hinsichtlich einiger Variablen institutioneller Gewalt beschrieben auch mit einem Blick auf therapeutische Subkulturen innerhalb einer Klinik. Für einige mögliche Zusammenhänge fehlen wissenschaftliche Belege. Daran ist der große Forschungsbedarf in diesem Feld zu erkennen.

## 1 Kontext von Zwangsanwendung

### 1.1 Offene Stationstüren und Spezialisierung

Das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland hat sich bei stationären Behandlungen seit der Psychiatriereform in zwei unterschiedliche Richtungen entwickelt. Die großen Fachkliniken für Psychiatrie, oft abgelegen, immer noch

weit von den Gemeinden entfernt, aus denen ihre Patienten kommen, mit anderen Trägern als die Allgemeinkrankenhäuser, haben sich Binnenspezialisierungen zugelegt, nicht nur in die größeren Bereiche wie Allgemeinpsychiatrie, Abhängigkeitspsychiatrie und Gerontopsychiatrie, sondern mit Spezialstationen z.B. für Depressionen, Borderline-Störungen, Mehrfachdiagnosen, psychosomatische Behandlungen, Behandlung von Traumafolgen. Dennoch finden sich in diesen Kliniken geschlossene Stationen oder Bereiche auch unter dem Begriff "beschützte Bereiche" oder "fakultativ geschlossen", in denen Patienten behandelt werden, die von der Polizei gebracht werden, die vom Gericht eingewiesen werden, die sich akut selbst gefährden, auf anderen Stationen nicht "führbar" seien oder schlicht darauf warten in eine dieser Spezialstationen verlegt zu werden, sobald dort wieder ein Bett frei wird.

In solchen Stationen befinden sich eine größere Anzahl von Patienten, die nicht stationär bleiben möchten, die frustriert, wütend, verwirrt oder verzweifelt sind. Sie sehen sich mit einem hohen Maß an Frustration, Wut, Verwirrung und Verzweiflung in ihrer momentanen Lebenswelt (der geschlossenen Station) konfrontiert, wo doch das, was sie brauchen, genau das Gegenteil ist: Mut, Verständnis, Struktur und Hoffnung. Mitarbeiter eines großen psychiatrischen Krankenhauses in Baden-Württemberg berichteten uns kürzlich, dass sich in ihrer geschlossenen Station gerade 42 Patienten befanden bei räumlichen Verhältnissen für 26 Patienten. Anwendung von Zwang, aggressives Verhalten von Patienten, Verletzungen bei Mitarbeitern und Patienten und hoher Krankenstand sind regelmäßig Teil der Arbeit und der Patientenerfahrung in diesen Verhältnissen.

Das Alternativmodell sind offene Stationen in psychiatrischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern (oder auch an modernisierten Fachkliniken), die eben nicht spezialisiert wurden, sondern in denen Patienten mit ganz verschiedenen psychischen Störungen behandelt werden aus ganz unterschiedlichen Altersgruppen, dafür aber mit regionaler Zuständigkeit. In einer ganzen Reihe von Kliniken gelingt es den Teams, diese Stationen offen zu führen, z.B. in Geesthacht, Pirmasens, Hamm, Herne, Landsberg am Lech, Memmingen und Heidenheim. In der Heidenheimer Klinik werden Notfalleinweisungen und Mutter-Kind Behandlungen in der gleichen Station angenommen. Die häufig vorgebrachte Behauptung, Patienten würden von offenen Stationen häufiger weglaufen, wenn sie gerichtlich dort untergebracht sind, konnte inzwischen widerlegt werden (Munk 2008, Sollberger & Lang 2014). Auch die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2010) sagt, offene Stationstüren könnten die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen reduzieren.

Die Autoren dieses Beitrags vertreten deshalb die Auffassung, dass ein Gewaltverzicht in der Psychiatrie durch bestimmte institutionelle Bedingungen behindert wird: geschlossene Stationen oder Bereiche, Spezialisierung innerhalb der Klinik und Verlegungen innerhalb der Klinik. Manchmal eignen sich ganz persönliche Geschichten, um ein Problem sichtbar zu machen: die Berliner Filmemacherin Gamma Bak berichtet in "Schnupfen im Kopf" (D 2010), wie sie in einer psychisch ohnehin vulnerablen Situation von einer offenen Station auf eine

geschlossene Station verlegt wird, wie sie damit den Funken Hoffnung auf Heilung verliert und beschließt sich das Leben zu nehmen.

## 1.2 Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen

“Denn wenn der Kranke fragt, wann er nach Hause entlassen wird, muss der Arzt in einen Dialog mit ihm eintreten. In diesem Dialog gibt es nicht länger Subjekt und Objekt, sondern zwei Menschen, die zu Subjekten geworden sind. Wenn wir diese Logik des Widerspruchs zwischen zwei Menschen nicht akzeptieren, sollten wir lieber Bananen verkaufen als Ärzte sein.” (Basaglia 2002, S. 153)

Allmählich werden Psychiatrie-Erfahrene auch in Deutschland im Versorgungssystem Psychiatrie gehört. In England ist Nutzerbeteiligung schon seit mehr als zehn Jahren politisch gewollt und vorgegeben (Crawford 2002), in Deutschland entwickeln sich Beteiligungsstrukturen: Psychiatrie-Erfahrene halten Sprechstunden in den Kliniken (Peer to Peer Beratung), halten Fortbildungen für Klinikpersonal, sind Mitglieder der Besuchskommissionen, bestimmen mit bei der Entwicklung von gemeindepsychiatrischen Verbänden und Versorgungsstrukturen. ExIn Absolventen arbeiten als Genesungshelfer und werden zu selbstverständlichen Mitgliedern der Behandlungsteams. In Baden-Württemberg wurden Psychiatrie-Erfahrene bei der Abfassung eines neuen Psychisch-Kranken-Gesetz beteiligt. Kaum genutzt wird das Erfahrungswissen bisher in der deutschen Psychiatrieforschung. Den Autoren ist nicht bekannt, ob und in welchem Umfang Psychiatrie-Erfahrene Mitglieder in Aufsichtsräten der Anbieter von psychiatrischen Gesundheitsdiensten sind.

Auch wenn es nach Kenntnis der Autoren noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen gibt, die zeigen, dass die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen gewaltpräventive Effekte im System Psychiatrie hat, so erscheint es plausibel das Erfahrungswissen von Psychiatrie-Erfahrenen gerade bei solchen Fragen zu nutzen, für die es wissenschaftlich nur wenig Gesichertes gibt. Einer der Autoren durfte kürzlich erleben, wie schwer sich die große Fachgesellschaft DGPPN tut bei der Entwicklung von fachlichen Standards zur Patientenautonomie Psychiatrie-Erfahrene von Beginn an ins Boot zu nehmen.

## 1.3 Prävention von Zwangsmaßnahmen

Behandlungsvereinbarungen (Henderson et al. 2004, 2008, Thornicroft et al. 2013, Barrett et al. 2013), Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen (Amering, Stastny & Hopper 2005, Swanson et al. 2008) dienen der Willensbekundung von Patienten in Situationen, wenn eine Willensäußerung erschwert oder unmöglich ist. Mit diesen Instrumenten können auf der Grundlage der Erfahrung früherer psychischer Krisen, auf der Basis der persönlichen Wertvorstellungen und mithilfe von vertrauten Personen genaue Vorgaben für den Umgang mit künftigen psychischen Krisen gemacht werden, sowohl von Seiten des Patienten und seiner Angehörigen als auch von Seiten der Behandlungsteams. Sei es durch Einhalten der Behandlungsvereinbarung, durch Beachten der Patientenverfügung oder durch geduldiges Verhandeln mit den Bevollmächtigten, dem Willen des Patienten wird Geltung verschafft.

Die vorliegenden Studien zur Wirkung von Behandlungsvereinbarungen hinsichtlich der Prävention von Zwangsanwendung liefern widersprüchliche Ergebnisse; klar ist inzwischen, dass diese Instrumente nur dann genutzt werden, wenn von allen Beteiligten aktiv auf das Erstellen von Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten hingewirkt wird. Moderne Klinikinformationssysteme bieten inzwischen die Möglichkeit, dass diese Dokumente jederzeit, also auch nachts und am Wochenende, zugänglich sind auch dann, wenn ein Patient seine Verfügung oder Vereinbarung gerade nicht bei sich hat.

#### 1.4. Compliance und Krankheitseinsicht

Die Autoren dieses Beitrags sind der Auffassung, dass die Konzepte *Compliance* und *Krankheitseinsicht* mit einer wertschätzenden Haltung gegenüber unseren Patienten nicht mehr zu vereinbaren sind. Denn das Zuschreiben einer Eigenschaft ("Herr X ist nicht compliant – und braucht deshalb Psychoedukation") und des starre Festhalten an fluiden und hypothetischen Krankheitsmodellen ("Herr X ist nicht krankheitseinsichtig und muss deshalb gegen seinen Willen behandelt werden") erschwert einen offenen Dialog zwischen Patienten, Angehörigen und Teams. Statt dessen bleibt es beim privilegierten Expertenwissen und daraus resultierender Fremdbestimmung: zwei Faktoren, die Ohnmacht und Wut auf Seiten des Patienten verstärken.

Grundlage jeder ärztlichen Behandlung ist eine partizipative Entscheidungsfindung (informed consent). Beim informed consent geht es nicht um das Besserwissen des Arztes und die Nachgiebigkeit (compliance) des Patienten. Sowohl in der Akutbehandlung als auch in der längerfristigen Hilfeplanung ist es Aufgabe aller Beteiligten, im offenen Dialog einen Behandlungsplan zu vereinbaren, der günstige Bedingungen für eine nachhaltige Zusammenarbeit schafft. Was in einer Verhandlungsrunde nicht erreicht werden kann, wird dann eben auf die nächste Verhandlungsrunde vertagt. Das einseitige Beharren auf der Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung kann ein Konfliktfeld zwischen Angehörigen, Patienten und Behandlungsteams schaffen, das die Zusammenarbeit eher erschwert als begünstigt. Informationen, die einseitige Positionen relativieren könnten, etwa diese, dass es keinen Beweis für einen langfristig günstigeren Verlauf von Psychosen unter medikamentöser Behandlung gibt, fallen dann leicht unter den Tisch.

Krankheitseinsicht liegt dann vor, wenn ein Patient sich die Erklärung des Arztes für seine Erkrankung zu Eigen macht. Für psychisches Kranksein und seelisches Leiden gibt es jedoch ganz unterschiedliche Krankheitsmodelle (explanatory models of mental illness, McCabe & Priebe 2004): die sich ständig entwickelnden Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation und der Amerikanischen Psychiatriegesellschaft, politische, kulturelle, wirtschaftliche, soziale, aber auch ganz persönliche existentielle oder religiöse Erklärungsmodelle. Je persönlicher diese Erklärungen sind, desto höher werden sie individuell gewertet. Dialog zwischen den Subjekten einer Behandlung gelingt dann, wenn sich die

Beteiligten über ihre Erklärungsmodelle austauschen, die jeweils andere Sicht wertschätzen, nach Gemeinsamkeiten suchen und aus diesen Gemeinsamkeiten Hilfsmöglichkeiten entwickeln.

Spätestens seitdem geklärt ist, wie stark die Häufigkeit psychischer Störungen mit der Ungleichverteilung von Einkommen in einer Gesellschaft zusammenhängt (Pickett et al. 2006), ist das Dogma "psychische Erkrankungen sind Gehirnerkrankungen" unglaubwürdig geworden. Wenn also gar nicht geklärt ist, um welche Art von Erkrankung es sich handelt, wie viel Soziales, Persönliches, Genetisches und Lebensgeschichtliches eine Rolle spielt, ist es dann nicht Aufgabe der Behandelnden Uneinigkeit und Unentschlossenheit über die Gabe von Psychopharmaka auszuhalten, Zeit zu lassen, z.B. dadurch, dass sie sich erst einmal auf eine Behandlung ohne Psychopharmaka einlassen und nach Übereinstimmung über hilfreiche Interventionen suchen? Dort, wo wir unseren Patienten als Subjekten begegnen, auch wenn sie frustriert, wütend oder verwirrt sind oder nach Dörner (2001) als "formidable Gegner eines guten Behandlungsergebnisses" zeigen, erweist sich unsere Ernsthaftigkeit im Verstehen von Bedürfnissen und Handlungen.

Das Beharren auf Compliance und die Zuschreibung "krankheitsuneinsichtig" schaffen Bedingungen, die eine Art Objektivität suggerieren, wo doch das Aushalten von Unsicherheit und Einhalten von Subjektivität gefragt wären und leisten damit Vorschub für die Anwendung von institutionellem Zwang.

## 2 Mehr Gewalt ohne Zwangsmedikation?

Nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts zur neuroleptischen Zwangsbehandlung (AZ 2 BvR 882/09, R & P 2011, 168 und 2 BvR 633/11, R & P 2012, 31) wurde immer wieder argumentiert (DGPPN 2012), der Verzicht auf medikamentöse Zwangsbehandlung würde zu mehr aggressiven Übergriffen von Patienten auf andere Patienten oder auf Mitarbeiter führen. Andere Zwangsmaßnahmen würden dann, weil die Möglichkeit zur medikamentösen Intervention fehlt, häufiger angewendet.

Beide Befürchtungen haben sich in der Heidenheimer Klinik nicht erwiesen. Die Zahl von aggressiven Übergriffen auf Mitpatienten oder auf Personal ging zurück (Tab. 1).

Tab. 1 Aggressives Verhalten (Tätlichkeiten) von Patienten gegenüber anderen Patienten oder gegenüber Personal, Anzahl der Ereignisse pro Jahr

2009	30
2010	49
2011	38
2012	21
2013	14

Die Anzahl von Fixierungen nahm in diesem Zeitraum zwar zu, allerdings bei Diagnosen aus dem Bereich F0 (Delir und Demenz) und bei substanzbedingten Störungen (F1) nicht jedoch in den Diagnosegruppen F2-F6, also den Diagnosen, bei denen eine medikamentöse Zwangsbehandlung überhaupt in Frage käme (Tab. 2).

Tab. 2 Anzahl von Patienten, die von Fixierungen betroffen waren nach Jahr und Diagnosegruppe

	<b>Gesamt</b>	<b>F0 (Delir und Demenz)</b>	<b>F1 (substanzbedingte Störungen)</b>	<b>F2-6 (Psychosen, affektive Störungen, u.a.)</b>
2009	37	8	5	21
2010	38	12	8	17
2011	50	20	10	20
2012	61	39	1	20
2013	62	22	26	16

Der Behandlungsauftrag der Heidenheimer Klinik (stationäre Vollversorgung aller psychischen Störungen des Erwachsenenalters), die stationäre Versorgungsverpflichtung für den Landkreis, die Aufnahmezahlen (1200-1300 Aufnahmen pro Jahr, davon etwa 5% mit gerichtlichen Unterbringungen) oder die Patientenströme (wie viele Patienten kommen aus welchen Gemeinden) haben sich in diesem Zeitraum nicht wesentlich verändert. Isolierungen finden in unserer Klinik nicht statt, es gibt keine sogenannten "beschützten" oder geschlossenen Bereiche. Seit Juli 2011 wurden keine gerichtlich genehmigten psychopharmakologischen Zwangsbehandlungen mehr durchgeführt. Welche Behandlungsstrategien bei diesem Verzicht zum Einsatz kamen wurde von den Autoren kürzlich in dieser Zeitschrift berichtet (Zinkler & Kousse mou 2013).

Kritisch sehen wir, dass in der Heidenheimer Klinik immer noch 5% der Patienten im Laufe ihrer Behandlung Zwangsmaßnahmen erfahren. Gut vergleichbare Kliniken in Deutschland wenden wesentlich weniger Zwang an (2-3% der behandelten Patienten) (persönliche Mitteilung aus der Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefärzte der psychiatrischen Abteilungen in Deutschland). Ob es unter den gegenwärtigen Bedingungen ein Minimum an Zwangsmaßnahmen für eine psychiatrische Klinik in Deutschland

gibt und wie groß dieses Minimum ist, wissen wir nicht. So lange es aber eine Klinik gibt, der es bei einem entsprechenden Versorgungsauftrag Jahr für Jahr gelingt, den Anteil bei 2% zu halten, liegt ein solches Minimum bei höchstens 2% der behandelten Patienten. Die Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefärzte der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA) arbeitet an einem bundesweiten Benchmarking zur Erfassung von Zwangsmaßnahmen unter Beachtung der Strukturmerkmale der Kliniken um eine optimale Vergleichbarkeit zu erreichen.

### 3 Therapeutische Kulturen und Subkulturen

Die Daten aus dem Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie (Steinert 2013, persönliche Mitteilung) zeigen, wie sich der Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten in verschiedenen Kliniken im Laufe der Jahre verändert hat (Abb. 1). Die Varianz im Benchmarking nimmt ab, insgesamt werden Zwangsmaßnahmen im Verhältnis zur Anzahl der stationären Behandlungen seltener angewendet. Im Arbeitskreis besteht weitgehende Einigkeit, dass Varianz und Veränderungen über den Beobachtungszeitraum nicht mit Patientenvariablen, sondern mit institutionellen Kulturen zu erklären sind.

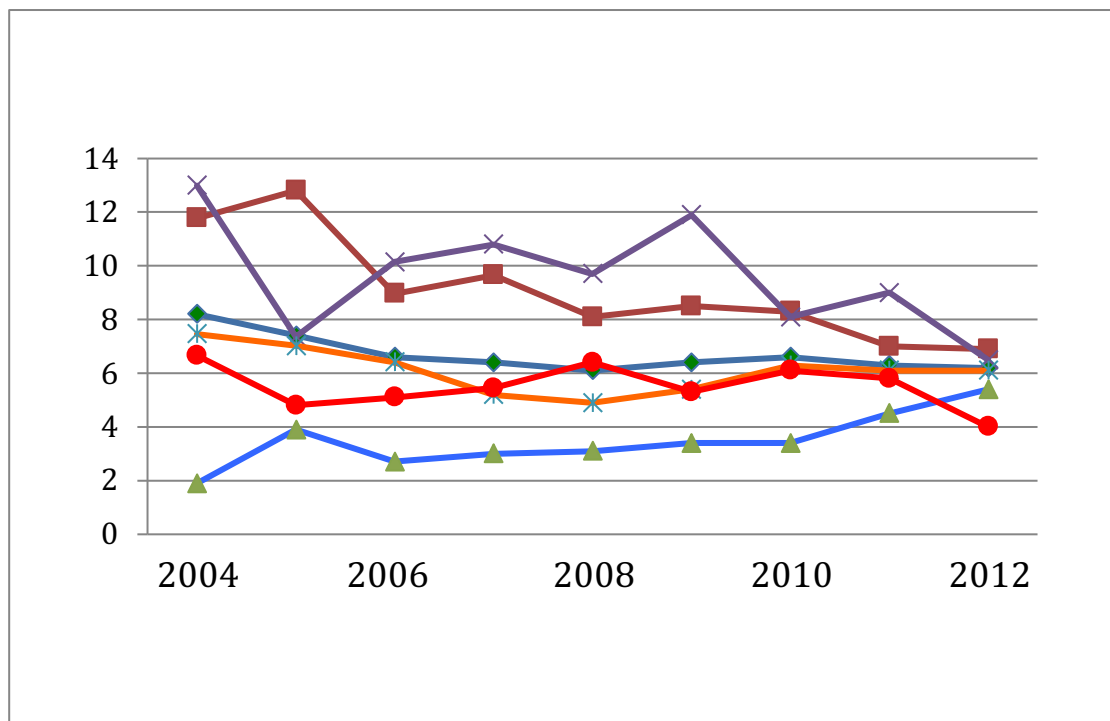


Abb. 1  
Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle in verschiedenen Kliniken in % aus dem Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie 2004-2012, (Steinert 2013, persönliche Mitteilung)



Auch innerhalb von Klinikulturen finden sich Unterschiede bei der Einschränkung von Patientenrechten. So werden in der Heidenheimer Klinik in zwei Stationen allgemein- und gerontopsychiatrische Patienten behandelt (Patienten, die schon in Behandlung waren, werden in der gleichen Station aufgenommen, neue Patienten kommen in die Station, wo gerade ein freies Bett ist); weder architektonisch noch in der Personalausstattung unterscheiden sich die beiden Stationen; Dennoch wird unterschiedlich gearbeitet:

- (1) Es wird unterschiedlich häufig und lange von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Stationstür zu schließen;
- (2) Es werden unterschiedlich häufig Patienten festgebunden (fixiert).
- (3) In beiden Stationen wurden in den letzten vier Jahren weniger Neuroleptika eingesetzt, allerdings ist der Rückgang der Neuroleptikaverschreibung dort ausgeprägter, wo auch eher auf andere Einschränkungen verzichtet wurde (Tab. 3).

Tab. 3 Heidenheim, Auswertung von Zwangsmaßnahmen, Stationsschließungen und Verbrauch an atypischen Neuroleptika (errechnet aus Defined Daily Doses, DDDs)

	<b>Station geöffnet in % der Zeit zwischen 8:00 und 20:00 (2012)</b>	<b>Anzahl der Fixierungen (2012)</b>	<b>Veränderung DDDs atypischer Neuroleptika 2009-2013 in %</b>
Station 1	99,91	20	- 46
Station 2	91,66	66	- 30

### Zusammenfassung

Der Verzicht auf medikamentöse Zwangsbehandlung nach den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts in 2011 führte in der Heidenheimer Klinik nicht dazu, dass Patienten oder Mitarbeiter häufiger Opfer von aggressiven Übergriffen wurden oder dass vermehrt auf andere Formen von Zwangsmaßnahmen zurückgegriffen wurde. Institutioneller Gewaltverzicht kann mit verschiedenen Variablen bestimmt werden: Anwendung von Zwangsmaßnahmen, Einsatz von Neuroleptika und Stationsschließungen. Gewaltverzicht gelingt dann, wenn sich institutionelle Bedingungen und therapeutische Haltungen verändern. Präventive Möglichkeiten liegen im Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, im Einsatz neuer Versorgungsformen, wie Home-Treatment, neuen

Behandlungstechniken wie Offener Dialog und in der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen auf allen Ebenen der psychiatrischen Dienste. Hindernisse für einen Gewaltverzicht sind Klinikstrukturen mit geschlossenen Stationen oder sogenannten „beschützten Bereichen“, spezialisierte Stationen, das Beharren auf biomedizinischen Krankheitsmodellen und das Festhalten an den Konstrukten Compliance und Krankheitseinsicht.

Die Behauptung, dass an dem Problem Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie nicht viel zu ändern sei, denn überall werde Zwang angewendet und wenn weniger geschlossen behandelt würde, dann müsste häufiger festgebunden werden oder mehr medikamentöser Zwang angewendet werden, erweist sich angesichts der erheblichen Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als unzutreffend. Aufgabe der Kliniken ist es Zwangsmaßnahmen systematisch zu erfassen, die Daten zu veröffentlichen, von den Besten zu lernen und Klinikstrukturen entsprechend zu entwickeln.

## Literatur

Amering M, Stastny P, Hopper K (2005) Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. In: The British Journal of Psychiatry 186: 247-252

Basaglia F (2002). Die Entscheidung des Psychiaters – Bilanz eines Lebenswerks. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Barrett B, Waheed W, Farrelly S, Birchwood M, Dunn G, Flach C, Henderson C, Leese M, Lester H, Marshall M, Rose D, Sutherby K, Szmukler G, Thornicroft G, Byford S (2013) Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: Economic outcomes. In PLOS One: DOI: 10.1371/journal.pone.0074210  
[www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0074210](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0074210)  
(aufgerufen am 04.05.2014)

Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. In: BMJ 325: 1263-1267

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, Hrsg. 2010) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 2.  
[www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien10.html](http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien10.html) (aufgerufen am 04.05.2014)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. (DGPPN 2012) Memorandum zur Autonomie und Selbstbestimmung von

Menschen mit psychischen Störungen (18.10.2012).  
[www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/memorandum-d.html](http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/memorandum-d.html) (aufgerufen am 04.05.2014)

Deutsches Institut für Menschenrechte (2013) Information der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention anlässlich der deutschen Übersetzung des Berichts des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz (UN-Dok. A/HRC/22/53 vom 1. Februar 2013). [www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/behindertenrechte.html](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/behindertenrechte.html) (aufgerufen am 04.05.2014)

Dörner K (2001) Der gute Arzt. Stuttgart: Schattauer

Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M (2008). A typology of advance statements in mental health care. In: Psychiatr Serv 59: 63-71

Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. In: BMJ 329: 136-142

Lindemann M (2013) Anmerkungen aus juristischer Perspektive zum Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. In: Recht & Psychiatrie 31: 248-250

McCabe R, Priebe S (2004) Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. In: British Journal of Psychiatry 185:25-30

Munk I (2008) Jahres und Qualitätsbericht, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin.  
[http://p126989.webspaceconfig.de/fileadmin/user\\_upload/Standorte/KNK/PDF\\_Kliniken/KNK\\_Psychiatrie\\_Jahres\\_und\\_Qualitaetsbericht\\_2008.pdf](http://p126989.webspaceconfig.de/fileadmin/user_upload/Standorte/KNK/PDF_Kliniken/KNK_Psychiatrie_Jahres_und_Qualitaetsbericht_2008.pdf) (aufgerufen am 04.05.2014)

Pickett KE, James O, Wilkinson RG (2006) Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. In: Journal of Epidemiology and Community Health 60: 646-7

Sollberger D, Lang UE (2014) Psychiatrie mit offenen Türen. In: Nervenarzt 85: 319-325

Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA, Wilder C, Gilbert AR (2008) Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. In: J Ment Health 17: 255-267

Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, Barrett B, Byford S, Henderson C, Sutherby K, Lester H, Rose D, Dunn G, Leese M, Marshall M (2013) Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory

treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. In: Lancet  
381: 1634-1641

World Medical Association (2013) Letter of the Secretary General dated 3<sup>rd</sup> May  
2013. [www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/Letter-J E -  
Mendez--May-2013.pdf](http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/40torture/Letter-J_E_Mendez--May-2013.pdf) (aufgerufen am 04.05.2014)

Zinkler M, Kousse mou JM (2013) Nach den Entscheidungen des  
Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung  
– drei Fallberichte. In: Recht & Psychiatrie 31: 76-79

Anschrift der Verfasser

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Schlosshastr. 100  
89522 Heidenheim  
[martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de](mailto:martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de)