



**Geschäftsstelle:**

c/o Edith Mayer  
Am Grenzgraben 4, 63067 Offenbach  
Fon: +49 (0) 69 88 30 04  
Fax: +49 (0) 3212 674 11 94

**Geschäftsführender Vorstand:**

Manfred Desch (1. Vorsitz.)  
desch@angehoerige-hessen.de  
Edith Mayer (Stellv.)  
info@angehoerige-hessen.de  
Valentin Kratzer (Stellv.)

**Bankverbindung:**

Städt. Sparkasse Offenbach  
IBAN: DE39 5001 0517 0684 8215 30  
BIC: INGDEFFXXX  
www.angehoerige-hessen.de

Januar 2019 /

**Erweitert im Februar 2019**

LANDESVERBAND HESSEN DER ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER e.V.

## Öffentliche Stellungnahme

### Stellungnahme „Wie kann Zwang weitgehend vermieden werden?“ - im Geltungsbereich psychiatrischer Therapien

Anlass: Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts-Urteiles vom 24.07.2018 zur Fixierung während einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung.

#### Probleme:

**Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen:** Mechanische, räumliche oder chemische Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen einschränken, also z. B. Isolierung, Fixierung, chemische Sedierung, .... finden trotz richterlichem Vorbehalt aus unserer Sicht zu häufig Anwendung. **Aufsuchende Hilfen, deeskalierende Maßnahmen, ... könnten Zwangsmaßnahmen vermeiden helfen, stehen aber zurzeit nur in regionalen Modellen zur Verfügung.**

**Auf krankheitsbedingte innere Barrieren (Halluzinationen, Stimmen, Panik, ...) der Patienten** sollte aus unserer Sicht **zunächst mit mildereren Mitteln, bzw. zumutbaren Maßnahmen, (z.B.: Gespräch, bzw. Spaziergang mit einem Genesungsbegleiter, Down Talking), eingegangen werden, bevor Zwang als letztes Mittel bei expansiver Aggression, bzw. akuter Gefährdungslage zum Einsatz kommt.** Auch eine Humanisierung (Sitzwache durch Fachpersonal, Erlaubnis für Toilettengang und regelmäßiges und verbindliches Angebot von therapeutischen Nachgesprächen) halten wir für erforderlich.

Wir hören von klinischen Behandlern, dass aggressives selbst- oder fremdschädigendes Verhalten, besonders bei Patienten unter massivem Drogen-Einfluss, nicht in jedem Fall ohne die Möglichkeit einer Zwangsmaßnahme zu beherrschen ist. Diese Argumente können wir nachvollziehen.

Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten leiden danach oft noch lange, belastende Folge-Effekte dieser Maßnahmen können bekanntermaßen sein:

- Traumatisierung,
- Fixierung wird krankheitsbedingt als „verdiente Bestrafung“ angesehen,
- Bestätigung der eigenen Selbst-Unwirksamkeit,
  - o Gesundheitliche Risiken, wie Venenthrombose, Lungenembolie (Prof. Steinert)
  - o Ersticken an Erbrochenem (Edith Mayer, LV Angehörige Hessen)

#### Lösungsvorschläge:

Der Landesverband der Angehörigen Hessen begrüßt die Aktivitäten des Sozialministeriums und der Mitglieder dieser Arbeitsgruppe, Fixierungen bzw. ähnliche freiheitsentziehende Maßnahmen erheblich zu reduzieren. Wir bitten zu prüfen, ob Zwangsmaßnahmen auf die Gruppe von Patienten mit aggressivem selbst- oder fremdschädigendem Verhalten, besonders bei Patienten unter massivem Drogen-Einfluss beschränkt werden könnten.

Das weitergehende **Forschungsprojekt: „Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (SRZP)“**, Dr. Stefan Debus, med. Uni-Hannover: <https://www.srzp.de/projektskizze.html> :

**Zitat: „5.3. Rückwirkungen auf das System Psychiatrie.** Indem die Psychiatrie sich mehr darauf einstellt, das große Erfahrungswissen ihrer Mitarbeiter und das der Patienten stärker zu nutzen, wird das Krankenhaus zu einem Innovationszentrum zur Vermeidung von Gewalt. Mehr noch: Die Psychiatrie nutzt ihre Kompetenz, Lösungsansätze zum Thema Gewalt und Zwang auch in der somatischen Medizin (Notfall-, Intensiv- oder Internistische Medizin etc.) anzubieten. Wir möchten hier auf die Experteninterviews hinweisen, die zur Vervollständigung dieser Projektskizze durchgeführt wurden und ebenfalls unter [www.srzp.de](http://www.srzp.de) abrufbar sind.“

Der Landesverband Hessen spricht sich dafür aus, dass Leitideen zu Intensivbetreuungen bei psychiatrischen Krisen im Dialog erarbeitet werden. Intensivbetreuungen sind geeignete Interventionen, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu verhindern. Sie sind nicht als Sanktion in einer subjektiv belastenden Situation, sondern als ein Dabeisein im Sinne Loren Moshers zu verstehen. - Eine milieutherapeutische Ausrichtung der Intensivbetreuung muss zur Konsequenz haben, dass Professionelle ein richtiges Maß an persönlicher Nähe oder Distanz haben und eine Bereitschaft zeigen, Alltagsaktivitäten (z.B. Spaziergang, kochen, ...) in der Krisensituation zu deeskalieren. Intensivbetreuungen in Beobachtungszimmern mit mehreren Betten zu vollziehen widerspricht sicher dem Verständnis von Reizabschirmung und einem Betroffenen-orientierten Weg der Genesung. Es ist zu überlegen, was innere Barrieren für die Betroffenen in seelischen Krisen sind. (Christoph Müller)

**1.:**

**Wir stellen die Frage, ob im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen zwei Themen getrennt behandelt werden sollten:**

**A:** Zwangsmaßnahmen nach Übergriffen,

- nach Drogen-Missbrauch, verbunden mit expansiv-aggressivem Verhalten (Dr. med. Matthias Bender),
- bei erheblicher Verwirrung, körperlicher Übergriffigkeit, expansiv-aggressivem Verhalten,

**B:** präventive Zwangsmaßnahmen bei anhaltend starken psychotischen Symptomen zum Schutz vor Selbst- oder Fremd-Gefährdung.

**Zu A:** Hier soll den Bedürfnissen des Klinik-Personals nach Sicherheit am Arbeitsplatz und der Mit-Patienten Rechnung getragen werden. Es ist niemandem gedient, wenn Patienten nach krisenbedingten Übergriffen mangels Abhilfe-Maßnahmen aus der Klinik verwiesen werden müssen und diese dadurch den für sie erforderlichen Schutzraum verlieren. **Präventionsambulanzen nach dem Ansbacher Modell (Kliniken Mittelfranken) begrüßen wir.**

**Zu B: Zwang vermeiden:** besonders für diese Gruppe sollten auf kurze Sicht Maßnahmen erarbeitet werden (s. Bericht der Menschenrechts-Kommission), dieses hohe Ziel zu erreichen. Wenn das Ziel „Schutz vor Selbst- oder Fremd-Gefährdung“ mit der Inanspruchnahme des Rechts auf Krankheit kollidiert, müssen existenzsichernde Maßnahmen für die betroffene Personengruppe öffentlich organisiert werden. **Heutige klein-familiäre Strukturen sind mit dieser Aufgabe schnell überfordert und dadurch eigenen unzumutbaren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt.**

„Für Mit-Patienten gilt: Psychose ist oft mit großer Verwirrung, krankheitsbedingtem Autonomie-Streben (-Zwang??) und erheblicher gesundheitlicher oder gar existentieller Gefährdung verbunden. Einen Ort zu haben, der einem Sicherheit bietet und wo man sich ausruhen kann, ohne sich ständig mit alltäglichen Leistungsanforderungen auseinandersetzen zu müssen, wurde als grundlegend für eine mögliche Genesung angesehen.“ (Aus **Bachelorarbeit Mara Bach**, S. 37, Sept. 2017, **Uni Marburg**)

## 2.

### **Um den Vorgaben des BVGs gerecht zu werden, schlagen wir vor, folgende Maßnahmen vorrangig in die klinischen Abläufe zu integrieren und um ambulante Aktivitäten zu erweitern:**

- a) Schnellst mögliche Einführung von mobilen Krisenteams / Krisen-Hotels nach bayerischem, bzw. Darmstädter Vorbild, Krisenhäusern als niedrighschwellige Hilfeform abseits stationärer Unterbringung,
- b) schnellst mögliche Einführung von StäB, als Ergänzung zu stationären Therapien für geeignete Fälle / Förderung des Home-Treatments / StäB (stations-äquivalente ambulante Behandlung), im Sinne von interdisziplinären aufsuchenden Behandlungsteams, Netzwerk-Gesprächen (Open Dialogue), im ambulanten Setting kommt es selten zu Übergriffen – unter Beachtung familiärer Belastbarkeit und Ressourcen,
- c) Ausweitung psychotherapeutischer Kapazität in stationären und Tages-Kliniken, Fach-Krankenpfleger zu Ko-Therapeuten weiterbilden, denn Gesprächs-Kontakte entstehen im klinischen Setting auf natürliche Weise,
- d) Einführung des Verfahrens „Werdenfelser Weg“ – Einsatz von Verfahrenspflegern in Kliniken,
- e) Einführung des Verfahrens „Safewards-Modell“ und intensivere Deeskalations-Schulungen,
- f) Entlass-Planung aus klinischer Therapie: nur mit fester Vereinbarung ambulanter Folgetherapien, z.B. auch unter Nutzung der Kapazitäten von Tageskliniken,
- g) Präventions-Maßnahmen / kognitive VT/ verbesserte (bzw. gesteuerte) Zugänge zu soziotherapeutischen Maßnahmen \*\*),
- h) Einbeziehung von Ex-In-geschultem Personal als Genesungsbegleiter – in sozialversicherungs-pflichtigen Arbeitsverhältnissen. Verankerung dieser Maßnahme in der PPV (Dr. Thomas Schillen),
- i) kein psychiatrischer Patient mit chronisch-psychiatrischen Störungen sollte ohne Behandlungsvereinbarung bleiben, motivierende Beratung dafür sollte vor der Entlassung aus der Klinik verpflichtend stattfinden,
- j) sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von ausgebildeten EX-In GenesungsbegleiterInnen als Standard in der stationären Versorgung - mind. 2 Genesungsbegleiter in direkter Zusammenarbeit, der Austausch untereinander ist sehr wichtig! (j, k + l): Bastian Ripper, Caritas Darmstadt)

*\*\*)* *Da ist irgendwas im Hirnstoffwechsel schief, da geben wir ja jetzt mit ein paar Medikamenten oder ein Medikament, dann gibt es eine Tagesstruktur, dass die Leute vernünftig schlafen, vernünftig essen und zwischendurch was zu tun haben, ein paar soziale Kontakte und dann richtet sich das schon! Und also, (...) dass es auch (...) existentielle Krisen sind, wo es um Beziehungskonstellationen, meinen Ort in der Gesellschaft, meinen Lebenssinn, geht, das hat ganz oft überhaupt keinen Raum.“ (sinngemäßes Patienten-Zitat aus Bachelorarbeit, S. 56, Mara Bach, Sept. 2017, Uni Marburg.)*

### **Weitere Forderungen für stationäre und Gemeinde-Psychiatrie:**

- k) Vernetzung der Träger und Schaffung besserer Übergänge (stationär-ambulant etc.) durch Öffnung der Sektorengrenzen,
- l) Einbeziehung (geeigneter) Angehöriger kann zur Vermeidung von Missverständnissen beitragen, Einführung von Peer to Peer für Angehörige – besonders für Neu-Erfahrene,
- m) Stärkung der Angehörigen: Ergänzend zu psycho-edukativen Schulungen der Betroffenen und deren Angehörigen halten wir Schulungen für bessere Coping- und Kommunikations-Strategien für erforderlich,

- n) für geeignete Patienten: an psychosomatischen Prinzipien orientiertes therapeutisches Setting mit größerem Gewicht auf sozialen Therapien, Sport, Sozio- und Ernährungs-Therapien,
- o) Einsetzung der im Hessischen PsychKHG vom Mai 2017 verankerten Besuchskommission,
- p) Einführung einer Langzeitkrisenintervention nach dem „Propheten-Modell“ in Kärnten (s. Propheten, Begegnung mit paranoid schizophrenen Menschen, Dr. med. Herwig Oberlerchner, Verlag Wissenschaft und Praxis), etliche Patienten leben langfristig in krisenhaften Zuständen und sind dabei völlig unterversorgt,
- q) mehr kleine betreute Wohngemeinschaften ermöglichen, sie erlauben intensivere Betreuung und wirken der belastenden Einsamkeit und damit der Krisenanfälligkeit der Betroffenen entgegen,
- r) während klinischer Therapie: **von innen abschließbarem Zimmer für Frauen** (Beispiel Niederlande) – zur **Vermeidung unerwünschter Annäherungen (notfalls Geschlechtertrennung in psychiatrischen Kliniken)**, bzw. Sexismus durch männliche Mitpatienten mit übergriffigen Verhaltensmustern. (Begründung: Während akuter psychischer Krisen kann die Balance zwischen Nähe und Distanz die Möglichkeit zur Abwehr unerwünschter Annäherungen gestört sein),
- s) strikte Unterbindung des Einschleppens von Drogen, z.B. durch Besucher, evtl. durch Hausverbote
- t) Umsetzung der Vorschläge aus der Angehörigen-Umfrage der Universität Hamburg aus 2019,
- u) betreiben von Gewalt-Prävention in Kindergärten und Schulen
- v) Statistische Erfassung von Zwangsmaßnahmen und Todesfällen.

### **Begründung:**

An dieser Stelle verweisen wir auf **Dorothea Buck**, Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (aus dem lesenswerten BPE-Rundbrief 2-2013):

- Erfahrungen der Betroffenen anhören und ernst nehmen,
- Da Traum und Psychose aus derselben Quelle, dem Unbewussten, kommen, **Parallelen zwischen beiden beobachten!**
- Die Krankheit scheint mir darin zu liegen, dass wir unser Psychose-Erleben für Realität halten. Würden wir es von vornherein auf der „**Traumebene**“ erkennen, wären wir nicht krank. Es bedarf also der „**Verschiebung** der Psychose-Inhalte auf die Traum-Ebene“, um sich den S I N N der Psychose zu erhalten, nur ihre objektive Wirklichkeit nicht, (...)

Frau Dorothea Bucks Lebenstraum einer verständnisvollen und wertschätzende Psychiatrie (aus -Rundbrief 2-2013) teilen wir, deshalb engagieren wir uns. Ihre Aussagen brauchen ihren Platz im Rahmen psychiatrischer Therapien und Maßnahmen.

### **Hier einige Stimmen von Psychiatrie-Erfahrenen:**

- Patienten mit innerer Agitiertheit, hohem Bewegungs- und Lauf-Drang die Möglichkeit zum Laufen geben,
- zugewandtes und verständnisvolles Verhalten seitens der Behandler würde uns guttun,
- Patienten mit aggressiv wirkenden psychotischen Schüben ansprechen: „Was ist denn los?“, oder anbieten, durch Handkontakt Halt anzubieten. – Oder auch mit Alltags-Aktivitäten ablenken statt festzubinden,
- Motivierung zu Bewegung oder leichte sportliche Tätigkeit in der Natur wird stärkend erlebt,
- Äußerungen von Psychose-Patienten über körperliche Beschwerden bitte ernst nehmen, nicht sofort unterstellen, die körperlichen Probleme wäre psychotische Phantasien – dieses Problem können wir aus Angehörigensicht bestätigen.



**Wenn wir unsere Selbst-Verpflichtungen, die in Artikeln des Grundgesetzes und den Menschenrechts-Verträgen mit Leben füllen wollen, dann müssen alte Selbstverständnisse auf den Prüfstand.** Die aktuelle Stellungnahme der Deutschen Ethik-Kommission, die Website „safewards.net“ u.v.a. beschreiben die erforderlichen Voraussetzungen und Bedingungen zur Erreichung dieser hoch gesteckten Ziele.

Familiärer Beistand ist durch klein gewordene Familien-Strukturen nur in begrenztem Maße und unter hohem Aufwand an persönlichen Ressourcen möglich. Heute sind außerdem viele erwerbstätig und stehen für stärkende Begleitung nicht mehr ausreichend zur Verfügung. Die Belastung durch aufwändige Begleitung addiert sich zu dem Stress-Pegel, der Angehörige während akuter Krisen zusätzlich herausfordert (s. Vortrag „10 Jahre Vitos“, Prof. Michael Franz, Vitos Marburg, Sept. 2018, s. Folien-Fotos am Ende) S. auch Stellungnahme Zwang, Dt. Ethik-Kommission „keiner lebt für sich allein“.

Besonders in Fällen alleinstehender Personen droht schnell Verwahrlosung\*) und Obdachlosigkeit mit entsprechend teuren Folgen sowohl für die betroffene Person als auch für die Gesellschaft.

\*) s. Prof. Heinrich Kunze „selbstgewählte Verwahrlosung“ aus „Psychisch krank in Deutschland“

### Finanzierung:

**Alle oben genannten Forderungen setzen eine bessere personelle Ausstattung und Ausbildung voraus. Dadurch sollte sich die Attraktivität der Berufe zum allgemeinen Nutzen verbessern. Die erforderlichen Mittel dafür müssten bereitgestellt werden.**

**Die nötigen Mittel für den erhöhten Aufwand sollten aufzubringen sein, zumal sich die Folgekosten nach Einführung der oben genannten Maßnahmen erheblich vermindern dürften.**

### Ergänzende Info:


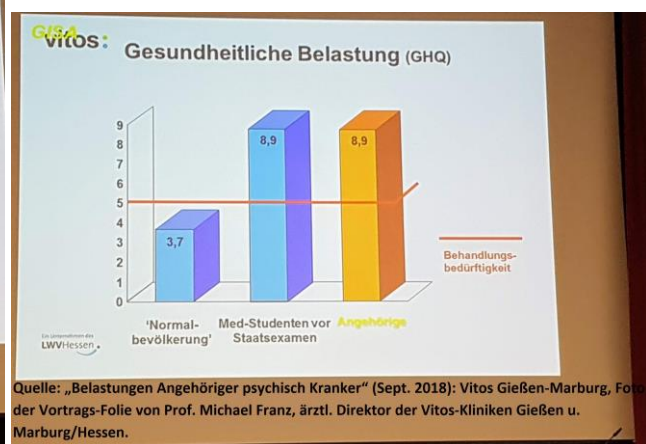
**Belastung der Angehörigen psychisch Kranker, aus Vortrag von Prof. Michael Franz, Sept. 2018:**

**vitosis:**  
**Besonderheiten im Zusammenleben?  
Hilfen** (häufigste, letzte 4 Wochen)

- ermuntern, etwas zu tun (74%)
- übernehmen von Aufgaben (66%)
- ermuntern, genug zu essen (39%)
- Organisation der Medikamenteneinnahme (39%)
- für genügend Nachtruhe sorgen (31%)
- zur Körperhygiene motivieren (31%)

Quelle: Franz et al 2001

Quelle: „Belastungen Angehöriger psychisch Kranker“ (Sept. 2018): Vitos Gießen-Marburg, Foto der Vortrags-Folie von Prof. Michael Franz, ärztl. Direktor der Vitos-Kliniken Gießen u. Marburg/Hessen.

Mit freundlichen Grüßen

Gez.: Manfred Desch  
Vorsitzender

Edith Mayer  
stellvertr. Vorsitzende

Christoph Müller  
Mitglied des LV-Hessen