# Therapeutische Skills zur Veränderung der Rahmenbedingungen

**2.1 Reduktion der »Struktur« auf Akutstationen – 18**
**2.2 Erkennen eigener Grenzen – 20**
**2.3 Deeskalation durch Vermeidung von Eskalation – 23**
**2.4 Interventionen zur Gewaltreduktion – 24**
**2.5 Haltung des Teams gegenüber Aggression – 30**
**2.6 Zwangsmaßnahmen reduzieren – 34**
2.6.1 Was sind Zwangsmaßnahmen? – 35
**2.7 Reduktion von Entweichungen durch Reduktion von Unterbringungen – 38**
**2.8 Paradoxe Haltung in der Akutbehandlung – 40**
**2.9 Entdramatisierung – 41**
2.9.1 Entdramatisierung der Eigengefährdung – 42
2.9.2 Entdramatisierung der Fremdgefährdung – 42
**2.10 Verantwortung an den Patienten abgeben – 43**
**2.11 Toleranz von Fehlverhalten – 44**
**2.12 Keine Konzentration von Akutpatienten – 46**
**2.13 Einbezug der Wünsche von Angehörigen – 46**
**2.14 Statt Verbote: Angebote! – 48**
**2.15 Akzeptanz von Symptomen – 49**
**2.16 Schaffen von Normalität – 50**
**2.17 In der Regel haben Psychotiker: Angst! – 50**
**2.18 Adhärenz versus Compliance – 52**
**2.19 Adhärenztherapie – 53**
**2.20 Shared Decision Making – 54**
**2.21 Empathisches Zuhören – 58**
**2.22 Implementierung von Psychotherapie im Akutbereich – 61**
**2.23 Ressourcenaktivierung – 61**
2.23.1 Aufgabe – 62
**2.24 Problemaktualisierung – 63**
**2.25 Aktive Hilfe zur Problembewältigung – 65**
**2.26 Patientenfreundliche Kommunikation – 66**
**2.27 Ausgänge und Besuchszeiten liberal gestalten – 66**
**2.28 Effektive, nebenwirkungsarme Behandlung – 66**
**2.29 Fallbeispiele zur Türöffnung in zwei psychiatrischen Abteilungen – 71**
2.29.1 Vogtland-Klinikum Plauen (Waldmann 1997) – 71
2.29.2 Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Marburg (Longinus 1997) – 72

U. Lang, *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen*,
DOI 10.1007/978-3-642-32030-9_2, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

## 2.1 Reduktion der »Struktur« auf Akutstationen



Im Gegensatz zu einem Hotel, wo man sich gerne aufhält, weisen Akutstationen in der Psychiatrie häufig diverse Regelwerke auf, deren Nutzen für die Patienten und das dort beschäftigte Team teilweise nicht zu durchschauen ist. Ein Beispiel ist das frühe Wecken von Patienten um sieben Uhr morgens, meist mit dem Argument der »Strukturierung« des Patienten. Dieses Wecken führt zu Widerstand der Patienten und zu Unzufriedenheit und negativen Gefühlen des Patienten gegenüber dem Personal. Andere Regeln sind befristete Nutzung des Gartens, befristete Besuchszeiten, Zutrittsverbote zu bestimmten Räumen (Aufenthaltsraum, Badezimmer, Fernsehraum, Küche) zu bestimmten Zeiten, rigide Essenszeiten, Fernsehverbot zu bestimmten Zeiten, Waschverbot zu bestimmten Zeiten, Abnahme von diversen Gegenständen, Rauchverbot, auf Minuten angelegte Ausgangsregelungen, etc. In manchen Kliniken gibt es auch verschiedenste persönliche Gegenstände, die den Patienten abgenommen werden, um Sicherheit herzustellen. Da eine Hospitalisierung wider Willen mit Gefühlen der Vulnerabilität, Machtlosigkeit und Isolation einhergeht, wirken diese zusätzlichen Freiheitseinschränkungen möglicherweise auf Patienten demütigend.

Natürlich gibt es Argumente für oder gegen eine hohe Strukturiertheit von Akutstationen (Alexander u. Bowers 2004). So könnte ein Vorteil, wenn einer Patientin der Fön, die Nagelfeile und ihre Kosmetika weggenommen werden und ihr der Zugang zum Badezimmer verwehrt wird, sein, dass sie sich mit allen diesen Dingen nicht schädigen kann. Der Nachteil könnte jedoch sein, dass die Patientin verzweifelt ist, weil sie sich nicht mehr pflegen kann. Der Vorteil, wenn jemand einen 15-minütigen Ausgang alleine im Gelände hat, könnte sein, dass das Team weiß, wie lange der Patient sich wo aufhält. Der Nachteil könnte wiederum sein, dass der Patient gar nicht mehr zurückkommt, weil ihm der Sinn einer solchen Art von Freiheitsberaubung nicht einleuchtet.

Die Fähigkeit, Stationsregeln zu übersetzen, d.h. ihren Sinn und Nutzen für den Patienten zu erklären, besitzen oft weder der Patient noch das Behandlungsteam. Immer wieder stehen diese Regeln klar im Widerspruch zu einer wertschätzenden therapeutischen Beziehung. Diese wiederum gilt als die Grundlage jeglicher therapeutischer, aber insbesondere auch psychotherapeutischer Ansätze und Haltung.

Das erste Beispiel zeigt die Verunsicherung des Pflegeteams, wenn Regeln wegfallen, im zweiten Beispiel wird deutlich, dass eine »hochstrukturierte« geschlossene Station den Verlauf von Erkrankungen durchaus erschweren und eskalieren kann.

**Fallbeispiele**

Das Umsetzen offener Türen auf der psychiatrischen Akutstation der Charité (Berlin) führte zu teilweise erheblichem Widerstand bei einigen Pflegekräften. »Wenn wir den Ein- und Austritt der Patienten nicht mehr kontrollieren können und es keine Weckzeiten und keine Pflichten mehr von Patienten gibt, dann sind wir entmachtet« war ein häufiges Problem sowie »Wenn der nachts in den Ausgang gehen kann, dann tanzt der uns doch auf dem Kopf herum« , »Wenn der Patient spuckt (Alkohol trinkt, tritt, schimpft etc.), dann muss es eine Sanktion geben, wenn wir das ignorieren, dann machen wir uns unglaubwürdig«. »Wir sind hier kein Hotel« war der oft hilflose Satz, der klarstellen sollte, dass Patienten nicht zum Vergnügen da sein durften und dass es nicht sein durfte, dass ein Patient gerne auf der Station war.

Frau O. wird trotz ihres Status als Privatpatientin wegen einer schweren Manie auf die allgemeine Akutstation aufgenommen. Dort kommt es sehr schnell zu Isolation und Zwischenfällen; das Team der Akutstation hält eine zeitnahe Verlegung in die Privatklinik für unmöglich.

Frau M. ist auf der Akutstation die Problempatientin schlechthin. Trotzdem wird sie einige Tage nach der Aufnahme auf der Akutstation zur Deeskalation in die Privatklinik übernommen, wo sie weiterhin keine Medikamente einnimmt. Durch den sehr zuvorkommenden und hilfsbereiten, aber auch Struktur gebenden Umgang des Pflegeteams der Privatklinik mit der Patientin kommt es weder zu weiteren Zwischenfälle noch gestaltet sich die Behandlung auch nur ansatzweise als schwierig. Frau M. resümiert, dass die Ärzte der Akutstation zwar »top« gewesen seien, das ganze Umfeld, die »Erziehungsmaßnahmen« der Pflege und die verrückten Mitpatienten sie jedoch zu »manischen Fehlhandlungen« förmlich provoziert hätten.

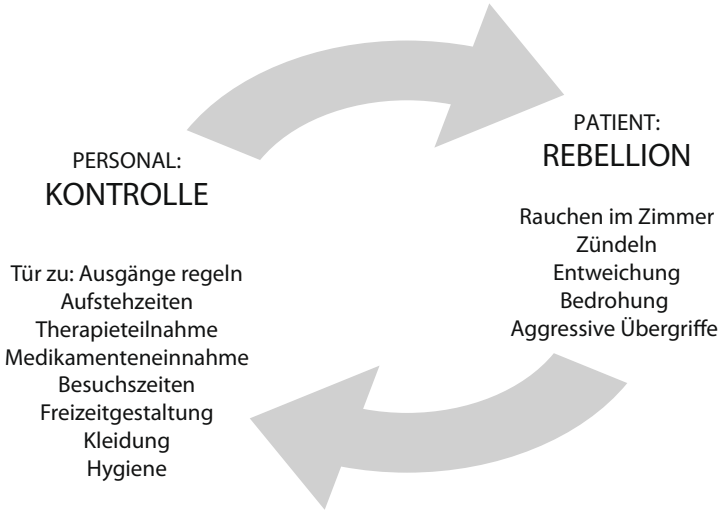



**Abb. 2.1** Teufelskreis aus Kontrolle und Gewalt

Es gibt nur wenige ältere Arbeiten zum Patienten-Outcome auf hochstrukturierten (Bursten et al. 1980; Caplan 1993; Jungman u. Bucher 1967; Levinson u. Crabtree 1979; Lowe et al. 2003) und unstrukturierten Stationseinheiten (Alden 1978; Bursten u. Geach 1976; Johansen 1983; Lanza et al. 1994). Gut verwertbare Aussagen zum Outcome lassen sich daraus nicht abschließend ableiten. Es gibt Hinweise, dass beispielsweise selbstschädigendes Verhalten und aggressive Übergriffe mit der Anzahl der Stunden, in denen die Stationstür verschlossen ist, korrelieren (Baker et al. 2008). Der freie Zugang zu Essen und Getränken beispielsweise sowie ein Fernsehgerät im Raucherraum scheinen zu einer Reduktion von Aggressivität und des Bedarfes an Tranquilizern zu führen (Alexander 2006). Was die meisten Autoren diskutieren, ist die Beobachtung, dass Risikosituationen wie Gewalt und Selbstschädigung auch als Reaktion auf Restriktionen entstehen können. Durch diesen Zusammenhang könnte sich die Eskalation von selbst- und fremdschädigendem Verhalten auf Akutstationen erklären lassen (Abb. 2.1).

Zu dieser Problematik liegen Studien vor, die den Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen des Pflegeteams mit Patienten und aggressiven Übergriffen herstellen konnten (Finnema et al. 1996; Hewison 1995; Muir-Cochrane u. Harrison 1996; Roper u. Anderson 1991; Whittington u. Wykes 1996). Zwei Studien zeigten aggressives Verhalten bei Patienten als Reaktionen auf Restriktionen des Settings (Lanza 1988; Nijman et al. 1997). Weitere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen einer Erzwingung von Regeln und den darauffolgenden Übergriffen von Patienten feststellen (Morrison 1989, 1994).

Außerdem gibt es Hinweise auf eine erhöhte Konfliktbereitschaft beim Pflegeteam, wenn eine autoritäre Atmosphäre herrscht (Lutzen 1990; Watkins 1979). Insbesondere scheint eine Institution per se eine autoritäre Haltung beim Pflegeteam bewirken zu können (Morrison 1998). Wichtig ist letztlich die genaue Information der Patienten bei Aufnahme. Es konnte gezeigt werden, dass ein Mangel an Informationen über den Stationsablauf und das Procedere Angst und Verwirrung bei neu aufgenommenen Patienten steigert (Alexander 2006). Bereits zu Beginn der Behandlung sollten Regeln erklärt und im Kontext der Rahmenbedingungen schlüssig dargestellt werden. Regeln müssen also vom psychiatrischen Team genauestens überdacht und auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft werden, damit sie wiederum den Patienten vermittelt werden können.

**Fallbeispiele zur Diskussion im Team**

Ist es therapeutisch unausweichlich, Patienten morgens um 7 Uhr zu wecken? Könnten sie ihr Frühstück nicht auch zu einem späteren Zeitpunkt einnehmen?

Ist es unumgänglich, alle Patienten zu durchsuchen? Kann nicht vielleicht als vertrauensbildende Maßnahme einfach gefragt werden, ob jemand Medikamente dabei hat, und ihm erklärt werden, warum eine individuelle Einnahme von Medikamenten die Klinik in Schwierigkeiten bringen kann?

Was sind die Gründe für ein Schließen der Küche oder der Aufenthaltsräume? Ist es sinnvoller, die Küche aufzuräumen oder dem Patienten einen Rückzugsort und das Fernsehen zu gewähren, oder sinnvoller, hungrigen oder gelangweilten Patienten zu erklären, dass es eben gewisse Regeln gibt?

Warum ist eine Teilnahmepflicht an bestimmten Angeboten erforderlich? Ist es aktivierender, wenn sich jemand um seine Katze zuhause kümmern kann oder wenn er in der Ergotherapie Körbe flechten muss? Könnte das therapeutische Angebot derart verbessert werden, dass Patienten gerne teilnehmen (z.B. durch Internetgruppen, Diskussionsrunden, Fitnesstrainer)?

Wirkt es sich positiv auf die Compliance der Patienten und ihre Aktivierung aus, wenn ihre Zimmer tagsüber verschlossen werden?

Regeln, die weder vom Team noch entsprechend von den Patienten als therapeutisch sinnvoll und förderlich erachtet werden, führen, gepaart mit geringer emotionaler Verfügbarkeit des Personals und wenig therapeutischem Engagement zur Intensivierung von Trotzreaktionen gegen ebendiese Regeln (Alexander 2006). Patienten, die nicht rauchen dürfen, zündeln, Patienten, die nicht nach Hause dürfen, verlassen die Klinik über andere Wege. Tatsächlich scheinen aggressive Durchbrüche bei Patienten seltener vorzukommen, wenn Gründe für Regeln erklärt werden (Bensley et al. 1995; Mistral et al. 2002), wobei auch häufigere »Entweichungen« von Patienten mit einem höheren Ausmaß an Stationsregeln assoziiert wurden (Bowers et al. 1999).

## 2.2 Erkennen eigener Grenzen

Thomas Bock (2010) schreibt in seinem Buch »Anstöße« über die Art von Hilfe, die psychisch Kranke brauchen: …»die Achtung vor dem Menschen und seiner Erkrankung darf die Medizin nicht verführen, allein alles zu können und alles zu wollen und maßlos zu werden.«

Vielen Patienten, die auf Akutstationen aufgenommen werden, kann durch die Möglichkeiten der Behandlung dort im Endeffekt nicht oder wenig geholfen werden. Gleichzeitig kann diesen Menschen jedoch durch den Faktor der Freiheitsberaubung und Zwangsbehandlung Schaden zugefügt werden. Der größte Schaden besteht sicherlich darin, dass Patienten die Psychiatrie als eine Instanz erleben, bei der sie keine Hilfe bekommen können und die sie im späteren Verlauf ihrer Erkrankung meiden werden. Dieser Tatsache ins Auge zu blicken ist sicher eine der wichtigsten entstigmatisierenden und deeskalierenden Maßnahmen, da sie die psychiatrische Kompetenz relativiert und die Frage der Verhältnismäßigkeit der leider oft allgegenwärtigen Zwangsbehandlung im Gegensatz etwa zu einer minimalinvasiven Intervention aufwirft. Was häufig überschätzt wird, ist, wie viel Zeit wir tatsächlich für einen Patienten haben. Eine richterliche Unterbringung in Berlin etwa wird den Rahmen von vier Wochen kaum überschreiten. Wichtiger, als in dieser kurzen Zeit eine komplette Remission zu erzielen, ist sicherlich, den Patienten für eine Weiterbehandlung nach dem Aufenthalt zu gewinnen.

Auch sind die rein medikamentösen Effekte, wenn sie nicht zu einer Adhärenz führen, sehr relativ zu sehen: In einem Kollektiv von 2326 untergebrachten Patienten und 764 Patienten, die freiwillig in psychiatrischer Behandlung waren, sich aber zu dieser Behandlung gezwungen fühlten, zeigten sich nur moderate Besserungen der Symptome durch eine Zwangsbehandlung (Kallert et al. 2007). Soziale Faktoren scheinen das Outcome stärker zu beeinflussen als etwa die Diagnose der Patienten (Kallert et al. 2007).

Es kann in der Psychiatrie nicht – anders als in allen anderen somatischen Disziplinen – der Grundsatz gelten, dass alle »schwierigen oder nichtcomplianten Patienten erst einmal auf die geschlossene Akutstation gehen«, da die Akutbehandlung, die dort praktiziert wird, nur für einen kleinen Anteil von Patienten tatsächlich von Nutzen ist. Gleichzeitig wird es dort bei einem hohen Turnover von schwerkranken Patienten und unterschiedlichsten, meist ungeklärten Fragestellungen zu ei-

nem relativen Personalmangel kommen, und ein entsprechend gefährdeter Patient wird eher »untergehen« als auf einer weniger belebten Station, wo sich die ganze Aufmerksamkeit auf den Neuzugang richten kann bzw. durch eine 1:1-Betreuung eine engmaschige Beobachtung und ein Kontaktangebot erfolgt. Dazu kommt auch ein Mangel an Fachkompetenz auf Akutstationen, insbesondere im psychotherapeutischen und medizinischen Bereich.

Steinert gibt eine gute Übersicht über mögliche Ursachen von Gewalt (Steinert u. Köhler 2005). Markiert ist in ◘ Tab. 2.1 der kleine Patientenanteil, der tatsächlich von einer geschlossenen psychiatrischen Akutbehandlung signifikant profitiert. Intoxikationen sind ein Grenzfall und können unter internistischem Monitoring letztlich sicherer geführt werden. Alle anderen Störungsbilder stellen entweder keine Aufnahmeindikation in die Psychiatrie (sondern z.B. in die Neurologie) dar oder erfahren durch die geschlossene Behandlung keine kausative Lösung ihres Problems und im »worst case« eine Retraumatisierung und damit iatrogene Schädigung, wie es bei persönlichkeitsgestörten Patienten teilweise beschrieben wird.

Eine Zwangsbehandlung kann einen Großteil der oben erwähnten Krankheitsbilder nicht beeinflussen, teilweise entweder nicht oder nicht lege artis behandeln und im schlimmsten Fall sogar verschlechtern. Dies steht in Übereinstimmung mit der Deklaration von Madrid, der World Psychiatric Association (Helmchen 1996) und dem »White Paper«, das 2004 vom Europarat verabschiedet wurde (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe 2000, s. Gaebel et al. 2009). Wendet man diese Grundsätze etwa für einen randalierenden Patienten mit Persönlichkeitsstörung an, der damit versucht, seine Partnerin von einer Trennung abzuhalten, dann wird man weder die eingeschränkte Willensbildung noch die vernünftige Aussicht auf Besserung durch Zwangsbehandlung vorfinden, da es keine evidenzbasierte medikamentöse zugelassene (Zwangs-)Therapie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gibt.

**Fallbeispiele für fehlende Sicherheit auf geschlossenen Stationen**

Eine 38-jährige Mutter entwickelt nach der ersten Geburt eine schwere postpartale Psychose. Diese führt zu einer Zwangseinweisung der Patientin auf eine geschlossene Station, die von der Patientin retrospektiv wahnhaft verarbeitet wird. Zwei Tage nach Aufnahme auf der geschlossenen Station nimmt die Patientin ihr neugeborenes Baby (das der Mann mitgebracht hat) mit auf ihr Zimmer und ertränkt es unter dem Einfluss imperativer Stimmen im Waschbecken.

Eine 45-jährige Krankenschwester hat über Monate eine schwere wahnhafte Depression. Sie fleht ihren Ehemann an, sie nicht in eine geschlossene Station einzuweisen, dies wäre ihr Ende und sie würde das Krankenhaus nie wieder verlassen. Auf eine ambulante oder tagesklinische Behandlung würde sie sich einlassen. Die Mutter der Patientin war wohl lebenslang in der Psychiatrie interniert gewesen, das ist die größte wahnhaft getriggerte Angst der Patientin. Trotzdem entscheidet sich der Ehemann schließlich zu einer Zwangseinweisung, am zweiten Tag ihrer Behandlung schiebt die Patientin eine Schwester zur Seite, schlägt mit einem Stuhl die Scheibe ein und springt aus dem Fenster der Psychiatrie in den Tod.

Die Verantwortung für Patienten und kritische Ereignisse zu tragen, für die die Fachkompetenz letztlich fehlt, und Patienten nur im Akutstadium zu erleben und nicht, wenn sie remittiert sind und selbstbewusst im Leben stehen, prägt die Teams von psychiatrischen Akutstationen.

Eine der relevanten Interventionen, die Hilflosigkeit und Haltung des Pflege- aber auch Ärzteteams verbessern können, liegt vor allem im Stressmanagement der Mitarbeiter (Gaebel et al. 2009). Beschäftigte in psychiatrischen Einrichtungen sollen lernen, den eigenen Stress und den eigenen Ärger in den Griff zu bekommen. Verschiedene Aspekte können im Teamgespräch (Voraussetzung ist ein regelmäßig stattfindendes offenes Teamgespräch) transparent diskutiert werden:

- Emotionale Instabilität spielt häufig beim Pflegeteam eine Rolle und soll durch den Umgang mit eigenen Emotionen und die Entwicklung emotionaler Stabilität ausgeglichen werden. Entwertende und zum Teil negative Einstellungen gegenüber Patienten, Kollegen und Arbeit müssen aufgearbeitet werden, und es müssen Handlungsalternativen erfolgen: »Handeln statt sich ärgern«.

- Über-, aber auch Unterforderung sollten vermieden werden, und das Aufgehen in der Tätigkeit (z.B. »so wie es am Anfang einmal war«) soll durch kreative Aspekte erreicht werden. Beispielsweise lohnt es sich, neue Gruppen zu initialisieren, mehr Verantwortung an das Pflegeteam abzugeben und das Pflegeteam in klare Aktivitäts- und Ruhephasen zu bringen, anstatt sie auf Daueransprache bzw. Dauerrückzug in einer Passivität verharren zu lassen.

Neben Work-Life-Balance, Aufklärung und Enttabuisierung in Bezug auf psychische Stressbelastung, Förderung der individuellen Ressourcen und der Stressbewältigungskompetenz sowie Selbsthilfemaßnahmen werden auch sportliche Betätigung, gesunde Ernährung, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen sowie Zeitmanagement empfohlen.

Psychische Probleme im Team (häufig Sucht) müssen angesprochen werden, denn gerade hier ist die Stigmatisierung frappierend hoch; psychische Erkrankungen von in der Psychiatrie Tätigen werden paradoxerweise am stärksten stigmatisiert.

Rollendistanz sollte reflektiert und die Sinnhaftigkeit von »Normen« diskutiert werden.

**Fallbeispiel**

Als deeskalierendes Moment und auch in Reflexion der Rollendistanz wurde an der Charité Campus Mitte (Berlin) die Pflegeuniform abgeschafft. Nach einigen Jahren kam über einige Monate ein schwer behinderter autistischer Patient in Behandlung, der durchgehend eine 1:1-Betreuung (teilweise auch eine 2:1-Betreuung) benötigte, da er Personen wahllos würgte und angriff. Da er nicht sprechen konnte, war eine verbale Deeskalation nicht möglich. Innerhalb weniger Tage nach Aufnahme des Patienten sank die Stimmung des Pflegeteams auf den Tiefpunkt, und das gesamte Team zog wieder die Uniform an. Rational der Pflege war, dass man sich durch die Spucke des Patienten nicht seine eigene Kleidung ruinieren wollte. Sowohl bei mir als auch bei einigen Patienten der Station löste die plötzliche Verwandlung der Pflege Unwohlsein aus. Das Anziehen der Pflegeuniform verkörperte in diesem Fall die zunehmende Rollendistanz des Teams und die Verschlechterung der Atmosphäre. Nach einigen Wochen, als der Patient wieder entlassen worden war, kam die Pflege wieder gut gelaunt in ihrer normalen Kleidung zum Arbeitsplatz.

Empathie scheint in der Arbeit mit Akutpatienten oft schwerer aufrechterhalten zu sein als auf anderen Stationen, da die Patienten oft vom Normalverhalten weiter entfernt sind.

Ein Perspektivwechsel ist vielen Pflegenden auf Akutstationen gar nicht mehr möglich. Der Satz »Behandeln Sie die Patienten, so wie Sie selbst behandelt werden wollen« muss immer wieder aufs Neue übersetzt werden. Oft würden Pflegende im Akutbereich beispielsweise Angehörige niemals auf ihre eigene Station aufnehmen, und der Abstand zu den Patienten erscheint unüberwindbar.

Ambiguitätstoleranz bezeichnet die Fähigkeit, in Konfliktsituationen andere Positionen aushalten und auch »Niederlagen« als Erkenntnisgewinn akzeptieren zu können. Sie sollte trainiert und vor allem legitimiert werden.

Die Vermittlung von Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness signalisiert dem Patienten Anteilnahme und Geborgenheit und wird mit Ausnahme von etwa schweren hirnorganischen Störungen oder Intoxikationen (also absoluten Ausnahmesituationen) niemals zu aggressivem Verhalten von Patienten führen. Es sollte für das ganze Team transparent werden, welche Teammitglieder warum Gewalt provozieren, und es sollte nicht die Reaktion auf diese Gewalt als heldenhafte Gegenwehr gelobt werden, sondern die Provokation von Gewalt sollte als vermeidbarer Fehler vermieden werden, und es sollten Überlegungen zur Verbesserung der Schlüsselsituationen angestellt werden.

**Fallbeispiel**

Der Pfleger M. kam mit der Öffnung der Station überhaupt nicht klar. M. kam aus einem problematischen Elternhaus und hatte selbst emotional instabile Persönlichkeitsanteile. Im Verlauf fiel auf, dass bei Gewaltsituationen immer Herr M. im Dienst war. Die anderen Kollegen im Pflegeteam gaben an, dass sie den Pfleger schätzten, da er bei Eskalationen immer parat sei und sie schützen würde. Er sei sehr hilfsbereit und immer als Erster zur Stelle, wenn es zu Fixierungen kam oder zur erforderlichen körperlichen Überwältigung von Patienten. Mehrere Schwestern gaben an, sie fühl-

ten sich immer »sicher«, wenn dieser Pfleger im Dienst sei. De facto hatte das gesamte Pflegeteam über Jahre scheinbar nicht wahrgenommen, dass genau dieser Pfleger offensichtlich kein Sicherheitsfaktor, sondern ein Sicherheitsrisiko war, da starke Gewalteskalationen von Patienten praktisch ausschließlich im Beisein dieses Pflegers auftraten, ohne dass dieser sich seiner »eskalierenden Haltung« bewusst war.

Die Transparenzmachung dieser oft an Einzelpersonen geknüpften Vorgänge und der offene Umgang mit derartigen Problemen im Team führt zu massiver Deeskalation und einer Art Zeichenumkehr im Umgang mit Gewalt und Gegengewalt.

Zusammenfassend heißt das Erkennen eigener Grenzen, dass einerseits nicht die Verantwortung für jeden akuten Patienten übernommen werden kann und soll, da teilweise die Fachkompetenz spezialisierter Stationen höher ist. Auch ist eine Einflussnahme auf den Patienten nicht immer möglich und vor allem nicht immer sinnvoll. Erkennen eigener Grenzen heißt außerdem, dass kein Mitglied im Team perfekt ist und dass das Team am stärksten ist, wenn es an Fehlern arbeitet und sich zu Fehlern bekennt.

## 2.3 Deeskalation durch Vermeidung von Eskalation

Deeskalation bedeutet freundliche und hilfsbereite Interaktion. Die Gewaltreduktion bei geöffneten Türen hängt möglicherweise maßgeblich damit zusammen, dass die Interaktion zwischen Pflege und Patienten ansteigt, sei es, weil eine Pflegekraft sich im Türbereich aufhalten muss (je nach Konzept), oder sei es, weil sie mit Patienten in Interaktion treten muss, die die Station nicht verlassen sollten. Diese Interaktion findet bei geschlossenen Türen nicht statt. Die Pflege befindet sich oft in ihrem Stationszimmer, zu dem Patienten in der Regel keinen Zutritt haben.

Deeskalation bedeutet auch eine adäquate Risikoabschätzung, da sich einige Situationen nicht deeskalieren lassen, sondern nur durch die Anwendung physischer Mittel bewältigt werden können. Jeglicher mechanischen Begrenzung wie Isolation, Fixierung oder Einsperren auf der Station sollte der Einsatz von Sitzwachen vorgeschaltet werden, da Sitzwachen (z.B. Medizin- und Psychologiestudierende) ein oftmals großes Repertoire an Verhaltensweisen, eine hohe Empathiefähigkeit, Flexibilität, eine hohe Motivation aufweisen und eine Kreativität im Umgang mit Patienten aufweisen.

**Risikoeinschätzungen sollten möglichst unter Einbezug des ganzen Teams unternommen werden. Letztlich sind Ärzte alleine oft bezüglich ihrer Risikoabschätzung nicht zutreffend, und Schlüsselsituationen treten häufig im Beisein des Pflegeteams auf, das 24 Stunden auf der Station präsent ist. Mitspracherecht von allen Berufsgruppen wiederum stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl, und Entscheidungen im Alleingang sind meist unbeliebt.**

Eine Deeskalation hat vor allem das Ziel, die Situation zu kontrollieren und dabei nicht physische oder chemische Kontrolle über den Patienten auszuüben. Manchmal bedeutet Deeskalation jedoch auch, weniger Kontrolle auf den Patienten auszuüben; in der Regel eskalieren Situationen immer dann, wenn es zu einem verschärften Kontrollbedürfnis seitens des Teams kommt. Entsprechend ist es wichtig, diese eskalierenden und kontrollierenden Elemente für alle Teamkollegen transparent zu machen und idealerweise abzuschaffen.

Beispiele für eskalierende Bedingungen sind:

- kein Zugang zu Nahrungsmitteln (Zusperren der Küche)
- kein Zugang zu Zigaretten
- kein Ausgang
- kein Besuch
- keine Möglichkeiten zu telefonieren
- richterliche Anhörungen
- keine transparenten Sprechzeiten der Ärzte
- seltene Gesprächsangebote
- fehlende Reaktion auf Patientenwünsche
- Abnahme von Besitz (Gürtel, Pass etc.)
- Kritik
- Patientenaufnahme in engen Räumen unter hoher Personalpräsenz
- keine psychologischen Einzelgespräche
- kein Sportangebot
- kein Zugang zum Garten

- Langeweile durch fehlende Gruppenangebote
- keine Rückzugsmöglichkeit
- freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie z.B.
  - Wecken
  - Eingrenzen der Essenszeiten, ohne die Möglichkeit, dass jemand sich noch etwas holen kann
  - Beschränkung der Fernsehzeiten
  - Nachtruhe zu einem verfrühten Zeitpunkt
  - Durchsuchungen

Deeskalation ist am Erfolg versprechendsten, wenn sie als frühe Intervention und damit Vermeidung von Eskalation erfolgt. Je weiter die Eskalation vorangeschritten ist, desto geringer sind die Chancen zur spontanen Entspannung bzw. auch zum Rückzug einer Partei.

Ein zentrales Mittel der Deeskalation ist der Zeitgewinn bei Entscheidungen und Reaktionen.

Deeskalierende Maßnahmen sollten mit dem notwendigen Selbstvertrauen und der entsprechenden Sicherheit vorgenommen werden, ohne jedoch provozierend zu wirken. Das Selbstvertrauen sollte dabei idealerweise nicht darin bestehen, Patienten unangenehme Wahrheiten zu sagen oder sie einzuschränken, sondern ihnen Freiheiten zu gewähren, die man durch klinische Souveränität überblicken können sollte.

So wäre eine mutige deeskalierende Maßnahme nicht, einem verbal aggressiven Patienten vertraglich klarzumachen, wie die Regeln der Station sind oder ihm als Sanktion den Ausgang zu verwehren, sondern diesem Patienten gerade deshalb Ausgang zu geben, damit er sich beruhigen kann.

Es gibt viele körpersprachliche Richtlinien, die Deeskalation quasi übersetzen, wie beispielsweise gesenkte Arme, nach oben geöffnete Handflächen, eine zugewandte Körperhaltung auf der Höhe des Patienten (wenn der Patient sitzt, immer vor ihm hinknien) sowie ein respektvoller Abstand (gerade katatone Patienten explodieren förmlich, wenn man ihnen (auch verbal) zu nahe kommt). Ein erhobener Arm oder Zeigefinger, in die Seite gestemmte Arme, eine Erhöhung gegenüber dem Patienten und massiges Auftreten führen eher zu Abwehr und im ungünstigsten Fall zum Gegenangriff.

Verbale Deeskalationstechniken haben zum Ziel, die emotionale Anspannung aus der Situation zu nehmen. Die emotionale Botschaft und die dadurch mitgeteilte Sorge oder Befürchtung sollte ernst genommen und möglicherweise geteilt werden, indem etwa

- auf die emotionale Botschaft adäquat reagiert wird,
- die Mitteilung der anderen Person paraphrasiert wird,
- ein eindeutiges Interesse an der Sichtweise der anderen Person signalisiert wird.

Eine bekannte und probate Methode der Kommunikation ist die Nutzung von sog. Ich-Botschaften. Hierbei wird die eigene subjektive Perspektive verdeutlicht, ohne dass die Aussagen zu stark oder gar apodiktisch werden (Bsp.: »Ich erlebe das so…« und nicht: »Das ist so!«).

Darüber hinaus kann ein erheblicher Deeskalationseffekt durch die Vermeidung sog. Kommunikationskiller erzielt werden. Damit sind Äußerungen gemeint, die eine erwartbare und eskalierende Reaktion der anderen Seite hervorrufen können, beispielsweise die Moralisierung, die Zurechtweisung, die Verniedlichung, die Verunglimpfung oder die Beschuldigung.

**Deeskalation bedeutet eine bewusste Unterlassung eskalierender Kommunikation.**

## 2.4 Interventionen zur Gewaltreduktion

Die Exposition von Pflegeteams gegenüber Gewalt hat katastrophale Auswirkungen auf deren Gesundheit. Wenn die Gesundheit eines Pflegeteams nicht geschützt wird, wird es Burnout-Symptome entwickeln, die wiederum zu einer Verschlechterung der Gewaltsituation führen (Felton 1998; Melchior et al. 1997). Etwa 20 % der Mitglieder eines Pflegeteams, die Opfer von Gewalt wurden, entwickeln posttraumatische Stresssymptome (Inoue et al. 2005); zudem führt Gewalt am Arbeitsplatz zu Burn-Out (Leiter et al. 1996; Prosser et al. 1997) und verringerter Zufriedenheit mit dem Job (Dougherty et al. 1992; Stamm 1997).

In der jüngsten Literatur nehmen Untersuchungen zur Reduktion von Gewalt auf Akutsta-

**Tab. 2.1** Potenzielle Ursachen für Gewaltverhalten bei psychiatrischen Patienten. (Nach Steinert u. Kohler 2005)

| | |
|---|---|
| Häufig | – Alkoholintoxikation (evtl. in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung)<br>– **akute Psychosen** (schizophrene oder bipolare Störungen)<br>– Erregungszustände in psychosozialen Konfliktsituationen ohne zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung<br>– Mischintoxikation bei Polytoxikomanie<br>– Persönlichkeitsstörung |
| Weniger häufig | – postkonvulsiver Dämmerzustand bei Epilepsie<br>– akute Belastungsreaktion nach psychischem Trauma<br>– geistige Behinderung mit rezidivierenden, gleichartig verlaufenden Erregungszuständen<br>– Demenz<br>– **Entzugssyndrom/Delir**<br>– unmittelbar vorangehendes Schädel-Hirn-Trauma<br>– organische Persönlichkeitsstörung |
| Selten | – akute Gehirnerkrankung, z.B. Subarachnoidalblutung, Enzephalitis (neurologische Symptome können zunächst fehlen!)<br>– metabolische Störung (z.B. Hypoglykämie, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz)<br>– sonstige Gehirnerkrankung (Tumor, Gefäßprozess)<br>– pathologischer Rausch |

tionen zu (Tab. 2.1). Die Mehrheit dieser Untersuchungen zeigt, dass durch das Training von Teams mit vergleichsweise wenig Interventionen (teilweise nur einzelne Workshops) und in relativ überschaubaren Zeitintervallen signifikante Reduktionen von Gewalt erzielt werden können. Eine zentrale Rolle bei diesen Untersuchungen spielt das Pflegepersonal.

Die Haltung eines Teams bezüglich des Ursprungs von Aggression bedingt die Reaktion darauf. Eine internale Attribuierung von Gewalt führt eher zu Fixierung, Zwangsmedikation, Isolation und Eskalation von Gewalt, während eine externale oder situationale/interaktionale Attribuierung diese nicht zwangsläufig bedingen.

Teamsupervision und Nachbesprechung von Gewaltsituationen und Übergriffen sind ein essenzieller Bestandteil, um Gewalt von Patienten zu verstehen und darauf sinnvoll zu reagieren oder sich so zu verhalten, dass erst gar keine Gewalt auftritt. Die unterschiedlichen Stimmung der Patienten auf verschiedenen Stationen schien nach Arbeiten von Bowers et al. (2000) im Wesentlichen mit Haltungen und Einschätzungen des Pflegeteams auf diesen Stationen zusammenzuhängen; hier konnten drei relevante Faktoren ermittelt werden: eine positive Würdigung der Patienten durch das Team, die Fähigkeit des Teams, seine eigenen natürlichen Emotionen den Patienten gegenüber zu regulieren, und die Fähigkeiten des Teams, effektive Strukturen und Regeln auf der Station zu schaffen und diese transparent zu erklären.

Diese Prozesse wiederum scheinen abhängig zu sein von (Bowers et al. 2006)

- der psychiatrischen Philosophie des Teams,
- den Moralvorstellungen des Teams (Professionalität, Ehrlichkeit, Humanismus, Nicht-Verurteilung),
- der Verwendung kognitiver Selbstbewältigungsmaßnahmen,
- den interpersonellen und Teamwork-Fähigkeiten (Zusammenhalt, Konsistenz, gegenseitige Unterstützung) sowie von
- der Unterstützung der Organisation (Angebot der Supervision und Weiterbildung).

Einen großen Einfluss auf den Umgang mit Gewalt hat die Einschätzung der Gewalt (Collins 1994; Whittington u. Higgins 2002). Viele Untersuchungen versuchen durch Aggressions-, Deeskalations- oder Fixiertrainings einen besseren Umgang mit aggressiven Patienten zu ermöglichen (Collins 1994; Delaney et al. 2001; Needham et al. 2002; Nolan et al. 1999; Spokes et al. 2002).

Eine randomisierte kontrollierte Studie aus der Schweiz konnte keine signifikanten Veränderungen der Haltung eines Teams durch einen Kurs im Aggressionsmanagement feststellen (Needham et al. 2004). Eine andere Studie, die den Effekt eines Trainingskurses auf die Haltung des Pflegeteams untersucht hat, belegte keinerlei Auswirkungen des Kurses bezüglich der Einschätzungen zu Patientenmotivation und Verantwortung für Gewalt

**Tab. 2.2** Tabellarische Übersicht über Interventionen und Outcomes zur Gewaltreduktion auf Akutstationen

| Gruppe | Intervention | Zielgruppe | Outcome |
|---|---|---|---|
| Allen et al. (2006) | Bezugspflege, Zuhausebehandlung | Krkhs | ↑Zufriedenheit, Zuversicht, Skills |
| Ashcraft u. Anthony (2006) | 12h-Training, Recoverymodell, Komitee | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Bisconer et al. (2007) | Aggressionsmanagement | Patient | ↓Aggression, ↓Zwangsmaßnahmen, ↓Übergriffe |
| Björkdahl et al. (2007) | Bröset, Zuhausebehandlung | Station | ↓Übergriffe, ↑Zwangsmaßnahmen |
| Bowers et al. (2006, 2008) | City Nurses, Workshop | Station | →Aggression, Übergriffe, ↑Zuversicht, Skills |
| Calabro et al. (2002) | Rollenspiele, Prävention, Acting Out | Team | ↑Zuversicht, Skills |
| Canatsey et al. (2002) | Stimuluskontrolle | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Corrigan et al. (1995) | Problemlösetraining | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Donat (2003) | Personalschlüssel, Verhaltenskonsil | Krkhs | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Donovan et al. (2003) | ABCD-Regel | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Fisher (2003) | Clozapin, DBT, Umgang | Krkhs | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Forster et al. (1999) | Diskussionen mit Team, Selbstverteidigung | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Goren et al. (1996) | Pflegephilosophie, Task Force | Krkhs | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Hahn et al. (2006) | Ethik-Debriefing, Aggression | Team | →Zuversicht, Skills, Haltung |
| Hellerstein et al. (2007) | Coping Agreement Questionnaire, Diskussionen | Station | →Zwangsmaßnahmen, ↓Aggression, ↓Übergriffe |
| Hurlebaus et al. (1997) | Workshop, Aggressionsmanagement | Team | ↑Zuversicht, Skills |
| Ilkiw et al. (2002) | Weiterbildung, Selbstfürsorge | Team | ↑Zuversicht, Skills |
| Infantino et al. (1985) | Deeskalation, Abbruch, Kontrolle | Team | ↓Aggression, ↓Übergriffe |
| Jonikas et al. (2004) | Krisenmanagement, Therapeutenmanagement | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Kalogjera et al. (1989) | Krisenmanagement, Feedbackrunde | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Martin (1995) | Körpertraining | Krkhs | ↑Aggression |
| Martin et al. (2008) | Problemlöseprogramm | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Mc Cue et al. (2004) | Stressmanagement, Deeskalation, Kriseninstitut | Station | →Aggression, ↓Zwangsmaßnahmen |
| Meehan et al. (2006) | Deeskalation, Weiterbildung | Station | ↓Aggression, ↓Übergriffe |

**Tab. 2.2** *Fortsetzung*

| Gruppe | Intervention | Zielgruppe | Outcome |
|---|---|---|---|
| Morales et al. (1995) | Haltung Team, Supervision | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Needham (2004, 2005) | Monitoring, Aufklärung, Bröset | Station | ↓ →Aggression, →Zuversicht, Skills |
| Nijman et al. (2007) | Information, Aufklärung Patienten | Station | ↓Aggression |
| Paterson et al. (1992) | Gewalttraining | Team | ↑Zuversicht, Skills |
| Philips u. Rudestam (1995) | Selbstverteidigung | Team | ↑Zuversicht, Skills |
| Pollard et al. (2007) | Haltung, Monitoring, Diskussion | Station | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Visalli et al. (1997) | Implementierung Deeskalationsstufen | Krkhs | ↓Zwangsmaßnahmen |
| Whittington u. Wykes (1996) | Gewalteinschätzung, Workshop | Station | ↓Aggression |

(Collins 1994). Die Haltung eines Teams bedingt die Anzahl der Übergriffe bei Patienten: Je kontrollierender die Haltung, desto mehr Übergriffe durch die Patienten (Morrison 1990).

Im Folgenden werden einige Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien zum Thema Gewaltprävention und deren Effekte vorgestellt. Die nachfolgende Tab. 2.2 gibt die Art der Intervention wieder und die Einrichtung/Einheit, in der die Intervention erfolgte.

Allen et al. (2006) haben ein Modell entwickelt, in dem Pflegepersonal im ambulanten Setting integriert war und Bezugspersonensystem beinhaltete. Ein Komitee beurteilte das Outcome der Patienten. Decision Making-Prozesse wurden dezentralisiert, und Pflegekräfte arbeiteten an ihren praktischen Fertigkeiten. Die Studie fand an einem Krankenhaus statt. Es zeigte sich über einen Zeitraum von zehn Jahren eine signifikante Reduktion von Gewalt, restriktiven Maßnahmen sowie Isolationen.

Den gleichen Effekt erzielten Ashcroft und Anthony (2008). In ihrer Studie forderte die Leitung der Klinik eine Reduktion von Zwangsmaßnahmen. Die Behandlung sollte wertschätzend sein und nicht mehr regelorientiert umgesetzt werden; außerdem sollte sie individualisiert, personenzentriert und verständlich sein. Das Training des Personals, das insgesamt zwölf Stunden dauerte, beinhaltete Aspekte des Recovery Models, ressourcenorientierte Behandlung, Wertlegung auf Prävention und den Ansatz, den Patienten so viel Kontrolle wie möglich zu geben. Ein weiterer Inhalt war Debriefing. Durch diese Intervention wurde eine Reduktion von Restriktion, Gewalt und Zwangsmaßnahmen erzielt.

Bowers et al. (2006) boten einen fünftägigen Kurs zu Ursachen und Prävention von Gewalt an. Sie zeigten den Teilnehmern Umgebungsfaktoren auf, die Gewalt provozieren, und erklärten Taktiken, wie mit Patienten gesprochen, verhandelt und kommuniziert werden kann; zudem boten sie einen Zusatzkurs zu Restraint-Taktiken an. Es konnte in dieser Untersuchung keine signifikante Reduktion von Gewalt und Aggression durch die Weiterbildung erzielt werden; das Ergebnis war nicht eindeutig.

Bisconer et al. (2006) entwickelten ein definiertes Zielverhalten beim Patienten, eine Möglichkeit zur Identifikation von Problemen und eine verbesserte Dokumentation und Zielvereinbarungen. Dadurch konnten in einem Zeitraum von 39 Monaten Zwangsmaßnahmen, Aggression und Übergriffe signifikant reduziert werden.

Auch die Gruppe um Björkdahl et al. (2007) konnte über einen Zeitraum von zwei Jahren Übergriffe reduzieren, indem ein Oberarzt mit

der Pflege arbeitete, die Pflege in das ambulante Setting einbezogen, die Dokumentation verbessert und die Bröset Violence Checklist implementiert wurde, um Patienten mit einem erhöhten Gewaltrisiko zu identifizieren. Darüber hinaus wurden von dieser Gruppe Guidelines für Zwangsmedikationen und Zwangsmaßnahmen entwickelt (Björkdahl et al. 2007).

Bei Bowers et al. (2006, 2008) zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse. Hier arbeitete ein Experte mit dem Team an drei Tagen pro Woche mit, aber das Programm zeigte sich nicht durchgehend erfolgreich.

Calabro et al. (2002) boten ein 12-stündiges Training an, das Rollenspiele, Selbststudium und Vorträge umfasste und in dem Management von eskalierendem Verhalten, Prävention des »Acting Outs«, Reduktion von Umweltfaktoren für Gewalt und Angstmanagement trainiert wurden.

Canatsey und Roper (1997) forderten, Patienten, die physisch oder verbal aggressiv waren, entsprechende Stimuli zu entziehen.

Corrigan et al. (1995) implementierten ein Problemlösetraining, bei dem individuelle Wissenslücken beim Team erhoben wurden.

Donat et al. (2003) implementierten ein Verhaltenskonsil, erhöhten Pflegepersonalschlüssel und verbesserten die Qualität von Behandlungsplänen.

Donovan et al. (2003) entwickelte eine ABCD-Regel: Autonomie, Dazugehörigkeit (Belonging), Kompetenz (Competence) und Hilfsbereitschaft (Doing for others).

Fisher et al. (2003) haben ein Programm entwickelt, um ein respektvolles Miteinander und Umfeld zu fördern. Darüber hinaus erhöhten sie Clozapin-Gaben und implementierten Dialektisch-behaviorale Therapie sowie Monitoring von Zwangsmaßnahmen.

Forster et al. (1999) setzten auf wöchentliche Diskussionen mit dem Team, eine Dokumentation der Weiterentwicklung auf der Station und Selbstverteidigungstraining. Das Team wurde mit der Erfahrung von Restraint-Situationen konfrontiert, es wurden Gründe für Aggression erörtert, und es wurden unnötige Zwangsmaßnahmen reflektiert.

Goren et al. (1996) entwickelten eine Pflegephilosophie und eine aggressionsfreie Task Force und präsentierten dem Team Daten und Literatur zu Zwangsmaßnahmen. Sie reduzierten Regeln und Gesetze, verbesserten die Kommunikation, supervidierten Praktiken und Politik der Station und verbesserten die Arbeitsumgebung.

Hahn et al. (2006) implementierten eine Weiterbildung über Ethik, Aggression, Aggressionsverhalten, Debriefing, Erkennen und Prävention von Aggression sowie Abbruchstrategien.

Hellerstein et al. (2007) initiierte Diskussionen des Teams, wie man Zwangsmaßnahmen vermeiden könnte. Darüber hinaus veränderte er die Politik der Zwangsmaßnahmen, versuchte mehr Flexibilität beim Team zu erreichen und entwickelte einen Coping Agreement Questionnaire, der in Zusammenarbeit mit dem Patienten ausgefüllt wurde.

Hurlebaus und Link (1997) führten einen vierstündigen Workshop durch, in dem die Definition und Ursache von Ärger, Aggressionstheorien, die Verwendung nicht verbaler Botschaften, die Verwendung nicht-körperlicher Interventionen, Selbstverteidigung sowie Abbruchstrategien entwickelt wurden.

Ilkiw-Lavalle et al. (2002) entwickelten das INTACT-Programm, das aus gesetzlichen Grundlagen, Aggressionszirkeln, Aggressionsmanagement, Dokumentation von Vorkommnissen sowie Selbstfürsorge nach einem Vorfall besteht. Außerdem wurden im Rahmen des zweitägigen Programmes Selbstverteidigungsstrategien eingeübt.

Auch die Gruppe um Infantino et al. (1985) trainierte ein Team in drei achtstündigen Sitzungen in Aggressionskontrolltechniken, verbaler Deeskalation und Abbruchmöglichkeiten und verbesserte das Reporting.

Jonikas entwickelte ein Krisenmanagementtraining für Patienten und für das Team (Jonikas et al. 2004). Er reduzierte Zwangsmaßnahmen durch die Implementation eines Therapeutenmanagements, das verschiedene Interventionen auf verschiedenen Stufen der Eskalation beinhaltet. Kologjera setzte Nachbesprechungen und Feedbackrunden ein (Kologjera et al. 1989).

In einer Studie von Martin (1995) wurden vor allem Körpertraining und Fertigkeiten zur Durchführung von Isolation und Fixierung etc. trainiert; dadurch stieg die Aggression der Patienten an. Aus diesem Ergebnis kann geschlossen werden,

**Tab. 2.3** Bröset-Gewalt-Checkliste

| Verhaltensweise | Definition | Vormittags | Abends |
|---|---|---|---|
| Verwirrt | Erscheint verwirrt, verkennt Personen, ist desorientiert | | |
| Reizbar | Ist schnell verärgert oder wütend, erträgt die Anwesenheit anderer nicht | | |
| Lärmig | Verhalten ist übermäßig laut, schlägt Türen, schreit | | |
| Körperliches Drohen | Deutliche Absicht, eine Person zu bedrohen, reißt an Kleidung, hebt Faust | | |
| Verbales Drohen | Beschimpfungen, verbale Angriffe | | |
| Angriff auf Gegenstände | Zerschlagen von Fenstern, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand, Zerschlagen von Möbeln | | |
| Summe | | | |
| **Interpretation** | **0 Punkte** | **1–2 Punkte** | **>3 Punkte** |
| | Geringes Risiko | Mäßiges Risiko: Prävention | Hohes Risiko: Prävention und Plan |

dass das Erlernen der körperlichen Durchführung von Zwangsmaßnahmen diese vermutlich erhöht. In der Folge entwickelten Martin et al. (2008) ein Problemlöseprogramm, das zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen führte.

McCue startete 2004 sechs Initiativen: eine Ärger-/Stressgruppe für Patienten wurde implementiert; Patienten, die ein Risiko für Zwangsmaßnahmen aufwiesen, wurden identifiziert; dem Team wurde vom Kriseninterventionsinstitut ein Videoangebot ermöglicht; alle Zwangsmaßnahmen wurden nachbesprochen; ein Belohnungssystem für das Team wurde eingeführt.

Meehan et al. (2006) entwickelten das Programm PART (Professional Assault Response Training), das Deeskalation, Evasion, Psychopharmakologie, Management von Risiken, Symptommanagement und Risikoabschätzung lehrt; gleichzeitig verbesserte er das Monitoring.

Morales und Duphorne (1995) supervidierten ein Team zweimal pro Monat über einen Zeitraum von drei Monaten; dabei wurde gemeinsam die Haltung den Patienten gegenüber und die Vermeidung von Restriktionen reflektiert.

Needham implementierte die Bröset Violence Checklist und führte einen Fünf-Tages-Workshop zur Gewaltprävention durch (Needham et al. 2004, 2005).

Nijman entwickelte eine Staff Observation Rating Scale, und ein Informationsblatt für Patienten, warum die Tür geschlossen ist. Er entwickelte außerdem eine Prozedur für verbale Interventionen, diskutierte Behandlungsziele und verbesserte die Aufklärung von Patienten (Nijmann et al. 2005).

In einem zehntägigen Kurs vermittelten Paterson et al. (1992) theoretisches Wissen über Gewalt, über Techniken, um einen Übergriff zu verhindern, über Abbruchmöglichkeiten sowie über die professionelle Durchführung von Zwangsmaßnahmen.

Phillips und Rudestam (1995) untersuchten in zwei Gruppen den zusätzlichen Einfluss des Erlernens von Selbstverteidigungsmöglichkeiten zur allgemeinen Aufklärung über Gewaltprävention.

Pollard (2007) hat mit einem Team über einen Zeitraum von 48 Monaten über Alternativen zu Zwangsmaßnahmen diskutiert. Er fragte das Team nach Bedenken und Sorgen, diskutierte über das Risiko von Zwangsmaßnahmen und sprach über eine Veränderung der Politik, Monitoring und Feedback zur Verbesserung nach allen Episoden von Gewalt.




**Abb. 2.2** Dreieck der Deeskalation. (Adaptiert nach Visalli u. McNasser 2000)

Die Bröset-Gewalt-Checkliste wurde von dem Pflegeforscher Roger Almvik in Trondheim entwickelt und ist ein Instrument zur Abschätzung eines bestehenden Aggressionsrisiko (Abderhalden et al. 2004; Almvik u. Woods 1998, 2003; Almvik et al. 2000; Linaker et al. 1995; Tab. 2.3).

Die Abb. 2.2 veranschaulicht plastisch das von Visalli entworfene »Dreieck der Deeskalation« zum Vorgehen bei sich zuspitzenden Situationen (nach Visalli 2000). Begonnen wird auf einer breiten Basis der deeskalierenden – meist dienstleistenden- Elemente, die glücken können und eine weitere Zuspitzung in Richtung Zwangsmedikation bzw. Restriktion nicht mehr erforderlich machen müssen.

In Abb. 2.3 kann die Synopsis der Mechanismen zur Verbesserung der Stationsatmosphäre und Patientenautonomie entnommen werden.

## 2.5 Haltung des Teams gegenüber Aggression

Aggression ist ein großes Problem für psychiatrische Pflegeteams, da diese am häufigsten von allen beteiligten Berufsgruppen unter Gewaltausbrüchen körperlich und psychisch zu leiden haben (Cooper u. Swanson 2002; Hahn et al. 2006; Rippon 2000; Whittington u. Higgins 2002).

Aggression bei Patienten kann zu Verletzungen anderer Patienten oder Personal, zur Abwesenheit beim Personal und verringerter Arbeitseffizienz führen (Bowers et al. 2006; Hunter u. Carmel 1989).

Die potenzielle Gewalt psychiatrischer Patienten ist ein signifikantes Thema in psychiatrischen Krankenhäusern. Die Prävalenz von Gewalt bei psychiatrischen Patienten reicht von 6,1 % bis 25 %

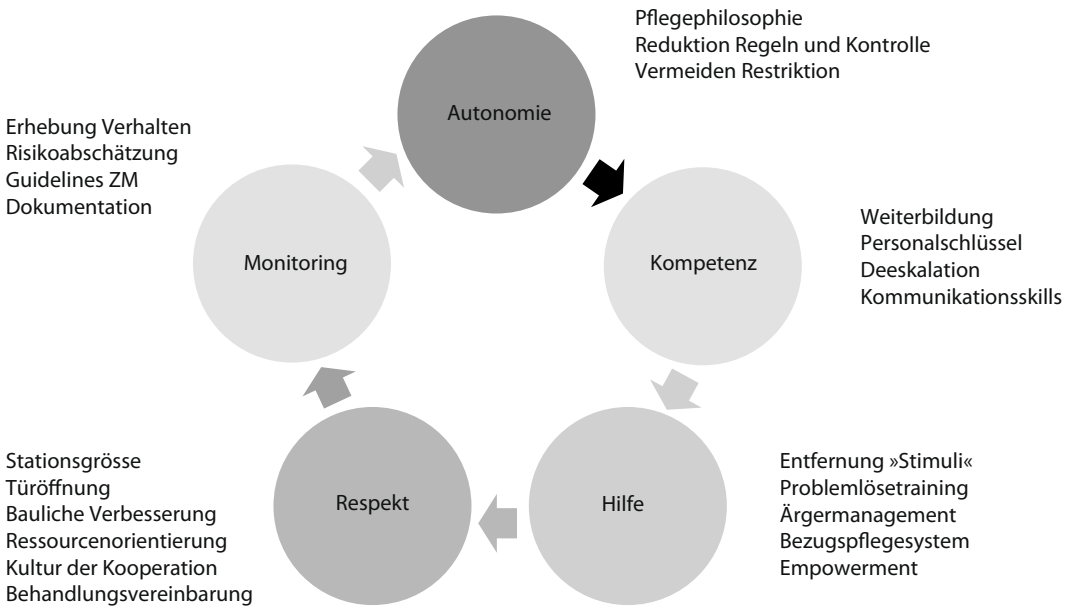



**Abb. 2.3** Qualitätsfaktoren einer guten Akutbehandlung. (Adaptiert nach Johnson et al. 2010)

(Grassi et al. 2001; Haller u. Deluty 1988; Ketelsen et al. 2007; Lee et al. 1987; Ruesch et al. 2003; Steinert et al. 1999; Walker u. Seifert 1994). In einer Studie von Reid et al. (1985) wurden pro psychiatrischem Bett jährlich ca. 2,54 Angriffe gezählt, wohingegen diese Zahl bei somatischen Betten bei 0,74 Angriffen jährlich lag (Reid et al. 1985).

Kognitive Faktoren spielen eine wichtige Ursache in der Einschätzung von menschlichem Verhalten und so auch von Aggressivität (Eron 1994; Quinsey u. Cyr 1986). Die Behandelbarkeit aggressiven Verhaltens wird von Klinikern jedoch oft umgekehrt proportional zu der Bedrohlichkeit eingeschätzt. Die Behandelbarkeit von Aggression wiederum erhöht die Selbstwirksamkeit eines Teams, und bei Nichtbehandelbarkeit sollte konsequent auch keine Behandlung erzwungen werden.

Ein psychiatrisches Pflegeteam zeigt einen höheren mittleren Angstwert als ein nichtpsychiatrisches Pflegeteam (De Lucio et al. 2000). Vor allem Rollenkonflikte und Entscheidungsdilemmata scheinen zur Angst während des Behandlungsprozesses beizutragen (Dawson et al. 1998).

Persönliche Charakteristika des Teams (Geschlecht, Alter, Erfahrung, psychologische Aspekte) spielen im Ausmaß der Angst eine erhebliche Rolle (Poyner u. Warne 1986). Personen, die einen höheren Angstwert aufweisen, empfinden die Bedrohung durch Aggressivität stärker (Chen et al. 2005; Chung u. Long 1984; Yarcheski et al. 1999). Die kognitive Verarbeitung spielt hier die wichtigste Rolle, was auch durch Befunde gestützt wird, die die Angstrate bei Pflegeteams mit dem Vorgehen gegen Aggression und dem Auftreten von Aggression verbinden (Chen et al. 2005).

Ein psychiatrisches Team muss also einerseits entängstigt werden, die interaktionelle Dynamik der Gewalt erkennen, eine gute Einschätzung treffen und bzgl. des Vorgehens Entscheidungen fällen (Morrison 1992; O'Brien u. Cole 2003).

In deutlicher Abweichung von den gesamtgesellschaftlichen Risikofaktoren für Gewalttaten konnte in psychiatrischen Krankenhäusern keine Assoziierung des Risikos für aggressives Verhalten mit männlichem Geschlecht, jüngerem Alter oder bestimmten psychiatrischen Diagnosen konsistent belegt werden (Steinert et al. 2007). Die

Schwere psychopathologischer Symptome spielt eine Rolle, ist aber ebenfalls als Risikofaktor nicht belegbar. Gemäß größerer Studien aus dem deutschen Sprachraum sind moderate Prädiktoren aggressiven Verhaltens Merkmale verminderter sozialer Kompetenz wie beschützte Wohnsituation, beschützter oder fehlender Arbeitsplatz und fehlende Ausbildung (Ketelsen et al. 2007; Ruesch et al. 2003; Spießl et al. 1998). Auch aus diesen Beobachtungen resultiert, also dass Patienten nicht nur durch ihre Erkrankung, sondern insbesondere durch psychosoziale Schwierigkeiten aggressiv werden. Dies äußert sich in Widerstand oder Fehlverhalten, wenn die Patienten mit ihren Problemen konfrontiert werden. Entsprechend kann auch Gewalt reduziert werden, wenn Teams der Akutstationen eine Zuhausebehandlung von Patienten anbieten, da hier Rollenkonflikte erweicht werden (Bowers et al. 2006).

Aus diesem Grund ist das Einbeziehen der sozialen Situation des Patienten von erheblicher Bedeutung. Kann ein Sozialarbeiter beispielsweise Probleme des Patienten nachhaltig lösen, wird dieser sich einerseits verstanden fühlen, andererseits wird das Gewaltverhalten abnehmen, und er wird eine bessere Adhärenz zu weiterer Therapie entwickeln. Immer wieder leben Patienten in belastenden Wohnsituationen, sei es bei Angehörigen oder in Heimen, arbeiten an einem überbeschützten Arbeitsplatz oder sind umgekehrt mit ihrer Arbeit überfordert und können es nicht rechtzeitig signalisieren, bevor die Situation eskaliert. Das Erheben von Sozial- und Fremdanamnese ist deshalb ein essenzieller Faktor, der den Patienten ernst nimmt und ihm hilft, aus einem Teufelskreis aus Eskalation und Reaktion auszubrechen.

**Fallbeispiele**

Ein 84-jähriger dementer Patient aus einer Demenz-WG wurde auf der Akutstation »abgeliefert«, da er aggressiv sei und einen Verfolgungswahn hätte, der sich auf seine beiden ca. 80-jährigen Mitbewohnerinnen beziehe. Er hätte eine Mitbewohnerin ins Gesicht geschlagen. Durch genaue Anamneseerhebung und einen Hausbesuch der Sozialarbeiterin zeigte sich, dass der auf der Akutstation sehr verträgliche Patient erheblich durch die beiden Mitbewohnerinnen gemobbt wurde, die die Grundlage der Einweisung, nämlich eine Ohrfeige, schlicht erfunden hatten. Durch Umplatzierung des Patienten, der eher ein Einzelgänger war und dem die Gesellschaftsaktivitäten in der WG zu viel geworden waren, in ein einzelbetreutes Wohnen, löste sich sowohl der Konflikt als auch die für den Patienten unangenehme Wohnsituation, ohne dass die Gabe von bei Demenz ungünstigen Psychopharmaka erfolgen musste.

Eine türkische Familie wies ihren 22-jährigen Sohn immer wieder ein, da er im familiären Setting nicht tragbar sei; er hätte gezündelt, den Vater bedroht und sich ein Waffenarsenal zugelegt. Bei dem Patienten lag eine schwere hebephrene Schizophrenie vor, er war jedoch im stationären Setting stets freundlich und zurückhaltend, aggressives Verhalten ließ sich zu keinem Zeitpunkt beobachten. Durch mehrere Interventionen der Sozialarbeiterin mit der Familie, die es initial undenkbar fand, ihren Sohn »abzuschieben«, wurde der Patient in eine betreute WG entlassen, wo es dann über Jahre zu keinerlei Auffälligkeiten mehr kam. Letztlich war der beengte Wohnraum, die hohen Erwartungen der Familie und das überbehütete Ambiente immer wieder der Grund für das aggressive Verhalten des jungen Patienten gewesen.

Aggression im psychiatrischen Krankenhaus entsteht oft auf der Basis von Freiheitsbeschränkung. Auf der Station ist die Fähigkeit zur Deeskalation eines psychiatrischen Teams, zwei Aspekte seiner Rolle zu kombinieren, essenziell: Es muss den Patienten helfen, nicht nur die Regeln der Station zu verstehen, sondern auch das Rational hinter den Regeln.

Wenn es gelingt, dem Patienten dessen eigenen persönlichen Nutzen von Regeln zu vermitteln, dann wird der Patient diese Regeln ohne Widerstand befolgen. Umgekehrt gilt, dass eine wertschätzende Haltung immer ein Wohlwollen hinter Regeln vermuten lässt, während im erzieherischen Sinn oder gar aus Bequemlichkeit instrumentalisierte Regeln auf massiven Widerstand stoßen werden.

In einer Interventionsstudie von Bowers et al. (2006), die sich auf die Aufrechterhaltung und Stützung der Fähigkeiten im Pflegeteam konzentrierte, hat sich gezeigt dass durch Intervention sog. City-Nurses signifikante Reduktionen von verbalen An-

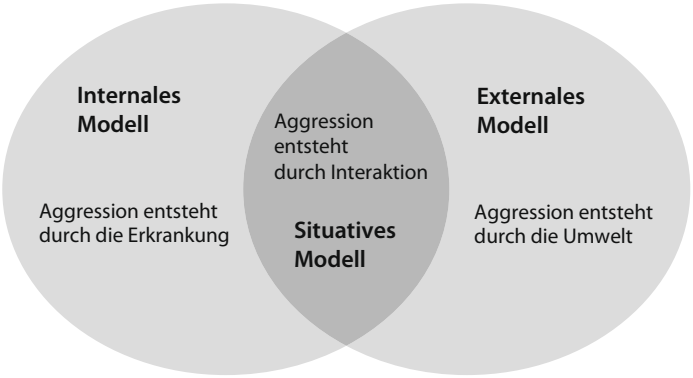



**Abb. 2.4** Ursachenmodell der Aggression. (Adaptiert nach Hahn et al. 2006)

griffen (44 % Senkung), körperlicher Gewalt (53 % Senkung), Selbstverletzungen (72 % Senkung), Entweichungsversuchen (43 % Senkung) und Entweichungen (69 % Senkung) stattfanden. Diese Untersuchung zeigte, dass auf einer Akutstation Konflikte radikal gelöst werden können, wenn die Haltung des Teams sich verändert . Als Ergebnis der Bemühungen der City-Nurses um eine positive Haltung den Patienten gegenüber, ein besseres Verständnis der Patienten, eine bessere emotionale Selbstregulation des Pflegeteams und eine ethisch basierte Struktur der Regeln und Routinen verdoppelten sich die Interaktionsraten des Pflegeteams mit den Patienten, und die Stationsatmosphäre entwickelte sich positiv. Eine frühere Intervention zeigte außerdem, dass das Schließen der Stationstür und Entweichungen durch die Interaktion reduziert werden konnten (Bowers et al. 2003).

Aus einer veränderten Erklärung des Ursprungs von Aggression resultiert eine andere Haltung zu aggressivem Verhalten. Hierzu gibt es drei wichtige Modelle: das internale, das externale und das situative/interaktionale Modell der Aggression (Hahn et al. 2006; Abb. 2.4).

Im internalen Modell werden Charakteristika der Patienten als Grund für Aggression oder Gewalt gesehen (Duxbury 1999, 2002; Outlaw u. Lowery 1994). Diese geläufige Sichtweise wird durch biomedizinische Forschung unterstützt und rechtfertigt die Gabe von Medikamenten bei aggressiven Patienten. Dieses Modell befreit auch das Individuum von der Verantwortung (Duxbury 1999; Poster 1996).

Das externale Modell fokussiert auf Umweltfaktoren, die zum Auftreten der Gewalt bei Patienten führen. Quellen dieses Verhaltens werden in der Stationsatmosphäre (Morrison 1998), in Überfüllung (Nijman u. Rector 1999) oder im Zeitpunkt des Auftretens vermutet. Andere Faktoren sind z.B. Charakteristika des Teams, Geschlecht, Art der Interaktion und Erfahrung des Teams (Whittington u. Wykes 1992, 1996). Das externale Modell fordert ein breites Spektrum an Interventionsstrategien in der Prävention und im Management der Aggression des Patienten.

Das situative/interaktionale Modell schließt die charakteristischen Gegebenheiten der Situation mit ein, d.h. die Situation, in der Aggressivität auftritt. Die Team-Patient-Interaktion wird als integraler Bestandteil gesehen (Duxbury 1999, 2002; Whittington u. Wykes 1994).

Das psychiatrische Team sollte lernen, dass es nicht die zentrale Aufgabe ist, soziale Kontrollfunktionen auszuüben, weil eben diese Gewalt und Aggression erzeugen werden. Und diese erzeugt wiederum Angst und erzeugt wiederum Kontrollmechanismen. Freiheitseinschränkungen wie tägliche Rituale, Restriktionen, was die Freizeitgestaltung der Patienten und Einschränkung ihrer Ausgänge angeht, Beobachtungsmaßnahmen und Hinweise auf »Fehlverhalten« können zu Rebellion, Eskalation und sogar zu Übergriffen führen. Im unten angeführten Fallbeispiel wird verdeutlicht, wie Aggression unbewusst durch Teammitglieder erzeugt werden kann und Übergriffe und Eskalation provoziert werden können.

**Fallbeispiel**

Ein renommierter Sozialpsychiater betritt eine seiner Tageskliniken in Zivil und trifft auf einen Pfleger, der ihn offensichtlich nicht als Chef erkennt. Er steht vor dem Stationszimmer und wartet darauf, angesprochen zu werden, was er denn wolle. Da er nicht beachtet wird, tritt er in den Raum. Sofort dreht sich der Pfleger zu ihm um und sagt »Hinter den Strich!« Er fragt, was denn dieser Strich zu bedeuten habe, woraufhin der Pfleger laut wird: »Gehen Sie sofort hinter den Strich!« Bevor die Situation zu eskalieren droht, gibt der Kollege seinen Namen preis, woraufhin der Pfleger sich entschuldigt, er habe ja nicht gewusst, wer er sei...

## 2.6 Zwangsmaßnahmen reduzieren

Zwangsmaßnahmen sind als therapeutisches Mittel abzulehnen und sollten daher nie therapeutisch gebraucht werden. Zwangsmaßnahmen werden oft als Strafe angewendet, was niemals akzeptabel sein kann. Beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen zum Schutz des Patienten ist der Schaden vielleicht noch größer (Stellungnahme von Aart Jan Vrijlandt, Europäischer Regionalrat der Weltorganisation für geistige Gesundheit (ERC der WFMH), die sich mit Gewalt und Zwang in der Psychiatrie befasst).

Das Cochrane-Review »Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses«, das bisher einzige zu diesem Thema, kam 2006 zu dem Schluss, dass es keine wissenschaftlich hochwertigen Studien gibt, die Zwangsmaßnahmen untereinander oder gegen Alternativen überprüfen. Die fortgesetzte Anwendung sei deshalb infrage zu stellen (Sailas u. Fenton 2006).

In einem weiteren Review aus dem Jahr 2006 wurde festgestellt, dass es nur unzureichende Belege für die Sicherheit und Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen gibt (Nelstrop et al. 2006).

Die Frage, ob es sich bei Zwangsmaßnahmen um eine Therapiemaßnahme handelt, ist nicht unumstritten (Whittington et al. 2006). Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass es hinsichtlich eines Wirksamkeitsnachweises erhebliche methodische und ethische Probleme gibt, die von der Suche nach einer geeigneten Outcome-Variable bis hin zum Studiendesign einer kontrollierten Studie (z.B. einem Vergleich von Zwangsmaßnahmen und Placebo) reichen (Whittington et al. 2006). Hier spielt letztlich auch die derzeit weite Indikationsstellung zu Zwangsmaßnahmen eine große Rolle, die ja definitionsgemäß eine vitale Indikation darstellen sollten, weshalb die Gabe von Placebo sich ausschließen würde. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen von 0 % bis zu 66 % betroffener Patienten in Klinikpopulationen stark variiert (Cannon 2001; Fisher 1994; Needham 2002; Sailas u. Fenton 2003; Sailas u. Wahlbeck 2005; Sebit 1998; Steinert et al. 2007). Es gibt Hinweise, dass lokale Einflüsse eine erhebliche Rolle spielen (Crenshaw et al. 1997; Fisher 1994; Martin et al. 2007; Way 1990).

Laut einer Studie von Martin et al. (2007) waren im Jahr 2007 in Krankenhäusern in Baden-Württemberg und Bayern 7,8 % der aufgenommenen Patienten von irgendeiner Art von freiheitsbeschränkenden Zwangsmaßnahmen betroffen, in Kliniken der Deutschschweiz waren es 12,5 %. Aus einigen deutschen Kliniken (Hamburg, Berlin) werden auch erheblich niedrigere Raten berichtet (2–3 %). Mit den Daten der Schweiz vergleichbar sind Ergebnisse aus Kliniken in Finnland (Kaltiala-Heino et al. 2003). Entsprechend kann die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen erheblich verändert werden.

Gleichzeitig wird die Erforderlichkeit von Zwangsmaßnahmen durch Faktoren wie eine niedrige Bettenmessziffer (Lion et al. 1976), die Überbelegung psychiatrischer Stationen (Lanza et al. 1994; Palmsternia et al. 1991) und viele schwer kranke und wegen Fremdgefährdung gerichtlich untergebrachte Patienten erhöht, da diese Faktoren die Anzahl von Übergriffen erhöhen. Eine Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ist entsprechend auch durch eine Anpassung dieser äußeren Gegebenheiten möglich.

Alle freiheitseinschränkenden Maßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden oder im Falle eines rechtfertigenden Notstandes unmittelbar von einem Arzt überprüft werden (Gaebel et al. 2009). Debriefing-Techniken haben sich als Verbesserung erwiesen, wenn es um die Einstellung der Patienten gegenüber Kontroll- und Fixiermechanismen geht.

Zwangsmaßnahmen werden als die Möglichkeit der letzten Wahl (»last resort«) gesehen, die nur dann angewendet werden dürfen, wenn alle Deeskalationsversuche fehlgeschlagen sind (Gaebel et al. 2009).

Vor der Durchführung von Zwangsmaßnahmen sollten die Betroffenen nach Möglichkeit gefragt werden, welche Zwangsmaßnahme für sie am ehesten erträglich wäre. Außerdem sollten Patienten über die Maßnahme aufgeklärt werden.

Zwangsmaßnahmen dürfen nicht als Strafe (Gaebel et al. 2009) und sollten immer im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts angewendet werden (Olsen 1998).

### 2.6.1 Was sind Zwangsmaßnahmen?

Ausgangsbeschränkungen jeder Art sind freiheitseinschränkende Maßnahmen, wenn sie ohne Einverständnis des Betroffenen erzwungen werden, z.B. durch geschlossene Türen oder ständige Begleitung (1:1-Betreuung).

Bettgitter gehören zu den häufigsten Zwangsmaßnahmen (Hamann et al. 2005). Sie zählen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wenn sie ohne Zustimmung oder gegen den Willen der Betroffenen hochgezogen werden.

Festhalten ist die Intervention, die für Fixierung und/oder Zwangsmedikation häufig die Grundlage bildet (Whittington et al. 2006). Festhalten sollte einen Zeitrahmen von zehn Minuten nicht überschreiten (Gaebel et al. 2009).

Unter Fixierung wird am häufigsten das Festbinden eines Patienten auf ein Krankenhausbett mittels spezieller Gurtsysteme verstanden, um die Bewegungsfähigkeit deutlich zu mindern oder auch fast vollständig zu unterbinden (Sailas u. Wahlbeck 2005). Werden alle Extremitäten festgebunden, spricht man von einer 4-Punkt-Fixierung, wird zusätzlich ein Bauchgurt angebracht, von einer 5-Punkt-Fixierung. Fixierung im weiteren Sinne beinhaltet auch in der Gerontopsychiatrie zur Anwendung kommende Interventionen wie Bettgitter, Anbinden an einen Stuhl mittels Bauchgurt oder Verhindern des Aufstehens aus einem Stuhl durch ein quer über beiden Armlehnen festgeschraubtes Brett sowie Polizeimaßnahmen wie der Gebrauch von Handschellen und von (in Deutschland nicht mehr gebräuchlichen) Zwangsjacken (Bush 2000). Die Fixierung sollte einen Zeitrahmen von drei Stunden nicht überschreiten und immer mit einer 1:1-Betreuung verbunden sein (Gaebel et al. 2009).

Körpernahe Fixierungen sind unter anderem Bandagen, Schutzdecken und Vorsatztische (Hamann et al. 2005).

Isolation ist definiert durch die Verbringung eines Patienten gegen seinen Willen in einen Raum oder Bereich, den er nicht verlassen kann (Martin et al. 2007). Die im Einverständnis mit dem Patienten getroffene Absprache, dass dieser sich in einen nicht abgeschlossenen Raum zurückzieht und dort für einen abgesprochenen Zeitraum verbleibt, ist keine Isolation (Cashin 1996). Die Isolation sollte ein Zeitintervall von einer Stunde nicht überschreiten (Curie 2005; Gaebel et al. 2009).

Eine Zwangsmedikation wird in der internationalen Literatur zwischen 1,3 % und 12,8 % der behandelten Fälle berichtet, wobei die zugrunde liegenden Definitionen unterschiedlich sind (Steinert u. Kallert 2006). In Kliniken aus Deutschland wurden Häufigkeiten zwischen 0,4 % und 5,6 % der behandelnden Patienten berichtet (Janssen et al. 2005). Eine Beeinflussung der Häufigkeit dieser Zwangsmaßnahmen scheint also durchaus gegeben zu sein.

Zwangsmedikationen könnten weniger wirksam sein als es dieselben Medikamente unter freiwilliger Einnahme sind, da unter der Zwangsgabe Placeboeffekte ausbleiben sollten, jedoch Nozeboeffekte möglicherweise erhöht sind (Meynen u. Swaab 2011).

Die Leitlinien geben vor, die jeweils am wenigsten restriktive Maßnahme zu wählen, ob jedoch Isolation oder mechanische Beschränkung als weniger restriktive Maßnahme zu werten sind, ist nach bisherigen Untersuchungen noch nicht geklärt (Bergk et al. 2011).

Der medizinische Begriff »Indikation« wird in dem Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen weitestgehend vermieden, weil er dazu führen könnte, dass Zwangsmaßnahmen als therapeutische Intervention verstanden werden.

Zwangsmaßnahmen haben explizit keine therapeutische Wirkung und lediglich ihre Erforder-

nis bei akuter Gefahr für Leib und Leben des Patienten oder im Rahmen der Heilbehandlung, wenn dem mutmaßlichen Wunsch des Patienten entsprochen wird.

In einer Befragung von Renner et al. (1997) empfand etwa die Hälfte der befragten Patienten die Unterbringung retrospektiv als »zum damaligen Zeitpunkt notwendig«. Fast zwei Drittel gaben an, sie hätten die Unterbringung als »ungerechtfertigten Eingriff in ihre persönlichen Rechte« erlebt bzw. als »Zwangsmaßnahme gegen ihren ausgesprochenen Willen«. Nur knapp 20 % der Patienten hatte die Unterbringung »als Erleichterung« erlebt, weil ihnen die Entscheidung abgenommen wurde. Über zwei Drittel der Patienten war retrospektiv der Meinung, die richterliche Unterbringung wäre »irgendwie vermeidbar« gewesen. 73 % der zwangsbehandelten Patienten gaben an, die Unterbringung »als ungerechtfertigten Eingriff« erlebt zu haben, im Gegensatz zu »nur« 47 % der Patienten, die während der Indexbehandlung keinen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt waren. 58 % der Patienten ohne Zwangsmaßnahmen stuften die durchgeführte Behandlung als »eher gut« ein, im Gegensatz zu 39 % der Patientengruppe, die Zwangsmaßnahmen berichtete. 68 % der untergebrachten Patienten, die keinen (weiteren) Zwangsmaßnahmen ausgesetzt gewesen waren, würden im Falle einer erneuten Erkrankung die Klinik freiwillig aufsuchen, wogegen nur 39 % der zusätzlich Zwangsbehandelten diese Aussage machten.

In Studien werden teilweise Zwangsmaßnahmen bzgl. des Ausmaßes ihrer Freiheitseinschränkung oder die Auswirkungen der Maßnahmen und ihre Sinnhaftigkeit einander gegenübergestellt, wobei Argumente für oder gegen die verschiedenen Praktiken letztlich eher irrationaler Natur und nicht randomisiert untersucht sind. Bowles et al. (2002) lehnen beispielsweise die spezielle Beobachtung von Patienten ab, Farrell u. Dares (1996) lehnen Isolierung ab. Zwangsmedikationen und 1:1-Beobachtung erfahren mehr Zustimmung als Isolation und Fixierung (Klinge 1994; Terpstra et al. 2001). Verschiedene Studien zeigen, dass psychiatrische Teams sich bei Zwangsmaßnahmen unwohl fühlen und zwiegespalten sind (Olofsson et al. 1998; Plutchik et al. 1978; Steele 1993).

Die Komplikationsrate bei Fixierung betrug in einer Studie an 298 Patienten 7 %. Davon wurde als Ursache »Versuch, sich aus der Fixierung zu befreien« am häufigsten genannt (10 Nennungen), es folgten »Erbrechen« (3), »verletzte andere« (2), »spucken« (2), »verletzte sich selbst« (1) und »zunehmende Agitation« (1) (Zun 2003). Aus den USA wurden über 115 Todesfälle im Zusammenhang mit Fixierung berichtet (Masters u. Wandless, 2005). Auch bei korrekter Anwendung wurden einzelne Todesfälle berichtet (Hem 2001; Mohr 2003; Morrison 2001; Paterson 2003).

Nicht zwischen Isolierung und Fixierung differenziert wurde in einer Publikation über Berichte von Todesfällen während Zwangsmaßnahmen, die nach Hochrechnungen in den USA zwischen 50 und 150 Fällen pro Jahr aufgrund von falscher Technik oder schlechter Überwachung betragen sollen (Bush 2000). Im Deutschen Ärzteblatt wurde im Februar 2012 eine Arbeit der Gerichtsmedizin in München veröffentlicht, wo in über 26 ungeklärten Todesfällen während der Fixierung diese durch Strangulation erfolgte (Berzlanovich et al. 2012). Skandalös an dieser Untersuchung war der Umstand, dass bis zum Auffinden der Leiche bis zu drei Tage vergangen waren, eine lange Zeit, in der Patienten offensichtlich alleine in Fixiergurten belassen wurden.

Berichten zufolge kann Aggression auch nach Fixierung weiterhin auftreten bzw. noch eskalieren (Holzworth u. Wills 1999; Lemonidou 2002).

Fixieren und unfreiwillige Absonderung ist zusammenfassend verboten, ausgenommen

- wenn es die einzige Methode ist, um Schaden für sich selbst oder andere zu verhindern und
- wenn ein offizielles Verfahren folgt und
- wenn es nur so kurz wie möglich angewendet wird und
- wenn es in der Krankengeschichte dokumentiert wird und
- wenn es unter ständiger Beobachtung von qualifizierten Mitarbeitern stattfindet.

Bestimmte Festhaltetechniken, insbesondere das Festhalten in Bauchlage (wie in Amerika häufig praktiziert), geben Anlass zur Besorgnis (News and Notes 1999). Es wird empfohlen, zusätzlichen auf Rücken, Bauch oder Hüfte ausgeübten Druck

zu vermeiden, insbesondere wenn der Patient sich fortgesetzt wehrt. Ein gewaltsames Nach-hinten-Beugen gibt ebenfalls Anlass zu Bedenken und sollte vermieden werden. Vitalzeichenkontrolle muss durchgeführt werden, Kopf und Hals sollten unterstützt werden, und die Atemwege müssen freigehalten werden (Whittington et al. 2006).

Eine britische Untersuchung zu verschiedenen Arten von Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Mitarbeiter zeigte, dass Fixierung und Netzbetten die größte Ablehnung erfuhren (Bowers 2004).

Isolation wird von einigen Autoren als sicher beurteilt, obwohl nach klinischen Erfahrungen durchaus ein Selbstgefährdungspotenzial besteht (Farnham 1997; Gutheil 1978; Savage 1999).

Lokale Behandlungstraditionen statt wissenschaftlicher Evidenz bestimmen häufig die Art der Zwangsmaßnahmen. So wurde beispielsweise an der Charité Campus Mitte (Berlin) im Regelfall hochschwellig fixiert und in der Uniklinik in Basel niedrigschwellig isoliert.

Die »Nahbarkeit« (»approachability«), der Personalschlüssel und das Selbstvertrauen eines Teams haben große Auswirkungen auf die Entscheidung darauf, einen Patienten zu isolieren oder nicht (Boumans et al. 2011). Der stärkste Prädiktor für Isolationen scheint die Fähigkeit zur Reflexionsfähigkeit im Team zu sein, der hoch mit der Fähigkeit eines Teams verknüpft ist, nicht zu isolieren (Boumans et al. 2011), während die einzelnen Charakteristika der Patienten keine so große Auswirkung auf die Anzahl der Isolationen zu haben scheinen (Boumans et al. 2011). Auch wenn Teammitglieder den Isolierraum als hilfreich beschrieben und die Patienten sich während einer Isolierung beruhigten, verglichen in einer Studie von Mann (1993) erstmals von Isolation Betroffene die Isolierung mit Folter.

Eine Vergleichsstudie von fixierten und isolierten Patienten zeigte, dass 40 % der isolierten Patienten bei dieser Intervention positive Aspekte sahen, bei den fixierten waren dies nur 20 %. Beide Maßnahmen wurden zwar als kurzfristig wirksam eingeschätzt, aber ohne das Verhalten der Patienten nachhaltig zu verändern (Sagduyuk et al. 1995). Einige Betroffene sahen die Isolierung als Bestrafung an und maßen ihr keine therapeutische Bedeutung bei (Holmes 2004; Martinez et al. 1999; Meehan 2004), andere sahen eine Notwendigkeit für die Isolation (Soliday 1985; Tooke u. Brown 1992).

An einer Stichprobe in Kalifornien wurde untersucht, welche Intervention Patienten als am wenigsten restriktive Alternative ansehen würden. Es zeigte sich, dass psychotrope Medikation bevorzugt wurde, dann Isolation und zuletzt Fixierung genannt wurden (Sheline u. Nelson 1993).

Anhand verschiedener Szenarien zu Zwangsmaßnahmen wurde von Betroffenen und Mitarbeitern die folgende Rangreihe von zunehmender Einschränkung erstellt: Festhalten und orale Medikation mit (relativ) geringer Einschränkung, Entkleiden müssen, i.m.-Injektion, Isolation und zuletzt Fixierung mit kontinuierlicher Überwachung als am stärksten einschränkende Maßnahme (Harris 1989).

In einer US-amerikanischen Studie wurde medikamentöse Intervention als die bevorzugte und am wenigsten restriktive Methode angesehen (Terpstra et al. 2001).

Die teilweise verübte Taktik, den Kopf des Patienten gegen ein Kissen zu drücken, stellt eine potenzielle Gefährdung des Patienten durch Ersticken dar (mündliche Kommunikation).

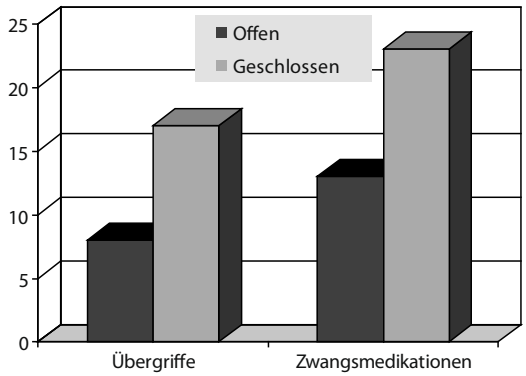
Bei Betroffenen zeigten sich in Interviews nach Fixierung Ärger, das Gefühl, ungerecht behandelt worden zu sein, und die Überzeugung, die Fixierung sei ungerechtfertigt gewesen (Sequeria u. Halstead 2002).

Es bestehen Bedenken hinsichtlich der Wirkung von Fixierung auf Personen, die einen sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte aufweisen (Gallop 1999).

Nach einer Fixierung können sowohl Mitarbeiter wie Patienten unter Traumatisierung und Stress leiden (Bonner et al. 2002).

Die insgesamt positiven Einschätzungen zu Isolation müssen infrage gestellt werden, weil früher isolierte Patienten eine weit weniger positive Einstellung zu Isolierung haben als diejenigen Mitarbeiter und die Patienten, die noch nie isoliert wurden.

In Deutschland beurteilten sowohl Mitarbeiter als auch Patienten nach vorgelegten Bildern Isolation als die am ehesten angemessene Intervention in Bezug auf eine Index-Situation (Bergk u. Steinert




4,8% versus 11,3% bei Zwangsmedikationen ((chi$^2$(df=1)=4,523, p=0,028*)
7,7% versus 15,2% bei Übergriffen((chi$^2$(df=1)=4,460, p=0,026*)

**Abb. 2.5** Verlauf von Übergriffen und Zwangsmedikationen nach Türöffnung

2006). Das tatsächliche Erleben der Zwangsmaßnahme zeigte jedoch fast identische Werte hinsichtlich der subjektiv empfundenen Einschränkung von Menschenrechten (Steinert u. Bergk 2007). Die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen halten trotzdem häufig Isolierungen für notwendig, für nicht allzu bestrafend und für in hohem Maße therapeutisch (Meehan et al. 2004).

Paradoxerweise glaubt die Mehrheit der Mitarbeiter, dass Festhalten und Isolieren zur Beruhigung der Betroffenen beiträgt und keine Aggressionen, Ängste oder Verletzungen verursacht, obwohl ca. 70 % von ihnen im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen von Patienten angegriffen worden waren (Wynn 2003).

Steinert und Schmidt untersuchten (2004), ob die Freiwilligkeit im Rahmen wiederholter Zwangseinweisungen zunimmt, was für Männer nicht der Fall zu sein scheint, und ob der Behandlungserfolg sich auch bei unfreiwilliger Behandlung innerhalb der akuten Episode einstellt, was für beide Geschlechter zutrifft. Der kurzfristige Behandlungserfolg scheint nicht abhängig davon zu sein, ob die Behandlung freiwillig gesucht oder erzwungen wurde; wie hoch langfristige Effekte einer Zwangsbehandlung sind, ist bisher nicht untersucht.

Die Abb. 2.5 zeigt die Abnahme von Zwangsmedikationen durch die Türöffnung am Campus Mitte der Charité in Berlin. In dieser Pilotstudie wurde über einen Zeitraum von einem Jahr der Einfluss einer geschlossenen (91 % der Zeit geschlossen) und offenen (75 % der Zeit geöffnet) Türpolitik bei gleichbleibendem Klientel der Versorgungsregion Berlin-Mitte erhoben (Lang et al. 2010).

## 2.7 Reduktion von Entweichungen durch Reduktion von Unterbringungen

Die größte Anforderung an eine geschlossene Tür ist das Verhindern von »Entweichungen« aus der Behandlung, die bei Patienten, die potenziell eigen- und fremdgefährdend sind, einen Risikofaktor darstellen können und eine erforderliche Behandlung unterbrechen (Falkowski et al. 1990). Bedrohliche Ereignisse geschehen nach Entweichungen jedoch nur sehr selten (Meehan et al. 1999).

Entweichungen stören das soziale Klima einer Station (Schulman u. Kende 1988) und lassen oft das Team mit Gefühlen von Ärger, Betretenheit, Schuld und Sorge zurück (McIndoe 1986). Tatsächlich entweichen ca. 5–34 % der Patienten aus geschlossenen Abteilungen, ca. 50 % von ihnen im Rahmen ihres ersten Ausgangs (Chandrasena 1987; Conroy u. Jorgensen 1995; Meehan et al. 1999; Molnar et al. 1985; Richmond et al. 1991; Smith et al. 1992). In einer eigenen Erhebung ließ sich feststellen, dass bei geschlossener Tür die Anzahl der Entweichungen bei stationären Patienten signifikant erhöht war (Lang et al. 2010). Darüber hinaus fanden wir bei untergebrachten Patienten häufiger Entweichungen aus dem geschlossenen Setting als aus dem offenen Setting (Lang et al. 2010). Risikopatienten für Entweichungen sind junge (unter 40 Jahre alt), gerichtlich untergebrachte, schizophrene Männer, die in den ersten 48 Stunden keiner medikamentösen Behandlung zustimmen und schon einmal aus der Behandlung entwichen sind (Molnar et al. 1985; Tomison 1989).

In Interviews mit 100 entwichenen Patienten zeigten sich als Gründe für das Verlassen der Station vor allem Angst vor der Stigmatisierung, in der Psychiatrie zu sein, Abneigung gegenüber dem Personal und Unzufriedenheit mit dem Essen und den Therapieangeboten (Falkowski et al. 1990).

In einer weiteren Erhebung wurden Langeweile, Fehlen interessanter Beschäftigungsmöglichkeiten, kränkere Mitpatienten oder etwa die Beunruhigung über Probleme zuhause (Versorgen von Haustieren) herausgearbeitet (Meehan et al. 1999). Einige Patienten meinten auch, nicht so krank zu sein, um in einem Krankenhaus ohne Ausgang untergebracht zu werden, andere verließen impulsiv die Station (Meehan et al. 1999).

Vielleicht zeigt ein Entweichen tatsächlich auch ein kompetentes Verhalten an, indem die Patienten ihre Kontrolle und Macht über ein System, das sie normalerweise entmächtigt, wiedererlangen. Das Entweichen ist somit ein nachvollziehbares Manöver, das aus Sicht der Patienten auch als positive Ressource der Initiative und Motivation für externe Aktivitäten gesehen werden kann.

Patienten sind vor allem dann von Entweichungen »gefährdet«, wenn ihre behandelnden Ärzte geringe Erfahrung in der Psychiatrie (gemessen an Dienstjahren) aufzuweisen haben, und wenn Patienten innerhalb der Klinik verlegt wurden. Auch Burn-Out bei Pflegekräften wurde mit einer Häufung von Entweichungen assoziiert. Insgesamt scheint also die Einbettung des Patienten in das therapeutische Setting im Sinne einer Vertrauensbildung und Beziehung zum behandelnden Arzt eine Rolle zu spielen.

Als Grundvoraussetzung für eine offene Tür und damit für eine Behandlung auf Basis der Freiwilligkeit spielen die Vertrauensbildung beim Patienten und eine Einbettung und der Aufbau einer Verbindlichkeit die wichtigste Rolle. Therapieprogramme müssen vorhanden und attraktiv sein, Beschäftigungsmöglichkeiten müssen bestehen, und eine ambulante Weiterbehandlung bzw. idealerweise eine ambulante Krisenintervention sollte durch dasselbe Team gewährleistet sein (Aufsuchen des Patienten zuhause). Über Medikamente sollte im Sinne eines Shared Decision Making gesprochen werden, und es sollten medikamentenfreie Intervalle toleriert werden. Damit entfallen die meisten der üblicherweise von Patienten angegebenen Gründe für das Entweichen.

Immer wieder tendieren gerade junge und unerfahrene Ärzte dazu, das Verhalten von insbesondere psychotischen Patienten zu dramatisieren und zu stigmatisieren, und sie versuchen, Argumente zu finden, um eine gerichtliche Unterbringung des Patienten zu erwirken. Hier spielen oft Angst und Unsicherheit auf Seiten der Kollegen eine nicht zu unterschätzenden Rolle, da diese den psychotischen Patienten nicht realistisch einschätzen und eine Bindung zu dem Patienten nicht herstellen können. Eine Unterbringung bedeutet aber in der Regel einen Vertrauensbruch und erhöht nicht automatisch die Sicherheit, dass ein Patient sich für eine Therapie entscheidet.




**Abb. 2.6** Grundbedürfnisse des Menschen

Es scheint im Sinne der Kooperation mit dem Patienten sogar sinnvoller zu sein, Gründe zu finden, die eine gerichtliche Unterbringung nicht erforderlich machen. Wenn ein Patient sich nämlich auf freiwilliger Basis in stationärer Behandlung befindet, fällt das Risiko, dass er aus dem ersten Ausgang nicht zurückkommt, weg, gerade weil er frei entscheiden kann. Darüber hinaus gibt es in der oralen Behandlung wesentlich verträglichere und modernere Präparate wie in der intravenösen Zwangsbehandlung, und dass ein Patient ein Medikament auch ein zweites Mal einnimmt, hängt maßgeblich von den Erfahrungen ab, die er bei Ersteinnahme macht.

Ein wichtiger Punkt, der auf geschlossenen Stationen regelhaft nicht implementiert wird, aber als häufiger Grund für Entweichungen angesehen werden kann, ist das Fehlen der Erfüllung von Grund-

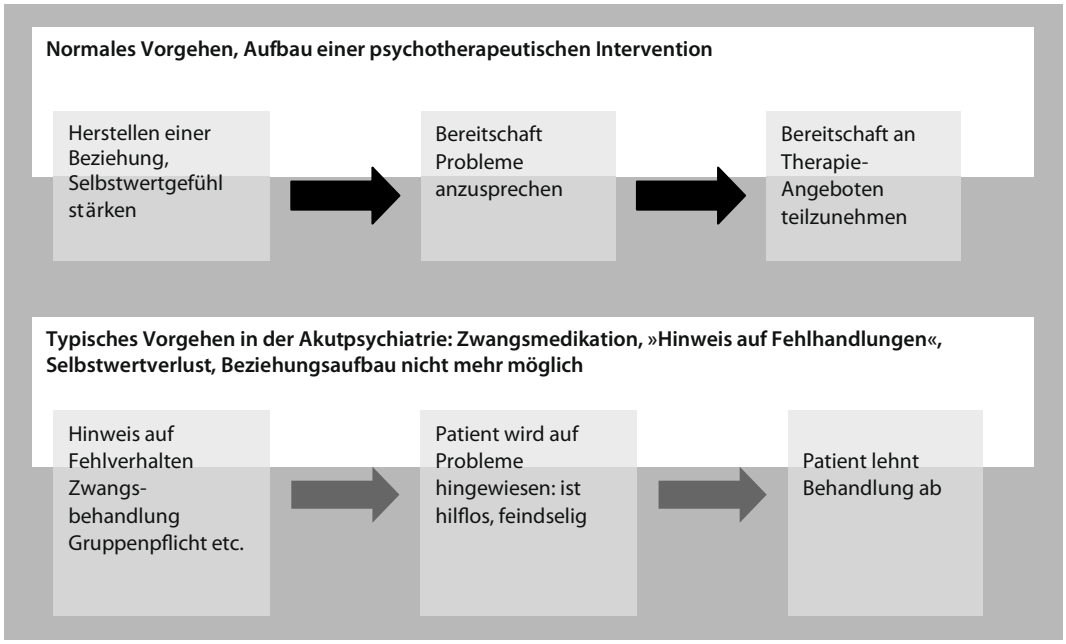



**Abb. 2.7** Vorgehen in einer Psychotherapie vs. Vorgehen in der Akutpsychiatrie

bedürfnissen der Patienten, was auf offenen Stationen durch ein selbstverständliches Commitment und Therapieangebot sowie die Möglichkeit der Patienten, dort sich frei zu bewegen, in der Regel vorhanden ist. Außerdem können Patienten auf offenen Stationen Bedürfnisse jederzeit erfüllen (zum Kiosk gehen, Besuch empfangen, nachhause gehen).

Abb. 2.6 zeigt schematisch die Grundbedürfnisse von Menschen an.

## 2.8 Paradoxe Haltung in der Akutbehandlung

Die Grundlage jeden psychotherapeutischen Handelns ist das Herstellen einer Beziehung zur Lösung von Problemen. Die Qualität der Beziehung entscheidet hierbei am stärksten darüber, wie effektiv und hilfreich eine Therapie ist, und zwar unabhängig von der Therapieschule oder »Art« des Therapeuten.

Nach Rawer sind die Grundbausteine der Therapie in zeitlicher Abfolge zuerst die Herstellung der tragfähigen Beziehung und Aufbau des Selbstwertgefühls, dann ein vorsichtiges Ansprechen und Öffnen des Patienten für bestehende Probleme, und erst zuletzt geht es darum, eine Offenheit für Therapieangebote und Angebote zur Veränderung eigenen Verhaltens aufzuzeigen.

Im akutpsychiatrischen Kontext verläuft die Therapie in vielen Fällen eher »unpsychotherapeutisch«, nämlich genau anders herum. Zuerst wird der Patient dazu verpflichtet, bei therapeutischen bzw. medikamentösen Angeboten mitzumachen, dann wird, wenn es nicht schon bei der Begrüßung zur Begründung der Zwangsmedikation erfolgt ist, der Patient auf »Fehlverhalten« hingewiesen, und zur Bildung einer Beziehung oder Steigerung des Selbstwertgefühls kommt es eventuell gar nicht. Es wäre optimal, wenn auch in der Akutpsychiatrie der Beziehungsaufbau am Beginn glücken und ein verstärkter Fokus auf diesen gelegt werden könnte. Hierzu existiert so gut wie keine empirische Forschung. Dann wären eventuell viele Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Die Abb. 2.7 veranschaulicht schematisch das Vorgehen in einer Psychotherapie im Vergleich zum typischen Vorgehen in der Akutpsychiatrie.

- **Beispiele für fehlender Beziehungsoptionen in der Akutpsychiatrie**

Ärzte in der Akutpsychiatrie erleben oft eine gewisse Entspannung, weil sie den Eindruck haben, »nicht mehr so viele Gespräche führen zu müssen«. Dabei sind gerade schizophrene Patienten oft extrem gesprächsbedürftig, nur wollen sie dann meist nicht über Symptome und Medikamente reden. Pflegekräfte in der Akutpsychiatrie sind meist eher Sicherheitspersonal, die den Patienten zeigen, »wo es langgeht«. Dabei sind gerade schizophrene Patienten extrem autonomiebedürftig und wollen den Eindruck haben, selber zu entscheiden und frei zu sein. Psychologen existieren häufig auf Akutstationen gar nicht. Sozialarbeiter und Ergotherapeuten werden in der Akutpsychiatrie oft nicht von Anfang an in die Therapie einbezogen.

Da meist davon ausgegangen wird, dass Patienten in der Akutpsychiatrie über keinerlei Krankheitseinsicht und Gesprächsfähigkeit verfügen, werden mit Eintritt relativ rasch Zwangsmaßnahmen implementiert. Es herrscht eine gewisse Selbstverständlichkeit vor, den Patienten nicht einzubeziehen und ihn nach seiner persönlichen Einschätzung und Zufriedenheit zu fragen. Es wird initial rudimentär mit den Patienten gesprochen, und dann geht es meist darum, Patienten auf Fehlverhalten hinzuweisen oder sie zu Medikamenten oder Therapien zu verpflichten.

## 2.9 Entdramatisierung

Die oberste Prämisse zur Erzeugung eines gewaltfreien Behandlungsmilieus in der Akutpsychiatrie ist die Vermeidung der Konzentration von »schwierigen« Patienten auf einer Station.

Dieses Ziel ist durch drei Mechanismen zu erreichen:

- »Schwierige« Patienten müssen auch auf anderen spezialisierten Stationen behandelt werden und können nicht im Falle der Eskalation verlegt werden, was letztlich auch für diese Patienten von Vorteil ist, da sie dort eine für sie besser entsprechende Spezialbehandlung erhalten können und bestehende Beziehungen zum Team nicht abgebrochen werden (z.B. Anorexiepatienten in der Psychosomatik, Delirpatienten in den medizinischen Kliniken, suizidale depressive Patienten auf der Depressionsstation etc.).
- Dem »Doppelmandat« der Psychiatrie sollte nicht blind gefolgt werden, was heißt, im Zweifelsfall nicht nur die Partei von Polizei, Angehörigen oder Betreuern zu ergreifen, sondern die des Patienten aus medizinischer Sicht. Während es in der Vergangenheit immer der für den Arzt einfachere und sichere Weg zu sein schien, einen Patienten erst mal einzusperren oder zu fixieren, also zu »zu sichern«, zeichnet sich durch eine neue Gesetzgebung und eine zunehmende Betonung der Mündigkeit der Patienten eine langsame Kehrtwende in der Akutpsychiatrie ab. Ärzte, die Patienten ihrer Freiheit berauben oder auch Zwangsmedikationen beispielsweise gegen bestehende Patientenverfügungen durchführen, können belangt werden und werden auch zunehmend belangt.
- Eine Türöffnung und freie Ausgangsregelungen führen meist zu einer deutlich ruhigeren Station, da z.B. nicht drei Maniker ununterbrochen auf der Station Unruhe verbreiten, sondern vermehrt unterwegs sind, und dann ist die Station deutlich ruhiger.

Allen diesen Mechanismen liegt eine entdramatisierende Einstellung zugrunde.

Die Dramatisierung, die oft in der Umgebung der Patienten um sich greift (»Jeder schizophrene Patient ist unkalkulierbar, jeder Maniker ist potenziell gefährlich, jeder Borderline-Patient bringt sich regelmäßig um«), sollte psychiatrisch rational bewertet und evaluiert werden, was zwar gegenüber der Gesellschaft für die Psychiatrie manchmal ein unbequemer Weg ist, allerdings den Patienten auf die Seite des Arztes bringt und den Arzt auf die Seite des Patienten. Hier ist eine hohe klinische Expertise für den Erfolg unumgänglich und letztlich auch immer Individualentscheidungen. In diesem Kontext darf ein Psychiater seine Potenz nicht überschätzen, was die Veränderung der Lebensrealität oder Lebensrisiken eines Patienten durch das Einsperren und Behandeln auf einer Akutstation betrifft bzw. bewirken kann.

### 2.9.1 Entdramatisierung der Eigengefährdung

Eigengefährdung wird oft als Grund für eine Zwangseinweisung auf einer Akutstation herangezogen – was natürlich richtig ist. Gemeint ist in den meisten Fällen jedoch nicht die akute Suizidalität, sondern eine indirekte Eigengefährdung, z.B. Gefährdung des Arbeitsplatzes, der Wohnung, der Beziehungen etc. Eigengefährdung wird in der Regel als Selbstschädigung durch Fehlernährung, Drogenkonsum, Verwahrlosung, Selbstverletzung, fehlende Nahrungsaufnahme oder Hilflosigkeit als Unterbringungsgrund auf einer Akutstation herangezogen. Diese Umstände sind in der Regel chronisch und werden durch eine dreiwöchige Zwangsunterbringung nicht abgewendet. Hier scheint es sinnvoller, genau diese Problempatienten, die ihren Lebensentwurf durch die Erkrankung nicht realisieren können, zuhause zu behandeln und ihnen gleichzeitig bei all diesen sozialen Aspekten zur Seite zu stehen, sei es eine Wohnung aufzuräumen, einen Kühlschrank aufzufüllen, einen mobilen Essensdienst zu organisieren oder eine rehabilitative Arbeitsmaßnahme zu initiieren. Die ambulante Hilfestellung wird weniger Widerstand hervorrufen und nachhaltiger in das Lebenskonzept des Patienten einwirken. Erhält ein Patient tragfähige Hilfestellungen, wird er umgekehrt die Behandlung auch im späteren Verlauf der Erkrankung aufsuchen und sich nicht so schnell wie möglich aus der Klinik entfernen.

Wenn Eigengefährdung durch Suizidalität dramatisiert wird, kann es dazu führen, dass beispielsweise Borderline-Patienten sich einer Viktimisierung in der Klinik geradezu willkürlich aussetzen (Früh 2005). Das Einsperren von suizidalen Patienten auf einer Akutstation alleine verhindert einen geplanten Suizid jedoch nicht. In einer Studie in England waren 75 % der Krankenhaussuizide Erhängen auf der Station, in anderen Studien erfolgen die meisten Suizide im genehmigten Ausgang. Daraus folgt, dass sich Patienten sehr gut auch auf der geschlossenen Akutstation umbringen können und die Sicherheit von geschlossenen Stationen bezüglich des Suizidrisikos offensichtlich überschätzt wird, da Ärzte nicht einkalkulieren, dass jeder Patient nach einigen Tagen in den Ausgang gehen wird. Tatsächlich berichten einige Studien über ein erhöhtes Suizidrisiko auf geschlossenen Stationen. Unterschätzt wird in der Suizidprophylaxe sicher weiterhin die dramatische Rolle einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung, die auch kaum beforscht ist.

### 2.9.2 Entdramatisierung der Fremdgefährdung

1994 erschien ein offizielles Statement der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft zur Vorhersage von Gewalt. In diesem heißt es u.a.: »Psychiater verfügen über kein spezielles Wissen und über keine spezielle Fähigkeit, mit welchen sie in der Lage sind, gefährliches Verhalten vorherzusagen. Studien zeigten, dass sogar bei Patientinnen und Patienten, die in der Vorgeschichte ein gewalttätiges Verhalten aufwiesen, die Vorhersage des Psychiaters bei zwei von drei Patienten falsch war.« Natürlich kann man daraus nicht schließen, dass Psychiater Fremdgefährdung nicht mehr erheben oder verhindern sollten, sie sollten sie jedoch auch nicht überbewerten und Patienten damit stigmatisieren. Beispielsweise sollten Patienten, die freiwillig zu einer ambulanten Behandlung bereit sind, nicht wegen einer imaginären Fremdgefährdung auf einer Akutstation eingesperrt werden.

Nach der bisher einzigen in Deutschland durchgeführten, allerdings schon länger zurückliegenden Studie ist gesamtgesellschaftlich die Rate von Gewaltdelikten bei psychisch Kranken nicht erhöht, für einzelne Krankheitsgruppen wurden allerdings moderate Risikoerhöhungen beschrieben (Böker u. Häfner 1973). Kriminalstatistisch übersteigt also das globale Risiko psychotisch erkrankter Menschen, strafrechtlich durch Gewalttaten auffällig zu werden, nicht das anderer gesellschaftlicher Risikogruppen wie eben gesunder junger Männer (Angermeyer et al. 2000). Risikoerhöhung für Gewaltdelikte findet man bei den mit Substanzmissbrauch einhergehenden Störungen (Steinert 1991). Abhängigkeit per se wird jedoch von einigen Gerichten nicht als Unterbrin-

gungsgrund akzeptiert, da bei Abhängigkeit an die Motivation und Eigenverantwortung des Patienten appelliert wird. Das ist insofern paradox, da 80 % der Gewaltdelikte in Deutschland unter Alkoholeinfluss geschehen – Alkoholabhängigkeit wird jedoch als Unterbringungsgrund quasi ignoriert. Die gesamtgesellschaftliche Verhinderung von Gewalt durch die Akutpsychiatrie ist also relativ klein.

Patienten, die keine Vorgeschichte von Gewaltverhalten aufweisen, werden auch im Verlauf der aktuellen psychotischen Episode keine Gewalt ausüben. Wenn allerdings Patienten Gewalt bereits mehrfach im Vorfeld aufgewiesen haben, wird sich diese Gewalt durch einen stationären Aufenthalt z.B. von drei Wochen auch nicht dauerhaft verhindern lassen. Die Entdramatisierung von Fremdgefährdung ist also gleichzeitig auch die Relativierung der psychiatrischen Macht, die wir über Patienten und deren Schicksal haben. Nur 7 % der Patienten, die in psychiatrische Behandlung kommen, wenden harmlose Gewalt an (Bedrohungen, Sachbeschädigungen), nur 2 % der Patienten wenden diese gegen Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik (Steinert et al. 2007). Die Gewalt wird seltener gegen Mitpatienten als gegen Mitarbeiter gerichtet (Steinert 1995). Hier scheint also seitens der Mitarbeiter ein erhebliches Deeskalationspotenzial noch unausgeschöpft.

Ein wichtiger Punkt in der Eskalation von Gewalt ist die tagelange Zuspitzung und die Entwicklung vor allem in den ersten Behandlungstagen. Spitzt sich die Gewalt etwa durch Unruhe, verbale Bedrohungen und wahnhafte Verarbeitung von Mitpatienten über Tage zu, dann ist es letztlich gewaltprovozierend, dem Patienten keinen Ausgang zu gestatten und zu warten, bis Akutpatienten aufeinander losgehen.

## 2.10 Verantwortung an den Patienten abgeben

Psychiatrisch Tätige neigen dazu, Verbesserungen bei Patienten sich selbst und Verschlechterungen den Patienten zuzuschreiben (Bock 2010).

Nicht wenige psychoseerfahrene Menschen berichten darüber, dass sie ohne oder gerade trotz psychiatrischer Behandlung wieder gesund geworden seien (Bock et al. 1997).

Nachuntersuchungen zeigen bei einem hohen Anteil von Ersterkrankten (58 %) keinerlei spätere Beeinträchtigung (Shepherd et al. 1998).

Internationale Vergleiche der WHO bestätigen einen günstigeren Verlauf psychotischer Erkrankungen in den Entwicklungsländern, wo bessere soziale Netze, größere Chancen der gemeinschaftlichen Betätigung, tragfähigere kulturelle Muster und weniger Stigmatisierung den Verlauf psychotischer Erkrankungen prägen (Bock 2010).

Auch für Borderline-Patienten zeigt eine Langzeituntersuchung, dass unabhängig davon, ob eine Behandlung erfolgte oder nicht, die Symptomatik mit der Zeit verschwand (Leichsenring et al. 2011).

Ressourcen, die einen Verlauf positiv beeinflussen können, sind ein biografisch später Krankheitsbeginn, ein rascher Krankheitsbeginn, verfügbare Bewältigungsstrategien, starke affektive Anteile und Positivsymptome in der Symptomatik, soziale Ressourcen, Arbeitserfahrung und materielle Sicherheit. Diese Ressourcen sollten genutzt werden und idealerweise stärker in die Therapie implementiert werden.

Seit einigen Jahren wird darüber diskutiert, ob Prodromalsymptome wie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Schlafstörungen und sozialer Rückzug frühzeitig zu einer Behandlung führen sollten, was aber auch eine Stigmatisierung von Patienten beinhalten kann, deren Symptomatik möglicherweise »nur« im Rahmen einer Anpassungsstörung, Adoleszentenkrise oder auch unspezifisch drogeninduziert entstanden ist.

**Fallbeispiel**

Eine Medizinstudentin aus einem Schizophrenieseminar fragte mich einmal, ob in einem Interview mit ihr die bei ihr vor einigen Jahren diagnostizierte »Hebephrenie« erhärtet bzw. sogar relativiert werden könne. Diese sei im Zusammenhang mit THC-Konsum erstmals aufgetreten, und nun mache sie sich Sorgen, dass die Erkrankung einen ungünstigen Verlauf nehmen könne (worüber wir im Seminar diskutiert hatten). Sie stellte sich die Frage, inwieweit sie nun doch einer Neuroleptikatherapie, die ihr angeraten worden war, zustimmen solle.

Die Studentin hatte seit fünf Jahren eine feste Beziehung, keinerlei Negativsymptome, gute Noten und ein lebhaftes Sozialleben. Wahnvorstellungen, Ängste und ein sozialer Rückzug waren lediglich auf ihre Zeit des massiven THC-Konsums beschränkt gewesen, aber mit Einstellung des Drogenkonsums sei nie wieder eine derartige Symptomatik ausgebrochen. Nach einem sehr kurzen Interview erklärte ich der Studentin, dass eine Hebephrenie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen sei und riet ihr von einem Neuroleptikakonsum mit zu erwartender sekundärer Negativsymptomatik strikt ab, was die Studentin enorm entlastete. Mittlerweile ist sie eine erfolgreiche chirurgische Fachärztin.

Kritisch zu sehen ist vor diesem Hintergrund eine genetisch deterministische Anschauung einer erblichen Disposition, die die Beeinflussbarkeit von Erkrankungen durch Betroffene relativieren würde (Alanen et al. 2001). Zwillingsstudien zeigen zwar eine Übereinstimmung von Symptomen bei eineiigen Zwillingen, die jedoch in einem genau so relevanten Prozentsatz durch die Umwelt gesteuert und aufgehoben werden können. De facto weisen bis zu 50 % der Menschen eine Hypersensitivität sowie auch produktiv psychotische Symptome auf, was letztlich nicht zu dem Schluss führen darf, dass die Hälfte der Menschheit schizophren sei.

Die Interaktion mit Patienten sollte weniger darauf ausgerichtet sein, Symptome zu dramatisieren und Verläufe frühzeitig zu determinieren, sondern das Erlebte zu integrieren, Ressourcen zu erhalten und zu reaktivieren, soziale Kompetenzen zu stärken und das Lebenskonzept des Betroffenen zu unterstützen. Statt Wohnheimen sollten betreute Wohngemeinschaften oder eigene Wohnungen angepeilt werden, statt stationärer Isolierung sollte ambulante Eingliederung ermöglicht werden, statt Entlastung sollte Selbstständigkeit gefördert werden, statt Stigmatisierung ein offener selbstbewusster Umgang mit der Diagnose, statt »Compliance-Erzwingung notfalls durch Depotgabe« sollte Empowerment, Selbstheilung und Eigensinn von Erkrankten respektiert und unterstützt werden.

Diese Recovery-basierten Ansätze sind als Grundlage einer Haltung zur Behandlung etwa in Hamburg implementiert worden:

**Beispiele für Maßstäbe und Leitlinien**

**Die »Hamburger Maßstäbe für die Behandlung Ersterkrankter«** (Bock 2010)

- Ein erstes Krisengespräch innerhalb 48 Stunden auf Wunsch zuhause
- Frühzeitige Einbeziehung der Familie in die Behandlung
- Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe
- Wenig stigmatisierende Atmosphäre, dialogische Sprache
- Unterstützung der persönlichen sozialen und familiären Ressourcen
- Sorgfältige Beratung über Therapie mit Psychopharmaka, um Empfindlichkeit auszugleichen, evtl. auch Drug Holidays

**Leitlinien des »Turku-Modells« in Finnland (Lehtinen 1996), Home-Treatment als Modell der Zukunft**

- Anpassung an die individuellen Bedürfnisse des Patienten
- Achtung des biografischen und persönlichen Kontextes
- Veränderung der familiären Interaktion
- Kleine Teams vor Ort mit psychotherapeutischer Kompetenz
- Minimale Interventionen statt maximale invasive Maßnahmen
- Problembezogenes Verhalten, Einbettung familiärer Konflikte
- Verwendung von Alltagssprache
- Coaching, ressourcenorientierte Beratung
- Wahlmöglichkeiten schaffen, Entwicklungsräume ermöglichen
- Erwartungen abklären, Zeit lassen für Entwicklung
- Ambulant geht vor stationär

## 2.11 Toleranz von Fehlverhalten

Wenn man die Gewalt, die von der Psychiatrie ausgeht, mit der Gewalt, die Patienten verüben, vergleicht, so sieht man rein statistisch gesehen, dass die Psychiatrie weiterhin Gewalt reduzieren muss. Bis zu 66 % der Patienten, die in psychiatri-

sche Kliniken eingewiesen werden, erleben Gewalt in Form von Zwangsmaßnahmen, Freiheitsberaubung, Isolation und Fixierung (Cannon 2001; Fisher 1994; Needham 2002; Sailas u. Wahlbeck 2005; Sebit 1998; Steinert et al. 2007), wohingegen nur bis zu 10 % der Patienten Gewalt im Rahmen ihrer Einweisung ausüben (Ruesch et al. 2003; Spiessl et al. 1998; Steinert et al. 1991).

Die Gewalt, die von der Psychiatrie ausgeht und auch zu reaktiver Gewalt bei Patienten führen kann, bezieht sich auf alle Formen von Willenseinschränkung und Restriktion, die gegen die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten gerichtet sind.

Typische Anlässe für Gewalt, die von Patienten ausgeht, sind z.B. eine geschlossene Stationstür, richterliche Anhörungen, Verweigerung von Ausgang, Applikation von Zwangsmaßnahmen, Abnahme persönlicher Sachen, Ungerechtigkeiten und Durchsetzung von Stationsregeln, subjektive Hoffnungslosigkeit, Aufforderung zu Aktivitäten, die der Patient nicht wünscht und Nebenwirkungen von Medikamenten (extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen) (Abderhalden et al. 2006; Duxbury et al. 2006; Ilkiw-Lavalle u. Grenyer 2003; Richter 1999; Whittington u. Richter 2006). All diese Mechanismen reglementieren im Endeffekt Fehlverhalten, das wiederum stark kontextabhängig ist. In der Akutpsychiatrie kommt zu einer restriktiven Auslegung von Verhalten häufig eine geringe emotionale Verfügbarkeit von Pflegepersonal und wenig therapeutisches Engagement, was Trotzreaktionen und weiteres Fehlverhalten gegen die oft nicht nachvollziehbaren Regeln intensiviert (Alexander u. Bowers 2006).

Was Fehlverhalten darstellt, ist immer sehr relativ. So kann ich sagen, dass die Gründe für Zwangseinweisungen in Berlin beispielsweise andere waren als in Basel. Nimmt man eine empathische Haltung ein und entwickelt man eine Perspektive für den Patienten, dann wird man Fehlverhalten auch der Umwelt unterstellen, die vielleicht mit wenig Toleranz auf laute Musik, exaltiertes Auftreten, eine unordentliche Wohnung oder einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus reagiert.

Ein sicher markantes Fallbeispiel für die starke Bandbreite in der Interpretation von Fehlverhalten stellt eine Argumentation einer Richterin in Berlin-Mitte dar: Eine schizophrene Patientin, die freiwillig in unserer Behandlung blieb, sollte untergebracht werden, um tägliches Diskutieren über ihren Verbleib zu umgehen. Die Richterin sah den Grund für die akute Eigen- und Fremdgefährdung jedoch nicht, und so erläuterten wir ihr, dass die Patientin nachts um zwei Uhr Einrichtungsgegenstände aus dem Fenster geworfen hätte. »In dieser Straße geht doch eh niemand vorbei und schon gar nicht um diese Zeit« war die Begründung der Richterin auf ihre Ablehnung der Unterbringung.

Dass die Toleranz von Fehlverhalten auf einer Station die Qualität der Therapie und auch die allgemeine Zufriedenheit des Teams und der Patienten erhöhen kann, verdeutlichen folgende Fallbeispiele:

**Fallbeispiele**

Eine schizophrene Patientin in Berlin benutzte unsere Station immer wieder als eine Art Weglaufhaus. Immer, wenn sie in ihrem zuständigen Krankenhaus untergebracht wurde, verschwand sie nach drei Tagen aus der Behandlung und erschien in unserer Klinik. Grund war, dass sie auf unserer Station ihren Hund mitbringen durfte, was vom durchaus hundefreundlichen Pflegepersonal toleriert wurde. Unter der Bedingung, dass sie ihre Medikamente einnahm, konnte sie (mit Hund) bleiben, weswegen keinerlei Zwangsmaßnahmen bei der Patientin erforderlich waren.

Ein manischer Patient verblieb in unserer Behandlung nur unter der Prämisse, dass er auf einer Matratze und in einem Einzelzimmer schlafen konnte, was gestattet wurde. Im Gegensatz zu mehreren Voraufenthalten, wo der Patient über Tage fixiert gewesen war, waren Zwangsmedikationen bei diesem Patienten nicht erforderlich; er meinte, wenn wir ihm entgegenkämen, käme auch er uns entgegen. Er war auch in sehr langen depressiven Phasen auf unserer Station.

Ein Kunststudent verblieb auf unserer Station unter der Bedingung, dass er den Raucherraum neu gestalten dürfe. Tagelang beschäftigte er sich daraufhin damit, die Wände des Raucherraums mit Tieren zu bemalen, nebenbei wurde er wieder gesund.

## 2.12 Keine Konzentration von Akutpatienten

Um die Konzentration von Akutpatienten zu vermeiden, ist ein Krisenmanagement auf allen Stationen, auch auf anderen Spezialstationen, erforderlich. Zudem sind eine vorsorgliche Entlassung von Patienten vor Wochenenden oder Feiertagen und eine gerechte Aufteilung von Arbeitsbelastung und Aufnahmedruck unter den Stationen sinnvoll. Eine zügige Therapieplanung, ein effizientes Entlassungsmanagement und ein frühzeitiges Einbinden von Angehörigen in die Behandlung sind weitere Aspekte, die die Konzentration von Akutpatienten und damit Eskalation verhindern.

Die Konzentration von Patienten, von denen aggressives und gewalttätiges Verhalten befürchtet wird, auf einer einzelnen Station oder Einheit scheint die Häufigkeit aggressiver Vorfälle zu erhöhen (Gebhardt u. Radtke 2003; Lion et al. 1976). In unserer eigenen Erhebung zeichnete sich ein klarer Zusammenhang zwischen Türschluss-Gewaltverhalten, der Anzahl der auf der Station befindlichen Patienten und der daraus resultierenden Zwangsmedikationen ab (Lang et al. 2010). So fanden sich in der offenen Beobachtungsperiode doppelt so viele Übergriffe und Zwangsmedikationen wie in der geschlossenen. Eine ähnliche, jedoch ältere Studie von Folkard et al. (1961) zeigte 193 Übergriffe im offenen und 249 Übergriffe im geschlossenen Intervall in einer 10-wöchigen Beobachtungsperiode. Auch Baker et al. (2009) fanden eine Korrelation zwischen Gewaltereignissen und der Anzahl der »geschlossenen Stunden« einer Akutstation.

Der Umstand, der die Deeskalation bei offenen Türen maßgeblich bewirkt, ist eine geringere Anzahl von anwesenden Patienten. Gewaltverhalten erhöht »Crowding« auf Stationen. Dieses Crowding nimmt natürlich durch eine geöffnete Stationstür automatisch ab. Aber auch regelmäßige Überbelegung, zu großzügige Aufnahmepolitik und eine wahllose Häufung von beispielsweise manischen Patienten führen zu absehbarer Gewalteskalation (Ng et al. 2001). Es können klare Korrelationen zwischen Überbetten und Gewaltereignissen hergestellt werden (Lanza et al. 1994; Lion et al. 1981; Palmsternia et al. 1991). Neben der Türöffnung spielt fehlender Platz (keine Pufferzone) bei der Entwicklung von Gewalt eine Rolle (Lanza 1988; Nijman et al. 1997). Auf einer akuten 19-Betten-Station wurde aggressives Verhalten systematisch dokumentiert, wobei sich eine Korrelation zu Belegungszahlen der Station zeigte (Palmstierna et al. 1991).

## 2.13 Einbezug der Wünsche von Angehörigen

Der Einbezug von psychiatrieerfahrenen Patienten und Angehörigen ist eine der zentralsten und immer noch unterschätzten Ressourcen zur Verbesserung der Psychiatrierealität.

Angehörigen- und Patientengruppen, die Nutzung deren Selbsthilfepotenzials und die Etablierung von Patienten- und Angehörigensprechern zur Überwachung der klinischen Qualität sind wichtige Instrumente zur Verbesserung der Akutpsychiatrie. Allgemein wünschen sich Angehörige eine verstärkte Orientierung an der Primärprävention und an aggressions- und gewaltvermeidenden Strategien für das häusliche Umfeld (was dann wiederum Zwangseinweisungen verhindern kann). Es sollten also Angehörigen systematisch Strategien und Verhaltensoptionen zur Vermeidung von Eskalationen vermittelt werden.

Ein weiteres Anliegen von Angehörigen besteht in einer frühzeitigen und niedrigschwelligen Hilfe (sog. präventive Hausbesuche), bevor es zu eskalierenden Situationen kommt. Die Etablierung einer aufsuchenden Krisenhilfe durch Klinikmitarbeiter kann diesem Wunsch entgegenkommen.

Auch Angehörigenvisiten in der Klinik, wie sie bereits vor Jahren in einigen Kliniken eingerichtet wurden, sorgen für bessere Aufklärung, Einbeziehung und Verständigung innerhalb der betroffenen Familien. Hier können Familienangehörige entweder im Eingangsbereich der Stationen einen Zeitplaner finden, auf dem sie sich für einen Vor- bzw. Nachmittag eintragen können, oder sie können an den regulären Visiten einmal pro Woche (den bestehenden Wunsch des Patienten vorausgesetzt) teilnehmen.

Die Einführung der Rolle eines Familiengastes oder die Entwicklung eines ehrenamtlichen Sitzwachendienstes (wie z.B. in einigen Soteria-

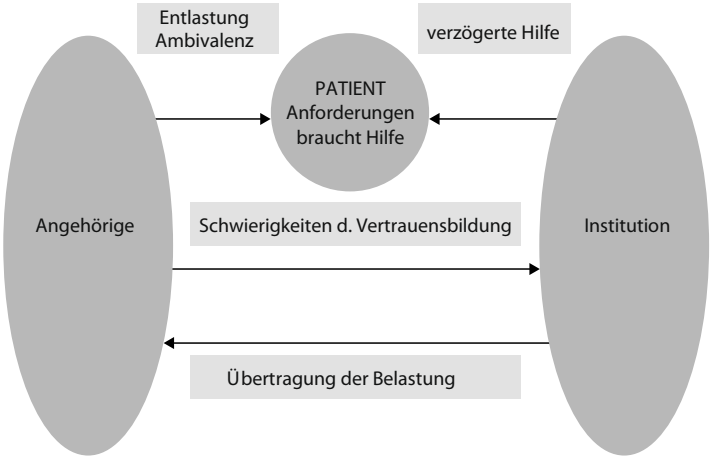



**Abb. 2.8** Übersicht über die Rolle der Angehörigen im Krankheitsverlauf

Modellen üblich) kann zur Solidarität und Entlastung der Angehörigen untereinander führen. Der Familiengast ist eine der möglichen Formen für zugehende Angebote, die eine Betreuungs- und Behandlungsbereitschaft herstellen können.

Sozialarbeiter sollten eine zentrale Position im Team einnehmen und beispielsweise bei der Oberarztvisite dabei sein, um transparent und konsequent bereits die weitere Versorgung zu implementieren, auch wenn der Patient nicht remittiert oder krankheitsuneinsichtig ist. Das Prinzip ist eine starke Intervention in weichen Strukturen. Über den Sozialarbeiter sollten dann Regelungen für eine konsequente, träger- und einrichtungenübergreifende Bezugsbehandlung und -betreuung erfolgen. Damit erfolgt eine Annäherung an die Praxis des Need-adapted-Treatment mit Berücksichtigung der gesamten sozialen Situation.

Was Angehörigen ebenfalls wichtig erscheint und zentral die Behandlungsqualität erhöht, sind:

- Behandlungsvereinbarungen
- Beschwerdemanagement
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in Qualitätsentwicklungsprozesse (statt bequemer Nutzerbefragungen)

Die Idealvorstellung für die Angehörigen wäre ein integriertes Krankenhaus, in dem die Institutsambulanz das steuernde Element der ambulanten, teilstationären und stationären medizinischen Versorgung darstellt.

Auf die ambulante Therapie, die auch aus aufsuchenden Elementen besteht, erfolgt stufenweise die Tagesklinik, wenn ambulante Behandlung selbst bei extramuraler Begleitung durch gemeindepsychiatrische Dienste und/oder Einrichtungen nicht ausreicht. Die stationäre Therapie steht als letzte Option zur Verfügung, jedoch ebenfalls mit den gleichen Therapeuten.
Diese medizinische Versorgung ist eingebettet in die Region des Patienten und der Angehörigen.

Auch sollte nach den Vorgaben der Betroffenen und Angehörigen ein Schutz der Patienten vor ihren Angehörigen und der Psychiatrie möglich sein (in Berlin: »Weglaufhaus«).

Alle Angehörigen wünschen sich Unterstützung, die so wenig interventionistisch ist wie nur eben möglich und deren Effektivität nachgewiesen ist. Sie fordern, dass neben medikamentöser Behandlung Need-adapted-Treatment, Empowerment und salutogenetische Orientierungen bei den Behandlern gleichberechtigt sind.

Könnten Psychiatrie-Erfahrene darauf vertrauen, dass immer die »weichest-mögliche« Intervention gewählt wird, sie wären vertrauensvoller im Umgang mit ihren Angehörigen und den professionellen Helfern. Die Abb. 2.8 zeigt die zentrale Rolle, die Angehörige im Therapieverlauf einnehmen.

Die Einweisungs- bzw. Aufnahmesituationen können laut Angehörigen weich gestaltet werden durch:

- Alltagsnah ausgestattete Aufnahmeräume und -rituale, die Gastfreundschaft ausstrahlen.
- Berücksichtigung der gesamten sozialen Situation in der Aufnahmesituation: Wahrnehmung der Angehörigen und der individuellen Belange der Patienten (muss z.B. ein Hund oder eine Katze versorgt werden?)
- Gehaltvolle Information über die Medikamentierung, auch wenn der Patient nicht aufnahmefähig erscheint: Patienten erleben subjektiv die Nebenwirkungen, aber selten die Wirkungen
- Eine grundsätzlich nebenwirkungsorientierte pharmakologische Behandlung so wie ein Gespräch über Medikamente auf Augenhöhe (Verhandeln statt Behandeln)

## 2.14 Statt Verbote: Angebote!

In der Akutbehandlung findet sich in vielen psychiatrischen Kliniken ein sehr geringes Maß an Angeboten. Sogar das Rauchen wird in vielen Einrichtungen mittlerweile verboten. Patienten, die zwangseingewiesen wurden, haben dann keine Zigaretten mehr, können sich keine kaufen, und selbst wenn sie welche besitzen, dürfen sie die Station zum Rauchen nicht verlassen.

Psychologen auf Akutstationen, die Gruppen anbieten, sind eine Rarität, da die Patienten global als »nicht gruppenfähig« und »nicht psychotherapierbar« eingestuft werden. Immer wieder werden bestehende Angebote wie Physiotherapie und Ergotherapie an Ausgänge gekoppelt, da die Angebote »outgesourct« sind und Patienten, die keinen Ausgang haben, nicht an den entprechenden Angeboten teilnehmen können. Ein Problem stellen auch die inhaltlichen Ausrichtungen vieler üblicher Gruppenangebote dar; so wirkt eine »Psychoedukation« auf einen Patienten, der überzeugt ist, nicht krank zu sein, eher aversiv.

Möglichkeiten, diese Missstände zu verbessern, sind die Integration von Psychotherapie auf allen Akutstationen, was bedeutet, dass schon vom ersten Behandlungstag an ein Psychologe jedem Patienten Einzelkontakte anbietet. Darüber hinaus sollte Ergotherapie auf der Station angeboten werden, oder der Ergotherapeut holt Patienten persönlich für eine Einzelergotherapie auf der Station ab. Körperliche Betätigung und Fitness sollten auf jeder Akutstation möglich sein, ein paar Fitnessgeräte; ein Boxsack, ein Fahrradergometer und ein Laufband ermöglichen einen gesunden Abbau von Spannungen und Aggressionen.

Psychologische Gruppenangebote sind auch auf Akutstationen durchführbar, so fand an der Charité Campus Mitte (Berlin) auf der Akutstation über mindestens sechs Jahre insgesamt acht Stunden Psychotherapie pro Woche statt, darunter eine psychodynamisch orientierte Gruppentherapie einmal wöchentlich, die natürlich immer wieder von manischen Patienten dominiert oder auch gesprengt wurde, letztlich aber gleichzeitig auch die Eingliederung der Patienten und den Zusammenhalt unter den Patienten sowie Problemaktualisierung sehr effektiv zur Folge hatte. Zudem zeigte sich, dass Angebote wie soziales Kompetenztraining und metakognitives Training auf eine hohe Resonanz bei akut schizophren Erkrankten stießen und nicht nur die oft von Patienten etwas aversiv empfundene Psychoedukation oder auch IPT machbar und erfolgsversprechend sind.

Ideal ist die Implementierung einer »freien Gruppe«, in der über Wünsche von Patienten, aktuelle politische Themen oder auch Missstände auf der Station gesprochen werden kann. Diese Gruppe schafft darüber hinaus ein frei wählbares Angebot, angefangen von Yoga, Lauftraining und Tischtennisturnieren bis hin zu Literatur- oder Musikgruppen; dieses Angebot ist variabel und richtet sich nach den Bedürfnissen und der entsprechenden Zusammensetzung der jeweiligen Patienten. Weitere Faktoren zur Stabilisierung sind darüber hinaus Möglichkeiten der Selbstwerterhöhung, sei es durch Ausstellungen von Patienten, Bewirtschaftung eines Patientencafés oder die Sammlung von Patiententexten in einem Literaturband.

Dass die Anwesenheit von Tieren und deren Versorgung ein sehr stark deeskalierendes, Normalität erzeugendes, entängstigendes und für die Verselbstständigung wichtiges Instrument darstellen, konnte in vielen Studien belegt werden (Hoffmann et al. 2009; Lang et al. 2010).

Ein ganz zentrales Angebot stellt das Gesprächsangebot dar, welches vom Pflegeteam und den Ärzten mehr oder weniger erbracht wird.

Durch die Implementierung von freiwilligen ehrenamtlichen, aber auch studentischen Sitzwachen und festeingestellten Psychologen wird das Gesprächsangebot potenziert. Viele Patienten haben einen immensen Drang, sich mitzuteilen, denn sie sind vereinsamt und hoffen darauf, ihre Wahrnehmung etwa der Zwangsaufnahme, ihre Probleme im sozialen Umfeld und ihre Wünsche zu äußern und hier auf Akzeptanz, Wohlwollen und Bestätigung zu stoßen.

Erfolgreiche Beziehungsarbeit schafft eine Vertrauensbasis, die letztlich auch eine freiwillige Medikamenteneinnahme ermöglicht und zur Reduktion der Zwangsmaßnahmen führt. Häufig sind es einzelne Pflegekräfte und Ärzte, die im Team bekannt dafür sind, dass sie Patienten von der Einnahme der Medikamente überzeugen können. Diese Gespräche sind qualitativ und quantitativ jedoch variabel und sollten strategisch evaluiert und eingesetzt werden. Durch die Türöffnung werden genau diese Gespräche seltener unterbrochen, da Pflegekräfte nicht dauernd mit dem Öffnen und Schließen von Türen beschäftigt sind.

Das Pflegeteam hat einen zentralen Stellenwert in der Schaffung von Angeboten, denn gerade individuelle Angebote und Lösungen sind nur von einem flexiblen und motivierten Pflegeteam zu leisten und von dessen Initiative stark abhängig. So bieten einzelne Pflegekräfte den Patienten an, mit ihnen Wohnungen zu besichtigen, gemeinsam ins Kino oder ins Café zu gehen oder auch zu backen und zu kochen, am Computer bei Ebay Sachen zu verkaufen, etc. Das Einführen von Sitzwachen stellt auch hier eine Verbesserung der Behandlungsqualität dar, da die Wachen oft Studierende sind, die meist hochmotiviert und flexibel im Umgang mit Patienten sind und mit den Patienten etwa auch Unternehmungen durchführen, was examiniertes Pflegepersonal in der Regel nicht leisten kann.

Zunehmend wird auch der Einsatz eines guten Beschwerdemanagements empfohlen. Um dieses qualitativ zu verbessern, kann man z.B. einen Patientensprecher als Anlaufstelle etablieren, der seine Befunde direkt dem Chefarzt kommuniziert. Vom Europäischen Komitee für Menschenrechte wird ein Patientenfürsprecher dringend empfohlen.

## 2.15 Akzeptanz von Symptomen

Oft wird von Ärzten und Angehörigen a priori vorausgesetzt, dass Nonadhärenz bzw. Noncompliance ein irrationales Verhalten seitens des Patienten darstellt. Gleichzeitig ist jedoch bekannt, dass rund ein Drittel der Patienten auf antipsychotische Medikamente gar nicht respondiert (Conley u. Buchanan 1995), bei vergleichsweise schweren und teilweise fatalen Nebenwirkungen. Noncompliance ist ein gängiges Phänomen, das u.a. auch 50 % der somatischen Allgemeinpatienten betrifft, die unter chronischen Erkrankungen leiden. Entsprechend unterscheiden sich psychiatrische Patienten hier nicht signifikant bezüglich ihrer individuellen Therapieentscheidungen und scheinen sich in den Fällen der Unwirksamkeit von Medikamenten gegen Langzeitschäden durch Nebenwirkungen und damit durchaus rational für die gesundheitsbewusstere Alternative, nämlich für die Nichtbehandlung zu entscheiden.

Bei schizophrenen Patienten werden durch Behandlung insbesondere mit hochpotenten d2-antagonistischen Medikamenten in einem nicht unerheblichen Teil Depressionen getriggert und Negativsymptomatik verstärkt. Die Lebensqualität ist also durch Medikation bzw. Behandlung nicht per se als besser zu bezeichnen. Bei persönlichkeitsgestörten Patienten gibt es keine einzige zugelassene Substanz, die nachgewiesenermaßen Symptome der Grunderkrankung lindert. Ein Off-Label-Use wird hier in der Psychiatrie mit einer hohen Selbstverständlichkeit umgesetzt, ohne dass Patienten entsprechend aufgeklärt werden.

Gleichzeitig ist auch bekannt, dass Olanzapin zusammen mit Clozapin von Patienten nach dem stationären Aufenthalt am längsten eingenommen wird; damit ist die Compliance im Vergleich zu den Typika und anderen Atypika unter Olanzapin und Clozapin signifikant erhöht (Kilian et al. 2012; Tilhonen et al. 2009). Haloperidol und Risperidon werden hingegen im Schnitt nach 148 Tagen wieder abgesetzt.

Die Akzeptanz von Symptomen bedeutet, den Fokus stärker auf die Lebensqualität zu setzen als auf Symptomfreiheit. Symptome sollten im individuellen Kontext des Patienten gesehen wer-

den und danach gewertet werden, inwieweit sie tatsächlich schaden oder den Alltag sogar bereichern. Selbstwirksamkeit, wie sie in der Psychotherapie vermittelt wird, sollte eine höhere Relevanz erhalten.

Gerade bei manischen Patienten ist es häufig so, dass jahrelang angestaute Aggressionen, Konflikte und Energie sich in der Manie sehr stark im Sinne des Patienten entladen. Häufig sind bipolare Patienten hochgradig angepasst und sozial eingebettet, fürsorglich und sozial veranlagt. Trennungen, die lange anliegen, werden in der Manie vollzogen oder neue Herausforderungen angenommen.

**Fallbeispiel**

Eine ca. 45-jährige sehr erfolgreiche Künstlerin wird von ihrem Ehemann, der Betreuer ist, gerichtlich untergebracht, weil sie in der Manie in selbstschädigender Weise Alkohol trinkt, Partys feiert und zu viel Geld ausgibt. In der Manie tapezierte sie in wenigen Tagen die ganze Station voll mit Kunstwerken. Durch die Zwangsbehandlung mit Haloperidol wird sie sehr schnell depressiv, antriebsarm und »hat ihre Kreativität verloren«. Die Bilder, die sie in der Manie gemalt hat, sind mittlerweile Hunderttausende von Euro wert. Soviel Geld hätte diese Patientin auf Partys nicht ausgeben können.

## 2.16 Schaffen von Normalität

Vor ca. 15 Jahren etwa waren im akutpsychiatrischen Bereich in einigen Kliniken Frauenstationen von Männerstationen noch streng getrennt, es wurden nur Löffel zum Essen ausgegeben (die nach dem Essen eingesammelt und gezählt wurden), Patienten trugen Anstaltskleidung, Glasflaschen waren tabu, und jeder Patient wurde durchsucht und teilweise rund um die Uhr per Videoaufzeichnung (gegen seinen Willen) beobachtet.

Diese Regeln wurden inzwischen zunehmend gelockert, da es in entsprechenden Abteilungen über Jahre keine Zwischenfälle mit Glasflaschen gab, die Mischung von Frauen und Männern sich als deeskalierend erwies, die Videoaufzeichnung von Patienten gesetzlich verboten wurde und sich herausstellte, dass »Normalität«, etwa durch die Benutzung von Messer und Gabel, Gewalt (und Rebellion) reduzieren konnte.

Trotzdem halten sich weiterhin diverse Tabus auf Akutstationen, die kaum hinterfragt werden: keine aufreizende Kleidung, kein Lippenstift, keine Patientenaufnahme ohne Durchsuchung, nie alleine mit einem Akutpatienten in einem Raum sein ohne Begleitung, keine Tücher oder dicke Ketten tragen, um nicht gewürgt zu werden, keine Stöckelschuhe, keine Rasierklingen, kein Fön, keine Ausgabe von Messern zum Backen, keine Schnüre oder Kabel etc.

Verschiedene typische Verhaltensregeln unterscheiden Akutstationen von Obdachloseneinrichtungen, Heimen, Fußballvereinen, Clubs, Cafés, somatischen Stationen etc., also Orten, wo zwar statistisch betrachtet genauso viel Gewalt und Eigengefährdung vorkommt, dieser jedoch nicht entsprechend »vorgebeugt« wird.

**Das Schaffen von Normalität sowohl im Umgang mit den Patienten als auch im Setting der Station erzeugt eine Freundlichkeit und Fürsorge, die nicht nur Gewalt vorbeugen wird, sondern auch Respekt gegenüber dem Patienten, seinen Bedürfnissen und seiner Würde gegenüber vermittelt.**

## 2.17 In der Regel haben Psychotiker: Angst!

Die Angst ist ein zentrales Phänomen vieler Patienten, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden. Unterschiedliche psychopathologische Phänomene können Angst auslösen, nur selten können Wahngebäude auch angstlindernd wirken. Neben unmittelbaren krankheitsbedingten ideologischen Modellen für die Angst kann diese auch durch andere Faktoren entstehen, z.B. durch das immer noch gefürchtete Setting der Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus (Unterbringungsbereich); ebenso gibt es die Angst vor der Behandlung, vor Nebenwirkungen und der Polizei oder die Angst vor Stigmatisierung durch andere, die Angst also, einer wenig geschätzten Minderheit anzugehören.

Oft stehen sich psychiatrisches Team und Patient in der Aufnahmesituation gegenüber, und beide haben Angst. Der Patient hat Angst, weil er eine Zwangsbehandlung befürchtet, weil das Team wie ein Gericht vor ihm steht und weil er im Rahmen seines Wahns befürchtet, umgebracht oder für immer eingesperrt zu werden. Das Team wiederum hat Angst vor einem unberechenbaren Patienten, der vielleicht in der Vorgeschichte der Aufnahme bereits die Polizei angegriffen hat und dem man nicht zu nahe kommen darf. In diesem Fall ist es tatsächlich wichtig, einen gewissen Abstand einzuhalten, da insbesondere katatone Patienten bei Berührungen oder zu dichter Annäherung und im schlimmsten Fall bei Durchsuchungen nicht selten Panik bekommen.

In der Regel reagieren schizophrene Patienten mit Gewalt nur aus Angst heraus, weswegen es zentral ist, die Patienten abzuholen, da wo sie gerade stehen.

Freundlich zu sein, entängstigend, ruhig und vorsichtig Kontakt aufzunehmen und Fragen möglichst beiläufig zu stellen, sind wichtige Punkte. Die Aufnahme einer Beziehung ist wichtiger als eine lückenlose Anamnese über alle Eckdaten der Aufnahme oder alle Spezialaspekte der Psychopathologie.

Wichtig ist, zu signalisieren, dass man es gut mit dem Patienten meint, dass er hier sicher ist und dass er nichts zu befürchten hat. Entspannend wirkt etwas zu essen, eine Zigarette oder ein Gang in den Garten, da diese Normalität die Aufnahmesituation entschärft und gleichzeitig dem Patienten vermittelt, dass seine Bedürfnisse ernst genommen oder wahrgenommen werden.

**Wichtig ist also, dem Patienten in seiner Angst zu begegnen und ihm diese Angst zu nehmen.**

Auch Fragen sind entschärfend, z.B. »Wollen Sie alleine mit mir sprechen?«, »Wollen Sie erst etwas essen oder erst eine Zigarette rauchen?«, »Wollen Sie die Station sehen?«, »Soll ich Ihnen mal Ihr Zimmer zeigen?« Oft wollen Patienten erst einmal mit niemandem sprechen, dann sollte man sie auch in Ruhe lassen können. Bei schizophrenen Patienten ist eine sofortige Medikation häufig nicht notwendig, wenn man ihnen sagt, sie sollen erst mal ankommen, man würde sich in Ruhe ein Bild machen, und wenn alles gut läuft, bräuchten sie keine Medikamente. Dies ist in der Regel schneller anxiolytisch wirksam als eine Spritze und ein großes Personalaufgebot.

Angst sollte man direkt bei der Aufnahme ansprechen und ihr begegnen, indem man versucht, den Schutzfaktor, den eine Akutabteilung bieten kann, darzustellen (»Hier kommt keine Polizei herein, wir passen auf, dass Ihnen nichts passiert, hier gibt es keine Stasi, wir haben noch nie jemanden länger als vier Wochen behandelt« etc.).

Es hilft den Patienten, wenn eine freundliche und möglichst entspannte Pflegekraft dem Patienten in Ruhe die Abläufe der Station erklärt und beschreibt, welche Angebote bestehen und welche Unterstützung er bekommen kann. Vorsichtig kann man bei einem ausführlicheren Gespräch nach einem eventuellen Leidensdruck fragen, seien es Schlaflosigkeit, Ängste, Nervosität oder auch Beeinträchtigung durch Stimmenhören. Über diese für den Patienten subjektiv erlebbaren Beeinträchtigungen kann man versuchen, ein Medikament plausibel zu machen, damit er nicht mehr so »gestresst« ist, nicht mehr das »Gras wachsen hört«, nicht mehr »schlaflos ist« und damit gestärkt seinen »Verfolgern« entgegentreten kann. Man sollte dem Patienten immer signalisieren, dass man seine Angst versteht, dass seine Erlebnisse unerhört sind und er sicher sehr darunter zu leiden hat und dass man Medikamente nicht verabreichen will, weil seine Erlebnisse unglaubwürdig erscheinen, sondern weil man sich Sorgen um seine Gesundheit macht. Ein gut nachvollziehbares Beispiel für »Verfolgungserleben« ist der Unterschied, wenn man nachts wie in einem Horrorfilm durch einen dunklen Wald geht und bei jedem Knirschen zusammenschrickt und denselben Wald an einem Sommernachmittag bei einem Spaziergang wahrnehmen würde. Den Nachtwald wieder in einen Sommerwald zu verwandeln würden die Medikamente erleichtern, sie verändern jedoch nicht die Tatsachen, die sich hinter einem Knacken oder Knirschen etc. verbergen. Statt psychopathologische Items wie »verfolgt«, »beeinträchtigt« oder »Halluzinationen« zu verwenden, bieten sich umgangssprachliche

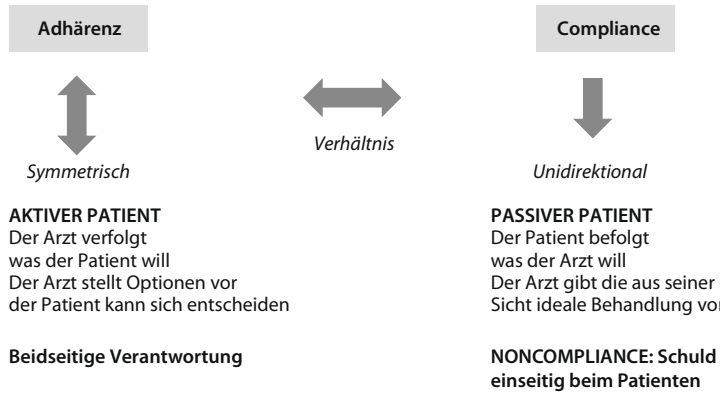



**Abb. 2.9** Unterschied zwischen Adhärenz und Compliance

Umschreibungen an, die signalisieren, dass man die Perspektive des Patienten einnimmt, wie beispielsweise »Werden Sie gemobbt?« »Haben die auch telepathische Fähigkeiten?« »Haben Sie die auch mal in Ihrer Wohnung gehört?«

Mehrere Patienten erwähnten, dass man in der Psychiatrie das »Sicherheitspersonal« von dem »therapeutischen Personal« trennen müsste, da es sie ängstigen würde und bedrohlich sei, von Therapeuten »gesichert« zu werden, und dass es ihnen schwer falle, sich diesen Therapeuten anzuvertrauen.

## 2.18 Adhärenz versus Compliance

Als ein kleiner Schritt der Psychiatrie in eine partnerschaftliche Haltung zu den Patienten wurde in neueren Arbeiten der Begriff der »kustodialen« Compliance durch den Begriff der Adhärenz ersetzt. Hier geht es darum, den Patienten an der Therapie mitverantwortlich zu sehen, was bedeutet, dass er verschiedene Optionen aufgezeigt bekommt, die ihm eine Wahlmöglichkeit zur Behandlung überlassen. Hierbei gibt der Arzt zum einen Verantwortung ab, verpflichtet sich aber zum anderen, Ziele des Patienten ernst zu nehmen und mit zu verfolgen. Diese Abgabe der Verantwortung klingt in der Theorie einfach, ist jedoch in der Praxis für den Arzt in der Psychiatrie nur eine Verlagerung der Verantwortung, da er mit seinem Vorgehen dieses in der Regel auch vor den »Instanzen der Gesellschaft« rechtfertigt (Angehörige, Betreuer etc.) und sich hinter seinen »mündigen« Patienten und dessen Entscheidung stellt. Dem Patienten Entscheidungen zu überlassen, bedeutet also auch gleichermaßen, vom Patienten gewünschte Freiheitsgrade vor Betreuern, Richtern, Angehörigen etc. zu rechtfertigen. Dies bedeutet wiederum eine stärkere Empathie und Vertrauen dem Patienten gegenüber. Der Patient ist in diesem Prozess aktiv an seiner Therapie beteiligt und damit »im Boot«.

Bei der Compliance ist der Patient hingegen ausschließlich passiv. Der Arzt gibt die einzige aus seiner Sicht ideale Behandlungsoption vor, und der Patient hat keinerlei Wahlmöglichkeit.

Die Abb. 2.9 zeigt die Unterschiede zwischen Adhärenz und Compliance schematisch an.

In diesem Zusammenhang haben Debner et al. (2007) folgendes Phänomen beschrieben: Es gibt offensichtlich Erkrankungen wie Multiple Sklerose, rheumatische Arthritis oder auch Unfruchtbarkeit der Frau, bei denen sich lediglich 5–15 % der Patienten eine Entscheidung des Arztes und die alleinige Verantwortung beim Arzt wünschen. Bei diesen chronischen Erkrankungen, die in der Regel eine lebenslange Kooperation des Patienten und meist umfassende Informationen des Patienten über die Erkrankung und ihren Verlauf beinhalten müssen, wünschen sich bis zu 84 % der betroffenen Patienten eine gemeinsame Problemlösung und Entscheidung des Arztes und des Patienten. Weitere ca. 30 % wünschen sich, wenn sie an solch einer Erkrankung leiden, bei diesen chronischen Erkrankungen eine Problem-

lösung durch den Arzt, die Entscheidung möchten sie jedoch selbst treffen. Erkrankungen, die sich fast komplementär verhalten, sind beispielsweise Prostataerkrankungen, Brustkrebs und Knochenbrüche. Hier soll aus der Sicht von ca. 50 % der Patienten der Arzt die Problemlösung und Entscheidung liefern, aber auch hier sind es immerhin 44–54 % der Patienten, die Entscheidung und Problemlösung gemeinsam mit dem Arzt entwickeln wollen. Man kann aus dieser Untersuchung also auf unsere psychiatrischen Erkrankungen schließen, dass es hier einen hohen Anteil von Patienten geben sollte, die aktiv in die Therapie, die Lösung von Problemen, die Wahl der Medikamente und die Art der Behandlung einbezogen werden wollen.

Patienten, die unter chronischen Erkrankungen leiden, brauchen und erwarten eine starke Partizipation und Beteiligung an Therapieentscheidungen, da es hier in der Regel keine Pauschallösung für ihre Beschwerden und den Krankheitsverlauf gibt.

## 2.19 Adhärenztherapie

Obwohl die Raten zwischen den Studien sehr stark schwanken, suggerieren einige Autoren, dass bis zu einem Drittel der psychisch schwerkranken Patienten nach einmaligem Kontakt mit dem Gesundheitssystem diesen Kontakt abbricht (Bowers et al. 2004; Gray et al. 2005, 2008). Vor allem junge, männliche Patienten mit schlechter sozialer Ausgangslage sowie ethnischer Minderheit scheinen sich konsistent aus dem Gesundheitssystem zu entfernen. Hinzu kommen die Risikofaktoren komorbider Substanzkonsum und Early-onset-Psychose. Hier müssen bessere Strategien erfolgen, diese Patienten nach der Akutaufnahme in der Behandlung zu halten. Das Verlassen des Gesundheitssystems dieser Patienten könnte letztlich die Konsumentenseite reflektieren, dass ihren Wünschen nicht nachgegangen wird, die Behandlung nicht dort ansetzt, wo sie zu subjektiver Besserung führt, wichtige soziale Aspekte in der Therapie nicht eingeblendet wurden, oder auch, dass letztlich keine Zusammenarbeit mit den Therapeuten stattgefunden hat.

Die Effekte einer Adhärenztherapie wurden im engeren Sinne nur in wenigen kleineren Studien getestet. Das Ergebnis und die Erfolge waren unterschiedlich:

- Anderson et al. (2010) fanden bei Patienten eine Verbesserung der Zufriedenheit und Einbezogenheit in die Therapie durch eine Adhärenztherapie, wenn auch kein Effekt auf den PANSS auftrat.
- Gray et al. (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010) fanden an 406 Patienten keinen Effekt auf Adhärenz, Symptome oder Lebensqualität.
- Maneesakorn et al. (2007, 2008) fanden bei 35 Patienten einen Effekt auf Lebensqualität, Therapiezufriedenheit und Symptome. In einer Folgestudie bei 70 Patienten konnten die Forscher ihre Befunde erhärten und fanden eine Verbesserung unter Adhärenztherapie im PANSS, Patientenzufriedenheit und Zufriedenheit mit den Medikamenten.

Es gibt Hinweise, dass die Adhärenz bei schizophrenen Patienten durch Psychotherapie zu verbessern ist (Nose et al. 2003). Allerdings scheint dieser Effekt nicht nur durch einen psychoedukativen Ansatz zu gelingen, denn dieser scheint zwar das Wissen der Patienten zu erhöhen, die Adhärenz jedoch nicht zu beeinflussen (Gray et al. 2006, 2010). Gray et al. (2003, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010) haben eine Adhärenztherapie entwickelt, jedoch noch keine durchweg überzeugenden Ergebnisse generiert. Trotzdem sind Ansätze dieser Therapie sicher sinnvoll, gut implementierbar und fokussieren genau auf die perspektivische langfristige Einbindung des Patienten in eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung.

Die ◘ Abb. 2.10 gibt einen Überblick über die Ansätze der Adhärenztherapie, wie sie von Gray entwickelt wurde.

Als die vier Pfeiler der Adhärenztherapie beschreiben Gray et al. (2010):

- Den Patienten zu engagieren, d.h. ihn in der Diskussion und in Gesprächen über Medikamente zu motivieren.
- Das Umgehen mit Widerstand von Seiten des Patienten, da in einer gespannten Beziehung zwischen Therapeut und Patient

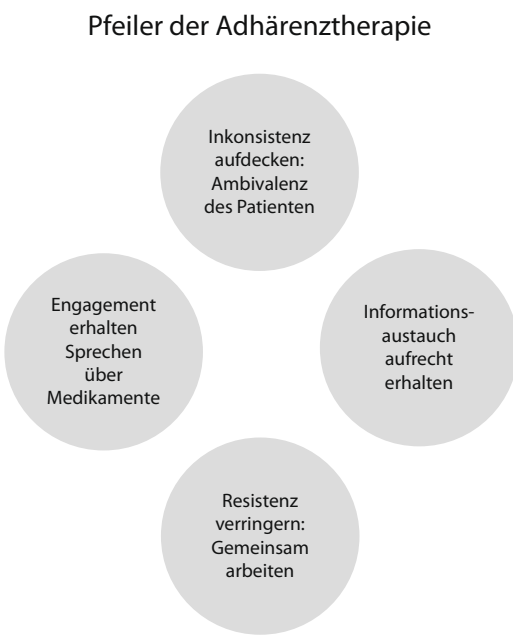



**Abb. 2.10** Adhärenztherapie. (Adaptiert nach Gray et al. 2010)

dieser nicht bereit sein wird, einen Perspektivwechsel zu erwägen. Das Ziel ist hier, den Widerstand des Patienten möglichst niedrig zu halten.

- Informationsaustausch auf der Basis der Bedürfnisse des Patienten: Was möchte der Patient gerne wissen, wie geht es ihm damit?
- Diskrepanzen sollen zunehmend und vorsichtig thematisiert werden, sodass dem Patienten seine Haltungen und Annahmen über die Erkrankung und die Medikamente transparenter werden. Beispielsweise könnte gemeinsam überlegt werden, wie es dazu kommt, dass einerseits die Medikamente helfen, gesund zu bleiben, aber andererseits der Patient sie absetzen möchte.

## 2.20 Shared Decision Making

Deber et al. haben 2007 untersucht, inwieweit sich verschiedene Patientengruppen unterschiedliche Entscheidungsfindungsprozesse wünschen. In dieser Untersuchung zeigt sich, dass bei akuten Problemen wie etwa einem Knochenbruch oder Schmerzen in der Brust sich etwa 30–58 % der Patienten die Entscheidung und Problemlösung von Arzt wünschen, ein deutlich kleinerer Anteil wünscht sich die Entscheidungsfindung beim Patienten (Deber et al. 2007). Gegenteilig verhält es sich jedoch bei chronischen Erkrankungen – wie es ja auch bipolare Störungen und Schizophrenie eher sind – (bei Deber waren es: multiple Sklerose und Unfruchtbarkeit der Frau): Hier wünschen sich nur 5–10 % der Patienten die Verantwortlichkeit für Entscheidung und Problemlösung beim Arzt, der Großteil möchte hier selbst für die Entscheidung und Problemlösung verantwortlich sein (Deber et al. 2007). Das ist insofern logisch, da sich gerade bei chronischen Erkrankungen nicht nur eine einzige richtige Lösung finden lässt, und es vielmehr der gegenseitige Kompromiss ist, der zum Erfolg führt. Gerade bei chronischen Erkrankungen wird es immer wieder zu Rückfällen kommen, es wird misslungene Absetzversuche geben und Arzt und Patient sind beide gefordert immer wieder Neuentscheidungen zu treffen. Hier kann der Arzt also eher mögliche Optionen aufzeigen, für die sich der Patient jedoch aktiv entscheiden muss.

Quantitativ verhalten sich Untersuchungen zum Shared Decision Making genau umgekehrt. So findet man im Pubmed unter dem Begriff »Shared Decision Making« und »Cancer« ca. 450 Treffer. Gibt man den Begriff »Shared Decision Making« und »Schizophrenia« ein, landet man lediglich bei 44 Studien, die fast alle von derselben Arbeitsgruppe stammen. Obwohl die psychiatrische Literatur zu Fragen des Shared Decision Making weniger fortgeschritten ist als viele andere Fachgebiete (Adams et al. 2007), zeigen Studien, dass Erwachsene mit psychiatrischen Erkrankungen sehr wohl informiert werden und aktiv an ihrer Behandlung teilhaben möchten (Simon et al. 2009). Die große Mehrheit psychiatrischer Patienten ist in der Lage, Therapieoptionen zu verstehen und rationale Entscheidungen zu treffen (Carpenter et al. 1998; Grisso u. Applebaum 1995; Stroup et al. 2005).

Die Erfordernis, Shared Decision Making in der Psychiatrie zu etablieren, zu beforschen und

auszubauen, ergibt sich daraus, dass 90 % der schizophrenen Patienten Probleme haben, therapietreu zu sein (Keith 1990). Schlechte Therapietreue ergibt sich aus Ablehnung von Behandlung, fehlender Einnahme der verordneten Medikamente, Abbruch der Behandlung, Einnahme falscher Dosierungen etc. (Lindström u. Bingefors 2000). In einer Spontanumfrage auf einem internationalen Kongress in Frankreich gaben 40 % der klinischen Psychiater an, dass eine mangelnde Therapietreue die größte Herausforderung in der Therapie der Schizophrenie darstellt In einer Untersuchung über 2804 Patientenjahre ergab sich, dass sich die Hospitalisierungsrate von schizophrenen Patienten verdoppelt, wenn sie nicht therapietreu sind (Gilmer 2004). Das wäre noch tolerierbar; das eigentliche Problem ist jedoch, dass sich die Tage bis zur Remission in Abhängigkeit der Anzahl von Rückfällen zu vervielfachen scheinen (Lieberman 1996). So verdreifachen sich etwa die Tage bis zur Remission bereits beim dritten Rückfall (Lieberman 1996).

Eine besondere Ausgangssituation für das Shared Decision Making bei schizophrenen Patienten stellen die unterschiedlichen Prioritäten von Angehörigen, Patienten und Ärzten dar. So wollen Angehörige vor allem keinen Stress haben und ihre eigene Selbstständigkeit erhalten, und Patienten wünschen sich in erster Linie Reintegration, die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und Nebenwirkungsfreiheit (Fischer et al. 2002; Nasrallah et al. 2005).

Eine Übereinstimmung der Prioritäten liegt bei etwa 22 % zwischen Arzt und Patient und bei etwa 18 % zwischen Angehörigen und Patienten (Nasrallah et al. 2005, Fischer et al. 2002). So stellt etwa die Eigenständigkeit bei Patienten die Priorität Nummer 2 dar, bei Angehörigen und Ärzten rangiert sie auf Rang 6. Eine Untersuchung hierzu stammt von Kikkert et al. (2006), die zeigen konnten, dass für Patienten und Angehörige die Wirksamkeit der Medikamente von höchster Relevanz ist und an zweiter Stelle die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Arztes (»caring tone of voice«) steht, wohingegen diese Punkte bei den behandelnden Ärzten als Schlusslicht rangierten; die Ärzte sahen eigene Erfahrungen und das Auftreten von Nebenwirkungen als entscheidender für die Therapietreue an. Dass hier letztlich die Prioritätensetzung der Patienten für den Langzeitverlauf der Therapie zutreffender zu sein scheint als die von Ärzten, zeigen einige Langzeitstudien (z.B. Ascher-Svanum et al. 2008).

**Tab. 2.4** Auffassung über gute klinische Praxis von Patienten, Angehörigen und Ärzten. (Kikkert et al. 2006)

| | Patient | Angehörige | Arzt |
|---|---|---|---|
| Effektivität Medikamente | 1 | 1 | 5 |
| Eigenes Management Nebenwirkungen | 2 | 3 | 2 |
| Arzt »Caring tone of voice« | 3 | 2 | 6 |
| Nebenwirkungen der Medikamente | 4 | 5 | 3 |
| Eigene Vorerfahrungen | 5 | 6 | 1 |
| Haltung gegenüber Medikamenten | 6 | 4 | 4 |

Tab. 2.4 zeigt die divergierenden Einschätzungen von Ärzten, Angehörigen und Patienten zu Prioritäten in der Therapie und Behandlung (Kikkert et al. 2006).

Trotz seiner extrem hohen Nebenwirkungsrate ist Clozapin dasjenige Medikament, das von Patienten am längsten eigenständig eingenommen wird. Dass diese Entscheidung der Patienten für Nebenwirkungen, aber auch für Wirksamkeit und damit für Clozapin richtig ist, belegen neueste Daten einer Langzeitstudie mit 77000 finnischen Patienten, deren Gesamtmortalität unter Clozapin massiv erniedrigt war im Vergleich zu allen anderen Neuroleptika (Tilhonen 2009). Therapietreue bedeutet somit, den Patienten Recht zu geben, auch wenn es nicht unbedingt der inhaltlichen Ausgangsbasis des Arztes entspricht (»evidence does not make a decision, people do it«).

**Zu einem aufgeklärten Patienten gehört ein aufgeklärter Arzt**

- Zu den häufigsten Annahmen vieler Psychiater gehört, dass Depotpräparate die Compliance erhöhen (de facto gibt meines Wissens keine einzige Studie, die das beweisen konnte).
- Darüber hinaus meinen einige Kollegen, dass Medikamente wie Aripiprazol, Ziprasidon und Risperidon keine extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen aufweisen (v.a. bei affektiven Patienten besteht jedoch ein ähnliches Risiko für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen dieser Medikamente wie unter Haloperidol).
- Eine häufige Interpretation ist, dass extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen in der Visite vorgetäuscht werden; de facto werden sie durch die Anspannung in der Visite nur getriggert, und diese Nebenwirkungen wiederum lösen Therapieabbruch, Suizide und das Auftreten von Aggression und Dysphorie aus (Gentile 2007).
- Falsch ist, dass bei Unwirksamkeit eines atypischen Neuroleptikums ein Wechsel auf ein typisches Präparat sinnvoll ist.
- De facto gibt es allerdings nur einige wenige Atypika, für die tatsächlich in 124 Metaanalysen gezeigt wurde, dass sie den Typika überlegen sind (Clozapin, Amisulprid, Risperidon, Olanzapin und Zotepin; Davis et al. 2003).
- Viele Kollegen geben an, dass Spätdyskinesien nicht behandelt werden können. Hier kann das auslösende Präparat abgesetzt und durch Quetiapin oder Clozapin ersetzt werden (Kinon et al. 2001).
- Oft werden anticholinerge Neuroleptika bei Demenz gegeben. Diese verursachen und verstärken kognitive Defizite (Ballard et al. 2009) und scheinen auf Verhaltensstörungen überhaupt keinen Einfluss zu haben (Schneider et al. 2006). Sexuelle Funktionsstörungen werden als Nebenwirkung bei Akutpatienten als wenig relevant eingestuft. Häufig wird nach diesen nicht gefragt, und diese Nebenwirkung, die zum Absetzen gerade bei jungen Männern führt, wird nicht in die Therapie einbezogen (günstig sind Quetiapin, Clozapin, Olanzapin, Aripriprazol, bei Antidepressiva Bupropion).
- Haloperidol kann Depressionen bei schizophrenen Patienten auslösen, und lediglich für Clozapin, Olanzapin, Citalopram und Perphenazin wurde eine Reduktion von Suizidmortalität gezeigt (Haukka et al. 2008).
- Selten ist Psychiatern und Pflegepersonal in der Therapie bewusst, dass bereits unter 4mg Haloperidol bis zu 90 % der Patienten remittieren und 50 % der Patienten unter 3mg (Emsley et al. 2006).
- Häufig wird argumentiert, dass Patienten wegen Nebenwirkungen ihre Medikamente absetzen, die man ihnen vorausschauend ersparen kann. Diese Praxis ist nicht evidenzbasiert, da dreimal so viele schizophrene Patienten wegen fehlender Wirksamkeit als wegen Nebenwirkungen absetzen (Liu-Seifert et al. 2005). So werden der Reihenfolge nach abgesetzt: Ziprasidon, Perazin, Quetiapin, Risperidon, Olanzapin, Clozapin (Ascher-Svanum et al. 2006).
  Die Patienten entscheiden sich also für Wirksamkeit. Entsprechend kommen auch Patienten, die Risperidon erhalten haben, am schnellsten wieder in die stationäre Behandlung zurück, gefolgt von Patienten, die auf Haloperidol eingestellt wurden, und zuletzt Clozapin-Patienten (Werneck de Castro 2007).
- Ein oft zitierter Mythos ist, dass Haloperidol kardial am sichersten ist. De facto ist es bezüglich QT-Verlängerung und der Entwicklung von Torsades de Pointes sowohl Quetiapin als auch Risperidon und Olanzapin unterlegen; am besten schneidet hier Amisulprid ab, das auch die beste Verträglichkeit bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen besitzt.

- Viele Kollegen gehen davon aus, dass Risperidon und Haloperidol Aggression reduzieren können, wohingegen eine Studie von Tyrer et al. (2009) zu dem Schluss kommt, dass diese Antipsychotika nicht mehr als akzeptable Behandlung von Aggression gewertet werden können.
- Viele Psychiater entscheiden sich entgegen jeglicher Evidenzbasierung weiterhin für eine Behandlung von dementen Patienten mit Neuroleptika, was erwiesenermaßen die Sterblichkeit alter Menschen fast verdoppelt (Ballard et al. 2009) und auf Verhaltensstörungen bei dementen Patienten keinen Einfluss zu haben scheint (Schneider et al. 2006).
- Auch für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gibt es kein einziges zugelassenes Medikament, trotzdem erhalten persönlichkeitsgestörte Patienten regelhaft – meist ohne Aufklärung – Off-label-Psychopharmaka.
- Immer wieder erhalten katatone Patienten Haloperidol, obwohl es bei Katatonie praktisch unwirksam ist.

Wichtiger als ein fachlich kompetenter Arzt ist ein Arzt, der sein eigenes Wissen immer infrage stellen kann und flexibel auf seine Patienten reagiert.

**Fallbeispiele**

Ein schizophrener Patient, der vor einigen Jahren auf die Akutstation aufgenommen wurde, wurde befragt, welche Medikation er bereit wäre, freiwillig einzunehmen. Er gab an, er würde 20 mg Olanzapin einnehmen, aber nur in Kombination mit 500 mg Aspirin und 500 mg Paracetamol täglich. Auf den Wunsch des Patienten wurde eingegangen, letztlich auch aufgrund der Tatsache, dass er sich die frei erhältlichen Medikamente sowieso besorgen könnte. Nach einigen Tagen trat eine deutliche Besserung der Symptomatik auf, und der Patient wurde vollremittiert mit genau dieser Medikation entlassen. Mittlerweile gibt es tatsächlich Untersuchungen, die eine antipsychotische Wirksamkeit von antiinflammatorischen Substanzen suggerieren (Lean et al. 2010).

Der Patient P. lebte vor der Aufnahme in die Psychiatrie verwahrlost in verschiedenen Haushalten von Freunden. Er empfand die Aufnahme in die Psychiatrie positiv. Endlich konnte er sich waschen, bekam neue Kleidung aus dem »Fundus« und spielte begeistert mit den Hunden. Allerdings zeigte er in den ersten Tagen der medikamentenfreien Aufnahme ein zunehmend psychotisches Verhalten mit Stimmenhören, Selbstgesprächen, manierierten Ritualen (beten auf den Knien) und teilweise misstrauischen und ängstlichen Reaktionen. Der Patient gab jedoch im Arztkontakt keinerlei Leidensdruck an. Nach einer Eingewöhnungszeit auf der Station wurde dem Patienten nahegelegt, er müsse irgendein Medikament seiner Wahl einnehmen. Vor dem Medikamentenschrank stehend erklärte er, die einzigen Tabletten, die er einnehmen würde, wären die »rosaroten Seroquel prolong«-Tabletten (Quetiapin 25mg), »aber nur die rosaroten«. Ohne große Hoffnung ließen sich die Ärzte auf diesen Versuch ein. Herr P. konnte so viel Quetiapin 25mg pro Tag erhalten, wie er wünschte; es wurde als Bedarfsmedikation ohne feste Dosierung angesetzt. Herr P. nahm täglich eine relativ kontinuierliche Dosis zwischen 10–20 Tabletten Seroquel prolong 25mg ein, sodass er bei einer Tagesdosis von ca. 300–600mg Quetiapin über einen Zeitraum von drei Wochen zunehmend remittierte. Er fing an, sich regelmäßig zu waschen, die Selbstgespräche und teilweise bizarren Rituale klangen ab, und er ließ sich sogar auf die Idee einer Entlassung in ein betreutes Wohnen ein. Herr P. wurde in vollremittiertem Zustand mit 300mg Quetiapin in einer Darreichung von 12×25mg-Tabletten ins betreute Wohnen entlassen.

Wenn eine Entscheidung eine Shared Decision sein soll, muss sie mehrere Charakteristika erfüllen: Es müssen mindestens zwei Personen an der Entscheidung beteiligt sein, die die zur Entscheidung führenden erforderlichen Hintergrundinformationen überblicken. Die Entscheidung, die auch das Treffen keiner Entscheidung beinhalten kann, muss von allen Beteiligten gleichermaßen akzeptiert und getragen werden (Charles 1997).

Eine wichtige Komponente für den Erfolg von Shared Decision Making scheint insbesondere eine längerfristig bestehende Partnerschaft zwischen Patient und klinischem Team darzustellen (Montori 2006).

**Grundbedingungen für Shared Decision Making-Interventionen**

- Einbeziehung des Patienten in die Definition des Problems; Erfragen von Vorwissen des Patienten; Klärung, ob der Patient das Problem und das Ausmaß der zu treffenden Entscheidung wahrnimmt
- Die Sorgen, Vorbehalte und Erwartungen des Patienten müssen erfragt und in die Entscheidung einbezogen werden.
- Mögliche Behandlungsoptionen mit Vor- und Nachteilen, Risiken und Nutzen müssen diskutiert werden (z.B. auch Nicht-Behandlung).
- Informationen müssen dem Patienten transparent gemacht werden, insbesondere bezüglich Risiken (Beipackzettel etc.).
- Es muss sichergestellt werden, dass die Patienten die Informationen verstehen und mit den getroffenen Entscheidungen zufrieden sind und auch Möglichkeiten bestehen, diese zu revidieren (Braddock 1997; Elwyn 2005).

Nach Appelbaum (1988) lauten die relevanten Komponenten für ein erfolgreiches Shared Decision Making:

- Verstehen: die Fähigkeit, Informationen bzgl. Diagnostik und Behandlung zu verstehen
- Einschätzen: die Fähigkeit, diese Informationen auf die eigene Person zu übertragen
- Schlussfolgern: die Fähigkeit, Behandlungsoptionen zu vergleichen
- Wählen: die Fähigkeit, eine Behandlungsentscheidung konsistent zu verfolgen

Eine Sonderform des Shared Decision Making im Akutbereich ist der gemeinsam festgelegte Krisenplan (Patientenverfügung oder Behandlungsvereinbarung). Dieser bedeutet eine Festlegung zwischen weitgehend remittierten Patienten und Therapeuten, wie im Notfall (bei Exazerbation) zu verfahren ist. Der Krisenplan wird von beiden Seiten unterzeichnet und ist im Fall einer Patientenverfügung juristisch bindend. Es konnte gezeigt werden, dass solche Vereinbarungen Zwangshospitalisationen verhindern können und die Patienten ein verbessertes Gefühl der Kontrolle über ihre Behandlung bekommen (Henderson et al. 2009). Allein schon eine Aufklärung vor der Zwangsmedikation mit Haloperidol scheint bereits die darauf folgende Compliance und das Gefühl der Therapieteilnahme bei Akutpatienten zu verbessern (Johannsen 2006).

## 2.21 Empathisches Zuhören

Die Definition des Empathiebegriffs nach Jacobs (1988) sieht folgendermaßen aus: Empathie oder Identifikation meint die Fähigkeit, die Perspektive einer anderen Person einzunehmen, das zu erfahren, was diese Personen erfährt, und einzuschätzen, welches die daraus resultierenden Ziele der Person darstellen.

Die beste Ressource im Umgang mit sowohl akuten als auch chronischen schizophrenen Patienten ist das nicht-direktive Gespräch und das sog. aktive Zuhören. Als Zeichen des Aufnehmens und der Ermutigung im Gespräch dienen nonverbale (Blickkontakt, Kopfnicken, sich nach vorne lehnen) sowie paraverbale (»mmh«, »aha«) Signale.

Empathisches Zuhören erfolgt in einem sicheren Rahmen, damit der Patient sich öffnen kann. Der Arzt muss sich für ein aktives Zuhören frei machen von Vorannahmen, Hypothesen und Urteilen, damit er Raum für die Welt des Patienten bietet. Ein guter Zugang zum Patienten ermöglicht den regelmäßigen Ausschluss von Suizidalität und Fremdgefährdung und ist eine Grundvoraussetzung der offenen Türpolitik, die dann ein höheres Maß an Sicherheit gewährleistet als der Türschluss. Empathisches Zuhören kann auch bedeuten, dass der Arzt die darunter liegenden Ängste und Selbstwertproblematik des Patienten anspricht und verbalisiert (»Sie sind

sehr verletzt, dass die Leiterin Ihrer Schule Ihnen die Teilnahme am Schauspielunterricht verboten hat, oder?«).

Eine wichtige Technik dabei ist Clean Language, d.h. so wenig Worte wie möglich und ohne Suggestionspotenzial zu benutzen. Es kann sein, dass der Arzt dann nur noch »hmm...«, »was dann...?« oder »und...?« einsetzt. Wichtig ist, Interesse am Patienten zu signalisieren und auch mal miteinander lachen zu können. Der Patient kommt in Schwung und wird nur noch ermuntert, bestimmte Gedankenrichtungen weiter zu verfolgen. Auch die Technik der Paraphrasierung wird eingesetzt, d.h. das Gesagte wird in eigenen Worten wiederholt. Gegebenenfalls wird kurz nachgefragt. Diese Technik dient der Zusammenfassung, dem Faden-Halten und natürlich dem eigenen Verständnis.

Meistens ist es gerade die Unverfänglichkeit der Gesprächsthemen, die die Qualität eines Gesprächskontaktes aus der Wahrnehmung des Patienten verbessert. Auch ist mein persönlicher Eindruck, dass schizophrene Patienten sehr wohl registrieren, wie lange jemand mit ihnen spricht, wie viel Zeit er sich dafür nimmt und wie viel Wertschätzung die Bezugsperson vermittelt. Umgekehrt sind gerade schizophrene Patienten überhaupt nicht nachtragend und haben häufig einen sehr feinen ironischen Humor und hochinteressanten Blick auf die Welt. Die Psychose erleben sie oft als »Denkausbruch«, weswegen weder der Hinweis auf psychotische Symptome (»Wir müssen etwas gegen Ihre Stimmen/gegen die telepathischen Fähigkeiten unternehmen«) noch die Abwertung durch die »Krankheit« (»Sie sind krank, Sie brauchen Medikamente«) mir sinnvoll zu sein scheint.

**Je länger der Patient mit dem Arzt spricht, desto fähiger hört dieser aktiv zu (und desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient dem Arzt so sehr vertraut, dass er Medikamente einnimmt).**

Therapeutischer Optimismus wirkt bei allen Erkrankungen – psychiatrischen und somatischen – lebensverlängernd. De facto scheint therapeutischer Realismus sogar die Suizidquote zu erhöhen. Im heutigen Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie verschiebt sich »Das Wohl des Kranken als oberstes Gesetz« zum Prinzip »Der Wille des Patienten ist oberstes Gesetz« (Luther 2001). Zunehmend wird auch diskutiert, inwieweit das vom Arzt gemutmaßte Wohl des Patienten tatsächlich dessen eigenem Willen, Lebensstil und Lebensentwurf entspricht. Für diese Entwicklung ist neben dem Aspekt einer Modernisierung der Psychiatrie auch die zunehmende Verrechtlichung der modernen Medizin mitverantwortlich. Patienten verklagen als mündige Geschäftspartner in zunehmendem Maße Ärzte, die ihrer Aufklärungspflicht nicht nachkommen, ihren Machtradius überschreiten oder gegen Patientenverfügungen verstoßen. Die Autonomie des Patienten gewinnt teilweise Vorrang vor dem Prinzip der Fürsorge, was aber nicht Laissez-Faire bedeuten darf. Der frühere Paternalismus, der dem Arzt die bestimmende Rolle zumisst, erscheint überholt. Als Ideal gilt der »mündige« Patient, der aufgeklärt, eigenverantwortlich und selbstbestimmt die Richtlinien seiner Behandlung vorgibt und sie möglicherweise damit auch besser trägt.

Eine symmetrische Arzt-Patient-Beziehung, die oft als idealtypisch angesehen wird, existiert letztlich nur ausnahmsweise. Die Analyse von Visitengesprächen lässt häufig eine überraschend starke Asymmetrie erkennen. Diese kommt schon rein numerisch im Überwiegen der Gesprächsanteile des Arztes (bis zu 80 %) im Vergleich zu denen der Patienten zum Ausdruck (Nordmeyer et al. 1982). Bliesener und Köhle (1982) nannten die traditionelle Visite schlichtweg einen »verhinderten Dialog«. Obwohl der Wunsch nach umfassender und verständlicher Information von 93 % aller befragten Patienten als »sehr wichtig« eingestuft wird, nehmen nach eigener Einschätzung nur knapp 30 % der Ärzte den Wunsch der Patienten nach Information adäquat wahr (und hier rangieren Psychiater in ihrer Aufklärungsfreudigkeit nicht sehr weit vorne, wenn man sie etwa mit Chirurgen vergleicht).

Kommunikationsstörungen und -defizite im Arzt-Patient-Gespräch führen nachweislich zu einer Reihe unerwünschter Effekte, die durchweg die Arzt-Patient-Beziehung direkt oder indirekt beeinflussen wie mangelhafte Compliance (Sakett et al. 1982), gestörtes Vertrauensverhältnis (Goedhuys u.

Rethan 2001) oder Entlassung gegen ärztlichen Rat (Keating et al. 2002). Vor dem Hintergrund der zunehmenden »Biologisierung« der Psychiatrie gerät die Notwendigkeit einer guten Gesprächsführung zunehmend in den Hintergrund, sodass der Erwerb dieser essenziellen Fähigkeiten der Vorbildfunktion älterer Kollegen und Vorgesetzter zugeschrieben (Jocham et al. 2002) und in diesem Bereich zu wenig geforscht wird.

Hierauf folgen möglicherweise Defizite in der einfachen Anamneseerhebung, die z.B. dazu führen könnten, dass die Rate der Fehldiagnosen bei Obduktionen sich in den letzten 50 Jahren nicht verändert hat, obwohl die apparativen Möglichkeiten exponentiell besser geworden sind. Die »alten Ärzte« haben einfach besser zugehört und besser gefragt. Die Ausbildung von Medizinern und damit auch Psychiatern hat in der vorliegenden Form nicht das Ziel, dialogische Fähigkeiten der angehenden Ärzte zu entwickeln und zu stärken, obwohl hier sicher eine Schlüsselfunktion zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und Behandlungsqualität liegt.

Charon entwickelte bereits 1979 ein Konzept zur Beziehung zwischen Selbsteinschätzung und Einschätzung durch andere.

Psychiatrische Patienten fühlen sich durch Psychiatriepersonal oft nicht wertgeschätzt, sogar gedemütigt (Alexander 2006). Demütigungen erfolgen in der Regel im Zusammenhang mit normativen Hinweisen, die teilweise paradoxer Natur sind (► Fallbeispiel).

**Fallbeispiele**

Ein Patient wird in einer Hauruck-Aktion mit Polizeigewalt in die Klinik gebracht, um dann nach einigen Tagen vom Pflegepersonal darauf hingewiesen zu werden, dass seine Kleidung verschmutzt ist.

Ein Patient wird mit Medikamenten sediert, um dann darauf hingewiesen zu werden, dass er nicht bis 12 Uhr schlafen soll.

Wenn ein akuter, erregter Patient in Handschellen mit der Polizei auf die Station geführt wird, ist die erste wichtige vertrauensbildende Maßnahme das sofortige Lösen der Handschellen. Bei genauer anamnestischer Klärung ist es in 95 % der Fälle nicht so, dass der Patient unmittelbar »aggressiv« wurde, sondern dass er auf eine reale oder wahngetriggerte Bedrohung der Umgebung (wie es z.B. das Eintreten der Wohnungstür durch die Polizei sein kann) reagiert hat. Die dynamisch ausgelöste Aggressivität eines psychotischen Patienten (oft sind auch Angehörige beteiligt) kann nicht losgelöst als gesteigerte Aggression gesehen werden. Auch statistisch wurde gezeigt, dass schizophrene Patienten – mit Ausnahme der Gruppe, die bereits vor Ausbruch der Psychose gewalttätig war, und mit Ausnahme von Patienten, die zusätzlich eine Suchterkrankung haben – nicht mehr zu Gewalt neigen als die Allgemeinbevölkerung (Böker et al. 1973).

Wichtig ist, dem agitierten Patienten gegenüber komplett ruhig aufzutreten: Je lauter der Patient, desto leiser der Arzt, je agitierter der Patient desto ruhiger der Arzt. Freundlichkeit und Herzlichkeit müssen gerade im Erstkontakt ebenso selbstverständlich sein wie das Signalisieren eines Bemühens um den Patienten (»Wie können wir Ihnen helfen, was können wir für Sie tun?«). Von Bedeutung ist auch, die Akutaufnahmesituation zu entschärfen, indem z.B. mit dem Patienten durch den Garten spaziert, eine Zigarette geraucht oder über Themen, die für den Patienten nicht angstbesetzt sind, gesprochen wird. Es wird initial immer empfohlen – egal wie absurd die Wahnkonstellation des Patenten ist –, Partei für diesen zu ergreifen und eher das Verhalten der Umwelt als unnachvollziehbar zu werten.

**Fallbeispiel**

Herr B. wird von seinem Betreuer eingewiesen, da er einen systematisierten Vergiftungswahn entwickelt hat. Er fühlt sich bestrahlt und verfolgt und ist der festen Überzeugung, dass in seiner Magengegend ein Chip implantiert wurde, der ihm starke Schmerzen verursache. Er sei hier komplett falsch in der Psychiatrie, er bräuchte eine internistische Abklärung. Ihm wird angeboten, die psychiatrische Behandlung zurückzustellen. Das Abklären von Vergiftungssymptomen und das Suchen des Chips sollen absolute Priorität erhalten. Tatsächlich findet sich im Rahmen der gastroenterologischen Abklärung eine schwere Gastritis sowie eine Divertikulitis, die die Beschwerdesymptomatik erklären und durch Eradikationstherapie und Nahrungsumstellung behandelt werden können.

**Tab. 2.5** Implementierung von Psychotherapie im Akutbereich

| Therapeutische Beziehung | Ressourcenaktivierung | Problemaktualisierung | Aufklärung | Problembewältigung |
|---|---|---|---|---|
| Die Qualität der Beziehung zwischen Team und Patient entscheidet signifikant über das Therapieergebnis | Die Wünsche und Vorstellungen des Patienten stehen als Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie im Vordergrund | Die Probleme werden im Dialog erfahrbar gemacht. Das geschieht durch die Interaktion der Patienten untereinander in einer realen Gruppensituation | Dem Patient wird über Psychoedukation ein klares Bewusstsein der Determinanten seines Erlebens und Verhaltens vermittelt | Die Behandlung unterstützt den Patienten mit problemspezifischen Maßnahmen darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen |

Gegen die psychischen Schäden (die den Patienten schwächen sollen, um ihn für seine Verfolger unschädlich zu machen), nämlich Schlafstörungen, die der Chip verursacht, nimmt er nach ca. dreiwöchiger Vertrauensbildung Olanzapin ein, was dann zu einer Vollremission der Symptomatik führt. Der Chip wurde nie gefunden. Herr B. erklärte es sich so, dass er sich im Rahmen der Koloskopie gelockert haben könnte und dann mit dem Stuhlgang abgegangen sei.

Bei »milderen« Erscheinungen der Psychose wie z.B. Schlafstörungen eignen sich Sätze wie »Nach all diesen Strapazen scheint mir ausreichender Schlaf für Sie sehr wichtig zu sein, damit Sie wieder zu Kräften kommen«, um den Weg für eine Pharmakotherapie zu ebnen und gleichzeitig heikle Themen wie Wahn oder Stimmenhören umschiffen zu können. Bei Depression eignet sich »damit sie wieder hoffnungsfroher werden und mehr Mut bekommen«, und bei Konzentrationsstörungen »damit Sie wieder gut ein Buch lesen können«.

## 2.22 Implementierung von Psychotherapie im Akutbereich

Über die Implementierung von Psychotherapie im Akutbereich gibt ◘ Tab. 2.5 Auskunft.

## 2.23 Ressourcenaktivierung

Ein empirisch breit gestützter Wirkfaktor von Psychotherapie ist die Ressourcenaktivierung. Eine Fülle über die verschiedensten Therapieformen und -settings verteilter Forschungsergebnisse weist darauf hin, dass man Patienten besonders gut helfen kann, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft und die Art der Hilfe so gestaltet, dass der Patient sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann (Grawe 1994).

Man könnte versucht sein, diese Grundlagen so zu interpretieren, dass die Psychotherapie bei denen am besten wirkt, die sie am wenigsten nötig haben. Eine funktional zutreffendere Interpretation solcher und vieler ähnlicher Befunde ist aber wohl die, dass einige Therapien deshalb so gut wirken, weil sie bereits vorhandene Ressourcen des Patienten für die therapeutischen Veränderungszwecke nutzen. Wie lässt sich Ressourcenaktivierung bei unfreiwillig aufgenommenen Akutpatienten, die von allen Diagnosegruppen sicher die schlechteste Ausgangssituation bzgl. Ressourcen haben, in ein psychotherapeutisches Konzept integrieren?

Der Patient an sich ist nicht entweder gut oder schlecht motiviert. Er lässt sich vielmehr auf Vorgehensweisen, die gut mit seinen mitgebrachten Zielen, Eigenarten und Gewohnheiten übereinstimmen, bereitwilliger ein als auf solche, die ihn verunsichern, die ihn sich als unfähig erleben lassen oder die auf etwas anderes hinzielen als er von sich aus eigentlich will. Die Frage, wozu der Patient von sich aus positiv motiviert ist und wofür er gute Voraussetzungen mitbringt, sollte daher leitend sein für die Wahl und spezifische Gestaltung des therapeutischen Angebotes, wenn

man den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung gezielt nutzen will. Dies erfordert, dass ein guter Teil der psychotherapeutischen Diagnostik darauf ausgerichtet wird, die vom Patienten mitgebrachten Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele auszumachen, die für den Veränderungsprozess gezielt genutzt werden können. Tatsächlich ist die Diagnostik jedoch in der Regel ganz überwiegend darauf ausgerichtet, die Probleme und Defizite des Patienten ausfindig zu machen.

Eine der wichtigsten Ressourcen, die für den therapeutischen Veränderungsprozess genutzt werden können und sollten, sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten. Für ein gutes Therapieergebnis spielt es gemäß vieler Forschungsbefunde eine sehr wichtige Rolle, in welchem Ausmaß der Patient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend und in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt (Grawe 1994). Dabei kommt es vor allem darauf an, in welchem Ausmaß der Patient sich selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann. Die Bedeutung, die eine gelungene Aktivierung dieser wichtigen Ressource für das Therapieergebnis hat, ist unmittelbar einleuchtend: Wenn ein in seinem Selbstwert angeschlagener Psychotherapiepatient sich nicht auf seine problematischen Seiten reduziert, sondern in seinen positiven Zielen und Fähigkeiten erkannt, bestätigt und unterstützt fühlt, dann erlebt er sich allein dadurch schon in veränderten Bedeutungen mit direkten positiven Auswirkungen auf sein Wohlbefinden, aber auch mit einer erhöhten Aufnahmebereitschaft für veränderungsorientierte therapeutische Interventionen.

Psychotherapeuten gegenüber die Wichtigkeit dieses Wirkprinzips zu betonen, könnte bedeuten, »Eulen nach Athen zu tragen«, denn wohl kaum einer würde die Wichtigkeit einer guten Therapiebeziehung bestreiten. Ganz anders sieht es aber aus, wenn man reale Therapien auf die konkrete Verwirklichung des Prinzips der Ressourcenaktivierung hin analysiert. Nur selten nimmt die Mehrzahl der Therapeuten sich bietende Gelegenheiten wahr, Patienten, Familien oder Paare sich in ihren positiven Seiten erleben zu lassen (Grawe 1994). Und auch in den Ausbildungsgängen der verschiedenen Therapierichtungen sucht man meist, glücklicherweise nicht immer, vergeblich nach Ausbildungsbestandteilen, bei denen ein Training in der Aktivierung positiver Ressourcen in den Mittelpunkt tritt (Grawe 1994). In einer sich am empirischen Ergebnisstand orientierenden Psychotherapie müsste dieses Wirkprinzip in der Therapiepraxis, in den Ausbildungsgängen und in der Supervision eine stärkere ausdrückliche Aufmerksamkeit erfahren als es gegenwärtig geschieht.

Eine optimale Nutzung des Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung verlangt, dass der Therapeut sein therapeutisches Angebot ganz auf die Möglichkeiten und Eigenarten des Patienten abstellt. Dafür ist eine möglichst große Flexibilität und Variabilität im therapeutischen Repertoire erforderlich. Therapeuten, die ihr therapeutisches Angebot nur innerhalb der Grenzen einer bestimmten Therapieschule variieren können, sind in ihren Möglichkeiten zur Nutzung des Wirkfaktors stark eingeschränkt. Die optimale Nutzung des Wirkfaktors erfordert Psychotherapeuten, die über die Begrenzungen der Patienten einzelnen Therapieschulen hinaus ausgebildet wurden und handeln können.

### 2.23.1 Aufgabe

In der Charité am Campus Mitte wurden die Visiten immer als interaktive Gruppe abgehalten. Die Resonanz der Patienten war hervorragend. In der Visite waren Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen, Ärzte und das Pflegepersonal vertreten. Es fand keine Vor- und Nachbesprechung zu den einzelnen Patienten statt. Das Weglassen der Vor- und Nachbesprechung führte dazu, dass sich keine negativstigmatisierenden Haltungen oder Dramatisierungen der Ereignisse im Team einschleichen. Außerdem wird die Visite dadurch transparent: Paranoide Patienten erleben sie nicht als undurchsichtig; jegliche Thematik wird mit dem Patienten erörtert. Es wird dadurch eine Kultur der Mitsprache etabliert, es soll mit dem Patienten gesprochen werden und nicht über ihn. Das stete Kolportieren von indirekten Patientenkontakten über Dritte in Teambesprechungen wird dadurch ausgeschaltet. Initial stellt sich jedes Teammitglied bei dem Patienten vor, und es wird erklärt, dass es in der Visite um seine Be-

lange geht und darum, wie jeder Einzelne ihm am besten helfen kann. »Was können wir für Sie tun?« ist das Hauptanliegen der Visite. Dinge direkt mit dem Patienten zu besprechen und zu klären, führt auch dazu, dass sich das Team stärker disziplinieren muss und direkte Interaktionen und Abmachungen mit dem Patienten gefördert werden.

**Fallbeispiel**
Die Einrichtung eines Patienten-/Angehörigensprechers in der Fachkonferenz wurde von mir vorgebracht. Dieser sollte ein Büro bekommen und die Möglichkeit, der Geschäftsleitung Vorschläge zur Verbesserung aus Patientenperspektive zu unterbreiten. Als Resonanz erhielt ich eine E-Mail einer Assistenzärztin, die davon ausging, dass Patienten über derlei Ressourcen nicht verfügen können, da sie zu krank seien.

Ein weiteres Beispiel für Ressourcenorientierung ist, die Korrektur von Arztbriefen durch Patienten zuzulassen. In folgendem Fallbeispiel sind praktisch alle Korrekturen durch den Patienten sinnvoll und richtig und wurden entsprechend ausnahmslos von dem behandelnden Arzt übernommen.

**Fallbeispiel**
Sehr geehrter Herr Doktor H.,
nach telefonischer Rücksprache mit Frau Dr. L. wende ich mich an Sie mit der Bitte, Korrekturen in meinem ärztlichen Entlassungsbrief vorzunehmen. Der Arztbrief enthält gravierende Fehler. Die Änderungen führe ich im Folgenden auf:
S. 1: Nachrichtlich muss der Brief nicht an Frau Dr. E. sondern an Frau Dr. T., T.straße 4 in 10000 Berlin geschickt werden.
S. 1: Mein Krankenhausaufenthalt ging nicht wie angegeben bis zum 19. sondern bis zum 20..
S. 1: Diagnose: Da ich mit Todessehnsucht stationär aufgenommen wurde, kann nicht von einer LEICHTEN depressiven Episode gesprochen werden. Das Wort »leicht« ist zu streichen, und es bleibt bei »mittelschwer«.
S. 2 zu Psychiatrische Vorgeschichte: Nach dem Satz »...in ambulanter Behandlung in der PIA bei Prof.« ist neu einzufügen: »Danach in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung bei Frau Dr. T.«
S. 2 zu Familienanamnese: Satz 2 neu formulieren: »Eventl. seien Vater und SCHWESTER DES VATERS UND DIE GROSSTANTE VÄTERLICHERSEITS ebenfalls an einer bipolaren Störung erkrankt.«
S. 2 zu Soziobiographische Anamnese: S. 1 neu: »Jurastudium, KRANKHEITSBEDINGT abgebrochen. S. 2 neu: Ausbildung zum Industriekaufmann IM RAHMEN DER BERUFLICHEN REHABILITATION.
Satz 4: Meine Ex-Freundin hat mich im Juli 2007 verlassen.
S. 3 zu Psychopathologischer Befund bei Aufnahme: Der Satz »Der Patient verneinte Phobien, Vermeidungsverhalten, Panikattacken« STIMMT NICHT!!! Ich habe und leide unter Ängsten!!! Ich kann bestimmte U-Bahnlinien nicht alleine nutzen, und abends traue ich mich nicht, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Ich habe starke Angst, dass ich in bestimmten Gegenden von arabischen und türkischen männlichen Jugendlichen zusammengeschlagen werde. Ebenso habe ich in manchen Ost-Berliner Gegenden Angst vor Übergriffen von Neo-Nazis. Ich denke, dass mir diese Personengruppen meine Angst ansehen. Daraufhin engt sich meine Wahrnehmung ein, ich bekomme einen »Tunnelblick«, kann keine klaren Gedanken mehr fassen, habe große Angst und fange an, schnell zu atmen (Brustatmung). Daher VERMEIDE ich diese Gegenden und auch Uhrzeiten und benutze dann keine öffentlichen Verkehrsmittel!!! Das ist doch eine Vermeidungsstrategie, und vegetativ sind das auch Panikattacken!!!
Sehr geehrte Frau Dr. L. Bitte arbeiten Sie diese Änderungen in Ihren endgültigen Entlassungsbrief ein. Für Fragen können Sie sich gerne bei mir per Mail oder per Telefon: 0170-0000000 melden.

## 2.24 Problemaktualisierung

Ein weiterer Wirkfaktor von Psychotherapie ist die »Problemaktualisierung« oder das »Prinzip der realen Erfahrung«: Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden.

Es gibt eine große Zahl von Hinweisen darauf, dass Probleme am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem eben diese Probleme real erfahren werden, z.B. generalisierte zwischenmenschliche Schwierigkeiten in einer Gruppentherapie, Paarprobleme unter Einbeziehung beider Partner, Probleme, an denen Familienangehörige maßgeblich beteiligt sind und unter Einbezug der

relevanten Familienmitglieder, Schwierigkeiten in ganz bestimmten Situationen wie Waschzwänge, Platzangst usw. durch Aufsuchen dieser Situationen (Grawe 1994).

Manche Beziehungsprobleme können auch im Rahmen einer Einzeltherapie in der Beziehung zum Therapeuten real erfahren und behandelt werden. Dafür ist der Begriff der Übertragung geprägt worden. Übertragung ist jedoch nur ein Spezialfall eines allgemeineren Prinzips: Die problematischen Bedeutungen, die das Leiden des Patienten ausmachen, können dann am wirksamsten verändert werden, wenn diese Bedeutungen in der Therapie real zum Erleben gebracht werden.

Herbeigeführt wird die Veränderung erlebter Bedeutungen durch das reale Erleben von Bedeutungsveränderungen im Therapieprozess. Die Annahme, dass es für eine erfolgreiche Veränderung darauf ankommt, dass der Patient tatsächlich erlebt, worum es geht, stellt ein zentrales Element fast aller therapeutischen Konzeptionen dar. Große Unterschiede bestehen nur darin, wie sie diese Prozesserfahrung herbeizuführen versuchen. Wenn sich in der psychoanalytischen Therapie beim Patienten eine Übertragungsneurose entwickeln soll, um sie dann durcharbeiten zu können, dann heißt dies nichts anderes, als dass die als zentral angenommenen Problemstrukturen zum Erleben gebracht und dann durch das reale Erleben veränderter Bedeutungen in der Therapiebeziehung dauerhaft verändert werden sollen. Das Psychodrama ist hauptsächlich darauf ausgerichtet, problematische Beziehungskonstellationen erlebnismäßig zu reaktualisieren. In Familien- und Paartherapien werden durch die reale Anwesenheit der relevanten Bezugspersonen und durch die gezielte Provokation der problematischen Beziehungsabläufe die problemrelevanten Beziehungsschemata der Beteiligten aktiviert und zum realen Erleben gebracht. Indem ein Therapeut mit einem Agoraphobiker das Menschengedränge in einem Kaufhaus aufsucht, bringt er die problemrelevanten Bedeutungen »Ich kann das nicht, ich halte das nicht aus, ich muss hier raus« zum vollen Erleben. All dies sind Inszenierungen für das reale Erleben problemrelevanter Bedeutungen mit dem Ziel, den Patienten neue, veränderte Bedeutungen real erleben zu lassen. Vom realen Erleben veränderter Bedeutungen erwarten die meisten Therapiekonzeptionen in erster Linie das Eintreten therapeutischer Wirkungen.

Die Ergebnisse der Therapieforschung unterstützen diese Wirkannahme, aber sie zeigen, dass es viel mehr Möglichkeiten zur Herbeiführung solcher Erfahrungen gibt als innerhalb der einzelnen Therapieformen wahrgenommen werden. Liegt es nicht nahe, anzunehmen, dass ein bestimmtes Problem auf ganz verschiedene Arten real erfahrbar gemacht werden kann und dass für verschiedene Arten von Problemen und Patienten bestimmte Arten solcher Problemaktualisierungen nützlicher sind als andere? Und wäre dann nicht zu fordern, dass ein Therapeut möglichst ganz verschiedene Arten der Problemaktualisierung beherrschen lernen sollte, damit er sie möglichst gut auf die Problemeigenarten und die situativen Bedingungen des einzelnen Patienten zuschneiden kann? Auch unter dem Gesichtspunkt der Problemaktualisierung erweisen sich die Grenzen zwischen den verschiedenen Therapieformen als schädlich, denn sie behindern die Therapeuten darin, das ganze Spektrum der eigentlich vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten wahrzunehmen. Die Aufforderung zur optimalen Nutzung dieses Wirkfaktors führt daher zur selben Schlussfolgerung, zu der wir schon beim Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung kamen: Psychotherapeuten sollten über die Grenzen der einzelnen Therapieschulen hinaus ausgebildet werden und handeln.

**Fallbeispiele**

In der jahrelang unter Prof. Fähndrich geführten offenen Psychiatrie im Krankenhaus Neukölln (eines Problembezirks in Berlin) wurden Angehörigenvisiten als zentraler Bestandteil der Therapie wöchentlich angeboten, um die Angehörigen maßgeblich in den Therapieprozess einzubeziehen, eine Konfrontation mit alltagsrelevanten Fragestellungen herzustellen und um eine Zukunftsorientierung, Realitätsprüfung und regelmäßige Klärung von Missverständnissen zu ermöglichen (Fähndrich u.a. 2001; Johannsen 1993).

Paargespräche ermöglichen einen guten Einbezug des Partners als wichtigsten Faktor im Umfeld des Patienten. Partner, die nicht möchten, dass ihre Angehörigen in der Psychiatrie eingesperrt werden, müssen ermutigt werden, Probleme zu lösen, Mitverantwortung zu übernehmen, Ängste abzubauen,

den Partner mit nach Hause zu nehmen und mit Unterstützung des Teams im Genesungsprozess mitzuwirken. Es gilt die Prämisse: Ambulant vor stationär. Partner sollen ermutigt werden, ihre Angehörigen immer mit nach Hause zu nehmen und kurzfristig sehr schnell über den Notarzt oder das Team der Station eine erneute Einweisung, die in der Regel nicht erforderlich ist, mit sofortiger Wiederaufnahme als Notlösung zu inszenieren.

Interaktive freie Stationsgruppen ermöglichen ein Mitspracherecht zum Gruppenangebot und eine flexible Ausrichtung der Gruppen für alle Patienten. Von der Diskussions- oder Problemlösegruppe über Tischtennisturniere oder Qui Gong, Hippo- und Aromatherapie, Entspannung- und Laufgruppe bis hin zu Koch- oder Kinogruppen kann jegliche Beschäftigung bedarfsgerecht organisiert werden.

In der Charité im Campus Mitte (Berlin) wurde von Frau von Haebler eine psychodynamisch orientierte Stationsgruppe auf der Akutstation implementiert, bei der sich im Regelfall alle Patienten der Station beteiligten und die sehr erfolgreich Patienten mit problematischen Verhaltensweisen konfrontierte, ohne dabei pädagogisch zu wirken. Darüber hinaus entwickelte sich eine Gesprächskultur, eine Kohärenz und ein Gemeinschaftsgefühl unter den Patienten, die weitere Aktivitäten und ressourcenorientierte Freizeitgestaltung ermöglichten.

## 2.25 Aktive Hilfe zur Problembewältigung

Ein weiteres wichtiges Wirkprinzip von Psychotherapie ist die »aktive Hilfe zur Problembewältigung« (Grawe 1994). Damit ist gemeint, dass der Therapeut den Patienten mit geeigneten Maßnahmen aktiv darin unterstützt, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Dieses Wirkprinzip kommt in sehr vielen und ganz verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen zum Zuge; im Folgenden einige der bekannteren Verfahren, denen dieses Wirkprinzip gemein ist:

- Selbstsicherheitstraining mit gehemmten Patienten
- Reizkonfrontation mit Agoraphobikern
- Stressbewältigungstraining nach Meichenbaum
- Sexualtherapie nach Masters und Johnson
- Anwendung von Entspannungsverfahren oder Hypnose auf Schmerzzustände
- Interpersonale Depressionstherapie nach Klerman und Weissmann
- Kommunikations- und Problemlösetraining mit Paaren
- Verschiedene familientherapeutische Interventionen

Viele dieser Verfahren wurden ursprünglich innerhalb der Verhaltenstherapie entwickelt. Aber etliche Verfahren, bei denen dieses Wirkprinzip ganz zentral ist, haben einen theoretischen Hintergrund, der absolut nichts mit Verhaltenstherapie zu tun hat, wie etwa der interpersonale Ansatz von Klerman und Weissman, Familientherapie oder Hypnotherapie nach Erickson. Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass sie das, was der Patient als sein Problem erlebt, als solches ernst nehmen und mit bereichsspezifischen Maßnahmen, die sich für die Bewältigung dieser Probleme bewährt haben, dem Patienten helfen, eben diese Schwierigkeiten zu überwinden oder besser damit fertig zu werden. Die Maßnahmen, mit denen dieses Wirkprinzip realisiert werden kann, können sich je nach Problembereich sehr unterscheiden. Sie machen sich bereichsspezifische Eigenarten des psychischen und physiologischen Funktionierens zunutze, die die Grundlage dafür sind, dass es schließlich zu einer Problembewältigung kommt.

Für die therapeutische Wirkung ist entscheidend, dass der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation zurechtzukommen. Wie dies am besten erreicht werden kann, hängt von der spezifischen Problematik und den situativen Umständen ab. Hier muss der Therapeut ein reichhaltiges problem- und situationsspezifisches Erfahrungswissen einbringen können, um Patienten mit unterschiedlichen Problemen und Voraussetzungen zu der Erfahrung verhelfen zu können, dass sie besser als vorher mit bestimmten Schwierigkeiten fertig werden können.

Wenn ein Therapeut die Problematik seines Patienten unter der Perspektive dieses Wirkprinzips betrachtet, dann sieht er sie unter der Perspektive des Könnens versus Nicht-Könnens. Er

betrachtet den Zustand oder das Problem des Patienten als ein echtes Nicht-anders-können. Die insgesamt ausgezeichnete Wirksamkeit, die für ganz verschiedene therapeutische Vorgehensweisen festgestellt wurde, welche als unterschiedliche Realisierungen des Wirkprinzips betrachtet werden können, spricht dafür, dass es viel häufiger als es in der Psychotherapieliteratur geschieht, angemessen ist, psychische Störungen und Probleme einfach als ein Nicht-anders-können zu betrachten und die therapeutische Hilfe darauf auszurichten, dem Patienten aktiv dabei zu helfen, die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand seines Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Für den psychotherapeutischen Ansatz bei Akutpatienten bedeutet dies, Fähigkeiten von Patienten zu erkennen und zu fördern und ihnen das Selbstvertrauen wiederzugeben, Probleme in ihrem Leben aufs Neue zu regeln und in ihrem Sinne zu lösen.

## 2.26 Patientenfreundliche Kommunikation

Das psychiatrische Team muss sich bewusst machen, dass es auch in der Kommunikation untereinander Begriffe gibt, die den Patienten stigmatisieren, die schlicht unprofessionell sind und die dem Patienten unterstellen, er würde bewusst »schädigen«. Zu vermeiden sind insbesondere auch Dramatisierungen von Eigen-, Fremdgefährdung und Fehlhandlungen, wie sie oft im Rahmen von Dienstübergaben stattfinden, um die Anforderungen eines Nachdienstes zu unterstreichen, oder sie dienen gar der Selbstdarstellung des Berichtenden. Beim Pflegeteam besteht häufig eine pädagogische Kultur, die darin besteht, dass Patienten, die sich nicht an Regeln halten, abgewertet werden. »Anpassung« der Patienten wird von dem Pflegeteam häufig zum Behandlungsziel deklariert.

Die ◘ Tab. 2.6 veranschaulicht einige Beispiele für eine oftmals kaum wahrnehmbare, jedoch diskriminierende Kommunikation über Patienten. Idealerweise sollte das Reden über Patienten möglichst limitiert werden, zumal es von Patienten auch negativ verarbeitet werden kann. Besser ist es, mit den Patienten gemeinsam zu sprechen.

## 2.27 Ausgänge und Besuchszeiten liberal gestalten

Genauso wie es eskalierend ist, Menschen einzusperren, ist es deeskalierend, Patienten immer die Möglichkeit eines Ausgangs zu verschaffen. Idealerweise sollten alle Patienten nach Möglichkeit freie Ausgänge bekommen, was heißt, dass sie zu jeder Zeit die Station verlassen können, sich vorzugsweise abmelden und den Zeitpunkt ihrer geplanten Rückkehr angeben. Die Ausgänge können auch während der Therapiezeiten stattfinden. Es ist eine freie Entscheidung der Patienten, an Therapieangeboten teilzunehmen oder nicht.

**Die Teilnahme an Therapien wird nicht durch Anwesenheitspflicht in den Therapiezeiten forciert.**

Es ist patientenfreundlicher, wenn keine festen Besuchszeiten existieren. Da viele psychiatrische Patienten wenige Angehörige und Freunde haben, sollte deren Erscheinen, was oft ein wichtiges Element der Therapie und der Entlastung der Patienten darstellt, durch restriktive Besuchszeiten nicht unnötig eingeschränkt werden.

## 2.28 Effektive, nebenwirkungsarme Behandlung

Eine offene Akutstation zu leiten führt auch hinsichtlich der Wahl der Medikamente zu einem Perspektivwechsel, nämlich der Einnahme der Perspektive des Patienten.

In Umfragen würden Psychiater selbst am ehesten Olanzapin einnehmen (Steinert et al. 2003), während sie in der Akutpsychiatrie am ehesten Haloperidol einsetzen. Haloperidol wiederum ist das Medikament, das sie selber kaum einnehmen würden und für das die ungünstigste Compliance belegt ist, wohingegen unter Clozapin und Olanzapin die Compliance am höchsten zu sein scheint (Tilhonen et al. 2009). In einer eigenen unrepräsentativen Umfrage fanden wir, dass Psychiater selbst am ehesten die Medikamente einnehmen würden, die auch Patienten am ehesten einnehmen würden, nämlich Quetiapin, Aripiprazol und Olanzapin. Diese Medikamente wurden neben Amisulprid als

**Tab. 2.6** Beispiele für Kommunikation über Patienten

| Der Patient… | Mögliche Implikation | Sachliche Umschreibung |
|---|---|---|
| **Verweigert** | Ein Hotelgast »verweigert« auch nicht die Animation | Lehnt ab (ist sein gutes Recht) |
| **Agiert** | Agieren impliziert bewusstes Fehlverhalten, das jedoch im Endeffekt am Team liegt, das mit sich »agieren lässt« | Äußerungen schwanken, ist affektlabil |
| **Faul** | Es geht in der Klinik nicht um Leistung, es steht Patienten zu, sich in einem Krankenhaus zu erholen, nachdem sie oft Monate voller Ängste und Anspannung hinter sich haben | Depressiv bzw. anhedon |
| **Spaltet** | Kein Patient spaltet bewusst ein Team, er erzeugt lediglich in einem Team durch inkongruente Aussagen Meinungsverschiedenheiten, die bereits unabhängig von dem Patienten bestanden haben | Ist affektlabil |
| **Angepasst, ruhig** | Wenn die Zielvorstellung eines Team »Anpassung« und »Ruhe« ist, hat man in der Akutpsychiatrie den Job verfehlt | Freundlich, offen, zugewandt, nahm an Aktivitäten teil |
| **Entwichen** | Da wir kein Gefängnis sind und keiner der Patienten ein Verbrechen begangen hat, was er »absitzen« muss, ist eine Entscheidung gegen die stationäre Weiterbehandlung bei fast allen Patienten ein Recht | Hat sich aus der Behandlung entfernt |
| **Unkooperativ, provoziert** | Fehlende Kooperation und Provokation sind »Diagnosen der Behandler«, mangelndes Aufzeigen von Optionen, falsche Angebote, mangelnde Empathiefähigkeit, mangelnde Fähigkeit der Abgrenzung, fehlende Gelassenheit bei Psychiater und Team werden dem Patienten angelastet | Patient braucht ein anderes Setting, andere Angebote, andere Bezugspersonen |
| **Asozial, antisozial** | Diskriminierende Bezeichnung, die in der Regel nicht die Kriterien der dissozialen PKS erfüllt | |
| **Ist nicht erreichbar** | Die Phrase hat sich teilweise eingebürgert bei Psychiatrieanfängern, die keinen Zugang zu Patienten herstellen können und die Schuld dafür dem Patienten geben | |

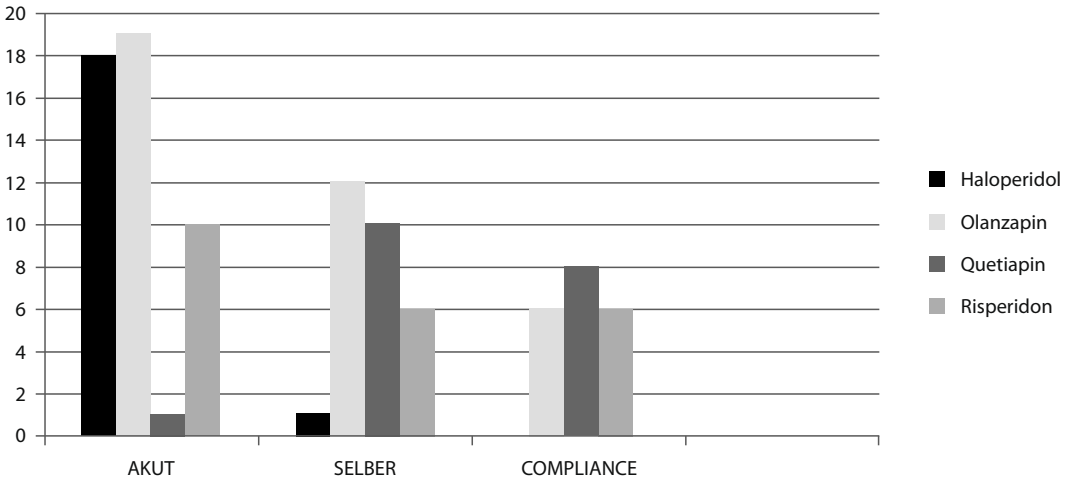



**Abb. 2.11** Diskrepanz zwischen dem, was Psychiater verschreiben und selbst einnehmen würden

am effektivsten gegen Negativsymptomatik, am effektivsten bezüglich antiaggressiver Wirkung und am effektivsten bezüglich langfristiger Compliance (neben Clozapin) eingeschätzt. Als Akutmedikament einsetzen würden Psychiater von diesen drei Medikamenten jedoch nur Olanzapin. Primär griffen sie in unserer Umfrage an 40 psychiatrischen Universitätskliniken in Deutschland beim akuterkrankten schizophrenen oder auch manischen Patienten eher auf Haloperidol oder Risperidon zurück (Lang et al., unpublizierte Umfrage).

In der ◘ Abb. 2.11 werden exemplarisch vier in der Umfrage häufig genannte Medikamente gegenübergestellt. Haloperidol wird beispielsweise in der Akutbehandlung eher eingesetzt, selber würden es die Psychiater aber kaum nehmen, und als compliancefördernd sehen sie es nicht an.

Der Unterschied zwischen Quetiapin und Olanzapin auf der einen Seite und Risperidon und Haloperidol auf der anderen Seite ist im Endeffekt das Ausmaß an extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen. Obwohl Olanzapin in der Langzeitbehandlung eines der effektivsten Medikamente neben Clozapin darstellt, haben beide durch ihre anticholinergen Wirkmechanismen kein so starkes direktes D2-antagonistisches Nebenwirkungsprofil. Insbesondere Risperidon, Haloperidol, Aripiprazol, Flupentixol oder Ziprasidon lösen als hochpotente Medikamente D2-antagonistische Nebenwirkungen aus, wobei Amisulprid, obwohl es ein sehr spezifischer D2-Blocker ist, offenbar eine Ausnahmestellung einnimmt und vergleichsweise wenig extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen erzeugt. Niedrigpotentere atypische Substanzen wie Clozapin, Olanzapin und Quetiapin haben geringere D2-antagonistische Eigenschaften und werden in diesem Zusammenhang etwa auch bei Lewy Body-Demenzen oder auch zur Behandlung von tardiven Dyskinesien eingesetzt.

Zusätzlich wird vermutet, dass die Wirkung von Clozapin und Olanzapin durch die starke Affinität dieser beiden Substanzen zum serotonergen 5HT2A-Rezeptor entsteht, was die Wahrscheinlichkeit extrapyramidalmotorischer Nebenwirkungen zu reduzieren scheint.

Bereits 1967 widmeten sich Helmchen und Hippius der Frage der »pharmakogenen Depression« (Helmchen und Hippius 1967). Diese scheint aus der Addition von Dosis und D2-Rezeptorblockade zu resultieren. Daher findet sie auch unter der Bezeichnung »akinetische Depression« (Van Putten 1978), »neuroleptisches dyskognitives Syndrom« (Tegeler et al. 1988), »dyskognitiv-apathische Nebenwirkungen« (Kapfhammer u. Rüther 1985), »behavioral toxicity« (Van Putten u. Marder 1987), »mentale Begleitwirkung von extrapyramidalmotorischen Störungen« (Carpenter et al. 1995), »neuroleptikainduziertes Defizitsyndrom« (Lewander 1994) oder »kognitiver und emotionaler Parkinsonismus« (Lindström 1994) Einzug in die Literatur und wurde bis heute nicht systematisch beforscht oder untersucht. Trotzdem kennen Patienten diese Symptomatik und erleben sie als quälend und blockierend und wählen entsprechend diese Medikamente nicht aus.

Insbesondere die Akathisie wird in ihrer Bedeutung für den Patienten oft unterschätzt, stellt sie doch –medizinisch betrachtet – im Vergleich zum medikamenteninduzierten Diabetes ein »harmloses« Problem dar. Sie ist subjektiv und von Patientenseite aus betrachtet jedoch eine der quälendsten Nebenwirkungen. 20–30 % der Akathisien treten unabhängig von anderen extrapyramidalen Störungen auf (Bratti et al. 2007), was heißt, dass sie nur durch einen aufmerksamen und geübten Blick beobachtet werden und möglicherweise nur in emotional angespannten Situationen für den Beobachter und Patienten nachzuvollziehen sind. Eine Akathisie sagt Noncompliance voraus (Perkins 2002) und stellt damit ein hohes Risiko in der Behandlung dar. Außerdem wird, und hier schließt sich der Kreis zur pharmakogenen Depression durch Akathisie, ein erhöhtes Suizidrisiko vorausgesagt (Tandon 2005); Akathisie scheint darüber hinaus mit vermehrten Übergriffen verbunden zu sein (Crowner et al. 1990).

**Fallbeispiele**

Eine Patientin kam auf freiwilliger Basis in unsere Station mit einem schweren systematisierten Verfolgungswahn. Eine Unterbringung oder Betreuung war aufgrund der sehr umschriebenen Symptomatik im Sinne einer wahnhaften Störung ohne jegliche Eigen- oder Fremdgefährdung nicht möglich. Die Patientin war glücklicherweise jedoch zu einem Therapieversuch bereit. Es war daher erforderlich, ein Me-

dikament zu finden, das zu keinerlei einschränkenden Nebenwirkungen führte. Da die Patientin als Tänzerin sehr schlank war und uns die Vorgabe machte, auf keinen Fall auch nur ein Gramm zunehmen zu dürfen, entschieden wir uns für Ziprasidon. Bereits unter einer sehr niedrigen Dosis Ziprasidon entwickelte die Patientin eine occylogure Krise, die sie massiv erschütterte und die sie auch nicht durch eine akute Gabe von Biperiden behandeln ließ, da die sehr misstrauische Patientin nun ihr Vertrauen verloren hatte. Es war in der Folge nicht mehr möglich, die Patientin zu einer Behandlung zu bringen, und sie verließ die Klinik mit den Worten: »Nie wieder werde ich mich auf Psychopharmaka einlassen.«

Eine ältere Dame wird von ihrer Tochter auf unfreiwilliger Basis eingewiesen, weil sie teilweise dysphorisch, gereizt und »streitsüchtig« sei und Dialoge mit sich selber führen würde. Die Tochter gab an, dass die Besuche und das Zusammenleben mit ihrer Mutter nicht mehr möglich wären. Bei der schizophrenen Patientin besteht seit vielen Jahren eine Fluanxoldepotmedikation, die jedoch nie zu einer Vollremission führte, jedoch zu tardiven Dyskinesien, weswegen die Patientin ihr Haus kaum verlässt, da sie sich schämt. Bei Eintritt ist die Patientin sehr verschlossen. Sie betont immer wieder, sie sei unfreiwillig hier. Die Tochter und die behandelnde Ärztin der Patientin, die eine Erhöhung des Depotpräparates wünschen, sind sehr skeptisch, ob eine Einstellung auf Leponex überhaupt Sinn macht, da es ja kein Depot wäre. Die Patientin wird unter der langsamen Aufdosierung initial müde und sagt pauschal, über 150mg würde sie nicht einnehmen. Nachdem sie über drei Wochen mit 150mg Leponex behandelt wurde, gibt sie an, sie würde doch noch mehr von diesem Medikament nehmen wollen, da das unangenehme Gedankenlesen und die Attacken auf ihren Körper, die seit Jahrzehnten bestehen würden, endlich weniger geworden seien. Über die Symptome hatte die Patientin nie zuvor berichtet. Im Verlauf entwickelte sie durch die subjektiv erlebte Besserung eine Compliance und wurde stabilisiert mit 350mg Clozapin entlassen, was sie im Verlauf zuverlässig einnahm.

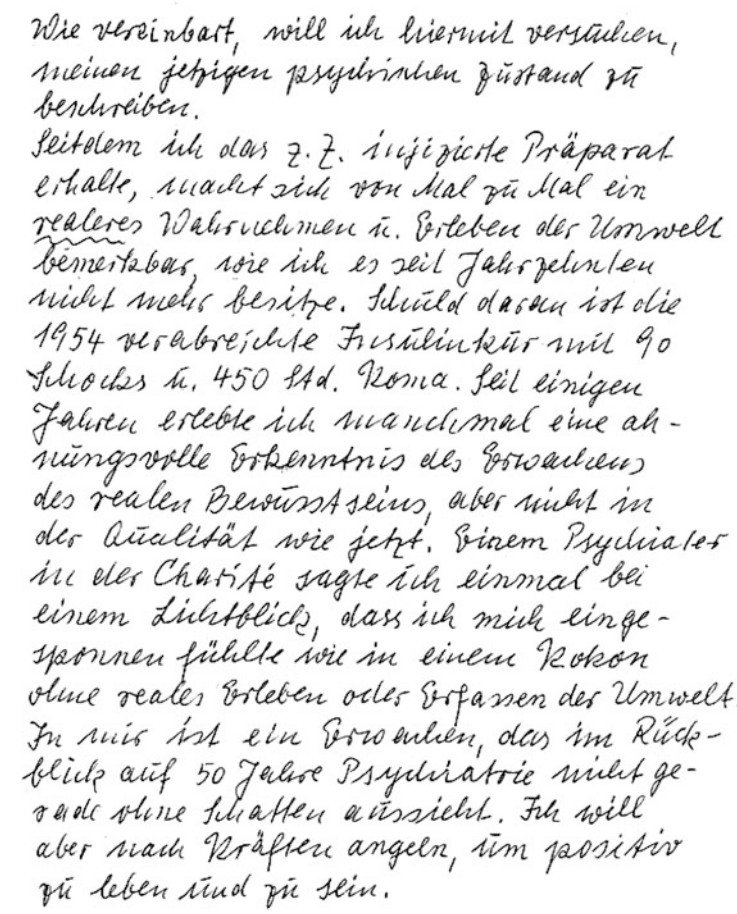
Die ◘ Abb. 2.12 zeigt ein Fallbeispiel einer 80-jährigen schizophrenen Drehtürpatientin, die jahrelang mit Typika (Flupentixoldepot) behandelt wurde und erstmals eine Compliance unter Olanzapin Depot entwickelte. Die Patientin hatte starke Dyskinesien und eine Akinese und beschreibt die Beeinträchtigung durch D2-antagonistische Nebenwirkungen, die immer wieder zu einem raschen Absetzen des Präparates geführt haben. Mit jedem Voraufenthalt wurden unter der Maßgabe, dass sie ein Depot bräuchte, stets die extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen in Kauf genommen. Nach Einstellung auf Olanzapin kam die Patientin jahrelang pünktlich alle zwei Wochen zur Depotinjektion auf die Station.

Risikokriterien für eine neuroleptikainduzierte Dysphorie sind hochpotente Neuroleptika, primär D2-antagonistische Neuroleptika, hohe Dosierung, Akinese und Akathisie (Marder 2005).

Dysphorie scheint als Resultat einer neuroleptischen Behandlung dosisabhängig aufzutreten, wie mehrere ältere Studien, in denen die »Neuroleptic Dysphoria Scale« angewendet wurde, zeigen konnten: Unter 5–10 mg Haloperidol zeigten in mehreren Studien 20–23 % der Patienten eine dysphorische Reaktion (Bartko et al. 1987; Van Putten u. Marder 1986; White et al. 1981). Ca. 50 % der Patienten zeigten hingegen eine dysphorische Reaktion, wenn sie mit 25–28 mg Haloperidol behandelt worden waren (Awad u. Hogan 1985; Van Putten et al. 1992). Im Gegenzug scheint sich »Feindseligkeit« unter Olanzapin am effektivsten behandeln zu lassen, was bei 500 Patienten in der EUFEST-Studie mit Olanzapin im Vergleich zu Quetiapin, Amisulprid, Ziprasidon und Haloperidol gezeigt wurde (Volavka et al. 2011). Eine medikamenteninduzierte depressive Reaktion lässt sich auch im Tiermodell darstellen (Ballard 2007), und natürlich beeinträchtigt auch bei Gesunden Haloperidol die Stimmung und kognitive Performance (Saaedi et al. 2006). Bei 100 schizophrenen, schizoaffektiven und bipolaren Patienten konnte in einem 4,5-jährigen Beobachtungszeitraum festgestellt werden, dass eine initiale Neuroleptikagabe im Verlauf Depressionen zu erzeugen scheint, die bei den nichtbehandelten Patienten nicht auftrat (Emsley et al. 2006).

**Fallbeispiel**

Eine chronisch schizophren erkrankte Patientin wird durch ihren Betreuer eingewiesen, da er sich zunehmend um ihre Wohnsituation und damit verbundene Eigengefährdung Sorgen macht. Die Patientin würde



Wie vereinbart, will ich hiermit versuchen, meinen jetzigen psychischen Zustand zu beschreiben.
Seitdem ich das z. Z. injizierte Präparat erhalte, macht sich von Mal zu Mal ein realeres Wahrnehmen u. Erleben der Umwelt bemerkbar, wie ich es seit Jahrzehnten nicht mehr besitze. Schuld daran ist die 1954 verabreichte Frühlingskur mit 90 Schocks u. 450 Std. Koma. Seit einigen Jahren erlebe ich manchmal eine ahnungsvolle Erkenntnis des Erwachens des realen Bewusstseins, aber nicht in der Qualität wie jetzt. Einem Psychiater in der Charité sagte ich einmal bei einem Lichtblick, dass ich mich eingesponnen fühlte wie in einem Kokon ohne realen Erleben oder Erfassen der Umwelt. In mir ist ein Erwachen, das im Rückblick auf 50 Jahre Psychiatrie nicht gerade ohne Schatten aussieht. Ich will aber nach Kräften angeln, um positiv zu leben und zu sein.

**Abb. 2.12** Bericht einer Patientin nach jahrelangen extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen

Schimmelkulturen züchten, diese dann essen, und würde bizarre Dekorationen des Treppenhauses in ihrem Mietshaus hinterlassen, die bei den Bewohnern zu Aversionen führten und schon eine Abmahnung des Vermieters zur Folge gehabt hätten. Bei Aufnahme wirkt die Patientin euphorisch, sie sei eine Göttin, wir seien alle nur »Gewürm«, sie würde über mehrere Leben verfügen und könne uns all steuern. Gegen ihren Willen wird die Patientin zuerst mit Haloperidol und dann mit Risperidon behandelt. Es entwickelt sich bezüglich der Wahnsymptomatik eine Totalremission, die Patientin wirkt jedoch zunehmend verzweifelt, gedrückt, sie sei eine »sinnlose Sozialhilfeempfängerin«, die auf Kosten ihrer Umwelt leben würde. Außerdem leidet sie unter einer Akathisie, die sie daran hindert, ihrem geliebten Hobby, dem Sticken, nachzugehen. Nach einem schweren Suizidversuch durch Sprung aus dem dritten Stock wird die Patientin auf Clozapin umgestellt, worunter sich die depressive Symptomatik bessert und keinerlei Suizidgedanken mehr auftreten.

In mehreren Studien konnte parallel zur Dysphorie auch eine gesteigerte Aggressivität durch Haloperidol, Risperidon und allgemein Neuroleptika der ersten Generation gezeigt werden (Garcia-Cabeza et al. 2001; Hertling et al. 2003; Kim et al. 2006; Mortimer u. Al-Agib 2007; Rocca et al. 2008). Für die »D2-Vermittlung« dieser Nebenwirkungen spricht, dass es keine Unterscheidung zwischen Risperidon und Flupentixol bezüglich dieser Nebenwirkung zu geben scheint (Hertling et al. 2008). Und hier entsteht ein Teufelskreis der Nebenwirkungen: Je mehr Aggression besteht, desto

höher werden Medikamente dosiert, und je höher dosiert wird, desto mehr Aggression entwickelt der Patient. Dazu kommt die Situation, dass gegen den Willen des Patienten insbesondere Haloperidol verabreicht wird, was wiederum genau diese aversiven Nebenwirkungen erzeugt und damit die Compliance ebenfalls im Sinne eines Teufelskreises zerstört. Clozapin, das die stärkste antiaggressive Wirkung hat, kann gegen den Willen akut nicht verabreicht werden und wirkt für die Akutbehandlung auch nicht schnell genug.

Zusammenfassend ist es ratsam, mit D2-antagonistischen Wirkungen sparsam umzugehen. Schizophrene Patienten brauchen oft deutlich weniger Medikamente als man annimmt (bereits unter 4mg Haloperidol remittieren bis zu 90 % der Patienten; Emsley et al. 2006). Bei Manikern kann man auch durch die hochdosierte Zugabe von Benzodiazepinen und Moodstabilizern hochwirksam behandeln, ohne ein medikamenteninduziertes Parkinsonoid auszulösen.

## 2.29 Fallbeispiele zur Türöffnung in zwei psychiatrischen Abteilungen

### 2.29.1 Vogtland-Klinikum Plauen (Waldmann 1997)

Die psychiatrische Abteilung am Vogtland-Klinikum Plauen (Chefarzt: Prof. Dr. Klaus-Dieter Waldmann) wird seit 1967 offen geführt. Die Öffnung geschah als Umsetzung der sog. Rodewischer Thesen, die auf einem Internationalen Symposium in Rodewisch 1963 beschlossen wurden. Im Folgenden wird These 2 ausführlich dargestellt:

> Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken ‚anders' als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offenen Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muss einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.

Der Zusammenhang zwischen einer »entsprechenden Heilatmosphäre« und der Öffnung der psychiatrischen Stationen wurde schon damals richtig erkannt. Öffnung der psychiatrischen Stationen kann kein formaler Akt sein, sondern muss lange im therapeutischen Team vorbereitet werden. Eine intensive therapeutische Beziehung zum Patienten ist Voraussetzung. Es muss ein Stationsklima herrschen, das den Patienten mit seiner psychopathologischen Symptomatik voll annimmt. Die Öffnung der Stationen an der Plauener Klinik geschah bei Pflichtversorgung, damals für 85000, jetzt für 130000 Einwohner, bei jetzt 65 Betten und 15 Tagesklinikplätzen. Ab 1998 können 80 Patienten vollstationär und 20 Patienten tagesklinisch betreut werden. Seit 1967 erfolgen alle Akutaufnahmen auf den offenen Stationen. Auch Unterbringungen nach PsychKG gegen den Willen der Patienten, die bei Pflichtversorgung für die psychiatrischen Abteilungen obligat sind, werden realisiert.

Dem kommt auch der Wortlaut des § 29 des PsychKG des Freistaates Sachsen entgegen, in dem es heißt:

> Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, soll die Unterbringung nach Möglichkeit in offenen und freien Formen erfolgen, soweit der Zweck der Unterbringung dies zulässt.

Nach unseren Erfahrungen hat die heterogene Unterbringung der Patienten mit Verzicht auf Spezialstationen die Öffnung erleichtert, da dadurch Gewalt und Aggression verringert werden. Neuaufgenommene Kranke treffen auf den Stationen auf bereits remittierte Patienten, was wiederum angstabbauend wirkt. Auch die Betreuung der Pa-

tienten von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung durch das gleiche Team wirkt sich nach unserer Auffassung therapiebegünstigend aus.

Die Heterogenität der Klientel (Ausprägung der unterschiedlichen psychiatrischen Symptomatik) verlangt offene Stationstüren. Natürlich hat jeder Patient sein eigenes spezifisches Therapieprogramm. Er erhält einen Therapieplan, aus dem eine vorgesehene Therapie ersichtlich ist (z.B. Ergotherapie, Musiktherapie, Gruppen für Neurotiker, Gruppen für chronisch bzw. akut psychotisch Erkankte, Trainingsgruppe für Patienten mit hirnorganischem Psychosyndrom, Motivationsgruppe für Suchtkranke, kommunikative und konzentrative Entspannung, verschiedene Sportgruppen).

Die Öffnung der psychiatrischen Klinik darf nicht dazu führen, dass komplizierte Patienten abgewiesen werden, denn damit würde die Verpflichtung zur Vollversorgung ausgehöhlt und eine Zwei-Klassen-Psychiatrie begünstigt. Vorwürfe von Kritikern gegenüber der offenen Psychiatrie, dass die »offene Tür« nur durch eine größere Anzahl von Fixierungen, Isolierungen und erhöhte Psychopharmakadosen ermöglicht wird, konnten in der Plauener Klinik nicht gestützt werden. Auch in anderen Einrichtungen konnte sogar eher eine Verringerung des Medikamentenverbrauches und der Fixierungen nach Öffnung der Stationen beobachtet werden. Aufgrund der Abnahme der Aggressionen durch die »offene Tür« werden Zwangsmaßnahmen seltener erforderlich.

Öffnen der Stationen bedeutet auch Öffnung zur Gemeinde, das heißt, dass die Patienten schon während ihres stationären Aufenthaltes Kontakt zu den gemeindepsychiatrischen Einrichtungen aufnehmen können. Dazu gehört in Plauen z.B. der Besuch von Veranstaltungen des Vereins »Partner für psychisch Kranke e.V.«, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Kontakt- und Beratungsstelle. So kann die Schwelle für einen möglichen späteren Besuch dieser Einrichtungen nach der Entlassung bereits schon während des stationären Aufenthaltes erniedrigt werden. Aber auch der Besuch von Kino-, Theater- und Sportveranstaltungen und Ausflüge mit dem klinikeigenen Bus gehören dazu, ebenso wie die ehrenamtliche Mitwirkung der Mitarbeiter der Abteilung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Insgesamt kann man nach 45-jähriger Erfahrung mit der offenen stationären Psychiatrie konstatieren, dass durch die »offene Tür« eine günstige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie psychiatrischer Patienten besteht.

### 2.29.2 Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Marburg (Longinus 1997)

#### Die Öffnung der geschlossenen Aufnahmestation im PKH Marburg

Seit dem 01.09.1994 wird die geschlossene Aufnahmestation der PKH Marburg prinzipiell als offene Station geführt. Die anderen allgemeinpsychiatrischen Stationen und die gerontopsychiatrische Station waren schon offen bzw. befanden sich zu diesem Zeitpunkt im Prozess der Öffnung. Zwangsbehandlungen werden dort nicht durchgeführt, d.h., ein Patient, der seine Entlassung wünscht, wird auch entlassen.

#### Praxis der Öffnung

Die Öffnung der Station wurde von allen Mitarbeitern als ein großer Einschnitt angesehen. Vorrangig betraf das die Sicherheit der Patienten und die Verantwortung der Mitarbeiter, und zwar sowohl aus therapeutischer als auch aus juristischer Sicht. Vor diesem Hintergrund war allen Mitarbeitern wichtig, dass weiterhin eine Kontrolle darüber gewährleistet sein müsse, wer die Station betritt und – vor allem – verlässt.

Deshalb wurde folgende Regelung für die Praxis getroffen: In Zeiten der Öffnung hält sich ein Mitarbeiter der Station (in der Regel ein Pfleger oder eine Schwester) im Vorraum der Station auf. Dieser Vorraum wurde mit ansprechenden Möbeln, einer Musikanlage und Spielen neu gestaltet mit dem Ziel, ihn zu einer Art Empfangsbereich umzugestalten. Der Mitarbeiter dort hat eine dreifache Funktion: Er übt Kontrolle über Zu- und Abgang von der Station aus; er ist eine Art »Empfang« für Patienten und Besucher; er ist ansprechbar für Patienten der Station, was von diesen auch rege genutzt wird. Nachts und in der Mittagspause, wenn ohnehin wenige Personen die Station betreten oder verlassen wollen und wenige Mitarbeiter verfügbar

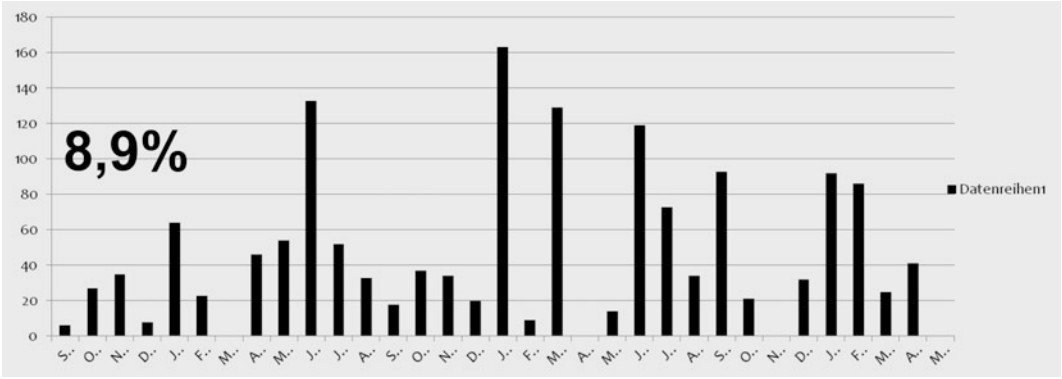



**Abb. 2.13** Protokoll der Türöffnung an der Charité Campus Mitte

sind, bleibt die Station weiterhin geschlossen. In dem Fall, dass ein Patient, der die Station nicht verlassen sollte, dies trotzdem versuchen würde, ist der Mitarbeiter im Vorraum angewiesen, ihn zum Bleiben aufzufordern, nicht jedoch, ihn mit körperlicher Gewalt am Verlassen der Station zu hindern. Ist zu befürchten, dass ein Patient, der – aus welchen Gründen auch immer – die Station nicht verlassen darf, sich über die Worte des Mitarbeiters hinwegsetzen würde, so wird die Stationstür abgeschlossen. Ein akut suizidaler oder sonstwie gefährdeter (oder gefährlicher) Patient darf die Station nicht verlassen. Die Schließung der Station muss von Stationsarzt und Stationspfleger bzw. -schwester gemeinsam beschlossen und schriftlich begründet werden. Die Entscheidung gilt nur für einen Tag. Eine Schließung war in den ersten zwei Jahren nach der Öffnung im Durchschnitt an sechs Tagen im Monat erforderlich.

## Änderung der Rahmenbedingungen

Es seien kurz die Änderungen in der Klinik bzw. ihrem Versorgungsauftrag skizziert, die zum Verständnis der folgenden Daten notwendig sind:

- Wandlung der Klinik von einer großen Anstalt mit 750 Patienten in den 60er-Jahren zu einem kleinen Akutkrankenhaus mit gut 120 Betten
- Entwicklung eines therapeutischen Klimas, bessere Ausbildung der Mitarbeiter und aller Berufsgruppen und anderes Selbstverständnis; Verbesserung der Zusammenarbeit (»Team-Arbeit«)

Änderung der Aufnahme- und Verlegungspraxis: Die anderen allgemeinpsychiatrischen Stationen nehmen vermehrt selbst auf. Die Patienten werden auf der Station, auf der sie aufgenommen worden sind, auch bis zu ihrer Entlassung behandelt. Bei Krisen erfolgen keine Rückverlegungen. Dadurch ist die Konzentration schwieriger Patienten auf der ehemals »Geschlossenen« deutlich reduziert, und es gibt mehr therapeutische Kontinuität.

Abb. 2.13 zeigt exemplarisch die Anzahl der geschlossenen Stunden der Akutstation der Charité am Campus Mitte. Da die Tür nachts von 22–6 automatisch geschlossen war, bedeutet ein Türschluss von 14 Stunden, dass die Tür den ganzen Tag zu war. Es zeigt sich einerseits, dass es Spitzenmonate gab, wo die Tür praktisch zehn Tage zu war (meist zu Urlaubszeiten der entsprechenden Verantwortlichen), aber auch, dass selbst über Jahre immer wieder kurze Zeiten der Türschließung erforderlich waren.

http://www.springer.com/978-3-642-32029-3

Innovative Psychiatrie mit offenen Türen
Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie
Lang, U.
2013, XIV, 136 S. 23 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-642-32029-3