

Vorlage-Nr. 14/333

öffentlich

Datum: 19.02.2015
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Herr Kitzig

Krankenhausausschuss 3	09.03.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	10.03.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	11.03.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	12.03.2015	zur Kenntnis
Gesundheitsausschuss	13.03.2015	zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken
hier: Fixierungen in den LVR-Kliniken**

Beschlussvorschlag:

Der Bericht zu den Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage Nr. 14/333 zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

Wenzel-Jankowski

Zusammenfassung:

Fixierungen und Isolierungen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können. Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich bereits seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Zwang- und Gewaltprävention“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Die Verwaltung hat bereits in den Vorjahren 2011 (Vorlage 13/1552) und 2013 (Vorlage 13/3151) zu Fixierungen in den LVR-Kliniken berichtet. Der vorliegende Bericht schreibt die Ergebnisse dieser Vorlagen fort und zeigt weiterführende Auswertungen, die durch laufende IT-basierte Änderungen in der Datenerfassung möglich wurden.

Die Darstellung zentraler Ergebnisse erfolgt in den Kapiteln 4.1 (Erwachsenenpsychiatrie) und 4.2 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) unter fallbezogener Betrachtung:

- Anzahl der angeordneten Fixierungen
- Anzahl fixierter Fälle
- Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl

Um einen Einblick zu erhalten, wie viele Personen von Fixierungen und Isolierungen betroffen sind, wurde in Kapitel 4.3 eine patientenbezogene Betrachtung der Erwachsenenpsychiatrie in den Abteilungen Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht ausgewählt:

- Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten
- Anteil fixierter Patientinnen und Patienten an der Gesamtpatientenzahl

Der LVR-Klinikverbund strebt an, sich in Zukunft an einem nationalen Benchmarking zu beteiligen. Dies macht erforderlich, dass der LVR-Klinikverbund die Erfassung und Auswertung der Daten auf die dort vorgegebenen Qualitätsindikatoren ausrichtet. Deshalb wird im Jahr 2015 mit der Erstellung eines verbundweit konsentierten „Codebooks“ zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und deren Dokumentation und Auswertung begonnen. Ziele sind die Verbesserung der Datenqualität und die Entwicklung zielgenauer Maßnahmen zur Zwangsvermeidung.

Begründung der Vorlage Nr. 14/333:

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag.....	3
2. Einleitung.....	3
3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen.....	4
4. Fixierungen im Klinikvergleich.....	6
4.1 Erwachsenenpsychiatrie.....	6
4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	8
4.3 Fixierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten.....	9
5. Ausblick.....	13

1. Auftrag

In den Beratungen zum Haushalt 2012 wurden auf Grundlage des Antrags 13/161 SPD, Grüne, FDP folgende Beschlüsse gefasst:

- „Der LVR-Klinikverbund wird beauftragt, die Dauer und Häufigkeit von Fixierungen signifikant und dauerhaft weiter zu senken.“
- Zum Thema „Fixierung“ soll durch die Verwaltung eine Fachtagung organisiert werden.
- Die Verwaltung wird beauftragt, Verfahren zur weitgehenden Vermeidung von mechanischen Fixierungen an mindestens einer LVR-Klinik zu erproben, die gewonnenen Ergebnisse zu evaluieren und dem Gesundheitsausschuss in einem Bericht darzustellen. Ziel des Modells soll die Reduzierung der mechanischen Fixierungen auf seltene Ausnahmen sein, die durch eine besondere Indikationsstellung (besonderer Wunsch der Patientinnen und Patienten, Gefahr für die eigene Person oder für Dritte nicht anders abwendbar) begründet sind. Die Beschlussfassung greift die bereits langjährigen Bemühungen im LVR-Klinikverbund um eine Senkung von Zwangsmaßnahmen auf und betont damit das gesundheitspolitische Gewicht dieser Bemühungen.

Im Folgenden wird über den Stand der Aktivitäten und der Umsetzung der o. a. Zielsetzung berichtet.

2. Einleitung

Fixierungen und Isolierungen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können.

Sie greifen einschneidend in die Freiheitsrechte der Betroffenen ein und können mit traumatisierenden Erfahrungen für diese verbunden sein. Insofern bedarf ihre Anwendung einer strengen Indikationsstellung und einfühlsamen Durchführung.

Fixierungen und Isolierungen sind keine therapeutischen Maßnahmen. Ihre Umsetzung bedarf der intensiven Einbettung in einen therapeutischen Gesamtprozess. Insofern ist auch während der Durchführung von Fixierungen und Isolierungen den Betroffenen ein ständiges Kommunikationsangebot zu unterbreiten.

Patientinnen und Patienten sowie die Beschäftigten in der Psychiatrie sind regelmäßig mit freiheitsentziehenden Maßnahmen konfrontiert. Die Literatur weist aus, dass durchschnittlich ca. 8 % (Varianz: 2,2 – 13,5%) aller in der Psychiatrie behandelten Patientinnen und Patienten Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind.

Damit bewegen sich die professionell handelnden Personen in einem konflikthaften Spannungsfeld zwischen dem menschenrechtlich normierten Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten und dem Schutz der Gesundheit und des Lebens bei Selbst- oder Fremdgefährdung.

Der LVR-Klinikverbund beschäftigt sich bereits seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Zwang- und Gewaltprävention“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Die Arbeitsweise dieses klinikübergreifenden Qualitätszirkels besteht in einem gemeinsamen fortlaufenden Monitoring und Benchmarking – Identifizierung von „best-practice“ auf der Grundlage von Ergebnisvergleichen. Ziel ist die Reduktion von Zwang und Gewaltereignissen durch Prävention und Implementierung von Maßnahmen geringerer Eingriffstiefe (Verhältnismäßigkeit) in die Autonomie solcher Patientinnen und Patienten, die vor sich selbst oder vor denen andere zu schützen sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises setzten sich aus je einem ärztlichen und je einem pflegerischen Vertreter der neun LVR-Kliniken zusammen.

In den jährlichen Zielvereinbarungen unter dem Ziel der Reduzierung von Zwangsmaßnahmen wird zwischen der LVR-Verbundzentrale und den LVR-Klinikvorständen seit 2010 kontinuierlich die Umsetzung von Maßnahmen zur Senkung der Fixierungsraten sowie von weiteren Zwangsmaßnahmen verbindlich vereinbart.

Im Rahmen dieser Aktivitäten wurden unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt:

- Fortentwicklung und Einsatz von Leitlinien, Behandlungs- bzw. Komplikationsstandards
- Fortentwicklung und Einsatz von Pflegestandards zu Fixierungen und Isolierungen und vergleichbaren Pflegesituationen
- Aktualisierung und Einsatz von Verfahrensanweisungen (Rundverfügung Nr. 1) zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen, einschließlich der Durchführung von Zwangsmedikation
- 1:1 Betreuungsstandard (Intensivbetreuung) im Zuge der Novellierung des „Gesetzes zur Abschaffung der Videoüberwachung von zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie“ (GV NRW vom 22.11.2011)
- Öffnen von geschlossenen Stationen
- Einführung von Soteria-Elementen in die Akutbehandlung (LVR-Kliniken Bonn/Düren)
- Dokumentation und Monitoring der Anordnungen und Durchführung von Zwangsmaßnahmen
- Einführung neuer Modelle zu Anwendung von Zwang (z.B. Haltetechniken bei Zwangsmedikation, Vierstufen-Immobilisation nach Heinzmann)
- Maßnahmen zur Förderung von Partizipation und Selbstbestimmung: Einsatz von Behandlungsvereinbarungen in allen LVR-Kliniken; Erprobung des Verfahrens „Adherence-Therapie“ (gemeinsame Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung) in Pilotkliniken
- Maßnahmen zur Prävention von Zwangs- und Gewaltereignissen (Risiko- bzw. Deeskalationsmanagement, Sturzmanagement)
- Förderung von Versorgungsstrukturen, die mithelfen können Zwang zu reduzieren (z.B. Vor- und Nachsorgemaßnahmen)
- Schulungen und Fortbildungen (LVR-Akademie für seelische Gesundheit; Innerbetriebliche Fortbildungsprogramme).

Am 16.10.2014 hat der LVR-Klinikverbund eine Fokustagung ausgerichtet zum Thema „Autonomie und Selbstbestimmung in der Psychiatrie - Rahmenbedingungen, Anspruch und Praxis“. Die Beiträge der Tagung spannten einen Bogen von den ethischen und rechtlichen Grundlagen über die aktuelle Praxis des Umgangs mit aggressionsbesetzten oder kritischen Situationen im psychiatrischen Alltag bis hin zur Formulierung von Perspektiven für die zukünftige Arbeit.

3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen

Die Verwaltung hat bereits in den Vorjahren 2011 (Vorlage 13/1552) und 2013 (Vorlage 13/3151) zu Fixierungen in den LVR-Kliniken berichtet. Der vorliegende Bericht schreibt die Ergebnisse dieser Vorlagen fort¹ und zeigt weiterführende Auswertungen, die durch laufende IT-basierte Änderungen in der Datenerfassung möglich wurden.

Über Fixierungen hinaus werden alle Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken – Isolierungen, Zwangsbehandlungen (Zwangsmedikation) und die Beschränkung des Aufenthalts im Freien - erfasst. Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Änderungen in der Datenerfassung ist zum aktuellen Zeitpunkt noch keine systematische Auswertung der Zwangsmedikation und der Beschränkung des Aufenthalts im Freien möglich; eine Auswertung wird mit dem nächsten Bericht im ersten Quartal 2016 angestrebt.

Abbildung 1 zeigt den deutlichen Rückgang aller angeordneten Fixierungen zwischen 2010 und 2013. So ging die Zahl der Anordnungen von Fixierungen über alle Kliniken und Abteilungen von 6.619 (2010) um rund 44% auf 3.553 zurück. Im Vergleich zu 2010 gibt es in den einzelnen Abteilungen einen deutlichen Rückgang in der Entwicklung über die

¹ Die Daten des vorliegenden Berichts werden aus den Datenbanken des LVR MediStat-Systems gezogen. Die abgefragten Datenbanken werden in unterschiedlichen Zeitintervallen aktualisiert, dabei werden ggf. auch weiter zurückliegende Zeiträume „korrigiert“, so dass bspw. eine Datenabfrage am 30.06.2014 für den Zeitraum Jan 2012 bis Mai 2013 marginal andere Ergebnisse produzieren kann als die äquivalente Abfrage am 30.06.2013.

Jahre hinweg. Lediglich in den Abteilungen der Allgemeinen Psychiatrie gab es von 2012 nach 2013 einen Anstieg um rund 150 Anordnungen.

Abbildung 1: Anzahl aller Fixierungen nach Abteilungsarten

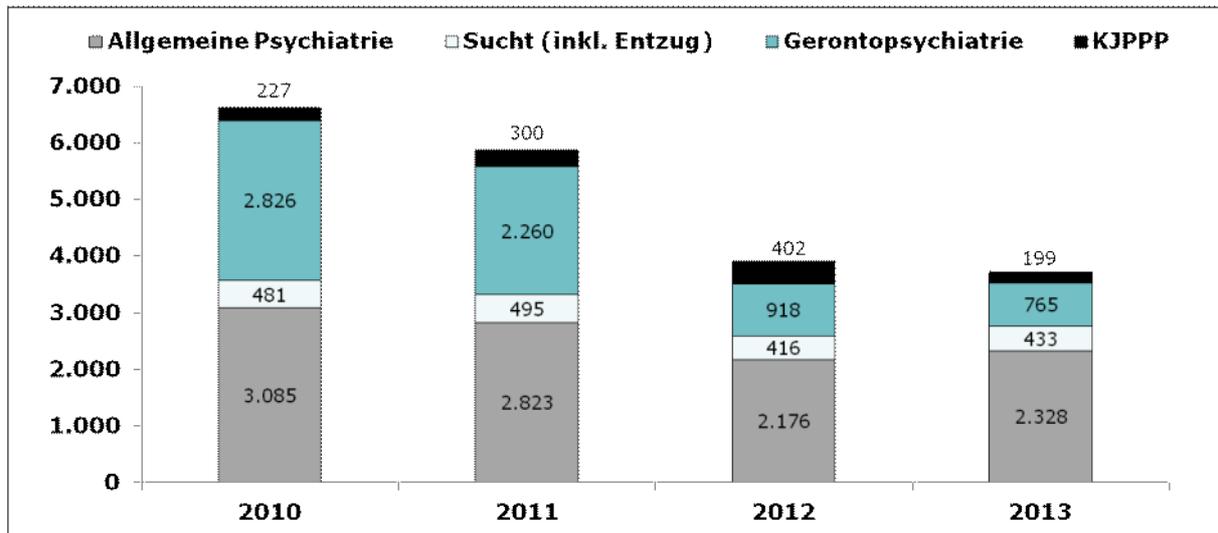
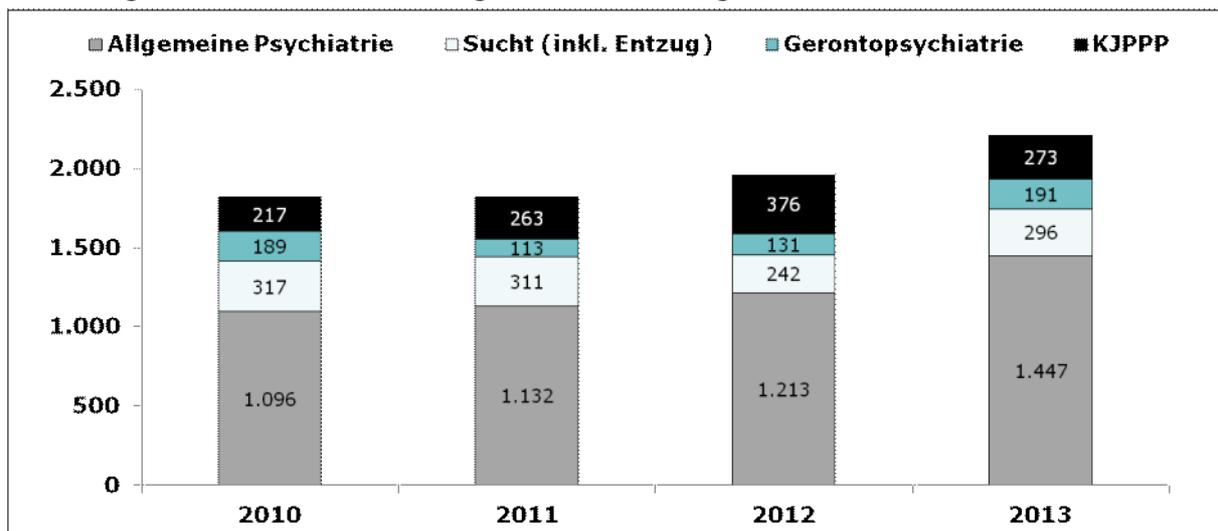


Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der angeordneten Isolierungen von 2010 bis 2013. Im Bemühen um Verhältnismäßigkeit ist bei einem Rückgang der Fixierungen mit einem gewissen Anstieg bei den weniger eingreifenden Maßnahmen, hier den Isolierungen, zu rechnen. Nicht unerwartet zeigt sich deshalb in Verbindung mit dem starken Rückgang der Fixierungen ein moderater Anstieg bei den Isolierungen. Die angeordneten Isolierungen nahmen zwischen 2010 und 2014 um rund 390 bzw. ca. 21% zu.

Abbildung 2: Anzahl aller Isolierungen nach Abteilungsarten



4. Fixierungen im Klinikvergleich

In der nationalen und internationalen Fachliteratur wird bei Kennzahlenvergleichen zu Zwangsmaßnahmen in der Regel der Indikator „fixierte Fälle“ eingesetzt, so auch im Benchmarking des „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Kliniken“ (Leitung: Prof. Dr. T. Steinert, Zentrum für Psychiatrie, Weissenau), an dem 22 Kliniken teilnehmen.

Die Darstellung erfolgt deshalb in den Kapiteln 4.1 (Erwachsenenpsychiatrie) und 4.2 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) unter fallbezogener Betrachtung:

- Anzahl der angeordneten Fixierungen
- Anzahl fixierter Fälle
- Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl

Um einen Einblick zu erhalten, wie viele Personen von Fixierungen und Isolierungen betroffen sind, wurde in Kapitel 4.3 eine patientenbezogene Betrachtung der Erwachsenenpsychiatrie in den Abteilungen Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht ausgewählt:

- Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten
- Anteil fixierter Patientinnen und Patienten an der Gesamtpatientenzahl

Hinter den 933 Personen, die in den LVR Kliniken im Jahr 2013 mindestens einmal fixiert wurden, stehen 1.815 Fälle; d. h. ein Teil der fixierten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2013 mindestens ein weiteres Mal in stationäre Behandlung aufgenommen und musste während der Wiederholungsbehandlung(en) erneut mindestens einmal fixiert werden.

Im Vergleich zur Vorlage 13/3151 aus dem Jahr 2013 wurde die Zählweise der Fälle in dieser Auswertung geändert, so dass es im Vergleich zu den Daten aus der vorangegangenen Vorlage zu Abweichungen kommt. Gezählt werden nunmehr alle Fälle in stationärer und teilstationärer Behandlung. Diese Veränderung ist begründet, da der LVR-Klinikverbund den Beitritt in das nationale Benchmarking des o.g. Arbeitskreises anstrebt und sich deshalb auf dessen definierten Indikatoren ausrichtet. Die Datenerfassung und -auswertung wird in den LVR-Kliniken schrittweise entsprechend angeglichen².

Im Folgenden werden Auswertungen der LVR-Kliniken, getrennt nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie dargestellt. Die Erwachsenenpsychiatrie wird dabei teilweise noch zusätzlich nach Abteilungsart (Allgemeine Psychiatrie, Sucht und Gerontopsychiatrie) unterschieden.

4.1 Erwachsenenpsychiatrie

Die Anzahl angeordneter Fixierungen ist zwar geringfügig angestiegen (+23), aber sowohl die Anzahl der fixierten Fälle wie auch deren Anteil an der Gesamtfallzahl konnte in 2013 nochmals gesenkt werden.

Ein Blick auf die einzelnen Kliniken ergibt unterschiedliche Werte. So ist die Anzahl der angeordneten Fixierungen z.B. in der LVR-Klinik Bonn gegenüber dem Vorjahr erkennbar gestiegen (640 ->801) (**Abbildung 3**), wohingegen die Zahl der von einer Fixierung betroffenen Fälle jedoch deutlich gesunken ist (413 ->337). Insgesamt waren weniger Fälle von Zwangsmaßnahmen betroffen (**Abbildung 4**). Der Anteil fixierter Fälle ist im Durchschnitt über alle LVR-Kliniken gesunken (**Abbildung 5**).

² Im Anhang befinden sich die verwendeten Fallzahlen aus den genannten Kostenbereichen für die Erwachsenenpsychiatrie und die KJPPP. Aufgrund der verwendeten Selektionskriterien kommt es auch bei den Fallzahlen zu Abweichungen von anderen Statistiken.

Der in den **Abbildungen 3 bis 5** dargestellte Anstieg der Anzahl angeordneter Fixierungen, fixierter Fälle und des Anteils fixierter Fälle in der LVR-Klinik Köln ist aktuell Gegenstand einer laufenden vergleichenden Untersuchung unter Beteiligung aller an der Regelversorgung der Stadt Köln beteiligten Kliniken.

Abbildung 3: Anzahl angeordneter Fixierungen in der Erwachsenenpsychiatrie

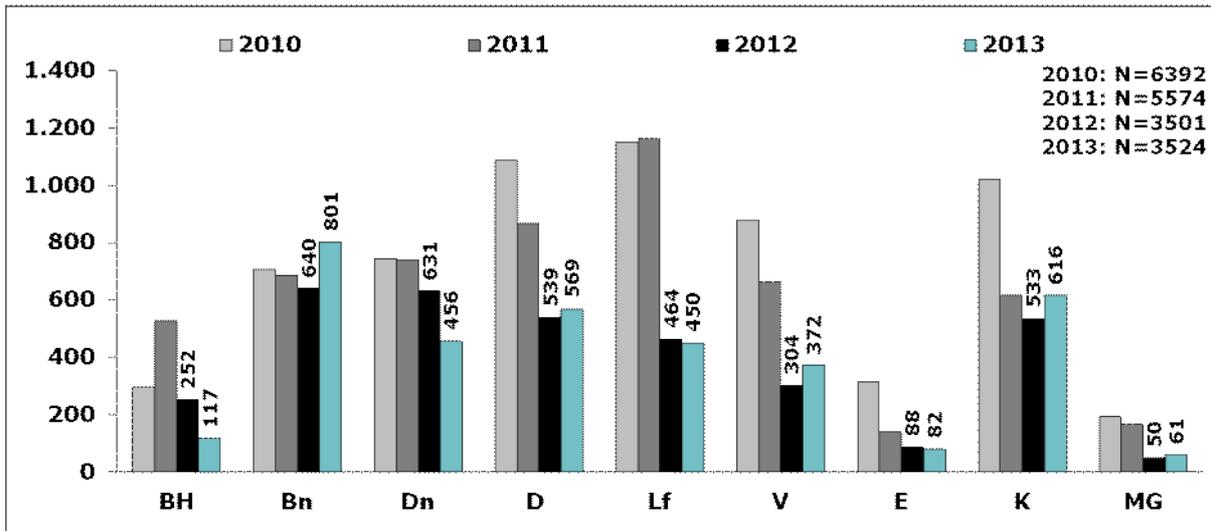


Abbildung 4: Anzahl fixierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie

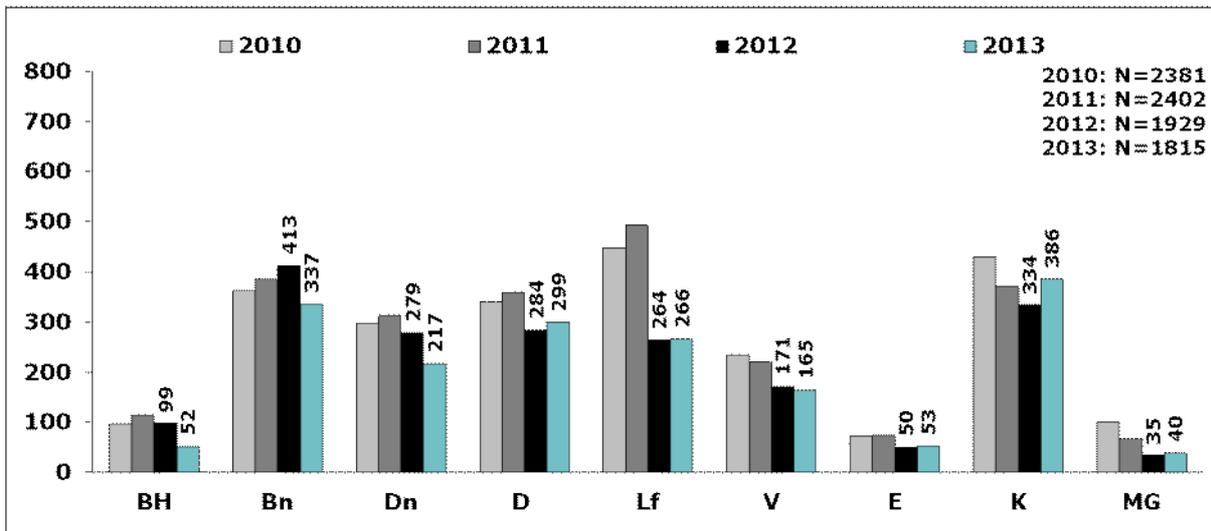
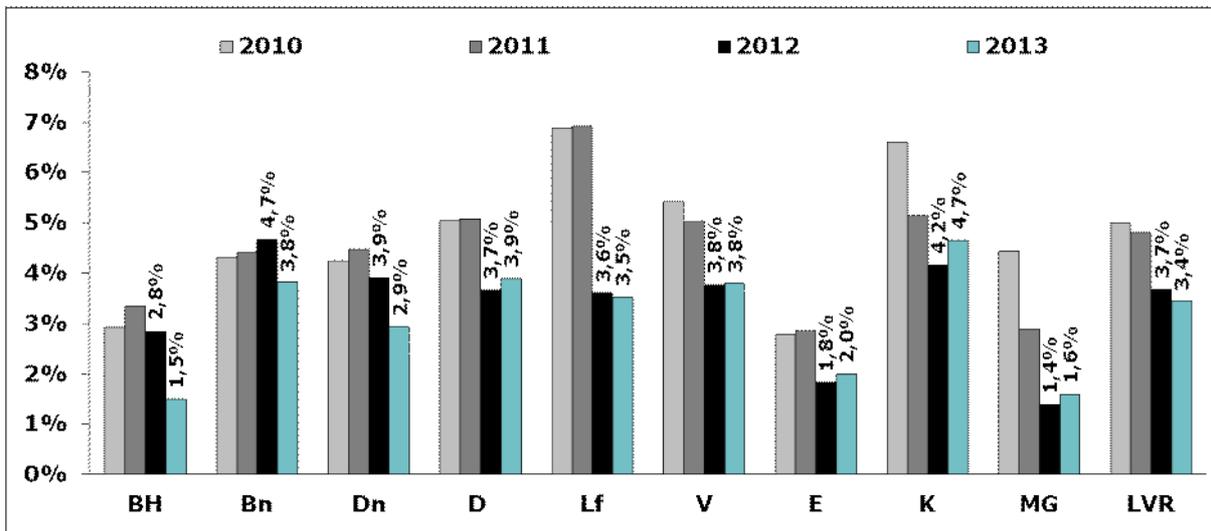


Abbildung 5: Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl in der Erwachsenenpsychiatrie



4.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der KJPPP beziehen sich die Auswertungen auf die LVR-Kliniken Bedburg-Hau, Bonn, Düsseldorf, Viersen und Essen, da nur diese Kliniken eine entsprechende Abteilung vorhalten. Insgesamt gehen die Fixierungsanordnungen (**Abbildung 6**) seit 2010 kontinuierlich zurück, wohingegen bei den fixierten Fällen (**Abbildung 7**) keine eindeutige Tendenz zu erkennen ist. Allerdings ist die Anzahl der fixierten Fälle im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie ohnehin klein, so dass einzelne Fälle mit extrem schweren Behandlungsverläufen und häufigen Fixierungsanordnungen innerhalb eines Jahreszeitraums zu sprunghaften Abweichungen in den Werten führen können, wie im Falle der LVR-Klinik Viersen im Jahre 2012 zu sehen ist.

Abbildung 6: Anzahl angeordneter Fixierungen in der KJPPP

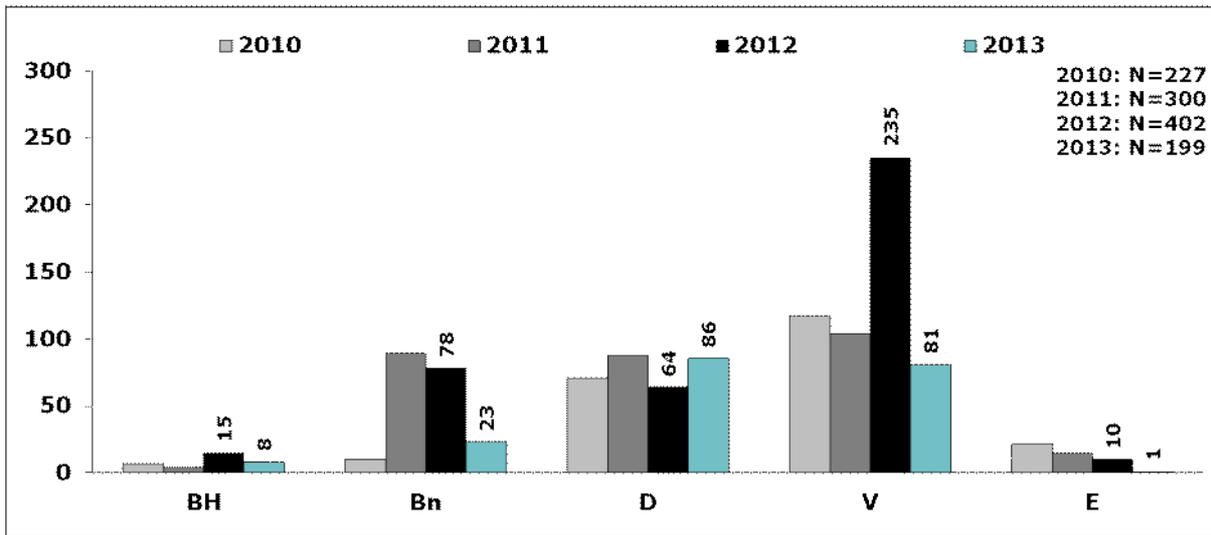


Abbildung 7: Anzahl fixierter Fälle in der KJPPP

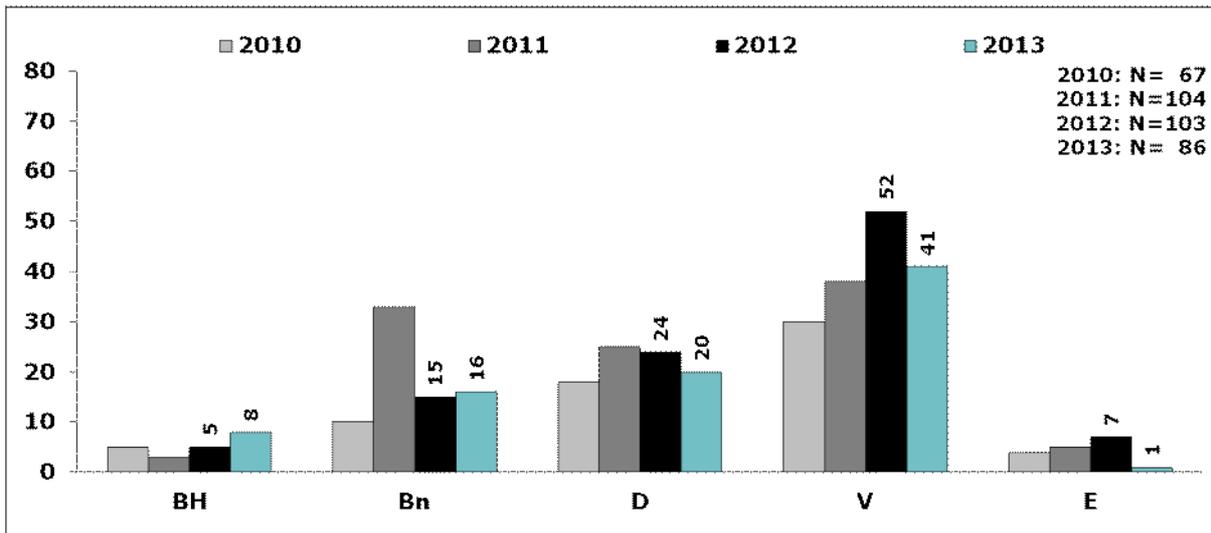
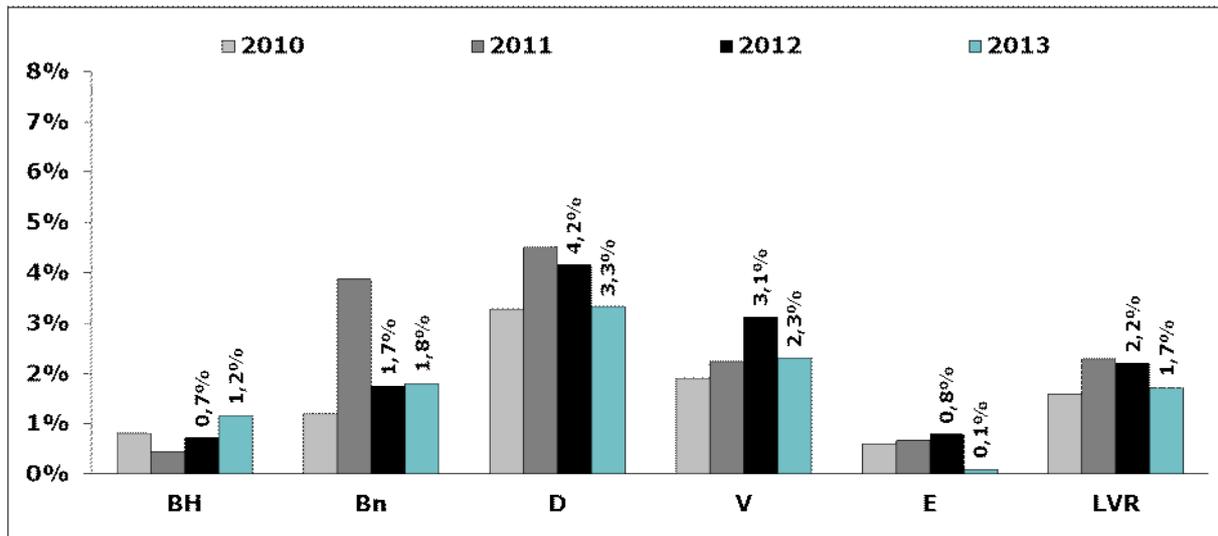


Abbildung 8 zeigt den Anteil der fixierten Fälle in der KJPPP. Auch hier ist über alle Kliniken ein erkennbarer Rückgang auf nun mehr 1,7% zu erkennen.

Abbildung 8: Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl in der KJPPP



4.3 Fixierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten

In den **Abteilungen Allgemeine Psychiatrie (Abbildung 9 und 10)** setzt sich der verbundweite Trend zu rückläufigen Zahlen fixierter Patientinnen und Patienten fort (2012: 964, 2013: 933). Ihr Anteil an allen Patientinnen und Patienten schwankt in den einzelnen LVR-Kliniken erheblich. Insbesondere in den Ballungsräumen Düsseldorf und Köln liegen die Anteile deutlich über dem LVR-Durchschnitt.

Abbildung 9: Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten in der Allgemeinen Psychiatrie

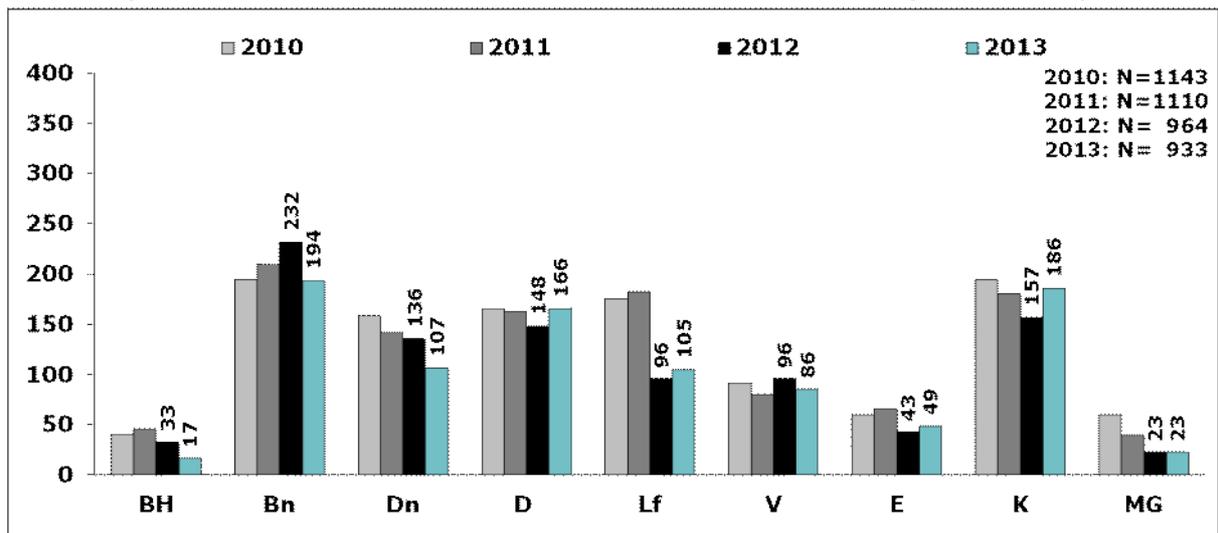
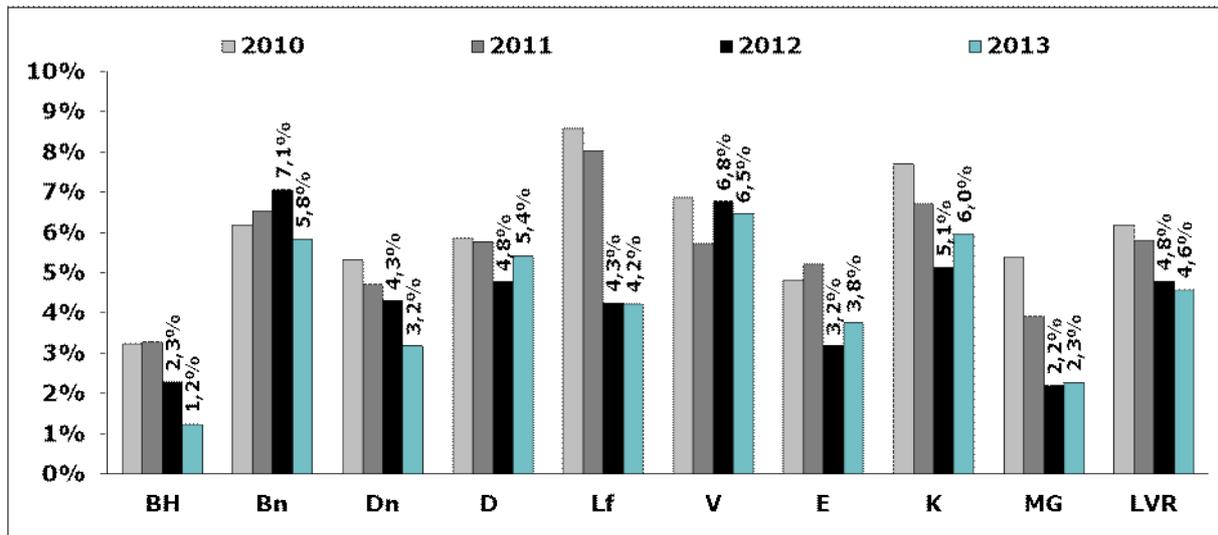
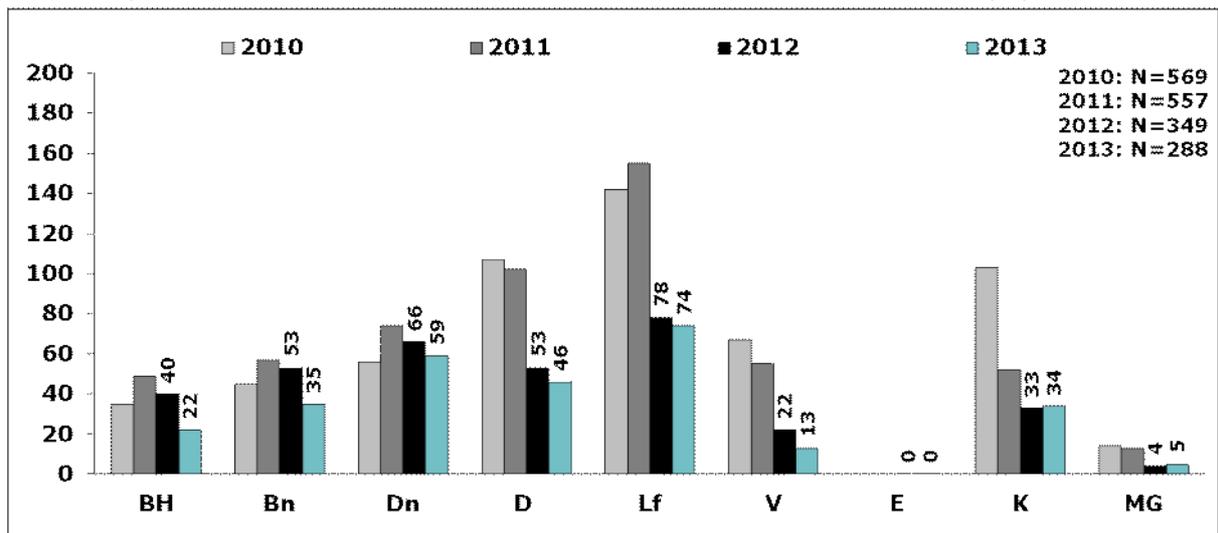


Abbildung 10: Anteil fixierter Patientinnen und Patienten an der Gesamtpatientenzahl in der Allgemeinen Psychiatrie



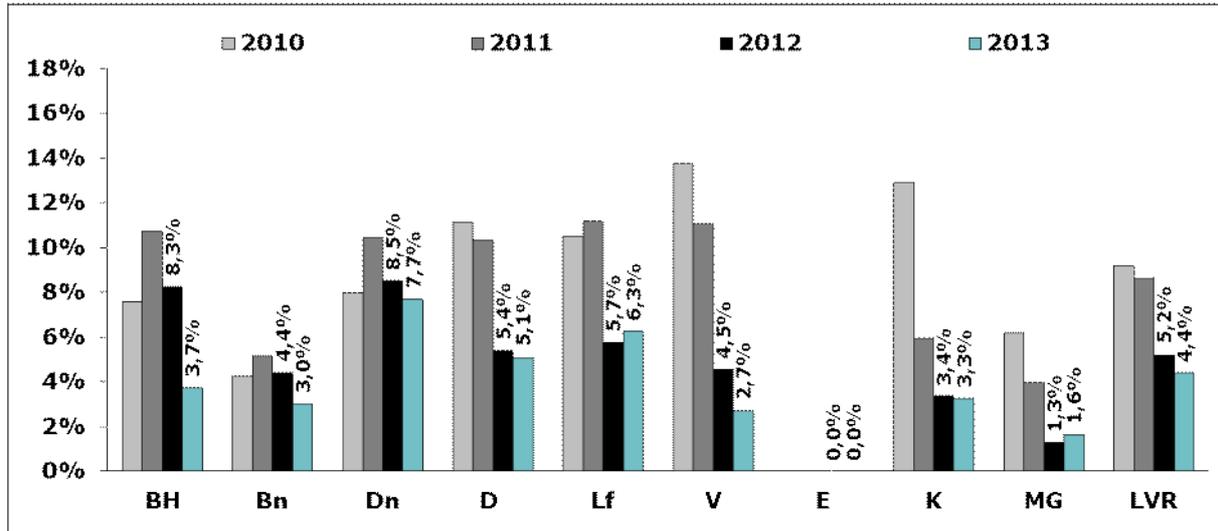
In den **Abteilungen der Gerontopsychiatrie (Abbildungen 11 und 12)** haben der flächendeckende Einsatz von Niederflurbetten, Sturzprotektoren, Sensormatten u.a., als auch die im Werdenfelser Weg³ beschriebenen Maßnahmen zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu einem nachhaltigen und verbundweiten Rückgang von Sturzereignissen und Fixierungszahlen geführt. Auch der Anteil fixierter Personen an allen Patientinnen und Patienten der Gerontopsychiatrie ist zurückgegangen. Modellhaft zu erwähnen ist überdies in der LVR-Klinik Köln die Durchführung eines Programms „Gerontopsychiatrie in Bewegung“, das bereits vor der abschließenden Evaluation eine verbesserte Mobilität, einhergehend mit einem verminderten Sturzrisiko der gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten erkennen lässt.

Abbildung 11: Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten in der Gerontopsychiatrie



³ Der Werdenfelser Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungs- und Verfahrensrechts, der seinen Ausgang im Landkreis Garmisch-Partenkirchen genommen hat und mit dem Ziel, die Anzahl der Fixierungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen des Landkreises erheblich zu reduzieren, alle an diesem Verfahren Beteiligten und Betroffenen in die Diskussion und Entscheidung über Zwangsmaßnahmen einbezieht. Spezialisierte, fachlich fortgebildete Verfahrenspfleger initiieren und begleiten diesen Prozess bei jeder einzelnen geplanten Zwangsmaßnahme, oftmals mit dem Ergebnis, dass eine Fixierung fachlich und juristisch nicht zu rechtfertigen ist und folglich ihre Genehmigung durch die Gerichte versagt wird. Das Justizministerium NRW empfiehlt und unterstützt Maßnahmen wie den Werdenfelser Weg oder ReduFix (Justiz-Online). www.werdenfelser-weg-original.de/

Abbildung 12: Anteil fixierter Patienten an allen Patienten in der Gerontopsychiatrie



In einigen LVR-Kliniken ist in den **Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen** ein minimaler Anstieg der Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten und ihres Anteils an allen Patientinnen und Patienten gegenüber 2012 feststellbar (**Abbildungen 13 und 14**). Vor dem Hintergrund des insgesamt niedrigen Niveaus an Fixierungsereignissen sind diese Schwankungen jedoch zu vernachlässigen.

Abbildung 13: Anzahl fixierter Patientinnen und Patienten in den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen

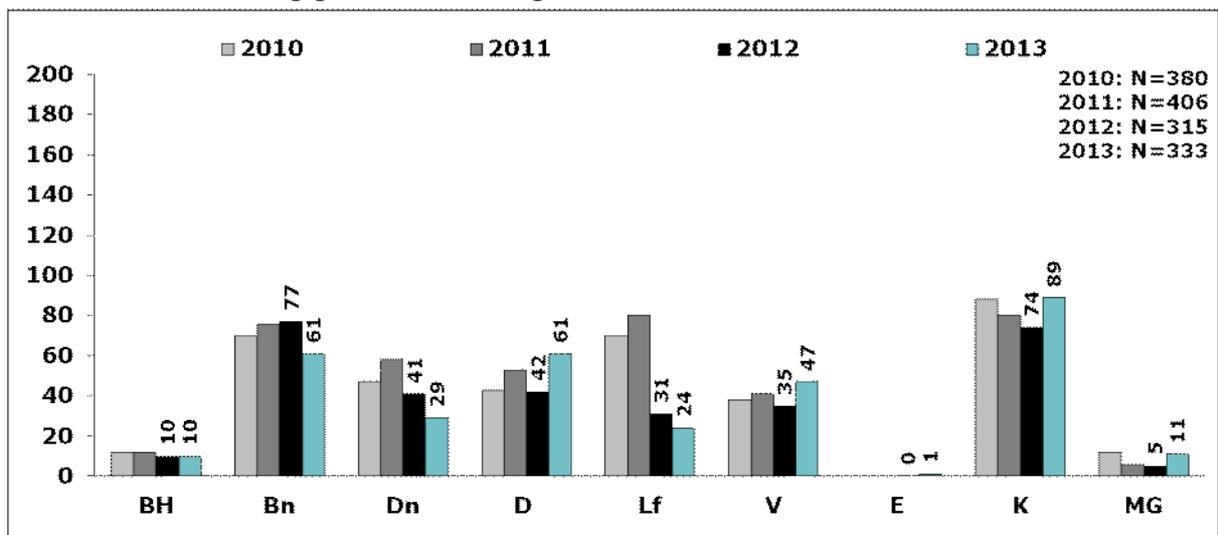
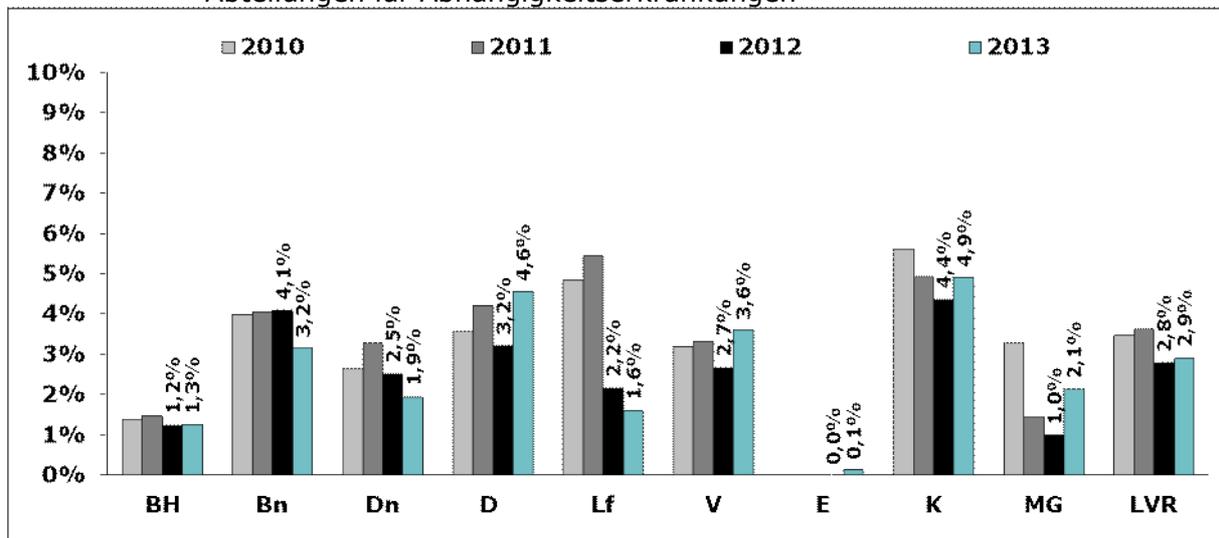


Abbildung 14: Anteil fixierter Patientinnen und Patienten an der Gesamtpatientenzahl in Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen



5. Ausblick

Basis aller strategischen Planungen zur Etablierung präventiver Schutzmaßnahmen ist die Erfassung und Darstellung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken.

Der bereits genannte „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang“ des LVR-Klinikverbunds hat sich zur Aufgabe gemacht, insbesondere im Austausch mit dem „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Kliniken“ um Prof. Steinert, Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu identifizieren, Beispiele guter Praxis vorzustellen, für deren Einführung in einzelnen Kliniken zu werben und im Verlauf zu beobachten.

Der LVR-Klinikverbund strebt an, sich an dem nationalen Benchmarking dieses Arbeitskreises zu beteiligen. Dies macht erforderlich, dass der LVR-Klinikverbund die Erfassung und Auswertung der Daten auf die dort vorgegebenen Qualitätsindikatoren ausrichtet. Deshalb wird im Jahr 2015 mit der Erstellung eines verbundweit konsentierten „Codebooks“ zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und deren Dokumentation und Auswertung begonnen. Ziele sind, die Verbesserung der Datenqualität und die Entwicklung zielgenauer Maßnahmen zur Zwangsvermeidung.

Gewalt und Zwang vermeidende bzw. reduzierende Strategien, wie Deeskalationstrainings, die in nahezu allen Kliniken verpflichtend oder im Rahmen freiwilliger Fortbildungscurricula angeboten werden oder das Immobilisationskonzept nach Heinzmann, das bisher in drei Kliniken des Verbundes – Bonn, Langenfeld, Mönchengladbach - routinemäßig zur Anwendung kommt, lassen eher mittel- als kurzfristig statistische Effekte erwarten. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Anzahl an Fixierungen im LVR-Klinikverbund in den vergangenen Jahren erheblich reduziert worden sind, so dass in Zukunft nicht mit einem vergleichbar starken Rückgang der Zwangsmaßnahmen zu rechnen ist.

Schließlich sind Zahlen zur mechanischen Sicherung von Patientinnen und Patienten nicht losgelöst von juristischen Vorgaben zu sehen. Demnach sind die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung ohne oder gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten / der Patientin wenigen Notfällen vorbehalten und mit erheblichen juristischen Hürden versehen. Dies schränkt die Möglichkeiten der kurativen, auf Besserung der Symptomatik abzielende Behandlung erheblich ein und könnte ggf. in Zukunft sogar wieder zu einem Anstieg der Fixierungs- und Isolierungszahlen führen.

Die Verbundzentrale wird die Entwicklung sorgfältig beobachten und weiterhin über das Instrument der Zielvereinbarung an der weiteren Reduktion von und Alternativen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen arbeiten.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i