

Ergänzungsvorlage-Nr. 14/1447/1

öffentlich

Datum: 07.10.2016
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Briesemeister/Herr Kaiser

Ausschuss für Inklusion 09.11.2016 Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

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

Kenntnisnahme:

Der Bericht zu Zwangsmaßnahmen in den LVR-Kliniken wird gemäß Vorlage 14/1447/1 zur Kenntnis genommen.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK. ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming. ja

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

W e n z e l - J a n k o w s k i

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 seit 2010 in seinem verbundweiten Arbeitskreis „Zwang- und Gewaltprävention“, unter Leitung der LVR Verbundzentrale, intensiv mit der Analyse von Art und Häufigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen und der Identifikation von Strategien zu deren Vermeidung.

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 3. (Fixierungen) und 4. (Isolierungen) jeweils getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Nach Anzahl aller Maßnahmen nach Abteilungsarten und im Klinikvergleich werden jeweils die Anzahl der Maßnahmen und ihr Anteil an der Gesamtfallzahl abgebildet, gefolgt von Darstellungen der Anzahl und des Anteils der von Maßnahmen Betroffenen. Hierbei wird deutlich, dass eine kleine Zahl von schwerst psychisch Kranken, die durch häufige und zumeist unter Zwang verlaufende Aufnahmen gekennzeichnet ist, mehrere Zwangsmaßnahmen während der Behandlung auslöst. Hier sind zukünftig vertiefte Analysen auf Fall- bzw. OE-Ebene geeignet, auch für den Einzelfall Strategien zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen zu identifizieren.

Zusammenfassend zeigt sich:

- Der restriktive Umgang mit Zwangsbehandlungen führt trotz aller Bemühungen vor allem in der Allgemeinpsychiatrie nicht zu dem angestrebten Rückgang der Fixierungszahlen und -anteile.
- Die Anzahl der Fixierungen ist im Zeitraum 2012 – 2015 diskret zurückgegangen, der Anteil der Fixierungen an den Behandlungsfällen jedoch in einigen Kliniken gestiegen.
- Das Bemühen um Reduzierung von Fixierungen führt zu einem Anstieg der Isolierungen.
- In den Kliniken sind zahlreiche, jeweils unterschiedliche Maßnahmen zur Zwangsvermeidung implementiert, deren Effekte eher mittelfristig zu beobachten sein dürften.

Der LVR-Klinikverbund beteiligt sich seit 2016 an einem nationalen Benchmarking; hierzu war eine veränderte Datenerfassung und Auswertung erforderlich, die die dort vorgegebenen Qualitätsindikatoren abbildet. Deshalb wurde in diesem Jahr ein verbundweit konsentiertes „Codebook“ zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und deren Dokumentation und Auswertung erstellt. Damit ist die Erwartung verknüpft, zukünftig zielgenauere Maßnahmen zur Zwangsvermeidung aus den Daten ableiten zu können.

Begründung der Vorlage Nr. 14/1447:

Inhaltsverzeichnis

1. Auftrag	3
2. Einleitung	3
3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen	5
3.1 Fixierungen im Klinikvergleich	6
3.2 Erwachsenenpsychiatrie	7
3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	9
3.4 Fixierungen nach Fachbereichen	10
4. Isolierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen	11
4.1 Isolierungen im Klinikvergleich	11
4.2 Erwachsenenpsychiatrie	12
4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie	12
4.4 Isolierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten	14
5. Ausblick	14

1. Auftrag

Der Krankenhausausschuss 2 hat in seiner Sitzung am 13.09.2016 darum gebeten, dem Ausschuss für Inklusion die Vorlage 14/1447 zur Kenntnis zu geben.

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. Hierzu wird ein entsprechendes Ziel im Haushalt aufgenommen.
- Darüber hinaus sollen für alle LVR-Kliniken einheitliche Standards bzw. Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen für eine Fixierung festlegen.
- 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 deren gesundheitspolitisches Gewicht.

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, einer Rechtsgrundlage und einer 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. Während einer Fixierung ist eine persönliche 1:1-Betreuung im Sinne einer Intensivbetreuung obligat.

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. (Flammer/Steinert, Frontiers in Psychiatry Vol. 6 October 2015)

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 „Prävention von Zwang und Gewalt“, unter Leitung der LVR-Verbundzentrale, intensiv mit diesen Themen. Die Arbeit dieses Qualitätszirkels besteht in der Identifizierung von „Guter“ oder „Beste Praxis“ und Strategien zur Verbesserung der Behandlungsqualität, der Patientensicherheit und -beteiligung auf der Grundlage von Ergebnisvergleichen. Ziel ist die Reduktion von Zwang und Gewaltereignissen durch Prävention und Implementierung von Maßnahmen geringerer Eingriffstiefe in die Autonomie solcher Patientinnen und Patienten, die vor sich selbst oder vor denen andere zu schützen sind (Verhältnismäßigkeit). Der Teilnehmerkreis setzt sich aus ärztlichen pflegerischen Mitarbeitenden der verschiedenen Fachbereiche der neun LVR-Kliniken zusammen unter Beteiligung des Verbundes Heilpädagogischer Hilfen, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Stabsstelle Gleichstellung und Gender-Mainstreaming sowie der Abteilung Rechtsangelegenheiten im Dezernat 8.

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

Im Rahmen dieser Aktivitäten wurden unterschiedliche Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt:

- Safewards (Programm zur Identifikation von Konfliktverhaltensweisen und Eindämmungsmethoden)
- Vier-Stufen-Immobilisation (Haltetekniken zur Vermeidung einer Fixierung)
- Adherence (gemeinsam verantwortete Behandlungsstrategien zur Verbesserung der Therapietreue)
- Systemische Behandlungskonzepte (Berücksichtigung des Bedingungsgefüges für Entstehung und Veränderungsoptionen einer Störung)
- Soteria-Elemente (Haltende Begleitung „to be with“, weiches Zimmer, kein Zwang)
- Familiäre Pflege (Einbezug, professionelle Begleitung und Beratung: Gerontopsychiatrie)
- Recovery-Orientierung (Lebenssinn, Hoffnung, Genesungsorientierung).
- Genesungsbegleitung (Einsatz von Psychiatrieerfahrenen, Partizipation, Empowerment)

Am 16.10.2014 hat der LVR-Klinikverbund eine Fokustagung zum Thema „Autonomie und Selbstbestimmung in der Psychiatrie - Rahmenbedingungen, Anspruch und Praxis“ ausgerichtet. 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.

Das für den 2. – 3. Februar 2017 geplante LVR-Symposium greift mit dem Fokus Behandlungsqualität neben Aspekten der Versorgung auch Fragen nach ethischen und rechtlichen Dimensionen von Unterbringung und Zwang im Bezug zum Lebenszyklus der Patientinnen und Patienten in unseren Kliniken auf.

3. Fixierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen

Die Verwaltung hat zuletzt 2015 (Vorlage Nr. 14/333) zu Fixierungen in den LVR-Kliniken berichtet. Auf diese und die vorausgegangenen Vorlagen wird im Folgenden Bezug genommen. Der vorliegende Bericht schreibt die Ergebnisse dieser Vorlagen fort¹. Nicht nur Fixierungen und Isolierungen, sondern auch Zwangsmedikation und Beschränkung des Aufenthaltes im Freien werden in der elektronischen Krankenakte (KIS) angeordnet und dokumentiert, sie sind also prinzipiell auch elektronisch auswertbar. Allerdings stellten die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und die ausgeprägte Verunsicherung bezüglich der Rechtmäßigkeit von Zwangsbehandlungen im Rahmen öffentlich-rechtlicher (Psych-KG NRW) einerseits und betreuungsrechtlicher Unterbringung (BGB) andererseits eine erhebliche Hürde für eine einheitliche Dokumentation dar.

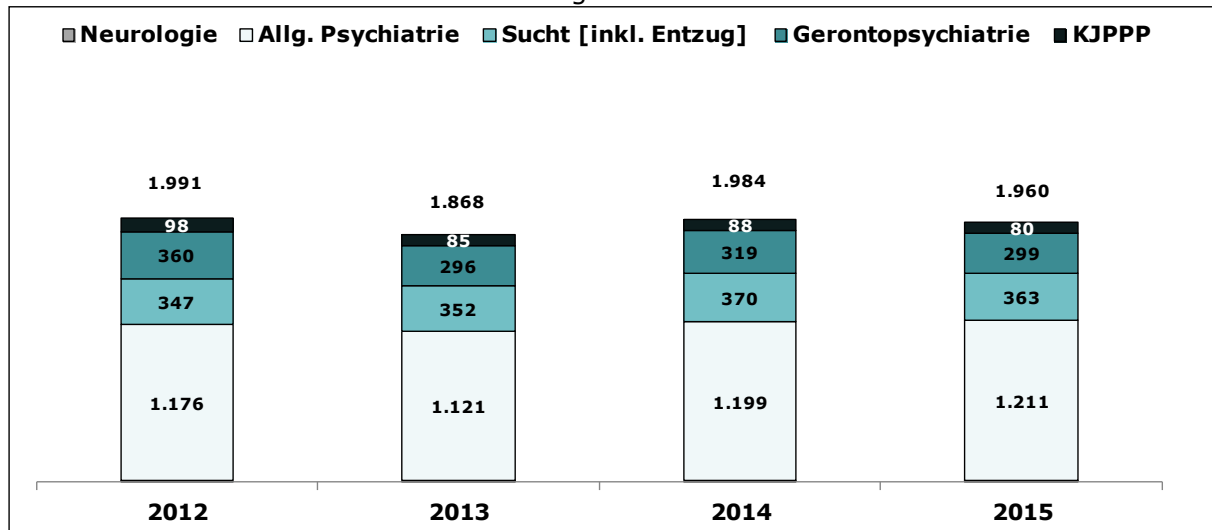
Mit dem im Arbeitskreis Prävention von Gewalt und Zwang erarbeiteten, im Mai 2016 freigegebenen Codebook, welches das Verständnis und die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen verbundweit vereinheitlichen soll, ist die Erwartung verbunden, zukünftig auch über die Zwangsmedikation im Verbund belastbare Daten vorlegen zu können und die Sicherheit in der Anwendung und Dokumentation von Zwangsmaßnahmen zu erhöhen.

Die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien stellt inzwischen ein seltenes Ereignis dar, da praktisch alle geschlossenen Stationen im Verbund gesicherte Gärten, Balkone oder Terrassen vorhalten, die den Patientinnen und Patienten einen Aufenthalt im Freien ermöglichen, soweit sie dazu in der Lage sind. Aus diesem Grund werden keine Auswertungen zur Beschränkung des Aufenthalts im Freien aufgenommen.

Abbildung 1 zeigt die Anzahl fixierter Fälle nach Behandlungsbereichen über die Jahre 2012 – 2015. In diesem Zeitraum hat die Anzahl der Fixierungen in der KJPPP merklich abgenommen, ebenso in den Suchtabteilungen, während in der Gerontopsychiatrie im Gesamtverlauf diskret ansteigende Zahlen zu verzeichnen sind. Einen nennenswerten Anstieg der Fixierungszahlen hat jedoch die Allgemeinpsychiatrie zu verzeichnen. Gleichwohl ist die Gesamtzahl über alle Abteilungen im Verbund leicht rückläufig.

¹ Wie bereits in der Vorlage 14/333 ausgeführt werden die Daten des vorliegenden Berichts 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 zwei identische Datenabfragen zu unterschiedlichen Zeitpunkten marginale Abweichungen ausweisen können. Aus diesem Grund treten zum Teil Abweichungen zur Vorlage 14/333 auf.

Abb. 1 Anzahl fixierter Fälle nach Abteilungsarten



3.1 Fixierungen im Klinikvergleich

Wie bereits im Vorjahr wird der Indikator „fixierte Fälle“ betrachtet; dies ermöglicht den Vergleich mit nationalen und internationalen Kennzahlen, die seit 2016 im Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Kliniken“ (Leitung: Prof. Dr. T. Steinert, Zentrum für Psychiatrie, Weissenau) mit 22 weiteren psychiatrischen Kliniken ausgetauscht werden.

Die Darstellung erfolgt deshalb in den Kapiteln 3.2 (Erwachsenenpsychiatrie) und 3.3 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) unter fallbezogener Betrachtung:

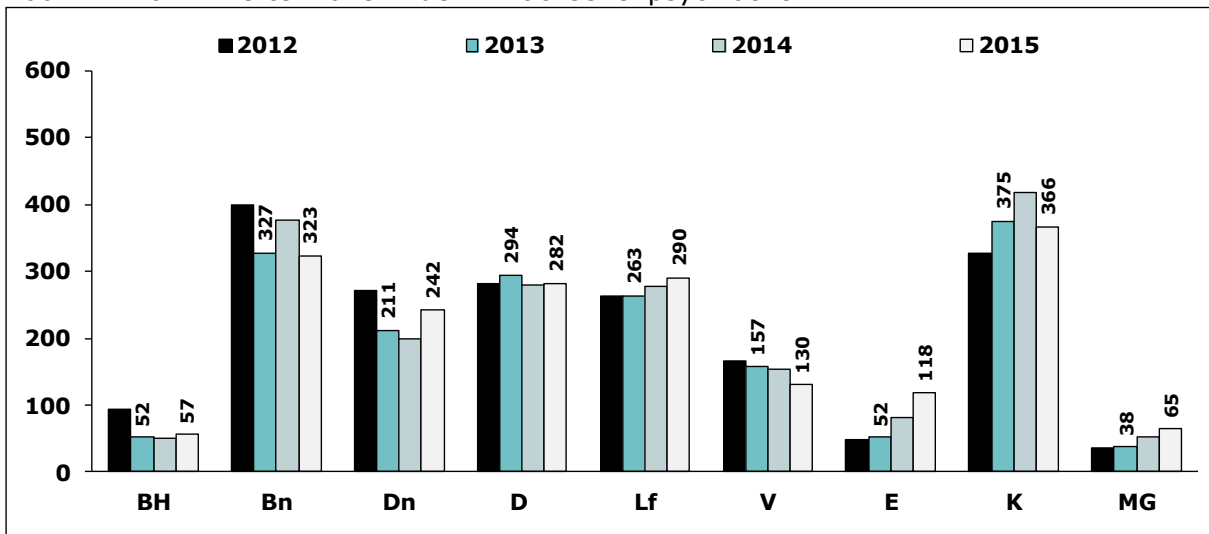
- Anzahl fixierter Fälle
- Anteil fixierter Fälle an der Gesamtfallzahl.

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. Zwangsmaßnahmen kommen in der Neurologie so gut wie nicht vor.

3.2 Erwachsenenpsychiatrie

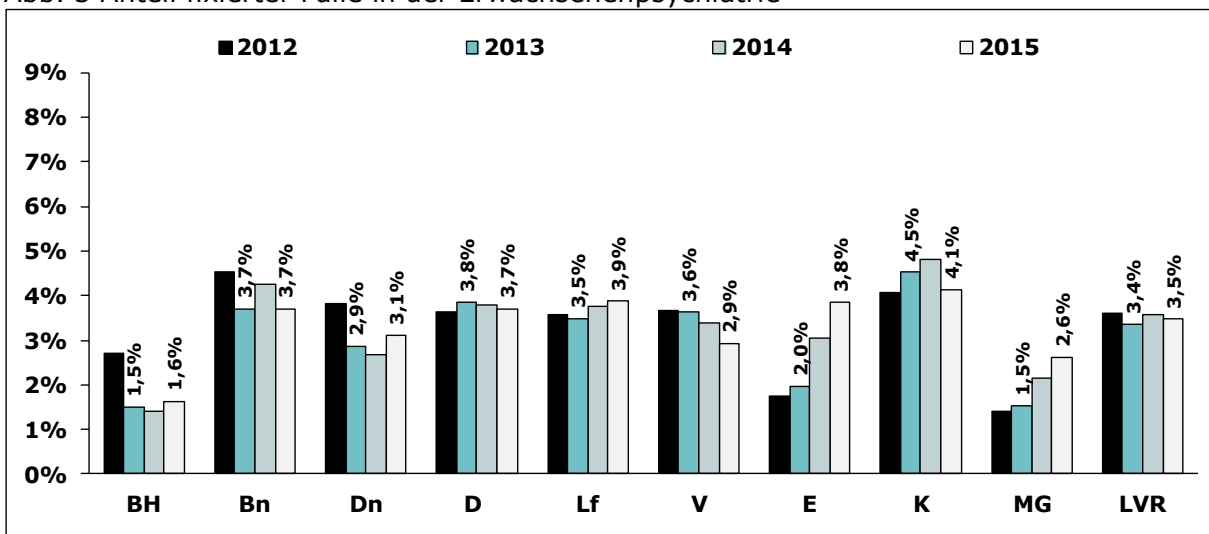
Abbildung 2 zeigt die Anzahl, Abbildung 3 den Anteil der fixierten Fälle im Klinikvergleich. Die Anzahl der Fixierungen hat sich in den einzelnen Kliniken im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr unterschiedlich entwickelt. Die Kliniken, die einen nennenswerten Anstieg der Fixierungszahlen zu verzeichnen haben (Mönchengladbach, Essen, Langenfeld, Düren), begründen dies mit einem deutlich restriktiveren Umgang mit Zwangsmedikationen bei zumeist fehlender Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung, was vermehrt zu längerfristig unbehandelte Patienten und Patientinnen führt, die insbesondere aufgrund von Fremdgefährdung fixiert werden müssen.

Abb. 2 Anzahl fixierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



Der Anteil fixierter Fälle im Verbund ist seit Jahren nahezu konstant, für 2015 wird er mit 3,5% ermittelt.

Abb. 3 Anteil fixierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



Aus nahezu allen Kliniken werden zum einen unerwartet schwierige Einzelfälle berichtet, die in der Summe für hohe Fixierungszeiten und Mehrfachfixierungen während des Aufenthaltes verantwortlich sind. Hierunter fallen auch schwerst traumatisierte, schwerst

psychisch Kranke mit Flucht- oder Migrationsgeschichte, die zum einen ohne jeden familiären Kontakt in den Kliniken verweilen müssen, zum anderen aufgrund der nicht immer sofort und nicht immer hinreichend verfügbaren Dolmetscher oder Sprach- und Integrationsmittlerinnen der Behandlung mit extremer Fremdaggression und ohne Behandlungsbereitschaft begegnen. Desweiteren führen wenige unruhige, aggressive und gewaltbereite Patientinnen und Patienten zu einer vermehrten Unruhe, Anspannung und Beeinträchtigung des Stationsklimas mit der Folge zunehmender Irritation der übrigen Patienten und Patientinnen.

Wo es Kliniken gelungen ist, entgegen dem Trend konstante oder sogar rückläufige Fixierungszahlen zu erreichen, führen diese den Rückgang auf vermehrte und intensiviertere Schulungen im Bereich des Deeskalationsmanagements zurück, auf veränderte Haltungen bei den Beschäftigten gegenüber Zwangsmaßnahmen und die Einführung bzw. höhere Durchdringung von Alternativen zu Zwang. Auch ein verbessertes Aufnahme- und Entlassmanagement scheint geeignet, gewaltinduzierende Situationen einzudämmen oder zu vermeiden.

Alle Kliniken berichten über unterschiedliche Maßnahmen zur Reduzierung von Zwang; über die o.g. Maßnahmen hinaus seien als Beispiel genannt die Öffnung einer bislang geschlossenen Akutstation und die Schaffung von Deeskalationsräumen, aber auch Rückzugsorten.

Auch wird vermehrt für den Abschluss von Behandlungsvereinbarungen in der Erwachsenenpsychiatrie geworben. Hierzu wurde in diesem Jahr ein LVR-Verbundstandard formuliert und für die Arbeit in den Kliniken freigegeben.

Im kommenden Jahr werden die verschiedenen Strategien evaluiert im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Auswirkung auf die Anzahl von Zwangsmaßnahmen; das Ergebnis wird in die Vorlage 2018 einfließen. Bis dahin werden auch Ergebnisse der Studie zu Indikatoren von Zwangsunterbringungen an der LVR-Klinik Köln vorliegen, die die Besonderheiten der Zuweisungs- und Aufnahmebedingungen in einem großstädtischen Milieu untersucht.

3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Abbildung 4 Anzahl fixierter Fälle in der KJPPP

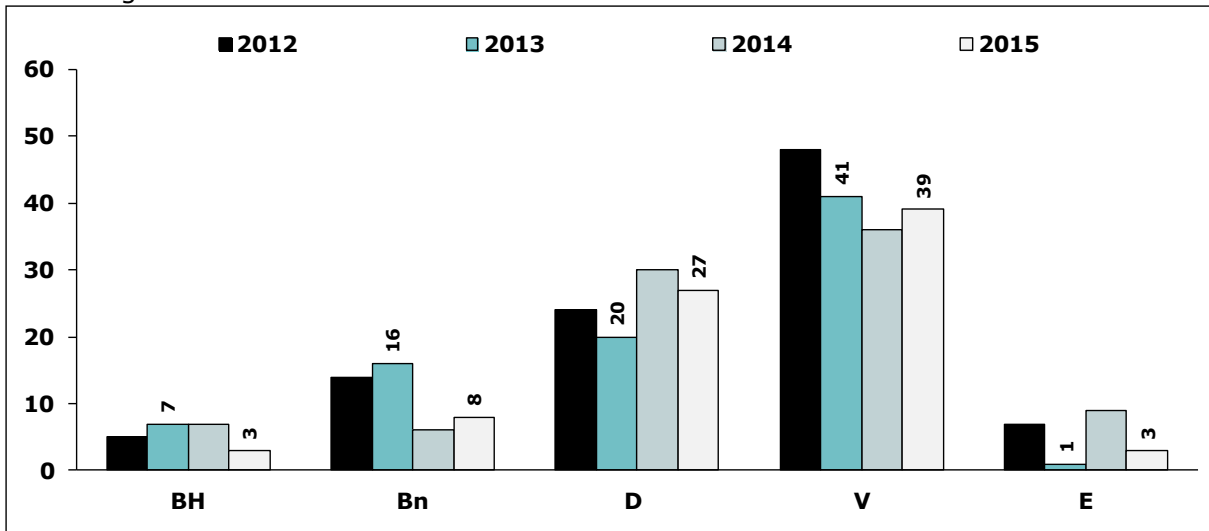
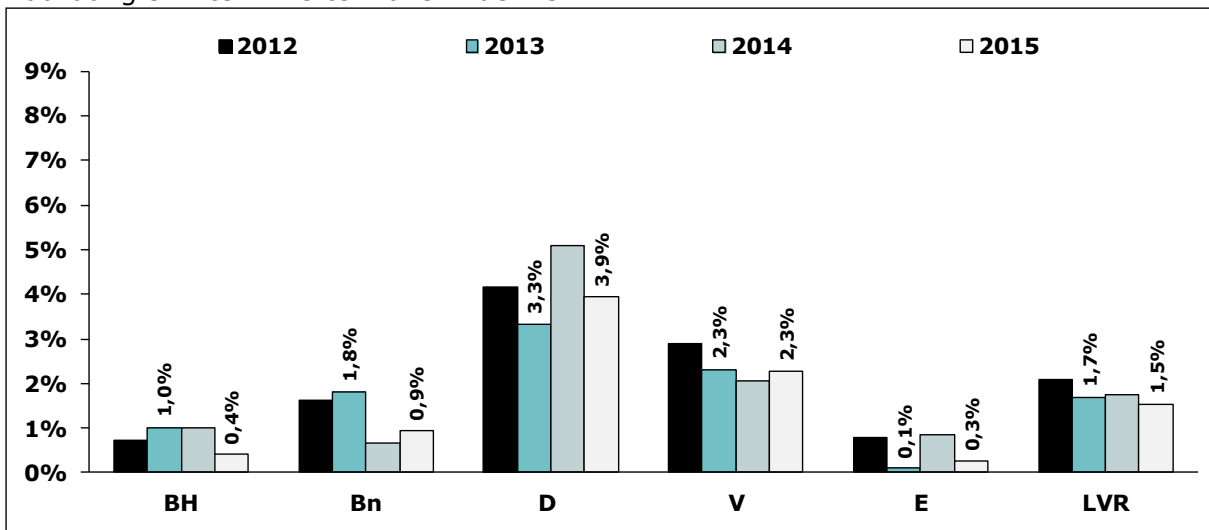


Abbildung 5 Anteil fixierter Fälle in der KJPPP



Die Abbildungen lassen erkennen, dass Anzahl und Anteil fixierter Fälle in den fünf Kliniken sich auf einem niedrigen Niveau bewegen; in Essen und Bedburg-Hau wurden in 2015 jeweils weniger als sechs Fälle fixiert. Ein nennenswerter Rückgang ist überdies in Düsseldorf zu beobachten.

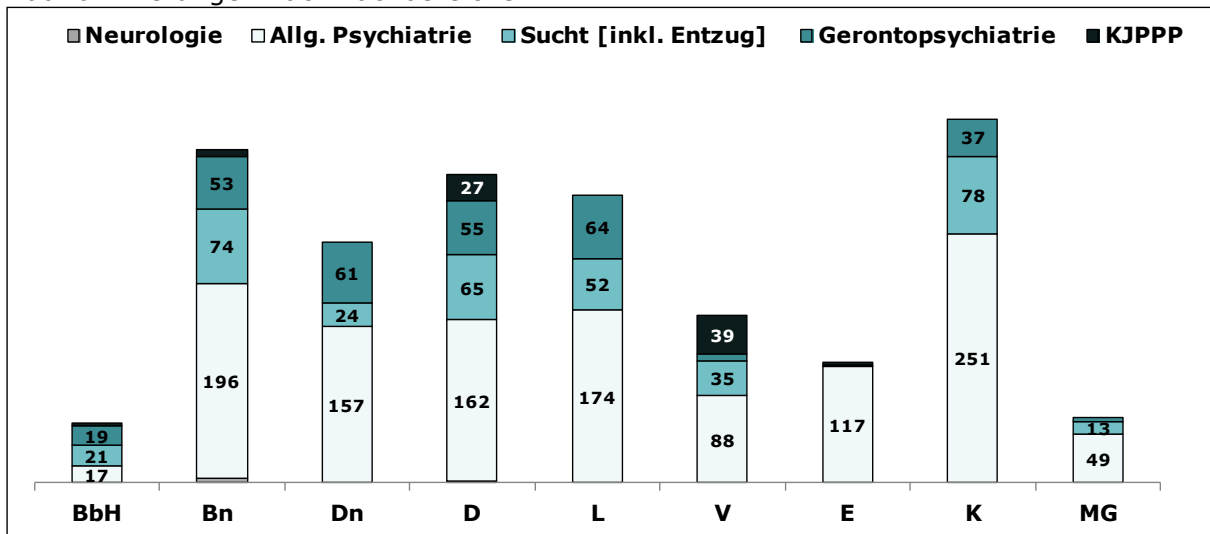
In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wird großer Wert gelegt auf Behandlungsabsprachen bei der Aufnahme in die Klinik, die für den Fall einer Eskalation oder Krise Maßnahmen zwischen den jungen Patientinnen und Patienten, deren Eltern und dem Behandlungsteam vereinbaren und die geeignet erscheinen oder in der Vergangenheit sich als geeignet erwiesen haben, schwierige Behandlungssituationen zu deeskalieren (Boxsack, Trampolin o.ä.).

Demgegenüber haben Behandlungsvereinbarungen nach dem LVR-Verbundstandard kaum eine Bedeutung, weil sie den spezifischen Entwicklungsanforderungen dieser Klientel nicht angemessen Ausdruck verleihen können.

3.4 Fixierungen nach Fachbereichen

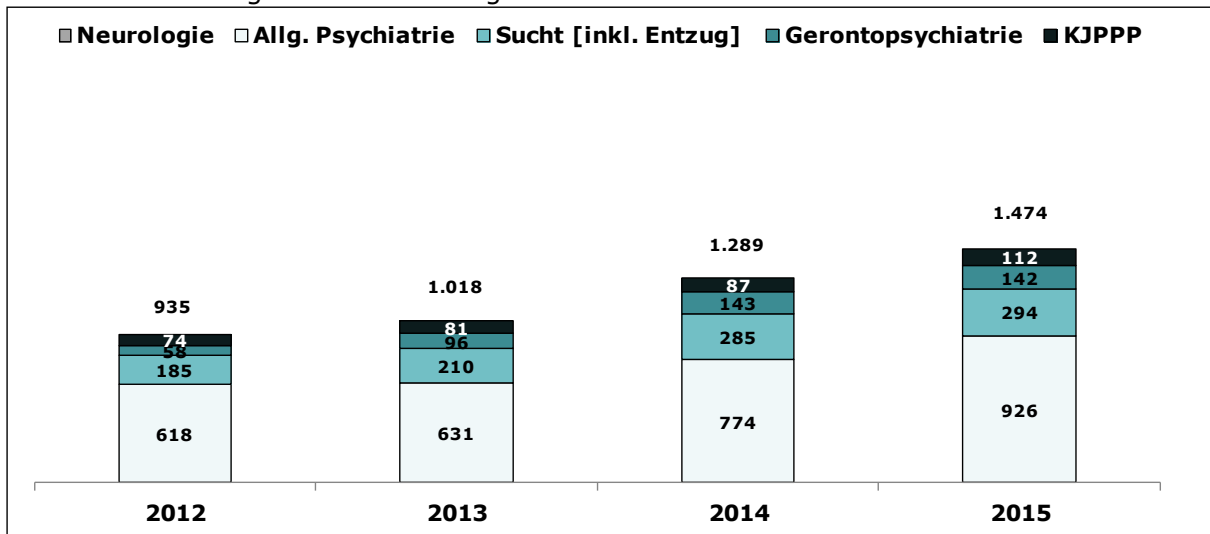
Der Löwenanteil fixierter Fälle ist in allen Kliniken dem Allgemeinspsychiatrischen Behandlungsbereich zuzuordnen; auf die Gerontopsychiatrie entfallen zwischen 10 % (Köln) und 33 % (Bedburg Hau) Prozent aller Fixierungen, auf die Suchtabteilungen zwischen 10 % (Düren) und 37 % (Bedburg-Hau). Allerdings sind die Suchtkrankenbehandlungen in einigen Kliniken aufgrund von Abteilungsüberschneidungen nicht trennscharf von Allgemeinspsychiatrischen Fällen abzugrenzen (Essen, Bedburg-Hau).

Abb. 6 Fixierungen nach Fachbereichen



4. Isolierungen im LVR-Klinikverbund: Entwicklungstendenzen

Abb. 7 Entwicklung für die Isolierungen



Erwartungsgemäß stieg im Berichtsjahr die Zahl der Isolierungen deutlich an; die Kliniken führen diesen Anstieg einhellig auf das erfolgreiche Bemühen zurück, bei dem Erfordernis von Zwangsmaßnahmen auf das mildest mögliche Mittel zurückzugreifen. Der restriktivere Umgang mit Fixierungen führt so nahezu zwangsläufig zu einem Anstieg der Isolierungszahlen und -raten.

4.1 Isolierungen im Klinikvergleich

Abb. 8 Anzahl isolierter Fälle

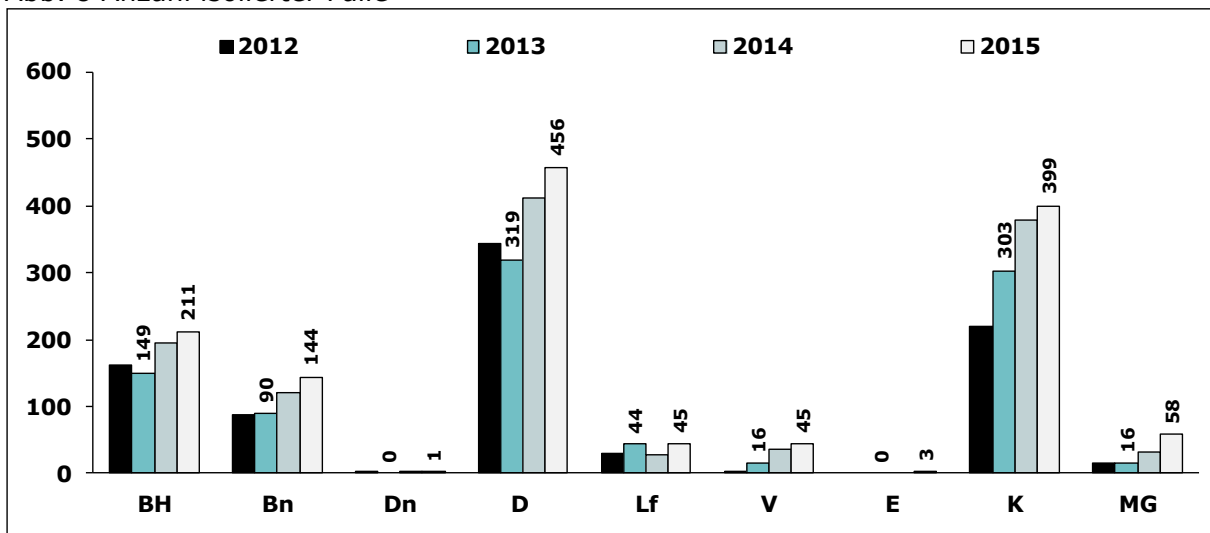
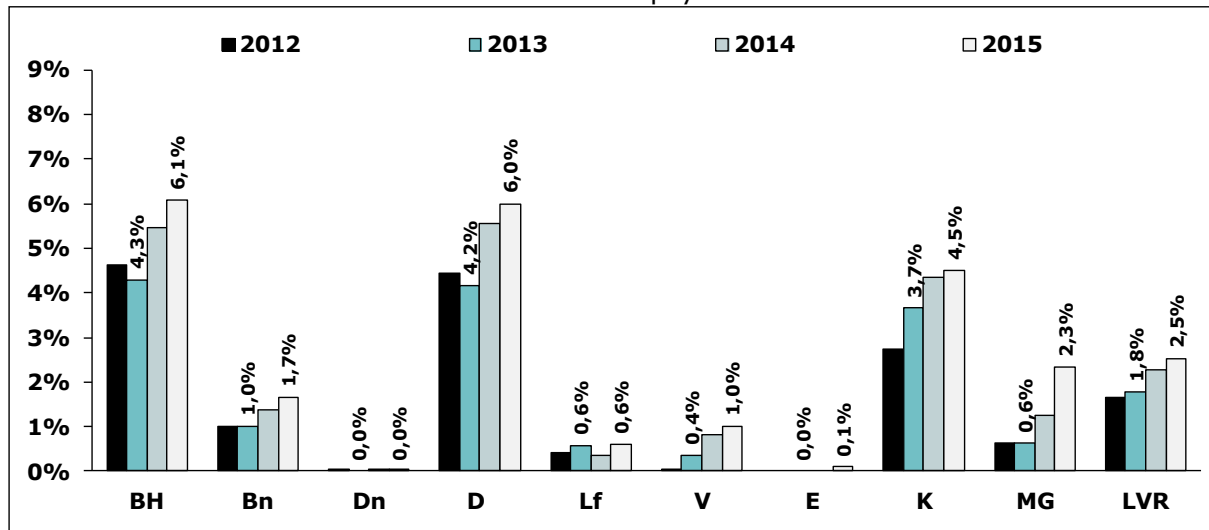


Abb. 9 Anteil isolierter Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie



4.2 Erwachsenenpsychiatrie

Neben dem Anstieg der Isolierungszahlen über alle Kliniken fällt vor allem das nahezu vollständige Fehlen von Isolierungen in zwei Kliniken auf:

In Essen wurde erst in diesem Jahr ein Konzept für Isolierungen vorgelegt, die räumlichen Voraussetzungen für Isolierungen in der Erwachsenenpsychiatrie liegen seit Mai 2016 vor.

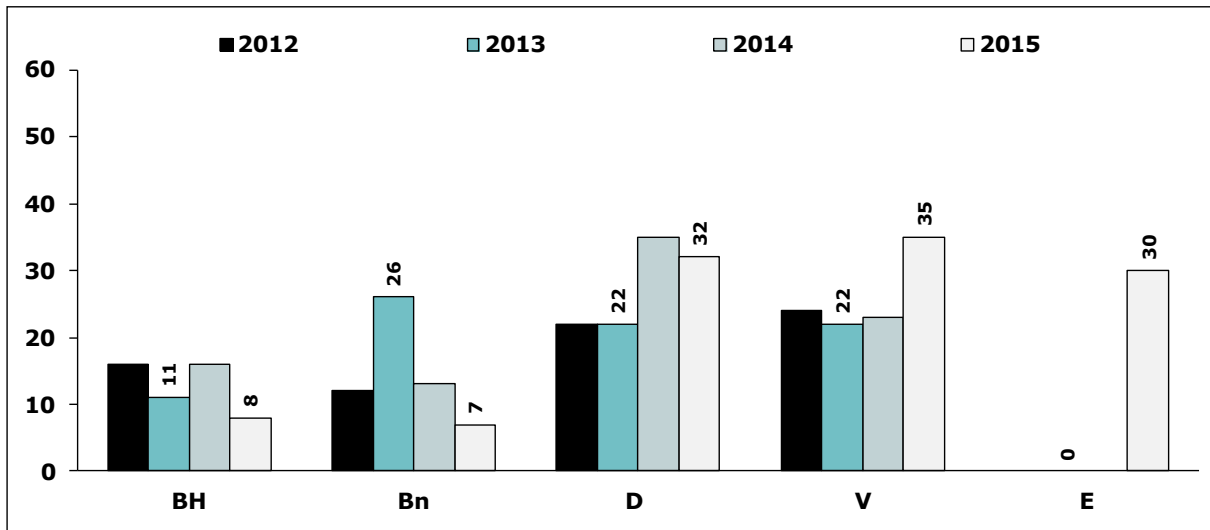
In Düren erlauben die großzügige und patientenfreundliche Ausstattung des Neubaus und ein begleitendes supportives Angebot eine weitgehende Deeskalation und Reizabschirmung in Einzelzimmern auf allen vier akutpsychiatrischen Stationen.

Der Zuwachs der Isolierungen insgesamt, aber auch die in den Kliniken Bedburg-Hau, Düsseldorf und Köln deutlich über dem Verbunddurchschnitt liegenden Anteile von 6,1 – 4,5 % sind nur in der Tendenz, nicht aber in der Höhe als Ausdruck der Kompensation von vermiedenen Fixierungen plausibel und Gegenstand weiterer Analysen.

4.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

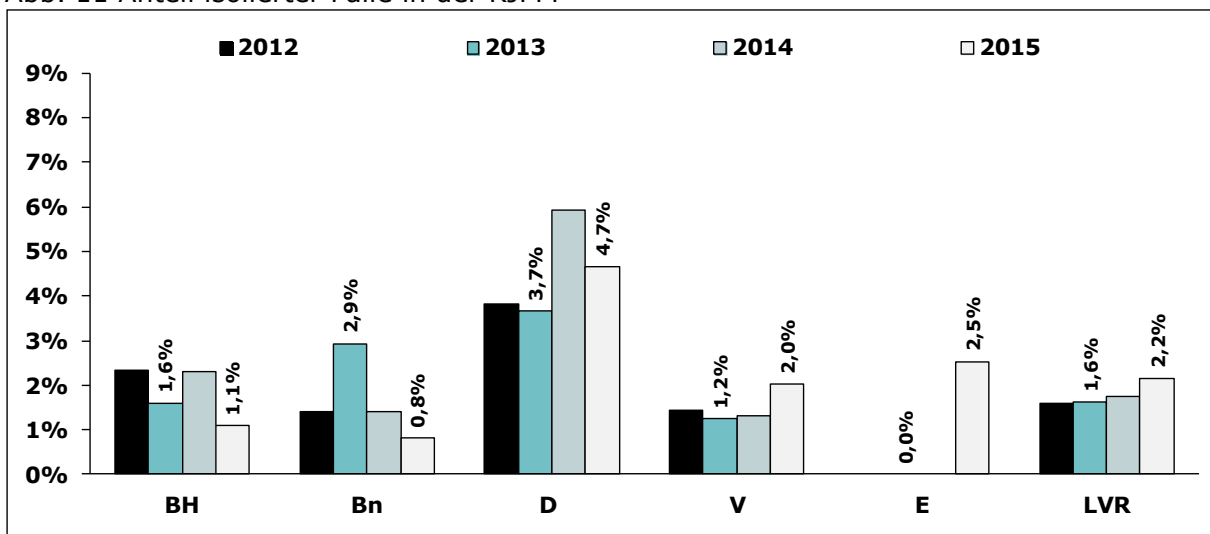
Die Kliniken reklamieren auch für ihre KJPPP-Abteilungen die zunehmende Inanspruchnahme durch schwer kranke Kinder und Jugendliche mit aggressivem und herausforderndem Verhalten. Wo immer möglich, wurde auf Fixierungen zugunsten von Isolierungen verzichtet, was zu einer deutlichen Zunahme in einigen Kliniken geführt hat. Die Ausführungen zu Fixierungen (s. 3.3) gelten auch für die Isolierungen.

Abb. 10 Anzahl isolierter Fälle in der KJPPP



Als Ergebnis der Detailanalyse ist zudem anzumerken, dass- anders als in der Erwachsenenpsychiatrie- Isolierungen bereits für die Dauer von wenigen Minuten formal angeordnet und damit auch ausgewertet werden.

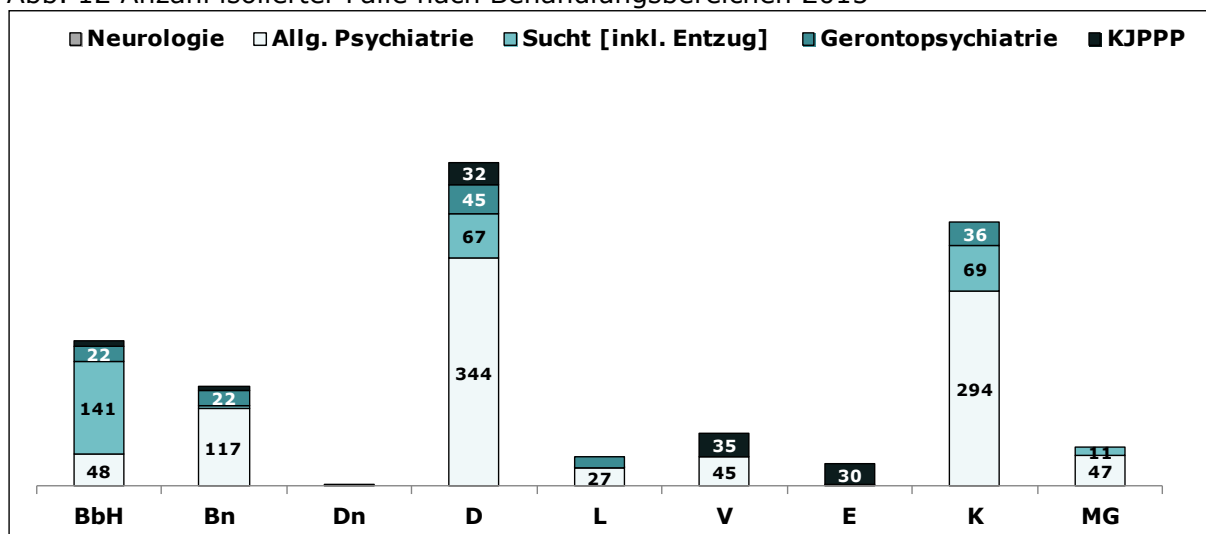
Abb. 11 Anteil isolierter Fälle in der KJPPP



4.4 Isolierte Patientinnen und Patienten nach Fachgebieten

Abbildung 12 macht deutlich, dass das Gros der Isolierungen im Bereich der Allgemeinpsychiatrie erfolgt. Lediglich in Bedburg-Hau entfallen 66 % aller Isolierungen auf den Suchtbereich - allerdings ist auch hier eine sichere Abgrenzung von allgemeinpsychiatrischen Fällen aufgrund des Abteilungszuschnitts allenfalls auf Fallebene möglich. Der Anteil gerontopsychiatrischer Isolierungen variiert von ca. 9 % (Köln) bis ca. 40 % (Langenfeld) und liegt im Mittel bei etwa 14 %, dies berücksichtigt aber (wie in den Ausführungen zu Fixierungen) nicht die auf die jeweilige Fachabteilung entfallenden Fallzahlen und dient lediglich der Orientierung.

Abb. 12 Anzahl isolierter Fälle nach Behandlungsbereichen 2015



5. Ausblick

Trotz intensiver Bemühungen und umfangreicher Maßnahmenkataloge, Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu etablieren, ist gegenüber den zurückliegenden Jahren im Berichtsjahr kein weiterer Rückgang, sondern vereinzelt ein Anstieg der Fixierungszahlen zu beobachten. Dies ist zum einen dem restriktiven Umgang mit Zwangsmedikation geschuldet, zum anderen aber der mehr als zufälligen Häufung von sehr schwer und chronisch erkrankten Menschen, die häufig und oftmals bereits unter Zwang (bei extern eingeleiteter Unterbringung) in die Behandlung der Kliniken kommen. Hierunter finden sich auch zunehmend Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte und teilweise massiver Traumatisierung, zu denen ein therapeutischer Zugang gar nicht oder mit erheblicher Verzögerung gelingt. Ihre Gewalterfahrungen und die fremd-, aber auch zuweilen autoaggressive Abwehr jedweder Behandlung und pflegerischer Versorgung begründen zuweilen häufige und / oder lange Fixierungs- und Isolierungszeiten; sie tragen aber auch zu einer vermehrten Belastung der Mitarbeitenden und zu einer Beeinträchtigung des Stationsklimas mit der Folge erhöhter Anspannung und Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten bei.

Die implementierten oder in Erprobung befindlichen Strategien zur Reduktion von Zwang und Gewalt und eine verbesserte Patientenbeteiligung sind eher mittelfristig geeignet, positive Effekte auch hinsichtlich des Rückgangs von Zwangsmaßnahmen abzubilden. Sie

zielen vermehrt auf Handlungs- und Einstellungsänderungen der Mitarbeitenden und sind auf Verstetigung angewiesen.

Hinsichtlich der Kommunikationsbarrieren ist Kreativität und die Bereitschaft gefragt, mit unterschiedlichen Angeboten eine Verständigung auch in Krisensituationen zu ermöglichen und die Einsicht in die erforderliche Behandlung und Bereitschaft zum therapeutischen Bündnis zu erreichen. Neben dem Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern und Sprach- und Integrationsmittlern sind auch technische Möglichkeiten auszuloten und, wo immer möglich, zu nutzen, um Engpässe wie in Nachtstunden und an Wochenenden professionell und im Interesse der Patientensicherheit zu überbrücken. Hier berichten psychiatrische Kliniken über positive Erfahrungen mit Video-Dolmetscherdiensten.

Für das nächste Berichtsjahr sind differenzierte, auch die Dauer erfassende Auswertungen der Zwangsmaßnahmen einschließlich der Zwangsmedikation vorgesehen; die auch in der PsychKG-Novelle vorgesehene gesonderte Erfassung von Haltetechniken in Abgrenzung zur Fixierung wird aufgrund der technischen Erfordernisse erst in den Folgejahren Berücksichtigung finden können.

In Vertretung

Wenzel-Jankowski