

Safety or security?

Wie machen wir die Psychiatrie zu einem sicheren Raum?



Lieselotte Mahler, Anna Oster

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin

ZUSAMMENFASSUNG

Was bedeutet Sicherheit in der Akutpsychiatrie? Für wen ist was sicher? Wo können wir ansetzen, um mit Unsicherheiten sicher

arbeiten zu können? Sicherheit ist ein komplexes Konstrukt. In der Diskussion um Sicherheit in der Akutpsychiatrie müssen verschiedene Dimensionen und Perspektiven der Sicherheit beachtet werden. Basierend auf praktischen Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz werden Ansatzpunkte innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Versorgungsstrukturen für eine sichere Psychiatrie diskutiert.

Was wissen wir über Gewalt und was bedeutet Sicherheit?

Sicherheit ist ein weitreichender und nicht eindeutig zu definierender Begriff. Ganz allgemein versteht man laut Duden unter Sicherheit „einen Zustand für Individuen, Gemeinschaften sowie Lebewesen, Objekte und Systeme, [der] frei von unvermeidbaren Risiken [oder Gefahren ist]“ [1]. Dabei ist zwischen objektiver Sicherheit, also dem tatsächlichen Nichtvorhandensein von Gefahren, und subjektiver Sicherheit, dem Gefühl des Nichtbedrohtseins, zu unterscheiden. Nienaber und Breinbauer haben in ihrem Beitrag eine umfassende Definition und Diskussion des Sicherheitsbegriffs verfasst, auf die sich auch dieser Beitrag im weiteren Verlauf beziehen wird. 2 Aspekte sollen dabei besonders hervorgehoben werden.

- Sicherheit wird in erster Linie als subjektives Sicherheitsgefühl wahrgenommen, ist dabei hochgradig individuell, und gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen.
- „Keine Entscheidung ist ohne Risiko.“ Vollständige Sicherheit gibt es nicht. Es ist daher von besonderer Bedeutung, mit Unsicherheiten und Risiken umgehen zu können.

Im folgenden Beitrag soll es deshalb darum gehen, wie akutpsychiatrische Stationen gestaltet werden können, damit sich Mitarbeitende, Patienten wie auch deren Angehörige sicher fühlen, wie Eskalationen und Unsicherheit reduziert werden können und wie psychiatrische Teams befähigt werden können, mit bleibenden Unsicherheiten umzugehen und Risiken geteilt und gemeinsam zu tragen.

Besonderheiten des Sicherheitsbegriffs im psychiatrischen Kontext

Um diesen Fragen nachzugehen, muss zunächst ein Blick auf die besonderen Erfordernisse der Psychiatrie im Hinblick auf Sicherheit geworfen werden. In der Psychiatrie ist der Sicherheitsbegriff von unterschiedlichen Perspektiven geprägt. Von Bedeutung für die Frage nach Sicherheit ist einerseits das Sicherheitsbedürfnis der Mitarbeitenden, andererseits das der Patienten. Diese beiden Perspektiven mögen sich in der subjektiven Betrachtung zum Teil widersprechen, sind grundsätzlich aber sehr nah beieinander. Demgegenüber steht häufig das Sicherheitserfordernis bzw. der Ordnungsauftrag, welcher der Versorgungspsychiatrie vom Staat übertragen wird. Gesellschaft, Angehörige und andere Versorgungseinrichtungen richten außerdem Erfordernisse an die Psychiatrie. Bereits durch den Ordnungsauftrag in der Pflichtversorgung sowie demgegenüber einer autonomiefördernden therapeutischen Haltung psychiatrisch Tätiger entsteht ein Spannungsfeld, in dem regelmäßig unterschiedliche Interessen und Risiken gegeneinander abgewogen werden müssen. Soll eine Person gegen ihren Willen behandelt werden, weil sie sich selbst gefährdet, obwohl dadurch ihre Autonomie und Entscheidungsfreiheit beschränkt werden? Soll eine Person, die akut fremdaggressiv ist, mit Zwang durch die Mitarbeitenden der Psychiatrie am Verlassen der Station gehindert werden, um damit die Gefährdung anderer Personen zu verhindern, obwohl auch bei der Eskalation auf Station potenziell Personen geschädigt werden? Bei der Frage nach einer sicheren Psychiatrie geht es also immer um die Abwägung verschiedener Sicherheitsbedürfnisse und -erfordernisse, die nicht selten im Widerspruch zueinanderstehen. Entsprechend umsichtig und fundiert müssen die notwendigen Entscheidungsfindungsprozesse stattfinden. Im Folgenden sollen verschiedenste As-

pekte der Thematik beleuchtet und zueinander in Bezug gesetzt werden.

Gegen wen richtet sich Gewalt?

Gewalt wird sehr häufig in Zusammenhang mit psychisch erkrankten Personen gebracht, allerdings meist nur auf Täterseite. Wenn Gewalt im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen thematisiert wird, geht es also meistens um jene Gewalt, die von Personen mit psychischer Erkrankung ausgeht. Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass das Risiko für Gewalttaten durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nur bei wenigen Symptomatiken und nur geringfügig erhöht ist [2]. Im Gegensatz dazu belegen internationale Studien seit Jahren, dass Personen mit einer psychischen Erkrankung in einem weitaus höheren Ausmaß selbst Opfer von Gewalt sind. Erkrankte haben ein 5- bis 12-fach erhöhtes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden [3]. Gewalterfahrung stellt häufig die Ursache für die psychische Erkrankung dar. Umgekehrt zeigen prospektive Längsschnittstudien auch, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung das Risiko, Gewalt zu erfahren, deutlich erhöht [3]. Eine psychische Erkrankung stellt also ein deutlich größeres Risiko dafür dar, Opfer von Gewalt zu werden als Gewalt auszuüben.

Nimmt die Gewalt zu?

Zumindest medial wird diese Frage in den vergangenen Jahren immer wieder aufgeworfen und eine Zunahme der Gewalt gesamtgesellschaftlich, vor allem aber gegen Rettungskräfte, Polizei und Krankenhauspersonal, vermutet. Betrachtet man verschiedene Statistiken, beispielsweise aus Krankenhäusern, aus den letzten 2 Jahrzehnten, kann man in der Dokumentation eine deutliche Zunahme von tätlichen Übergriffen wahrnehmen. Ein Zitat aus dem Bericht des Neuköllner Krankenhauses von 2015 formuliert: „Die Zunahme von Gewalt im Krankenhaus spiegelt eine gesellschaftliche Entwicklung wider, die ihren Ursprung in anderen Lebensbereichen hat.“ Die Studie der Ruhruniversität Bochum, auf die sich in diesem Kontext medial häufig bezogen wird, zeigte allerdings keinen Anstieg von Übergriffen auf Rettungskräfte. Dabei wurden verbale und tätliche Übergriffe auf Rettungskräfte (Feuerwehr und Rettungsdienst) aus den Jahren 2011 und 2017 verglichen. Das Forschungsteam stellte zunächst fest, dass trotz großer medialer Aufmerksamkeit auf die Erhebung und umfassender Rekrutierung von Teilnehmenden nur 18% der angesprochenen Feuerwehrleute und Polizisten teilgenommen haben. Anzunehmen ist, dass „die Einsatzgruppen [...] das Problem nicht [erleben], wie oft in den Medien oder in der Politik dargestellt wird.“ Die Auswertung der Ergebnisse zeigt zudem, dass die Anzahl der Übergriffe im Untersuchungszeitraum nicht zugenommen hat [4].

Bei genauerer Betrachtung der Gesamtzusammenhänge ist anzunehmen, dass die vermehrt dokumentierte Gewalt

nicht auf eine tatsächliche Zunahme der Gewalt zurückzuführen ist, sondern auf eine veränderte Anzeige- und Aufklärungspraxis. Lange Zeit wurden Gewaltvorfälle als „alltäglich“ oder „normal“ wahrgenommen und entsprechend nicht dokumentiert oder zur Anzeige gebracht. Auch in den meisten Kliniken gab es bis vor wenigen Jahren keine systematische Erfassung von gewalttätigem Verhalten; verbale oder sexualisierte Gewalt wurden gar nicht abgebildet.

Warum werden Gewaltvorfälle häufiger dokumentiert?

In den Medien und der Gesellschaft ist eine gewisse Obsession bezüglich des Themas Gewaltkriminalität zu beobachten. Dies obwohl seit Jahrhunderten ein deutlicher Rückgang von Gewalt und Gewaltkriminalität zu messen ist [5–7]. Begründet werden kann dies u. a. damit, dass durch das geringere Auftreten von Gewalt im Alltag eine größere Sensibilität für Gewalt entstanden ist, was wiederum die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung von stattfindenden Gewalttaten verändert. Zudem hat sich der Gewalt- und Aggressionsbegriff über den physischen Angriff hinaus im Laufe der Jahrzehnte erheblich erweitert, um auch Formen von verbaler Gewalt, Mikroaggressionen, struktureller Gewalt, sexueller Gewalt und sprachlicher Gewalt aufzugreifen [8]. Auch diese Erweiterung des Gewaltbegriffs hat dazu geführt, dass das Auftreten von Gewalt niedrighwelliger wahrgenommen, reflektiert, besprochen und dokumentiert wird. Dadurch konnten wichtige Fortschritte in der Gewaltprävention erzielt werden, um Gewalt und Aggressionen in verschiedenen Kontexten zu reduzieren. So haben zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken Maßnahmen wie Deeskalationstraining, Einführung komplexer Behandlungsmodelle, milieutherapeutische sowie bauliche Maßnahmen zu einer Verringerung von Zwangsmaßnahmen und aggressivem Verhalten geführt [9].

Die höhere Sensibilisierung und der stärkere Fokus auf Sicherheit können jedoch auch negative Auswirkungen haben. So kann ein vermehrtes subjektives Unsicherheitsgefühl zu Forderungen nach immer mehr Sicherheitsmaßnahmen führen, auch wenn diese nicht zielführend sind, sondern im Gegenteil selbst Sicherheitsrisiken darstellen können.

Welche Folgen hat ein zunehmendes Sicherheitsbedürfnis?

Das wachsende Unsicherheitsgefühl in der Gesellschaft führt, ebenso wie in der Psychiatrie, zu Forderungen nach mehr objektivierbaren Sicherheitsmaßnahmen: Überwachung, Überreglementierung, härtere Strafen, Möglichkeiten der Selbstbewaffnung, stärkere Exklusion vermeintlich bedrohlicher Personengruppen. Für Menschen mit schwe-

ren psychischen Erkrankungen zeigt sich auch ein Rückgang von Mitgefühl und Hilfsbereitschaft [10].

Die in Folge ergriffenen Maßnahmen dienen oft nur der subjektiven und nicht der objektiven Sicherheit: Vermehrte Überwachungskameras in öffentlichen Räumen schützen nicht vor Angriffen, sie können maximal zur späteren Identifikation der Täter beitragen. Viele Maßnahmen führen im Gegenteil sogar dazu, dass es objektiv zu mehr Gewalt kommt. Als Beispiel sei hier die USA genannt: In keinem anderen Land der Welt wird das Gefühl der ständigen Gefahr und damit das Recht auf Selbstbewaffnung vergleichbar umworben. Auch gibt es in keinem anderen Land mehr Waffen und mehr Waffengewalt. Laut Daten des Forschungsprojekts Small Arms Survey haben die Vereinigten Staaten die höchste Pro-Kopf-Zahl von Waffen im Besitz von Zivilisten: Es gibt mehr Schusswaffen als Bürger in den USA, 120 Stück pro 100 Einwohner. Laut den jüngsten Daten der Gesundheitsbehörde CDC wurden im Jahr 2020 in den USA rund 20 000 Menschen erschossen – mehr als 50 pro Tag. Schusswaffenverletzungen waren 2020 erstmals die häufigste Todesursache für Kinder und Jugendliche in den USA, noch vor Verkehrsunfällen.

Durch die gesellschaftliche Forderung nach größerer Sicherheit entsteht eine Unsicherheitsintoleranz, in deren Folge „unsichere“ Situationen schwerer ausgehalten und nach Möglichkeit vermieden werden. Die Bereitschaft zum Umgang mit aggressivem Verhalten in der Gesellschaft nimmt dadurch ab und es entsteht die Tendenz, solche Verhaltensweisen aus dem gesamtgesellschaftlichen Alltag zu exkludieren. Dies bestärkt unter anderem die Delegation des Umgangs mit aggressivem Verhalten an die Psychiatrie. Andererseits führt das vermehrte Sicherheitsbedürfnis auch innerhalb der Psychiatrie zu neuen Anforderungen an die Klinikleitungen, zur Notwendigkeit neuer Behandlungskonzepte, aber auch zu Personalschwierigkeiten sowie zur verstärkten Forderung nach dem Einbezug von Sicherheitsdiensten.

Sicherheit durch Sicherheitsdienste?

Der Einsatz von Sicherheitsdiensten widerspricht allerdings jeglichem therapeutischen Verständnis in der psychiatrischen Arbeit und birgt zahlreiche Probleme. Zunächst haben Sicherheitsdienste keine therapeutische oder medizinische Ausbildung, die Voraussetzung für ein psychiatrisch-fachliches Verhalten in eskalierenden Situationen ist. Darüber hinaus haben Sicherheitsdienste keine rechtlichen Befugnisse, abgesehen von der allgemeinen bürgerlichen Notwehrhandlung, sodass sie zum Eingreifen in Akutsituationen nur zur akuten Gefahrenabwehr (entsprechend Notwehr), nicht aber zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen berechtigt sind. Diese steht nur ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen im Rahmen des Berufsrechts oder der Polizei als exekutiver Gewalt zu. Darüber hinaus

zeigt sich auch, dass die Anwesenheit von Sicherheitspersonal nicht zur Reduzierung von Eskalationen und Zwangsmaßnahmen beiträgt [11, 12]. Im Gegenteil können Sicherheitsdienste das Risiko für Eskalationen zusätzlich steigern. In einigen Fällen haben die Einsätze von Sicherheitsdiensten aufgrund nicht fachgerechter Personensicherung zudem bereits zu tödlichen Folgen für die betroffenen Patienten geführt (Hamburg 2019 und Kiel 2019).

In der Gesamtschau kann folglich keineswegs davon ausgegangen werden, dass der Einsatz von Sicherheitsdiensten eine zielführende und zulässige Maßnahme zur Herstellung eines sicheren Umfelds für Patienten wie auch Mitarbeitende in der Psychiatrie ist. Auch hat sich gezeigt, wie in den gesellschaftlichen Beispielen, dass sicherheitsfokussierte Konzepte in der Psychiatrie meist zu mehr aggressiven Übergriffen und Zwangsmaßnahmen führen. Ganz im Gegenteil zeigt sich die Abnahme von Aggressionen und Zwang bei Konzepten mit offener Tür, weniger starren Regeln, Fokus auf Beziehungsgestaltung statt auf Sicherheit [9, 13–16].

Lösungsansätze für eine sichere Psychiatrie

Umso wichtiger ist es, alternative präventive und therapeutische Konzepte zu entwickeln, die effektiv im Hinblick auf die Behandlungsqualität wie auch die Vermeidung von Zwang und Gewalt sind und dabei die autonomiefördernde und recoveryorientierte Behandlung ermöglichen sowie das Sicherheitsgefühl der Patienten und der Mitarbeitenden in den Blick nehmen. Die Einbeziehung der Patienten und die Förderung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sollten dabei im Fokus stehen. Die Veränderung der Strukturen, die Stärkung individueller beziehungs-fokussierter Therapieansätze und die gezielte Ausbildung und Schulung von Fachpersonal können dazu beitragen, Gewalt und Aggression in psychiatrischen Kliniken zu minimieren. Darüber hinaus gilt es allerdings auch, die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung auf politischer Ebene in Frage zu stellen und in der gesamten Gesellschaft sinnvolle und tragfähige Versorgungsstrukturen zu etablieren. Ebenso erforderlich sind strukturelle Veränderungen, um reine Ordnungs- und Sicherungsmaßnahmen ohne psychiatrischen Behandlungsauftrag von der Psychiatrie abzugrenzen. Im Folgenden werden verschiedene Ansätze zum Umgang mit Unsicherheit und zur Reduktion von Gefahren dargestellt.

Was braucht psychiatrisches Personal, um mit Unsicherheiten umzugehen?

Ausreichend und gut ausgebildetes Personal ist sicherlich die Grundlage für eine gute psychiatrische Versorgung sowie die Gewährleistung von Sicherheitsstandards für Mitarbeitende und Patienten. Die Forschung zeigt, dass die Anzahl, der Ausbildungsstand wie auch das Geschlecht

des anwesenden Personals Auswirkungen auf aggressive Vorfälle und Zwangsmaßnahmen auf der Station haben [17, 18]. Darüber hinaus gibt es allerdings nur wenige Forschungsergebnisse zur Frage: Wie sollte das Personal sein? Welche interaktionellen Faktoren spielen eine Rolle, wenn es um Aggressionen und Kommunikation geht? Wie wirkt sich die Kommunikation von Mitarbeitenden aus? Im Umgang mit Eskalationen in der psychiatrischen Arbeit geht es allerdings um den unmittelbaren Kontakt mit den Patienten. Eskalationen entstehen meist in der Interaktion und werden in der unmittelbaren Interaktion deeskaliert. Bedeutsam für den Umgang mit Unsicherheiten und Risiken scheinen folglich vor allem die Haltung sowie spezifische interaktionelle Kompetenzen der Mitarbeitenden im multiprofessionellen Team zu sein.

Relevante Kompetenzen werden in den unterschiedlichen Aus- und Weiterbildungen vermittelt. Die Schulung im Hinblick auf Risikoeinschätzung und Deeskalation wird wenig in der Grundausbildung gewährleistet, sondern meist erst während der praktischen Tätigkeiten in den Kliniken im Rahmen von Deeskalationstrainings geleistet (siehe Mayer und Walter in diesem Heft). Eine Erweiterung entsprechender Ausbildungsangebote ist aus Sicht der psychiatrischen Versorgung überaus wünschenswert und notwendig. Insbesondere die Thematisierung von Gewalt und Zwang in der Ausbildung und Studium findet aktuell nur marginal statt, sodass einerseits keine entsprechenden Kompetenzen vermittelt werden und andererseits eine Tabuisierung und Stigmatisierung dieser Themen verstärkt wird (siehe Rüegg in diesem Heft).

Die alleinige Fokussierung auf die Schulung der notwendigen Kompetenzen ist allerdings nicht ausreichend, um Mitarbeitende zum Umgang mit aggressivem Verhalten und dem Arbeiten mit bestehenden Unsicherheiten zu befähigen. Von besonderer Bedeutung ist vor allem die Entwicklung einer gemeinsamen Haltung innerhalb eines (Stations-)Teams sowie innerhalb der gesamten Einrichtung [19]. Ein Klima der Unterstützung, das im Wesentlichen durch die zuständige Leitung vermittelt wird, kann Mitarbeitende darin bestärken, verantwortungsvoll risikohafte Entscheidungen zu treffen und mit Fehlern konstruktiv umzugehen [20]. Neben einer unterstützenden Leitung bedarf es einer Veränderung der klinischen Strukturen, insbesondere den Abbau tradierter Hierarchien, die Ermöglichung enger interprofessioneller Zusammenarbeit und die konsequente Einbeziehung von Patienten und deren Bezugspersonen in alle Entscheidungsfindungsprozesse, um Risiken valide einschätzen und Verantwortung bei bleibenden Unsicherheiten gemeinsam tragen zu können. Maßgeblich sind darüber hinaus moderierte Nachbesprechungen von Eskalationen und Zwangsmaßnahmen mit Patienten und die Verfügbarkeit geeigneter Gesprächs- und Unterstützungsangebote für das Team und einzelne Mitarbeitende nach Übergriffen [21, 22].

Strukturveränderung innerhalb der Psychiatrie

Obwohl die gegebenen Rahmenbedingungen für eine gelingende psychiatrische Versorgung in vielerlei Hinsicht herausfordernd sind, ist es wesentliche Pflicht der Psychiatrie im Rahmen ihrer Möglichkeiten Strukturen so zu verändern, dass Zwang und Gewalt auf ein Minimum reduziert werden. Aus der Forschung gibt es umfassende Daten zu gewalt- und zwangsreduzierenden Maßnahmen. So wissen wir, dass beispielsweise große Stationen, geschlossene Türen, inkonsistente Absprachen und zu wenig Personal zu mehr Eskalationen und Zwangsmaßnahmen führen. Neben organisatorischen und baulichen Maßnahmen sind hier komplexe Interventionen wie das Weddinger Modell oder Safewards von besonderer Bedeutung, weil sie verschiedene Möglichkeiten zur Reduktion von Gewalt und Zwang integrieren und so besonders wirksam sind [20, 23]. Die S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang [9] stellt sämtliche evidenzbasierte Maßnahmen in diesem Bereich zusammen und empfiehlt die Einführung der benannten komplexen Interventionen. Im Folgenden sollen einige wesentliche Aspekte, die selbstverständlich auch in anderen Konzepten wiederzufinden sind, am Beispiel des Weddinger Modells dargestellt werden.

Wie gewährleistet das Weddinger Modell Sicherheit?

Das Weddinger Modell ist ein recoveryorientiertes Psychiatriekonzept, dessen primäre Ziele konsequente Transparenz, Partizipation und eine individualisierte Behandlung sind. Das Weddinger Modell stellt die Patientin mit ihren Ressourcen, ihrer Lebenswelt und ihren individuellen Konzepten von Krankheit und Genesung in den Mittelpunkt der Behandlung. Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Bezugstherapeutenteam (MBT) das (Therapie-)Angebote macht, die von Beginn an zusammen mit den Patienten und deren Bezugspersonen transparent und partizipativ erarbeitet werden. Dabei wird Bedarfs- und situationsadaptiert die Behandlung durch die MBT in unterschiedlichen Behandlungssettings (stationär, teilstationär, ambulant, aufsuchend) angeboten [20]. Sicherheit ist in diesem Behandlungskonzept nicht ausdrücklich angesprochen. Wie also ist es möglich, dass ein Behandlungsmodell, das auf Individualisierung ausgerichtet ist, zur Sicherheit aller Beteiligten beiträgt?

Individualisierung reduziert Konflikte und Frustration

Die individuellen Krankheits- und Genesungskonzepte des Patienten stehen bei der Arbeit nach dem Weddinger Modell im Vordergrund und die Behandlungsangebote richten sich konsequent an den individuellen Bedarfen und Zielen der Patienten aus. Starre allgemeingültige Regeln werden zugunsten verbindlicher individueller Absprachen ersetzt. Die individualisierten Regelungen werden in von allen ge-

tragenen Behandlungsvereinbarungen festgelegt. Mit Individualisierung der Behandlung ist gemeint, dass an den Bedürfnissen der Patientinnen orientierte Angebote erfolgen: Je nach Situation kann es darum gehen, Raum zum Verstehen zu geben, Zeit zu lassen, oder einfach nur Ansprachemöglichkeiten zu bieten. Es kann im Vordergrund stehen, einen sicheren Raum zu Verfügung zu stellen, Verpflegung zu sichern, eine tragfähige Beziehung aufzubauen oder ein spezifisches Therapieangebot zu machen. Die individuellen Angebote werden sinnvoll verknüpft und am Leidensdruck der Patientin orientiert. Insbesondere bei Behandlungen gegen den Willen der Patientin ist es wichtig, ein Verstehen der Situation zu ermöglichen, einen Raum zum gemeinsamen Reflektieren zu geben und Angebote zur gemeinsamen Lösung zu signalisieren. Widersprüchlichkeiten und gegensätzliche Ansichten werden transparent besprochen und in die Behandlung mit eingebunden. Dadurch können Frustrationen und überhöhte Erwartungen an das Gegenüber reduziert werden. Die Patientin bleibt in der Behandlung autonom und Konflikte werden reduziert. Insbesondere bei Behandlungen gegen den Willen des Patienten muss diese Transparenz von Widersprüchlichkeiten erhalten bleiben.

Gemeinsame Verantwortungsübernahme

Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist Grundlage der psychiatrischen Behandlung. Jede Patientin hat ein festes MBT, das über die gesamte Behandlung hinweg zuständig ist und je nach Bedarf und Behandlungsphase das Behandlungssetting flexibel wechseln kann. Dies ermöglicht Beziehungskontinuität in jeder Phase der Behandlung und in dem Setting, das gerade am zielführendsten ist. Behandlungsabbrüche können dadurch vermieden werden, die Erarbeitung und Umsetzung von Krisenplänen wird erleichtert, Konflikte, die sich auf das Setting beziehen (z. B. Ausgangsregelungen, Besuchsmöglichkeiten, Mehrbettzimmer) können reduziert werden.

Das MBT ist in allen relevanten Strukturen (Übergaben, Visiten, Therapieplanung) anwesend. Die Berufsgruppen werden in ihrer Bedeutung für die Behandlung angeglichen, während die Kernkompetenzen der einzelnen Professionen gestärkt werden. Die jeweils aktuelle Thematik des Patienten steht im Vordergrund der Behandlung. Sämtliche Entscheidungen werden im MBT und mit der Patientin abgewogen und getroffen. So wird ermöglicht, dass alle Perspektiven bei der Entscheidungsfindung einbezogen werden und ein kohärentes und vollständiges Gesamtbild der aktuellen Situation als Entscheidungsgrundlage dient. Getroffene Entscheidungen werden gemeinsam verantwortet, d. h. auch, dass unabhängig von juristischen Verantwortlichkeiten alle Teammitglieder wie auch die Patientin und ggfs. Angehörige Konsequenzen einer Entscheidung mittragen.

Nähe schafft Sicherheit

In einer modernen recoveryorientierten Psychiatrie ist die therapeutische Beziehung der wahrscheinlich wichtigste Wirkfaktor in der Behandlung. Das akutpsychiatrische Setting stellt dabei durch sich ständig ändernde Bedingungen, die Arbeit im multiprofessionellen Team, den Einfluss zahlreicher Perspektiven und Bedürfnisse sowie das potenzielle Auftreten von Gewalt und Zwang besondere Anforderungen an die Beziehungsgestaltung. In der therapeutischen Haltung, die das Weddinger Modell vertritt, geht es darum, sich authentisch „als Mensch zur Verfügung zu stellen“ [24]. Gerade in einem so sensiblen Bereich wie der Akutpsychiatrie müssen die Themen der Nähe, Distanz, Grenzsetzung und -überschreitung als wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung verstanden und innerhalb der Beziehung bearbeitet werden. Die Patienten sind davon abhängig, inwieweit Mitarbeitende dazu bereit sind, sich zum Kontakt und für eine Beziehung zur Verfügung zu stellen. Umgekehrt steht dieser Freiraum den Patienten selbst nicht zur Verfügung [24].

Besonders bedeutsam in diesem Kontext ist, dass das Verhalten der Patienten, insbesondere der Umgang mit Impulsen und Frustration, wesentlich zur Einschätzung der Professionellen beiträgt. Dies bedingt, welche Entscheidungen bezüglich der Behandlung getroffen werden bis hin zu möglichen Entscheidungen über Behandlungen gegen den Willen der Patientin. „Die (Deutungs-) Macht und Bewertung der Erkrankung, der Behandlung, der Beziehung und letztlich auch des Menschen liegt bei den Behandelnden. Qua ihrer Profession erhalten (oder beanspruchen) Behandelnde die Legitimation zur Interpretation und Zuordnung von Verhalten, Gefühlen und Gedanken des Gegenübers, sprich der Patienten. Die Reflexion des eigenen „subjektiven Dazutuns“, also des eigenen individuellen Einflusses als (professioneller) Mensch auf die Patienten und auf die Interaktion mit ihnen wird oft abgewehrt und kann mit Hinweis auf die „professionelle Distanzierung“ völlig ausgeblendet werden.“ [24] Insbesondere in der Akutpsychiatrie ist es allerdings wegweisend, dass therapeutische Arbeiten mit einer professionellen Nähe als Kern der psychiatrischen Tätigkeit zu verstehen. Diese Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist nicht nur fachlich, sondern auch persönlich für psychiatrisch Tätige herausfordernd.

Auch die klinischen Strukturen sind allerdings oft nicht darauf ausgelegt, „professionelle Nähe und therapeutische Beziehungen in allen Behandlungsphasen und über alle Berufsgruppen und Hierarchien hinweg [zu] fördern“ [24].

BEISPIEL**Suizidprophylaxestandard**

In vielen Kliniken gibt es festverankerte Suizidprophylaxestandards (SPS). Der SPS kann unterschiedlichste Formen und Inhalte haben. Häufig ist er auf maximale Sicherung ausgelegt, sodass für verschiedene Phasen der Suizidalität bei einem Patienten konkrete Maßnahmen zur Sicherung festgeschrieben werden, zum Beispiel 15-minütige oder stündliche Sichtungen, entsprechende Dokumentation, Abnahme verschiedener potenziell gefährlicher Gegenstände, Verlegung auf eine geschlossene Station, bis hin zu Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Die Festschreibung von Häufigkeit und Zeitpunkten kann allerdings zu einer Reduktion authentischer und zugewandter therapeutischer Kontakte zugunsten kurzer visueller Überprüfungen führen. Durch die strikten Vorgaben rücken die formellen Bedingungen in den Vordergrund, es wird ein Fokus auf die rechtliche Absicherung des Teams im Falle eines tatsächlichen Suizidversuchs gelegt. Dabei rücken die therapeutische Beziehung und die Möglichkeit zu unterstützenden und authentisch begleiteten Gesprächen in den Hintergrund. Allerdings sind diese bei akuter Suizidalität von besonderer Bedeutung. Die zur Sicherung vorgesehenen Maßnahmen stehen der authentischen Beziehung und Begegnung entgegen und führen in der Folge sogar zu einer verringerten Sicherheit für den Patienten.

Wo bleiben Risiken?

Durch die Veränderungen von Haltung und Strukturen in der Psychiatrie können Eskalationen und Zwang auf ein Minimum reduziert werden. Modelle wie Safewards und das Weddinger Modell wurden umfassend erforscht und es zeigt sich, dass Übergriffe und Zwangsmaßnahmen auf akutpsychiatrischen Stationen signifikant reduziert werden können [12, 25]. Aus diesem Grund werden beide Modelle auch im Rahmen der Implementierung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang empfohlen [9, 26, 27]. Wenn durch komplexe, flexible, innovative Modelle mehr Sicherheit geschaffen wird, indem Eskalationen und Zwangsmaßnahmen während der psychiatrischen Behandlung auf ein Minimum reduziert werden, bleibt die Frage, bei wem, in welchen Situationen und wann Eskalationen und Zwangsmaßnahmen letztlich noch stattfinden. Dieser Frage gingen 2 großen Rettungsstellenstudien in einer Berliner Versorgungsklinik eines „urbanen Brennpunktes“ nach. In der Klinik konnten durch das Weddinger Modell die Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum reduziert werden [15, 16]. In den verbleibenden Fällen konnten gut belegte Risikofaktoren wie junges Alter, männliches Geschlecht, bestimmte Diagnosen (z. B. Schizophrenie oder Manie) sowie frühere Gewalterfahrungen bestätigt wer-

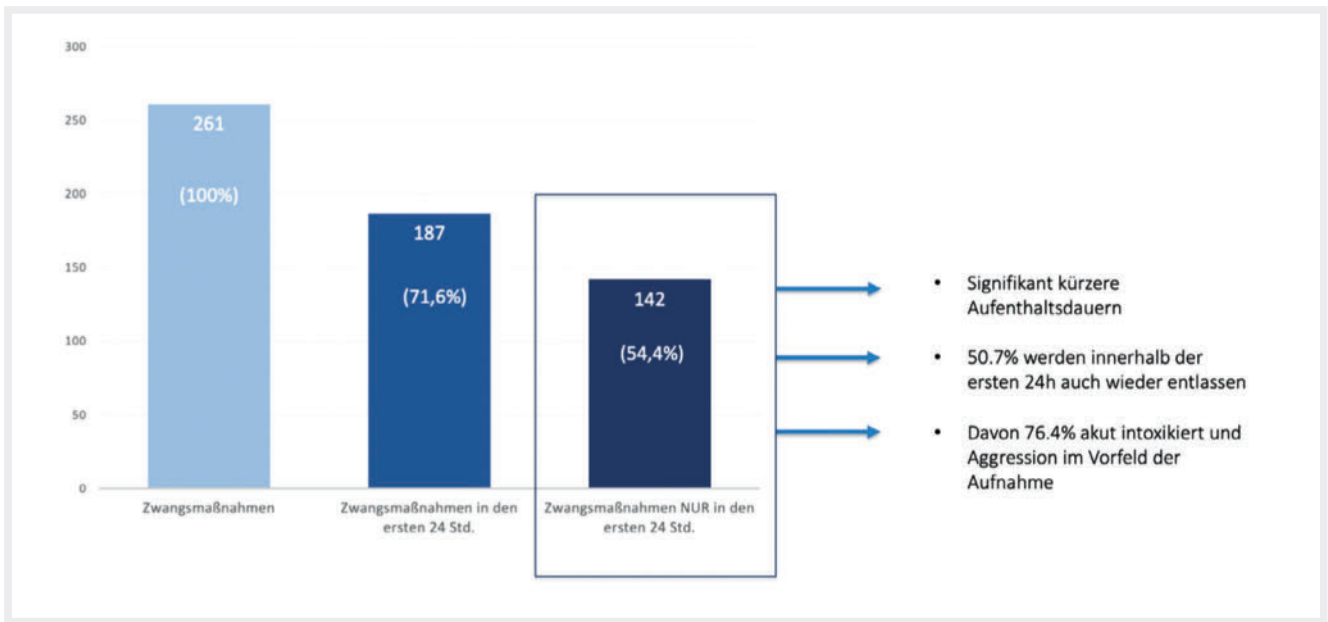
den. Auch zeigt sich, dass Aggressionen signifikant häufiger bei unfreiwilligen Aufnahmen, mit Fremdaggression im Vorfeld der Aufnahme und bei Vorstellung durch die Polizei auftreten [28, 29]. Zusätzlich zeigte sich Sprachbarriere erstmals als eigener signifikanter Risikofaktor für Zwangsmaßnahmen [30].

Die Ergebnisse der Rettungsstellenstudien verdeutlichen darüber hinaus, dass Eskalationen während der Behandlung zwar fast vollständig vermieden werden können, trotzdem aber spezifische Risikosituationen und -zeitpunkte bestehen bleiben, in denen Eskalationen und Zwangsmaßnahmen stattfinden. Diese liegen zu großen Teilen außerhalb des Einflussbereichs der Psychiatrie, da die Eskalation bereits im Vorfeld zur Aufnahme entstanden ist. So zeigen die Ergebnisse dieser Studien einen Risikozeitpunkt von Zwangsmaßnahmen mit der Aufnahme auf die Station. Die deutliche Mehrheit der Zwangsmaßnahmen (2018: 81,2%; 2019: 71,6%) fand innerhalb der ersten 24 Stunden statt [28, 29]. Im Jahr 2019 wurde der Zeitpunkt der Zwangsmaßnahme noch genauer untersucht und es zeigte sich, dass das Risiko für Zwangsmaßnahmen in den ersten 5 Stunden am höchsten ist. Bei den Patienten, bei denen Zwangsmaßnahmen innerhalb der ersten 24 Stunden stattfanden, war zudem die Aufenthaltsdauer signifikant kürzer und die Hälfte dieser Patienten wurden innerhalb der ersten 24 Stunden wieder entlassen. Darüber hinaus waren 70% dieser Patienten bei Aufnahme akut intoxikiert, ohne eine weitere psychiatrische Symptomatik und es gab aggressives Verhalten unmittelbar vor der Aufnahme [29, 31] (► **Abb. 1**).

Es wird deutlich, dass es eine spezifische Personengruppe gibt, die allein zur Eskalationsdurchbrechung durch Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen aufgenommen wird und bei der nach 24 Stunden kein anschließender psychiatrischer Behandlungsauftrag und/oder keine weitere Unterbringungsgrundlage besteht. Insbesondere diese Eskalationen sind aber für das Personal der psychiatrischen Rettungsstellen wie auch auf den Stationen nicht nur enorm belastend und gefährlich, sondern auch die eigene Einflussnahme auf die Situation wird als eingeschränkt erlebt. Nicht zuletzt trägt dies zu der bestehenden Unzufriedenheit und Personalfuktuationen bei.

Safety statt security: Soll die Psychiatrie der einzig sichere Ort sein?

Der Druck auf die Psychiatrie hat in den vergangenen Jahren enorm zugenommen. Das hat verschiedene Gründe: Personalmangel, neue Personalrichtlinien und die Umsetzung von Leitlinien sowie gesetzlichen Vorgaben fordern die Psychiatrie zur Weiterentwicklung und Umstrukturierung. Gesellschaftlich tragen die zunehmend geforderte Sicherheit in der Bevölkerung und die stärkere Sensibilisierung für Gewalt dazu bei, dass der Umgang mit aggressivem Verhalten aus der Öffentlichkeit ausgeschlossen und zumin-



► **Abb. 1** Auswertung der Zwangsmaßnahmen (Fixierung und Isolierung) aller im Jahr 2019 über die Rettungsstelle der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus aufgenommenen Patienten (insgesamt 1556 Fälle)

dest teilweise an die Psychiatrie delegiert wird. Problematisch ist zudem, dass die Psychiatrie die einzige pflichtversorgende Struktur in Deutschland ist. Während zahlreiche andere Versorgungsstrukturen und Wohnformen ohne Versorgungspflicht aufgrund fehlenden Personals, bei zunehmender Gentrifizierung mangels bezahlbaren Wohnraums oder aufgrund ökonomischer Bestrebungen reduziert werden, wächst die Belastung und Inanspruchnahme der Versorgungspsychiatrie zunehmend.

In Anbetracht dieser sich zuspitzenden Belastung der Psychiatrie scheinen die dargestellten Studienergebnisse umso bedeutsamer. Die Daten weisen darauf hin, dass ein relevanter Anteil der in der Psychiatrie stattfindenden Zwangsmaßnahmen zur reinen Verhaltensregulation bzw. -unterbrechung bei fremdaggressiven Personen durchgeführt wird, ohne dass ein psychiatrischer Behandlungsauftrag vorliegt. In diesen Fällen wird die Psychiatrie als pflichtversorgende Institution zur Ordnungshüterin – ohne Behandlungsauftrag – und es entstehen Gefährdungssituationen für Mitarbeitende wie auch Patienten, die zu vermeiden wären. Eine Gefahrenabwehr in polizeilicher Obhut mit bedarfsweisem Hinzuziehen einer Amtsärztin oder bei somatischer Gefährdung durch die Intoxikation eine somatische Überwachung in einem Krisenraum einer Rettungsstelle und anschließender konsiliarischer Einschätzung der psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit, wären nicht nur wirksamer, sondern würden auch die Belastung psychiatrischer Stationen reduzieren. Diese Daten zeigen stellvertretend für zahlreiche andere Fallkonstellationen eine Fehlentwicklung in der psychosozialen Versorgung in Deutschland. Aus der Praxis lassen sich verschiedenste andere Fallbeispiele aufgreifen, in denen

die Psychiatrie Versorgungsaufgaben übernimmt, häufig in Verbindung mit Zwangsmaßnahmen, ohne das Vorliegen einer psychiatrischen Indikation aufgrund des Fehlens anderer Versorgungsstrukturen. Diese ergeben sich beispielsweise, weil therapeutische Wohnformen insbesondere für schwer psychisch erkrankte Personen fehlen. Häufig gibt es nur sehr wenige Plätze und für diese bestehen sehr hohe Aufnahmeanforderungen (z. B. vollständige Abstinenz) und herausforderndes Verhalten wird nicht toleriert. Auch flächendeckende kurzfristige niedrigschwellige Angebote bei akuten Krisen wie Krisenzimmer oder aufsuchende Krisenteams fehlen.

Durch einen Rückgriff auf die Psychiatrie als Ordnungshüterin entsteht eine Tendenz, gesellschaftliche Problemlagen in die psychiatrische Versorgung auszulagern. Es könnte der Eindruck einer Psychiatrie entstehen, die mit ihrer Kompetenz im Umgang mit Aggressionen und Eskalationen zur „Security der Gesellschaft“ wird. Dies mindert allerdings den schützenden Charakter der Psychiatrie gegenüber Personen mit psychiatrischen Behandlungs- und Unterstützungsbedarfen. Die Wirksamkeit von menschenrechts- und recoveryorientierten Konzepten, für deren Umsetzung sich die Psychiatrie einsetzt, wird dadurch reduziert. Umgekehrt wird eine stärkere Exklusion hilfebedürftiger Personen durch die Gesellschaft ermöglicht. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, muss die Psychiatrie zu einer konsequenten Orientierung am psychiatrischen Behandlungsauftrag zurückkehren. Rein verhaltensregulierende Maßnahmen sind nicht Zuständigkeit und Aufgabe der psychiatrischen Versorgung. Damit dies möglich ist, müssen allerdings andere pflichtversorgende Strukturen geschaffen werden.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Recoveryorientierte Psychatriekonzepte wie das Weddinger Modell können dazu beitragen, Zwangsmaßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren. Von besonderer Bedeutung ist hierbei eine multiprofessionell getragene Haltung, die Partizipation, Transparenz und gemeinsame Verantwortungsübernahme ermöglicht. Durch gemeinsam getragene Verantwortung und Risiken können Unsicherheiten für alle Beteiligten verantwortet werden und mit Sicherheit getragen werden.
- Durch recoveryorientiertes Arbeiten können Gefahrensituationen, die zu Eskalationen und Zwangsmaßnahmen führen können, auf spezifische Risikokonstellationen reduziert werden.
- Weiterhin bestehende Risiken müssen nicht nur von der Psychiatrie als Institution, sondern gesamtgesellschaftlich und politisch getragen werden. Dafür bedarf es insbesondere ausreichender pflichtversorgender Strukturen auch unabhängig von der Psychiatrie, sowie ein am psychiatrischen Behandlungsauftrag orientiertes PsychKG.
- Damit die Psychiatrie ein sicherer Ort sein kann, darf sie nicht als Security für die Gesellschaft missbraucht werden.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahler Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nicht finanziellen Interessen

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lieselotte Mahler

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Potsdamer Chaussee 69, 14129 Berlin
Deutschland
Lieselotte.Mahler@tww-berlin.de

Literatur

- [1] Dudenredaktion (o.J.) „Sicherheit“ auf Duden online. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sicherheit> (Abrufdatum: 29.09.2023)
- [2] Schomerus G, Spinder P. Gewaltisiko, psychische Krankheit und Stigma. Eine Herausforderung für die Sozialpsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. Köln: Psychiatrie Verlag, 2019
- [3] Krumm S, Checchia C, Kilian R, et al. Viktimisierung im Erwachsenenalter von Personen mit Psychiatrieerfahrung: Eine Übersichtsarbeit zu Prävalenzen, Risikofaktoren und Offenlegung. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 66–77. doi:10.1055/s-0043-119484
- [4] Feltes T. Gewalt gegen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Rettungsdienste in Nordrhein-Westfalen. 2018
- [5] Eisner M. From Swords to Words: Does Macro-Level Change in Self-Control Predict Long-Term Variation in Levels of Homicide? *Crime and Justice* 2014; 43: 65–134. doi:10.1086/677662
- [6] Pinker S. The better angels of our nature: Why violence has declined. New York: Viking; 2011
- [7] Roser M. Long-term homicide rates across Western Europe. 2020
- [8] Koch R, van Riel R. Gewalt – normative und definitorische Aspekte. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2019; 49: 4–8
- [9] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. 1. Update 2018 (Langversion), Stand: 10.09.2018. Berlin: Springer; 2019
- [10] Schomerus G, Spahlholz J, Speerforck S. Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 416–422. doi:10.1007/s00103-023-03679-3
- [11] Mahler L, Oster A. (Keine) Sicherheit durch Sicherheitsdienste: Die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch die Wegnahme von Sicherheitsdiensten auf akutenpsychiatrischen Stationen. In Vorbereitung.
- [12] Brieger P, Menzel S, Mahler L, et al. Wege zur Sicherheit gesucht. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2021; 1: 26–29
- [13] Dubrescu A, Fangmeyer M, Klerings I. Einfluss des Safe-wards-Modells auf Konflikte, Eindämmungs- und Zwangsmaßnahmen im akutenpsychiatrischen Setting: Rapid Review. *EbN Evidenzbasiertes Informationszentrum für Pflegende* 2021
- [14] Lang U, Walter M, Borgwardt S, et al. Über die Reduktion von Zwangsmaßnahmen durch eine „offene Türpolitik“. *Psychiatr Prax* 2016; 43: 299–301. doi:10.1055/s-0042-111032
- [15] Czernin K, Bermpohl F, Heinz A, et al. Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 242–248. doi:10.1055/a-1116-0720
- [16] Czernin K, Bermpohl F, Wullschleger A, et al. Effects of Recovery-Oriented on the Use of Forced Medication and Maximum Daily Drug Dose: The “Weddinger Modell”. *Front Psychiatry* 2021; 12: 789822. doi:10.3389/fpsy.2021.789822
- [17] Nienaber A, Heinz A, Rapp MA, et al. Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. *Nervenarzt* 2018; 89: 821–827. doi:10.1007/s00115-018-0521-5
- [18] Klimitz H, Uhlemann H, Fähndrich E. Are restraints used too frequently? Indications, incidence and conditions for

- restraint in a general psychiatric department. A prospective study. *Psychiatr Prax* 1998; 25: 235–239
- [19] Jarchov-Jádi I. Veränderungsprozesse in der Klinik oder: Wie lernt man Haltung? Erfahrungen mit dem Weddinger Modell. *Sozialpsychiatrische Informationen* 2023; 27–31
- [20] Mahler L, Jarchov-Jádi I, Montag C, et al. Das Weddinger Modell Ein recoveryorientiertes Psychiatriekonzept. 2., vollständig überarbeitete Auflage, revidierte Ausgabe. Köln: Psychiatrie Verlag; 2023
- [21] Mahler L, Wullschlegler A, Oster A. Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen: ein Praxisleitfaden. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag; 2022
- [22] Mahler L, Wullschlegler A, Oster A. Sich (wieder-)begegnen Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen. *Dr med Mabuse* 2022; 255: 29–31
- [23] Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Psychiatric Ment Health Nurs* 2014; 21: 499–508. doi:10.1111/jpm.12129
- [24] Mahler L, Oster A. Professionelle Nähe – Wie gelingen authentische therapeutische Beziehungen in der Akutpsychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen* 2023; 53: 11–16
- [25] Oster A, Cole C, Mahler L. The Weddinger Modell – A Systematic Review of the Scientific Findings to Date and Experiences from Clinical Practice. *MRAJ* 2021; 9. doi:10.18103/mra.v9i8.2521
- [26] Steinert T, Bechdorf A, Mahler L, et al. Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Front Psychiatry* 2020; 11: 579176. doi:10.3389/fpsy.2020.579176
- [27] Sauter D, Mayer M, Walter G, et al. Prävention von Zwang und Gewalt: Leitlinienempfehlungen in die Praxis bringen. *Psychiatrische Pflege* 2020; 5: 27–31. doi:10.1024/2297-6965/a000321
- [28] Cole C, Vandamme A, Bermpohl F, et al. Correlates of seclusion and restraint of patients admitted to psychiatric inpatient treatment via a German emergency room. *Journal of Psychiatric Research* 2020; 130: 201–206. doi:10.1016/j.jpsychires.2020.07.033
- [29] Cole C, Klotz E, Junghanss J, et al. Coercive measures in psychiatry – When do they occur and who is at risk? *Journal of Psychiatric Research* 2023; 164: 315–321. doi:10.1016/j.jpsychires.2023.06.026
- [30] Cole C, Klotz E, Junghanss J, et al. Patient communication ability as predictor of involuntary admission and coercive measures in psychiatric inpatient treatment. *Journal of Psychiatric Research* 2022; 153: 11–17. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.06.048
- [31] Cole C, Klotz E, Junghanss J et al. Is psychiatry the right place? Intoxication and coercive measures in acute psychiatry. In Vorbereitung

Bibliografie

Nervenheilkunde 2023; 42: 855–863
 DOI 10.1055/a-2188-4812
 ISSN 0722-1541
 © 2023. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Unter <https://eref.thieme.de/CXMMUJ2> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512023163512148



Frage 1

Wie hoch ist das Risiko, Opfer von Gewalt zu werden, für Personen mit einer psychischen Erkrankung gegenüber der Gesamtbevölkerung?

- A Gleich hoch
- B Etwas höher
- C Wesentlich höher
- D Niedriger
- E Es bestehen keine zuverlässigen Daten.

Frage 2

Welche Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit gibt es in psychiatrischen Versorgungskliniken *nicht*?

- A Krisenzimmer
- B Deeskalationstrainings
- C Einsatz von Sicherheitsdiensten
- D Keine Aufnahme fremdaggressiver Personen
- E Komplexe Interventionen zur Reduktion von Eskalationen

Frage 3

Welches der folgenden Sicherheitskonzepte führt mit höherer Wahrscheinlichkeit langfristig zu weniger Gewalt auf den Stationen?

- A Implementierung eines Sicherheitsdienstes
- B Geschlossene Stationstüren
- C Beziehungsorientierte Haltung
- D Mehr Krisenzimmer zur Durchführung von Isolierungen
- E Strikte Stationsregeln

Frage 4

Welche Aussage ist *falsch*?

- A Deeskalationsschulungen erhöhen das Sicherheitsgefühl bei Beschäftigten.
- B Die Schulung von praktischen Kompetenzen zum Umgang mit Gewalt ist wichtiger als die Förderung von Kommunikations- und Beziehungskompetenz.
- C Eine beziehungsorientierte Haltung reduziert Angst bei Beschäftigten und Patienten.
- D Die Tabuisierung der Themen Zwang und Gewalt in Studium und Ausbildung führt dazu, dass Mitarbeitenden weniger Kompetenzen im Umgang mit Eskalationen vermittelt werden.
- E Ein unterstützendes Klima in Einrichtungen kann Mitarbeitende darin bestärken, mit Fehlern konstruktiv umzugehen.

Frage 5

Welche Eigenschaften zeichnen die Arbeit im multiprofessionellen Behandlungsteam aus?

- A Alle machen alles.
- B Visiten und Therapieplanungen werden im multiprofessionellen Team ausführlich vor- und nachbesprochen.
- C Die Kernkompetenzen der einzelnen Berufsgruppen verlieren an Bedeutung.
- D Die Kernkompetenzen der einzelnen Professionen werden gestärkt und in ihrer Bedeutung für die Behandlung angeglichen.
- E Der Arzt ist behandlungsführend und leitet das multiprofessionelle Team.

Frage 6

Was sind zentrale Elemente des recoveryorientierten Weddinger Modells?

- A Klare, für alle geltende Regeln (z. B. feste Ausgangs- und Besuchszeiten)
- B Individualisierung der Behandlung und multiprofessionelle Bezugstherapeutenteams
- C Gemeinsame Unterstützungskonferenz, positive Kommunikation, Entlassnachrichten
- D Reframing, zirkuläres Fragen, Familienaufstellung
- E Open Dialogue, Netzwerkgespräche, soziales Kompetenztraining

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Wann finden die meisten Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen statt?

- A Im Ausgang
- B Bei Entlassung
- C Über den gesamten Aufenthalt verteilt
- D Bei Aufnahme
- E Es gibt keine spezifischen Risikozeitpunkte

Frage 8

Aus den Daten der Rettungsstellenstudien zeigt sich, dass folgende Patientengruppen besonders häufig von Zwangsmaßnahmen betroffen sind:

- A intoxikierte Personen, die aufgrund von Fremdaggression von der Polizei in die Rettungsstelle gebracht werden.
- B Personen in einer psychischen Krise, die ohne Begleitung in die Psychiatrie kommen.
- C ältere Personen mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie und mit höherer Zahl vergangener Klinikaufenthalte.
- D jüngere weibliche Personen, die von der Polizei in die Rettungsstelle gebracht werden.
- E männliche Personen mit bestehender gesetzlicher Betreuung und wiederholten Klinikaufhalten.

Frage 9

Welche Variablen auf Seiten der Mitarbeitenden korrelieren *nicht* mit Gewaltereignissen?

- A Anzahl
- B Geschlecht
- C Ausbildungsstand
- D Schichtdienst
- E Alter

Frage 10

Die therapeutische Beziehung (insbesondere in der Akutpsychiatrie) sollte vor allem geprägt sein von:

- A professionsbezogener Fachkompetenz.
- B professioneller Distanz.
- C der Anwendung spezifischer therapeutischer Verfahren.
- D professioneller Nähe.
- E klaren Rahmenbedingungen.