

Beziehung statt Zwang

Undine Lang

Zwang kann in der Psychiatrie nicht vollständig vermieden werden, jedoch können Zwangsmaßnahmen durch die frühere Aufnahme einer tragfähigen therapeutischen Beziehung möglicherweise um ein wesentliches Maß reduziert werden.

2013 hat Herr Prof. Wiesing in der Stellungnahme der zentralen Ethikkommission der Deutschen Ärztekammer im Ärzteblatt formuliert, dass das Bewusstsein, das jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, nicht durchgängig bei allen Psychiatern in ausreichendem Ausmaß vorhanden zu sein scheint. Dieses Statement wirft auf, dass es einen starken Handlungsbedarf der Psychiatrie gibt, paternalistische Vorgehensweisen und routinemäßig eingesetzten Zwang zu überdenken und zu reagieren, um die Psychiatrie als ein modernes medizinisches Fach zu positionieren und zu entstigmatisieren.

Die öffentliche Meinung zu Zwangsmaßnahmen wurde in einer großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobenerhebung bei 2'300 Beteiligten in Basel erhoben, wo sich zeigte, dass Menschen allein durch die Tatsache, dass sie in einer Psychiatrie sind, als eigen- oder fremdgefährdend wahrgenommen werden. Auch werden allgemein zwar Zwangsmaßnahmen durch die Bevölkerung befürwortet, allerdings stimmen in der individuellen Situation anhand einer Fallvignette nur etwa 10 % der Basler Bevölkerung einer unfreiwilligen Hospitalisation, einer unfreiwilligen Medikation oder einer Isolation zu.

Wie eine Cochrane Datenanalyse zeigt, liegt für alle aktuell durchgeführten Zwangsmaßnahmen und Unterbringungsmaßnahmen derzeit keine randomisierte kontrollierte klinische Datenlage vor [Muralidharan und Fenton 2006]. Entsprechend sind die an verschiedenen Orten eingesetzten Zwangsmaßnahmen in ihrer Ausprägung sehr variabel. Eine Untersuchung, die auf 32 Akutstationen in Norwegen durchgeführt wurde, zeigte eine Schwankung des Anteils der isolierten Patienten zwischen 0 % und 88 % [HUSUM et al. 2010].

Auch in Deutschland zeigen Untersuchungen, dass die Tatsache ob Menschen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden oder nicht, mehr von der Klinik abhängt, in der sie eingewiesen werden, als von der tatsächlichen Aufnahmesituation und Diagnose [ZINKLER et al. 2010, STEINER et al. 2007].

Gegenüber einem relativ kleinen Anteil von 2–10 % der Patienten, die tatsächlich tötlich aggressiv werden [STEINERT et al. 1991, SPIESSL et al. 1998, RUESCH et al. 2003, KETELSEN et al. 2007] und das meistens reaktiv im Rahmen der Zwangsaufnahme, werden je nach Institution Zwangsmaßnahmen bei bis zu 66 % der betroffenen Patienten durchgeführt [FISHER 94, SEBIT 1998, CANNON 2001, NEEDHAM 2002, SAILAS and FENTON 2003, SAILAS und WAHLBECK 2005, STEINERT et al. 2007]. Dies führt wiederum zu einer Stigmatisierung der Psychiatrie und der Psychiater. Tatsächlich wird in einem Review von Satorius et al. [SARTORIUS et al. 2010] aufgeführt, dass Psychiater eher als feindselig wahrgenommen werden, als

Vertreter von Repression und mit der Zielsetzung anzutreten scheinen, regelkonformes Verhalten zu garantieren.

Die Psychiatrie hat also nicht den Status, den sie verdient als ein sehr erfolgreiches modernes Fach, ein zunehmend innovatives Fach, das einem hohen Anteil der Patienten, die dort aufgenommen werden, innerhalb kürzester Zeit helfen kann und in vielen Fällen nach einer einzigen stationären Aufnahme nie mehr zu einer weiteren Krankheitsperiode führt.

Die Varianz von Zwangsmaßnahmen könnte möglicherweise mit dem Problem einer hohen Reglementierung und Entpersonalisierung, wie wir sie auf vielen Akutstationen finden, zusammen hängen. Beispielsweise haben häufig Patienten auf akutpsychiatrischen Stationen keinen Zugang zu Nahrungsmitteln (die Küchen sind verschlossen), keine standardmäßig etablierten psychotherapeutischen Gespräche, keine transparenten Sprechzeiten der Ärzte. Neben richterlichen Anhörungen und Abnahme von Besitz, Durchsuchungen etc. führen Restriktionen von Besuch, von Telefonaten, morgendliches Wecken, Beschränken der Fernsehzeiten, Nachtruhe, kein Sportangebot (da die Physiotherapie meist außerhalb der Akutstationen stattfindet), kein ergotherapeutisches Angebot (da die Ergotherapie meist außerhalb der geschlossenen Station stattfindet), kein Zugang zum Garten, keine Rückzugsmöglichkeiten, da häufig überbelegte Abteilungen, fehlende diagnosenspezifische Kompetenz zu einer Stigmatisierung und Schlechterstellung von Akutpatienten etwa im Vergleich zu elektiv eintretenden Patienten und Privatpatienten.

Tatsächlich konnte in mehreren Studien ein Zusammenhang zwischen reglementierenden Interaktionen von Pflgeteam mit Patienten und aggressiven Übergriffen nachgewiesen werden. Auch findet sich eine geringe emotionale Verfügbarkeit des Personals und damit einhergehend wenig therapeutisches Engagement auf Akutstationen. Dies führt dann zu Trotzreaktionen gegen Regeln bei den Patienten und in der Folge zu aggressivem Verhalten und dann wiederum im Sinne eines Teufelskreises zu Zwangsmaßnahmen [ROPER und ANDERSON 1991, HEWISON 1995, FINNEMA et al. 1996, MUIR-COCHRANE und HARRISON 1996, WHITTINGTON und WYKES 1996, LANZA 1988, NIJMAN et al. 1997, WATKINS 1979, LUTZEN 1990, ALEXANDER 2006, MORRISON 1989, 1994].

Trotz all dieser Herausforderungen verändert sich die Psychiatrie. Die paternalistische Arzt-Patient-Kommunikation, wo die Meinung des Arztes den Patienten vorgegeben wird, wird zunehmend durch Shared-Decision-Making abgelöst, wo der Arzt seine eigene Meinung aber auch allgemeine Informationen dem Patienten vermittelt und dieser wiederum in seinen individuellen Fähigkeiten und in seinem Wissen mit dem Arzt gemeinsam eine symmetrische Lösung findet, um die Erkrankung individuell zu managen [JOOSTEN et al. 2008].

In vielen Kliniken, wie auch in Basel, sind durch einen Behandlungsbeirat, durch die Einführung der Patientenverfügungen, durch den routinemäßigen Einsatz von Behandlungsvereinbarungen, sowie auch die Hinterfragung von disziplinarischen Maßnahmen, die Rolle der Patienten deutlich verbessert worden [JUNGFER et al.

2014, Psych Res, BLAESI et al. 2013, Psych Praxis, SOLLBERGER und LANG 2014, Nervenarzt, SOLLBERGER und LANG 2014, Nervenarzt].

Verlegungen auf andere Stationen sind der von Patienten retrospektiv am stärksten kritisierte Missstand in der stationären psychiatrischen Behandlung [HAMMANN et al. 2010]. Diese können reduziert werden. Für nahezu alle psychiatrischen Diagnosen inklusive Demenz, Schizophrenie, depressive Erkrankungen, Dysthymien, Zwangserkrankungen, Panikstörungen, generalisierte Angsterkrankungen, soziale Phobien, posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen, Borderline Störungen, Alkoholabhängigkeit und Opiatabhängigkeit, wurden in den letzten Jahren hoch wirksame Psychotherapieverfahren entwickelt und randomisiert evaluiert [HUHN et al. 2014, JAMA].

Diese Verfahren sind dem Einsatz von Medikamenten in ihrer Effizienz bei praktisch allen Diagnosen mindestens ebenbürtig und ihr Einsatz verdoppelt etwa den Behandlungserfolg und die Geschwindigkeit der Besserung und ist deshalb auf allen psychiatrischen Stationen als State of the Art anzusehen. In der Psychiatrie wurden in den letzten Jahren erfolgreich Leitlinien zur Behandlung etabliert. Durch den Einsatz einer leitlinienbasierten Therapie kann heute das Outcome der Patienten deutlich verbessert werden. Tatsächlich erhalten allerdings nach Schätzungen nur etwa 25 % aller Patienten derzeit eine leitlinienbasierte Therapie [WANG, BERGLUND KESSLER, 2000]. In einer Untersuchung von Krikkert [KRIKKERT et al. 2006] zeigte sich, dass Patienten tatsächlich die Effektivität der Medikamente als wichtigstes Behandlungskriterium ansehen, wohin gehend ihre behandelnden Psychiater eher die eigenen Vorerfahrungen als relevant erachten. Dies zeigt, dass hier immer noch ein Handlungsbedarf ist.

Durch Türenöffnungen auf Akutstationen kann sich eine symmetrischere Arzt-Patient-Beziehung entwickeln. Das Team muss Mechanismen ausbauen, um die Patienten von der Behandlung zu überzeugen statt diese ohne Beziehungsangebot einzusperrern. Tatsächlich konnte in mehreren Untersuchungen gezeigt werden, dass Türöffnungen mit einem veränderten Alltag der Patienten einhergehen und Zwangsmaßnahmen deutlich reduzieren können. In einer Pilotstudie in der Charité zeigte sich ein Rückgang der Entweichungen, wenn die Tür anstatt 91 % geschlossen, 75 % der Zeit offen war [LANG et al. 2011 EJP]. Ebenfalls halbierten sich die aggressiven Übergriffe und Zwangsbehandlungen in diesem Zeitraum [LANG et al. 2011 EJP]. Durch eine strukturell implementierte Umwanderung der geschlossenen Akutstation durch Borderline Patienten, die stattdessen auf einer offenen Kriseninterventionsstation versorgt werden konnten (STEINERT et al. 2011) zeigen, dass bei Borderline Patienten die Zwangsmaßnahmen in einem Beobachtungszeitraum von einem Jahr von 120 auf 17 (also um 86 %) abnahmen [STEINERT et al. *BMC Psychiatry* 2011].

In Basel wurde die erwachsenenpsychiatrische Klinik mit 250 Betten in einer grossen Maßnahme unter dem Motto »Beziehung statt Isolation« umstrukturiert. Die Routine, jeden Patienten initial auf eine geschlossene Station aufzunehmen, die sich unterteilt in Allgemeinpsychiatrie, Suchtpsychiatrie und Alterspsychiatrie (also

nicht diagnosenspezifisch) und dann in einer wiederum routinemäßigen Verlegung auf eine offene Abteilung resultierte wurde durchbrochen. Es wurden insgesamt fünf Stationen geöffnet und auf jeder Station wurde ein eigenes diagnosenspezifisches psychotherapeutisches Konzept entwickelt. Aus drei unspezifischen Komplexen entwickelten sich in der Folge also eine Station für Angst- und Zwangserkrankungen [BADER 2014, Neurol & Psychiatrie], drei Stationen mit dem Schwerpunkt für depressive Erkrankungen [SCHRAMM et al. 2013, 2014, Neurol & Psychiatrie], drei Stationen mit dem Schwerpunkt für Psychosenpsychotherapie [MÖLLER und MORITZ 2014, Neurol & Psychiatrie, GAIRING et al. 2014, Neurol & Psychiatrie] und schon bestehend eine Kriseninterventionsstation sowie Psychotherapiestation für Borderline Patienten, die ausschließlich nun auch von diesen Patienten genutzt wurden [EULER 2013, Neurol & Psychiatrie]. Durch diese diagnosenspezifische frühe Zuordnung der Patienten und damit verbundene Verteilung auch des Schweregrades der Patienten, indem beispielsweise suizidale depressive Patienten auf der Depressionsstation (mit Einzelüberwachung), Borderline Patienten auf der Kriseninterventionsstation oder Psychotherapiestation und Patienten mit Psychosen vorwiegend in einem offenen Setting behandelt werden, können einerseits die Behandlungsleitlinien weitgehend befolgt und den Patienten ein höheres Ausmaß an Aufmerksamkeit und Beziehung angeboten werden. Entsprechend wurden auch in den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) die Verlegungen auf ein fast Zehntel, die Zwangsmaßnahmen, insbesondere die Zwangsmedikationen, auf ein Siebentel und die Isolationen auf ein Drittel reduziert (Fixierungen wurden in der UPK Basel zu keinem Zeitpunkt praktiziert).

Wir hoffen, dass die Psychiatrie einen Wandel zu einem zunehmenden Empowerment und einer Gleichberechtigung psychisch Kranker im Vergleich zu Patienten mit anderen medizinischen Diagnosen aufrechterhalten kann. Dialogseminare, Psychoseseminare, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, eine lebendige Psychiatriekommission, die Einführung von Peers, die Integration psychiatrischer Versorgung in primärmedizinische Angebote, die bessere Umsetzung einer leitlinienbasierten Behandlung auch auf Akutstationen konnten in Basel dazu beitragen, hier weitere Schritte zu gehen.

Wir hoffen diese Reformschritte in der Psychiatrie sind zunehmend und nachhaltig.

Hinweis von den Herausgebern: Mehr zum Thema erfahren Sie in dem Buch: Lang, U. (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen – Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Springer Medizin Berlin Heidelberg 2013