

Teilprojekt 1: Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang

1. Titel und Verantwortliche

Titel Teilprojekt 1: Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang

Projektleitung: Matthias Rosemann (Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)), Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke)

Projektmitarbeiterinnen: Katharina Fröhlich (BAG GPV), Linda Mische (BAG GPV)

2. Inhaltsverzeichnis

3. Zusammenfassung
4. Einleitung
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan
7. Ergebnisse
8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung
9. Gender Mainstreaming Aspekte
10. Zielgruppenspezifische Exkurse zu Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
11. Verbreitung der Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse
12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)
13. Publikationsverzeichnis
14. Anhang
 - I. Regionenberichte:
 - Projektbericht Berlin
 - Projektbericht Ennepe-Ruhr-Kreis
 - Projektbericht Main-Kinzig-Kreis
 - Projektbericht Mayen-Koblenz/Koblenz
 - Projektbericht Mönchengladbach
 - Projektbericht Landkreis Saalfeld-Rudolstadt
 - Projektbericht Solingen
 - Projektbericht Stuttgart
 - Projektbericht Kreis Viersen
 - II. Manual - Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem
 - III. Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ)

3. Zusammenfassung

Informationen über die Durchführung von Zwangsmaßnahmen (freiheitsentziehende Unterbringungen, andere freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsbehandlungen) liegen deutschlandweit nicht vor. In einzelnen Bundesländern werden für bestimmte Maßnahmen und definierte Rechtskreise Daten erhoben, die aber keinen Rückschluss auf die Gesamtsituation zulassen.

Erforderlich ist ein Monitoring, das die Datenerhebung nach möglichst einheitlichen Vorgaben auf der Ebene von Einrichtungen, Regionen und Bundesländern ggf. auch für die gesamte Bundesrepublik zusammenführt. Dies schafft Transparenz und kann wesentliche Hinweise für Ansatzpunkte für Vermeidung und Minimierung von Zwang geben.

Entscheidend ist die Entwicklung von Strategien, die der Anwendung von Zwang frühzeitig entgegenwirken. Dazu muss ein entsprechendes Monitoring durch die wesentlichen Akteure des psychiatrischen Hilfesystems in einer regionalen Organisationsstruktur (z. B. Gemeindepsychiatrischer Verbund oder vergleichbare Struktur) eingeführt werden und dazu beitragen, dass konkrete Schritte der Vermeidung von Zwang auf der Basis reflektierter Prioritätensetzung unternommen werden.

Es hat sich gezeigt, dass in den Regionen - abhängig von der aktuellen fachlichen, rechtlichen und politischen Situation - die Ziel- und Prioritätensetzungen sehr unterschiedlich sein können. Daher müssen die Auswertungen der aktuellen Datenlage und die möglichen Strategien und Interventionen in einem regionalen Diskurs erörtert und beschlossen werden. Ein solches Monitoringsystem wurde entwickelt und liegt einsatzfertig vor.

4. Einleitung

Zwangsmaßnahmen aller Art werden in der Regel von Einrichtungen, Diensten oder Behörden vollzogen. Insofern richtet sich das Augenmerk für die Durchführung und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen in der Regel auf die Einrichtung, den Dienst oder die Behörde, die den Zwang, ggf. auch unter Anwendung von Gewalt, anwendet. Damit engt sich der Blick auf Zwangsmaßnahmen ein. Denn jeder Maßnahme gehen in der Regel verschiedene andere Interventionen voraus, bis es zur Anwendung von Zwang kommt. Die an diesen vorausgehenden Schritten beteiligten Akteure sind oft nicht immer die Mitarbeitenden der Einrichtung, die dann letztlich die Zwangsmaßnahme durchführen. Oft sind die davon betroffenen Menschen schon zuvor mit dem Hilfesystem in Berührung gekommen. Insofern gilt es, wenn Zwang vermieden werden soll, die Wege zur Zwangsanwendung systematisch und über die einzelne Einrichtung hinaus zu verfolgen. Dieser Blick löst sich vom einzelnen Akteur und betrachtet das Zusammenwirken der Beteiligten mit der Fragestellung, welche Intervention durch welchen Akteur zu welchem Zeitpunkt geeignet wäre, um die Anwendung von Zwang zu vermeiden.

Grundsätzlich unterscheiden sich dabei die Situationen häufig hinsichtlich der Rechtssysteme, in denen sie stattfinden:

Maßnahmen im Geltungsbereich der öffentlich-rechtlichen Gesetzgebung (Psychisch Kranken-Gesetze oder Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer) finden häufiger in Konstellationen statt, die sich in sehr kurzer Zeit zuspitzen und in denen eine erhebliche Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder Gefährdung wesentlicher Rechtsgüter Dritter besteht. Maßnahmen in Geltungsbereich des Zivilrechts (Bürgerliches Gesetzbuch, Betreuungsrecht) hingegen werden oft längerfristig vorbereitet. So finden viele Unterbringungen nach den PsychKG/PsychKHG als vorläufige Unterbringungen statt, die erst durch eine gerichtliche Entscheidung in eine „ordentliche“ Unterbringung münden. Freiheitsentziehende Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen nach dem BGB setzen schon allein das Vorhandensein einer rechtlichen Betreuung voraus. Sie werden erst nach der Genehmigung durch ein Betreuungsgericht von der Betreuerin oder dem Betreuer umgesetzt und haben daher einen längeren Vorlauf.

Diese Unterscheidung ist für die Frage der Gestaltung von zwangsvermeidenden Maßnahmen von wesentlicher Bedeutung. Haben sich z. B. Personenkonferenzen, wie Fallberatungen, Runder Tisch oder Hilfeplankonferenzen, als wirksame Strategie erwiesen, um im Falle einer auf der Grundlage des BGB durchgeführten freiheitsentziehenden Unterbringung in einem Heim oder einer vergleichbaren Errichtung (z. B. Krankenhaus) eine andere Intervention entgegenzusetzen, so sind diese Maßnahmen im Falle der Zuspitzung einer akuten Krise mit Gefährdung von Dritten mit der Folge einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung weniger geeignet. Dort erweisen sich die Hinzuziehung von Fachkräften aus dem psychiatrischen Hilfesystem, die Intervention durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst oder einen Krisendienst als wirkungsvoller.

Die beiden Beispiele illustrieren, dass Zwangsmaßnahmen in sehr vielen verschiedenen Kontexten vorkommen, viele unterschiedliche Akteure betreffen und ganz unterschiedlicher Interventionen zur Zwangsvermeidung bedürfen.

Eine regionale Betrachtungsweise muss daher alle Kontexte und alle möglichen Beteiligten (Akteure) sowie die verschiedenen Rechtssysteme in den Blick nehmen. Eine Betrachtung, die nur ein Aktionsfeld (z. B. öffentlich-rechtliche Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus) in den Blick nimmt, aber bei Interventionen in diesem Feld nicht die Auswirkungen auf andere Bereiche betrachtet (z. B. freiheitsentziehende Unterbringungen auf zivilrechtlicher Basis oder strafrechtlicher Grundlage), würde stets zu kurz greifen. Es ist nicht davon auszugehen, dass Zwangsmaßnahmen grundsätzlich vermieden werden, wenn die Anwendung von Zwang in einem spezifischen Anwendungsbereich erschwert wird.

Ob die jüngste Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu Fixierungen in psychiatrischen Krankenhäusern zu einer Veränderung in der Zahl der Fixierungen führt ohne Ausweichen der anwendenden Einrichtung in andere Zwangsmaßnahmen (z. B. Isolierungen) muss für die Zukunft untersucht werden.

Die Anwendung von Zwang ist daher immer auch vor dem Hintergrund eines bestehenden regionalen Hilfesystems und unter Anwendung eines übergreifenden Blicks auf alle Bereiche der Anwendung von Zwang sowie auf alle beteiligten Akteure zu betrachten.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Das Projekt wurde deutschlandweit bekannt gemacht. Es wurde geworben, dass Regionen sich an dem Projekt beteiligen können, wenn sie das wünschen. Die Bekanntmachung erfolgte über Zeitschriften und Vorträge auf Tagungen und Veranstaltungen. Innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. wurde für die Teilnahme an dem Projekt geworben. Einzelne Regionen wurden gezielt angesprochen und auf das Projekt hingewiesen. Die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wurde mit der Bitte um Weitergabe innerhalb der Bundesländer angeschrieben.

Interessierte Regionen bekamen den Projektantrag mit der Beschreibung der Ziele des Teilprojekts zur Verfügung gestellt. Sie wurden gebeten, eine regionale Arbeitsgruppe einzurichten und sich dort über die aktuelle Situation der Region und mögliche Ziele für eine regionale Projektbeteiligung zu verständigen. Bei Interesse wurde darum gebeten, eine formlose Projektskizze an die Projektleitung einzureichen.

In den Regionen sollten nun konkrete Projektvorhaben entwickelt und durchgeführt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Projektziele konkrete Maßnahmen zur Zwangsvermeidung verfolgen sollten. Zugleich sollten die Regionen das zu entwickelnde Monitoringsystem zur Zwangsvermeidung erproben.

Die Regionen sollten in einen Austausch untereinander treten, um die Breite des möglichen Spektrums von Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu erfassen, durch den Austausch konkrete Hinweise auf mögliche Optimierungsmaßnahmen zu erhalten und gemeinsame zentrale Problemthemen zu identifizieren.

Auf ihren Wunsch hin wurden die Regionen von Projektbeteiligten besucht.

Jede Region wurde gebeten, einen Abschlussbericht zu erstellen und die gewonnenen Erkenntnisse zu dokumentieren.

Neben den Treffen mit den Regionen sollten noch weitere Expertenworkshops mit besonderen Akteuren der Zwangsvermeidung stattfinden, insbesondere mit Vertretenden der Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen und mit dem bundesweiten Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Es beteiligten sich regelmäßig folgende Regionen mit den genannten Hauptaspekten der Zwangsvermeidung (in alphabetischer Reihenfolge):

Berlin	(Runder Tische zur Vermeidung von freiheitsentziehender Unterbringung in Heimen)
Ennepe-Ruhr-Kreis	(Behandlungsvereinbarungen)
Main-Kinzig-Kreis	(Fallbetrachtungen nach BGB Unterbringungen)

Mayen-Koblenz	(Standards zur Zwangsvermeidung)
Mönchengladbach	(freiheitsentziehende Unterbringungen im Krankenhaus und in Heimen)
Ravensburg	(Kinder und Jugendliche)
Saalfeld-Rudolstadt	(Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes)
Solingen	(freiheitsentziehende Unterbringung nach PsychKG, Kooperation und Krisenversorgung)
Stuttgart	(freiheitsentziehende Unterbringungen in Heimen)
Viersen	(freiheitsentziehende Unterbringungen nach PsychKG)

In weiteren Regionen wurde das Thema Zwangsvermeidung aufgegriffen und punktuell bearbeitet, ohne dass es zu einer kontinuierlichen Mitwirkung kam: Berlin-Reinickendorf, Gießen (Gestaltung der Zuführung zu Zwangsmaßnahmen), Herford, Mettmann, Weimar.

In allen Regionen bildeten sich Arbeitsgruppen, die die genannten Themen bearbeiteten. Über die Erfahrungen in der Bearbeitung der Projekte fanden Austauschtreffen der Regionen statt. Zu den Regionentreffen wurden regelhaft die Mitwirkenden aus der Steuerungsgruppe eingeladen, um einen externen Blick auf die Erfahrungen in den Regionen möglich zu machen. Ganz regelmäßig nahm ein Vertreter der Selbsthilfe an den Treffen teil, ebenso die Vertreterin der AG Psychiatrie der AOLG.

Übersicht über die Regionentreffen:

07.06.2017	Frankfurt	Austausch über Beitrag der Projektregionen im TP 1, Austausch Zusammenarbeit GPV und Maßregelvollzug, Vorlage Entwurf Monitoringsystem
14.11.2017	Frankfurt	Austausch über Beitrag der Projektregionen im TP 1, Vorstellung NRW-Betroffenenbefragung, Austausch über Zwangsmaßnahmen bei abhängigkeiterkrankten Menschen
26.04.2018	Frankfurt	Austausch zum Stand in den Projektregionen, Auswertung Datentransparenzbogen, Entwurf Bogen Leistungsangebote in der Region
06.09.2018	Frankfurt	Austausch zum Stand in den Projektregionen, Bearbeitung Monitoringsystem gesamt
19.12.2018	Frankfurt	Austausch über erste Berichterstattungen der Regionen, weitere Vorstellung und Diskussion des Monitoringsystem (Schwerpunkt: Bogen Individuelle Maßnahmen zur ZV)
19.02.2019	Frankfurt	Austausch über regionale Berichterstattungen, weitere Vorstellung und Diskussion des Monitoringsystems (Schwerpunkte: Ergänzungsbogen für Einrichtungen und Dienste, Ergänzungsbogen Datenerfassung)
13.06.2019	Frankfurt	MoSy VeZ, Erörterung der Empfehlungen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Die Struktur der Regionentreffen sah i. d. R. den Austausch der Regionen über ihren aktuellen Projektstand, die Erörterung spezifischer Themen und die Entwicklung des Monitoringsystems zur Zwangsvermeidung vor.

Schon der Austausch über den aktuellen Stand der Entwicklung in den Regionen führte in aller Regel zu lebhaften Diskussionen spezifischer Aspekte der Zwangsvermeidung. Die übergreifenden Erfahrungen und Erkenntnisse wurden dokumentiert und flossen in die Ergebnisdarstellung ein.

In einem Treffen wurden die besonderen Aspekte der Zwangsanwendung und -vermeidung bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen vertieft erörtert. Es zeigte sich in der Diskussion, dass einerseits die Entscheidungen über die Anwendung von Zwang, insbesondere im Blick auf freiheitsentziehende Unterbringungen mit dem Ziel eines Entzugs der Suchtmittel durch Freiheitsentziehung in hohem Maße heterogen gehandhabt wird und oft abhängig von der Einstellung von Gutachtenden und von Gerichten ist. So wurden aus einigen Regionen unterschiedliche, ja gegensätzliche Beschlüsse von Gerichten berichtet. Andererseits bestand der Eindruck, dass der Anteil der Menschen, die freiheitsentziehend in Heimen untergebracht werden, mit einer Suchtproblematik, oft ergänzend zu einer anderen psychischen Erkrankung, sehr hoch ist.

Die beschriebenen und dokumentierten Erfahrungen wurden ausgewertet und in Empfehlungen zur Zwangsvermeidung gefasst. Diese Empfehlungen wurden in den Regionentreffen, in der Steuerungsgruppe und in Expertenworkshops erörtert und weiterentwickelt.

Immer wieder wurden die verschiedenen Akteure und die unterschiedlichen Rechtspraxis der verschiedenen Rechtssysteme erörtert. Daraus wurden Fragen entwickelt, die in der Steuerungsgruppe und in anderen Expertengruppen erörtert wurden. Ziel der Erörterungen war, Handlungsempfehlungen an Gesetzgeber, Verordnungsgeber und handelnde Akteure zu entwickeln, die geeignet sind, die Anwendung von Zwang zu vermindern oder zu vermeiden.

Monitoringsystem

Ein wichtiger Schwerpunkt der Regionentreffen war die Erarbeitung eines regional einsetzbaren Monitoringsystems zur Erfassung von und zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Beginnend mit der Fragestellung, welche Informationen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen regional zur Verfügung stehen (Datentransparenz) zeigt sich deutlich, dass in aller Regel Informationen nur spärlich, überwiegend aus den Krankenhäusern und nur in Einzelfällen aus den kommunalen Betreuungsbehörden zur Verfügung stehen. Ob die Daten verfügbar gemacht werden, ist von der Auffassung der leitenden Personen der Institutionen abhängig. Keine Region war in der Lage, zu allen wesentlichen Bereichen der Anwendung von Zwang belastbare Daten zu erfassen. Auch die Datenqualität war in hohem Maße unterschiedlich.

Es zeigte sich in den Regionen, dass die Frage der vorliegenden Informationen nur bedingt wesentlich für die Entwicklung von Aktivitäten zur Zwangsvermeidung ist. Ein entscheidender Aspekt war stets die Verständigung in einer Region über die Frage, welche Themen von welchen Akteuren als vordringlich betrachtet werden und wie es gelingen kann, die unterschiedlichen Sichtweisen und Interessen zu einer gemeinsamen Zielbeschreibung zu bringen.

Das Monitoringsystem musste daher ermöglichen, die gesamte Breite von Interventionsmöglichkeiten in den Blick zu nehmen, diese sinnvoll zu systematisieren und einer Reflektion in einer Arbeitsgruppe zugänglich zu machen. Auf der Basis dieser Erfahrungen wurde das Monitoringsystem (MoSy VeZ) systematisch entwickelt, erprobt und auf der Basis der Hinweise der Regionen überarbeitet.

Daher wurde das Monitoringsystem in vier verschiedene Kategorien – Datentransparenz, Individuelle Maßnahmen, Leistungsangebote und Zusammenarbeit in der Region – differenziert und der Grundsatz

verankert, dass in den regionalen Arbeitsgruppen Ziele und Aktionen (Vorgehensweise und Zuständigkeiten) erörtert und vereinbart werden sollen, mit denen sich die Akteure in der näheren Zukunft beschäftigen wollen.

Hierzu erwies sich in allen Regionen der Zeitbedarf als sehr hoch. Gebildete Arbeitsgruppen mussten immer wieder neu zusammengesetzt werden, waren oft von der Initiative einzelner Akteure abhängig und gerieten durch Wechsel von handelnden Personen in Krisen. Ferner musste in vielen Regionen die handelnden Akteure definiert werden. So zeigte sich, dass nicht nur die Verantwortlichen von Institutionen (z. B. Chefärztinnen und -ärzte, Heimleitende, Dienststellenleitende) einen gemeinsamen Plan entwickeln mussten, sondern auch die im Alltag handelnden Personen (z. B. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, Sozialarbeiterinnen und -arbeiter) für geeigneten Interventionen gewonnen werden mussten. Diese Prozesse erwiesen sich in allen Regionen als zeitaufwändiger als gedacht und geplant.

Einige Sonderthemen wurden in unterschiedlichen Kreisen erörtert: Suchterkrankungen, forensische Psychiatrie, alte Menschen, Kinder- und Jugendliche waren Gegenstand der Beratungen in der Steuerungsgruppe und in den Regionenkonferenzen, wurden aber auch in anderen Expertenworkshops berührt.

Folgende gesonderte Expertenworkshops fanden statt:

mit Bundesweitem Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste (16.03.2018, 15.06.2018)

mit Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener (13.07.2018)

mit Angehörigen psychisch Erkrankter (06.04.2019)

mit juristischen Expertinnen und Experten (29.05.2019).

7. Ergebnisse

a) Erfahrung mit Zwangsvermeidung in den Regionen

Nur in seltenen Fällen ereignen sich zwangsförmige Handlungen ohne erkennbare längere Vorgeschichte. In den meisten Fällen geht der Anwendung einer Zwangsmaßnahme eine mehr oder weniger lange Entwicklungsphase voraus, bei deren näherer Betrachtung sich Ansatzpunkte für mögliche Weichenstellungen in den Interventionen zeigen. Zwang wird immer in oder durch eine Institution bzw. durch die dort tätigen Personen ausgeübt. Dennoch liegen die Interventionsmöglichkeiten oft nicht nur in der Institution selbst, sondern auch in den Entwicklungsprozessen, die zu der Beteiligung der Institution führt. So kann z. B. die Anwendung von Zwang durch ein Krankenhaus erfolgen, die Weichenstellungen aber, die zur Aufnahme in das Krankenhaus führen, liegen oft in den Lebensräumen, in den sich die betroffenen Menschen vor dem Krankenhausaufenthalt befinden. Welche Formen von Hilfen in welcher Art angeboten oder zugänglich gemacht werden, bevor eine Situation so eskaliert, dass z. B. eine freiheitentziehende Unterbringung in einem Krankenhaus angeordnet wird und durch entsprechende Maßnahmen die Zuführung zum Krankenhaus erfolgen, entscheidet oft mit über die Notwendigkeit der Anwendung von Zwang. Oft sind mehrere Personen, manchmal auch mehrere Institutionen mit der auslösenden Situation befasst, zugleich liegen aber wichtige Fragen der Zwangsvermeidung in den Handlungen, Interventionen und Strategien zeitlich vor der auslösenden Situation.

Der Blick auf regionale Prozesse, auf das Vorgehen und Handeln, bevor es zu einer Eskalation kommt, hat sich daher als sinnvolle Strategie in allen beteiligten Regionen erwiesen.

Die Vorgehensweisen und Erfahrungen in den Regionen waren sehr unterschiedlich. In einigen Regionen wurden sehr schnell Arbeitsgruppen gebildet, in einigen Regionen dauerte dieser Prozess länger. Auch die Zusammensetzungen der Arbeitsgruppen variierten ebenso sehr stark, wie die Themen, zu denen sich die Arbeitsgruppen entschlossen. Es zeigten sich aber einige wesentliche Aspekte in allen Regionen.

Es hat sich gezeigt, dass das Thema „Zwang und Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem“ häufig ein Thema ist, über das nicht gern gesprochen wird. Wurde es in den Gremien der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Gemeindepsychiatrische Verbände) angesprochen, löste es umfangreiche Diskussionen aus. Nicht immer und nicht immer zeitnah konnten Übereinkünfte erzielt werden, Zwangsvermeidung tatsächlich zum Thema machen zu wollen. Auf der anderen Seite führt die Beteiligung an dem Projekt auch zu einer Schwerpunktsetzung zur Zwangsvermeidung in der Konzeption von Einrichtungen (Beispiel: Region Viersen).

Auch die Einigung über die vorrangigen Ziele und Schwerpunkte benötigte in einigen Regionen längere Zeit.

Grundsätzlich bedurfte es in allen Regionen, die sich am Projekt beteiligt haben, einer Gesprächskultur, die geeignet ist, sich auf grundsätzliche Haltungen zu verständigen. Wo dies nicht gelang, konnten sich Regionen nicht oder nur partiell an dem Projekt beteiligen.

Der Prozess, zu einer gemeinsamen Haltung zu finden, wurde in den Regionentreffen übereinstimmend als ein wichtiger Faktor bezeichnet, der darüber entscheidet, ob eine gemeinsame Zielbeschreibung gelingt. Zur Herausbildung von Haltungen haben sich verschiedene Strategien als möglich erwiesen. Beispiele: In der Region Stuttgart verständigten sich die Projektpartner darauf, eine Mitarbeiterin einer Einrichtung mit einigen Wochenstunden für das Projekt unter Fortzahlung ihres Gehaltes freizustellen und sie mit der Durchführung von Einzelinterviews von betroffenen Personen zu beauftragen. In der Region Viersen erwies sich der Besuch einer größeren Gruppe von in der Psychiatrie Tätigen in einer anderen Region als anregend und motivierend für die weitere Arbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

Es hat sich gezeigt, dass zur Herausbildung einer gemeinsamen Haltung zur Zwangsvermeidung erforderlich ist, arbeitsfähige Gesprächskreise zusammen zu führen. Zum einen ist erforderlich, möglichst viele der wesentlichen Beteiligten an den Arbeitsgruppen zu beteiligen. Ferner ist erforderlich, dass die Verantwortlichen von Institutionen (Chefärztinnen und -ärzte, Einrichtungsleitende, Dienststellenleitende, Geschäftsführende etc.) verbindliche Verabredungen treffen bzw. mittragen, die geeignet sind, Maßnahmen zur Zwangsvermeidung zu fördern. Dabei sind die Erfahrungen der Mitarbeitenden in den alltäglichen Routinen zu berücksichtigen. Umgekehrt benötigen diese die Grundentscheidung der Führungskräfte, um die Rückendeckung für die Erarbeitung und Erprobung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu haben.

In diesen Prozessen hat es sich als hinderlich erwiesen, wenn die Führungspersönlichkeiten oder die Mitglieder der Arbeitsgruppen häufig wechseln oder einzelnen Institutionen die Teilnahme an den Arbeitsgruppen oder Gesprächskreisen nicht möglich ist.

Je aktiver die Leitungspersonen waren, desto mehr Prozesse und Aktivitäten kamen in Gang (Beispiel: Region Viersen). Je länger der Prozess lief und je vertrauensvoller der Austausch in den Arbeitsgruppen und Gesprächskreisen war, desto enger und vertrauensvoller wurden die Kooperation und die Vernetzung (Beispiel: Region Stuttgart).

- *Der Kommunikationskultur in der Region ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen, um Haltungen und Aktionen zu entwickeln.*

Es hat sich gezeigt, dass auf der Ebene der konkreten Situation eines Menschen Zwangsmaßnahmen eher vermieden werden können, wenn verschiedene beteiligte Akteure zusammentreffen und einen Austausch miteinander und möglichst mit der betroffenen Person herbeiführen (Beispiele: Regionen Berlin, Main-Kinzig-Kreis, Mönchengladbach, Stuttgart).

Die Qualität einer Fallberatung hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, dass die beteiligten Akteure einander ohne Schuldvorwürfe und mit einer gemeinsamen Suchhaltung nach besseren Lösungen auf gleicher „Augenhöhe“ begegnen. Daher ist die Moderation solcher Fallberatungen sorgfältig zu planen und möglichst ohne eigene Beteiligung an den vorangegangenen Prozessen vorzunehmen (Beispiel: Region Berlin). Auch berufsgruppenspezifische Aspekte sind dabei zu beachten. In vielen Fällen haben sich grundlegende Sichtweisen z. B. zwischen ärztlichen Mitarbeitenden z. B. aus Kliniken und den Mitarbeitenden von anderen gemeindepsychiatrischen Diensten (z. B. aus ambulanten Betreuungsformen der Eingliederungshilfe) gezeigt. Es wurde berichtet, dass aus ärztlicher Perspektive häufiger die Verantwortung des Arztes oder der Ärztin bzw. der Kliniken für die betroffene Person beschrieben wurde, während Mitarbeitenden aus dem komplementären Hilfesystem eher die Verantwortung bei der betroffenen Person selbst akzentuierten. Dies korrespondiert auch häufig mit der rechtlichen Situation: Nahezu in allen Regionen obliegen den Kliniken und in vielen Bundesländern den Sozialpsychiatrischen Diensten die Versorgungsverpflichtungen zumindest nach dem PsychKG bzw. PsychKHG, während nur selten und überhaupt eher abstrakt die Versorgungsverantwortung der anderen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen beschrieben wird. Berufsgruppenbezogen ist auch zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte häufig als Gutachtende angefragt werden und daher noch eine andere Perspektive mitbringen.

- *In personenbezogenen Fallberatungen müssen solche unterschiedlichen Perspektiven durch eine qualifizierte Moderation berücksichtigt werden. Dazu wurde es als hilfreich beschrieben, wenn durch gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Einführungen in das Versorgungssystem oder andere Maßnahmen die Kenntnis der Sichtweise der jeweils anderen Einrichtungen und Dienste befördert wurden (Beispiel: Region Viersen).*

Es hat sich gezeigt, dass in regionalen Prozessen Personen benannt werden müssen, die das Thema der Zwangsvermeidung regelhaft immer wieder zur Sprache bringen (Beispiel: Region Ennepe-Ruhr-

Kreis). Das können Personen sein, die für einen bestimmten Zeitraum einen Auftrag übernehmen, es können auch Dienststellen sein, die eine besondere Verantwortlichkeit übernehmen. Wichtig ist, dass

diese Aufgabe einer Person oder einer Institution durch Akklamation der anderen beteiligten Akteure übertragen wird und nicht durch eine Form von Selbstermächtigung.

Den Kostenträgern kommt eine besondere Funktion in der Steuerung von Leistungen zu, auch wenn es um Zwangsanwendung oder Zwangsvermeidung geht. Es hat sich gezeigt, dass in Regionen, in denen keine Maßnahme ohne Beratung in der Hilfeplankonferenz durch den Träger der Eingliederungshilfe bewilligt wird, die Steuerung in die Leistungsangebote, d. h. auch in Einrichtungen, die freiheitsentziehende Unterbringungen durchführen, transparent ist. Diese Struktur führt dazu, dass die Menschen, die in einem Heim freiheitsentziehend untergebracht sind, dem Leistungsträger bekannt sind und dort auch die Weichenstellungen getroffen werden können, um mögliche Alternativen zu der freiheitsentziehenden Maßnahme zu treffen (Beispiel: Region Stuttgart). Dieses Grundprinzip ließe sich auch auf den Träger der Hilfe zur Pflege und damit auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen, die freiheitsentziehenden Unterbringungen durchführen, übertragen. Dabei ist die Ausgangslage oft umgekehrt: Genehmigt ein Gericht die Anordnung der Unterbringung durch einen Betreuer oder eine Betreuerin, liegt oft noch nicht die Kostenübernahme durch den Kostenträger vor, sondern diese wird erst nachträglich eingeholt. Aus diesem Umstand folgt oft, dass der Kostenträger in der Lage sein sollte, vor Erteilung eines Leistungsbescheides nachzufragen, ob auch andere Möglichkeiten mit milderem Mitteln zur Verfügung stehen, bzw. deren Inanspruchnahme zu initiieren. Denn das Gericht erteilt tatsächlich nur eine Genehmigung, über deren Vollzug entscheidet nur der rechtliche Betreuer oder die rechtliche Betreuerin. Diese bedarf dann der Kostenübernahme durch den zuständigen Kostenträger. In sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass bei einer freiheitsentziehenden Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die eigenen Einkünfte der betreuten Person nicht ausreichen und daher Hilfe zur Pflege beantragt werden muss.

- *Staatliche Stellen (Träger der Eingliederungshilfe, Träger der Hilfe zur Pflege) können bei dem Vollzug einer freiheitsentziehenden Unterbringung eine wesentliche Rolle übernehmen.*

Weitere Ergebnisse aus den Regionen sind (in Stichworten):

- Das Angebot von Hilfen, insbesondere aus dem Bereich der Eingliederungshilfe, aber auch im Bereich der Behandlung, wurden in einigen Regionen um neue Leistungen ergänzt oder intensiviert (Beispiel: Region Main-Kinzig-Kreis). Durch diesen Umstand konnten auch Menschen in Krisensituationen besser begleitet werden.
- Als hilfreich hat sich in zwei Regionen die Einbeziehung von Berufsbetreuerinnen und -betreuern und Betreuungsbehörden erwiesen (Beispiele: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Gießen). Dort besteht in den Behörden eine enge Verbindung zwischen der Betreuungsbehörde und dem Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. der Psychiatriekoordination.

-
- Der Umstand, dass das Projekt durchgeführt wird, hatte in Stuttgart zur Folge, dass mit freiheitsentziehenden Unterbringungen achtsamer umgegangen wurde. Es gab über mehrere Monate keine Nachfrage nach Plätzen in Heimen mehr, die Freiheitsentzug ermöglichen.
 - Der Umstand, dass freiheitsentziehende Unterbringungen in dafür besonders ausgerichteten Einrichtungen ermöglicht werden, hat zur Folge, dass Menschen, die keiner freiheitsentziehenden Unterbringung mehr bedürfen, diese Einrichtung verlassen müssen. Dadurch werden Beziehungsabbrüche hervorgerufen, die manche dort lebenden Menschen beängstigen und zu Handlungen verleiten, die einen erneuten Unterbringungsbeschluss nach sich ziehen. Um diesem Problem zu begegnen, hat eine Einrichtung mehrere Plätze so umgewandelt, dass Menschen auch ohne Unterbringungsbeschluss dort leben können (Beispiel: Region Stuttgart).
 - In vielen Regionen stehen keine Einrichtungen zur Verfügung, die eine freiheitsentziehende Unterbringung möglich machen. Besteht der Bedarf nach einem solchen Angebot im Einzelfall, werden für diese Menschen Plätze in geeigneten Einrichtungen außerhalb der Heimatregion gesucht. Dies schafft vielfältige Probleme, insbesondere bei der Rückführung der betroffenen Menschen, wenn keine freiheitsentziehende Unterbringung mehr erforderlich ist. Es wurde daher in einigen Regionen über die Einführung von Möglichkeiten zur geschlossenen Unterbringung innerhalb der Region diskutiert, um eine Verbringung von Menschen in andere Regionen ohne organisierte Verantwortung für die Rückführung zu unterbinden (Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Main-Kinzig-Kreis).
 - In einigen Regionen hat sich erwiesen, dass die Nahtstelle zwischen dem Behandlungssystem und dem System anderen Hilfen (Teilhabe, Pflege) nicht gut organisiert sind und besser gestaltet werden müssen. Daher wurden neue Besprechungsformen zwischen den Kliniken und dem komplementären Hilfesystem organisiert (Beispiele: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Viersen, Mönchengladbach, Mayen-Koblenz).
 - In einer Region hat sich gezeigt, dass die spezifische Fachkompetenz und die zeitliche Verfügbarkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei vorläufigen Unterbringungen nach PsychKG zwangsvermeidend wirkt. Durch den systematischen Einbezug des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch bei vorläufigen Unterbringungsverfahren konnten Unterbringungen vermieden werden (Beispiel Region Saalfeld-Rudolstadt).
 - Als ein besonderes Problem hat sich die unterschiedliche Rechtspraxis durch unterschiedliche Gerichte erwiesen. Dies berührt insbesondere Einrichtungen (Kliniken und Heime), die mit mehreren Amtsgerichtsbezirken zu tun haben. Auch die einzelnen Richter neigen zu unterschiedlicher Auffassung. In einer Region muss sich ein Heimträger mit acht verschiedenen Regelungen aus drei Gerichtsbezirken zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auseinandersetzen (Beispiel: Region Mayen-Koblenz).

b) Es wurde ein regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ) mit einem dazugehörigen Manual entwickelt.

Das Monitoringsystem umfasst vier Basisbögen:

- I. Datentransparenz zur Anwendung von Zwang
- II. Individuelle Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang
- III. Leistungsangebote in der Region zur Vermeidung von Zwang
- IV. Zusammenarbeit in der Region zur Vermeidung von Zwang

Ergänzend existieren zwei Zusatzbögen:

- Zusatzbogen regionale Datenerfassung zur Anwendung von Zwang
- Zusatzbogen für Einrichtungen/Dienste zur Selbsteinschätzung zur Zwangsvermeidung

Das MoSy VeZ dient als Impulsgebungsinstrument für die jeweilige Region. Vor Ort ist zu prüfen, welchen Themen in der Bearbeitung Aufmerksamkeit geschenkt werden sollen. Das MoSy VeZ sollte fortlaufend in der Region Beachtung finden. Unterschiedliche Bearbeitungsthemen sind demnach nach Priorität festzulegen.

Das Monitoringsystem sowie das dazugehörige Manual sind als Anhang dem Bericht beigelegt.

8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Als Ergebnisse werden die Empfehlungen zu Maßnahmen der Zwangsvermeidung und das regionale Monitoringsystem zur Zwangsvermeidung (MoSy VeZ) betrachtet.

Die nachfolgenden Empfehlungen können auch unter den bereits aktuell gegebenen Bedingungen realisiert werden. Sie sind abhängig von der Bereitschaft der verantwortlichen Akteure in der Region (leitende Personen von Institutionen), sie tatsächlich umzusetzen. Durch veränderte Rahmenbedingungen, z. B. in Leistungsverträgen, Rahmenverträgen, landesrechtlichen Verordnungen, Landes- oder Bundesgesetzen kann und muss die Bereitschaft der beteiligten Akteure gefördert werden, sich an der Entwicklung von zwangsvermeidenden Maßnahmen zu beteiligen. Diese rechtlichen Rahmenbedingungen werden im Mantelbericht zum ZVP-Projekt benannt und basieren zu wesentlichen Teilen auf den Erfahrungen des Teilprojekts 1.

Ein wesentlicher Grundsatz hat sich gezeigt:

1. Über die einzelnen institutionellen Strukturen hinaus sind verbindliche regionale Strukturen erforderlich, die dauerhaft auf Zwangsvermeidung orientiert sind. Dazu ist ein regionales Monitoringsystem erforderlich, das der Ermittlung der tatsächlichen Durchführung von Zwangsmaßnahmen sowie der Reflexion, welche Aspekte zur Zwangsvermeidung in der Region innerhalb eines Zeitplans entwickelt werden sollen, dient.

Es hat sich in vielen Regionen gezeigt, dass das Thema der Anwendung von Zwang und die Vermeidung von Zwang bei vielen Akteuren in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auch affektiv besetzt ist. Zwang zum Thema in regionalen Strukturen zu machen, kann zu erheblichen Verwerfungen, Vorwürfen, gegenseitigen Beschuldigungen und anderen

Konflikten führen. Dieser Faktor ist von entscheidender Bedeutung bei der Etablierung von entsprechenden Arbeitsgruppen. Durch die Moderation dieser Arbeitsgruppen muss sichergestellt werden, dass sich die Akteure frei von gegenseitigen Beschuldigungen und Vorwürfen begegnen. Nur eine offene und vorwurfsfreie Erörterung mit der Bereitschaft zur selbstkritischen Auseinandersetzung hat Aussicht auf Erfolg. Die Einnahme einer Position, dass einer oder mehrere Akteure stets am besten die Situationen beurteilen können (sog. „Deutungshoheit“) muss vermieden werden.

Sollen Zwangsmaßnahmen in der Region vermieden werden, sind einige grundsätzliche Anforderungen in der Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystem notwendig:

- Hilfen in einem regionalen Hilfesystem sind grundsätzlich personenzentriert, individuell und situativ passend leistungsträgerübergreifend zu planen und zu erbringen.
- Abbrüche in der Versorgung sind zu vermeiden, daher sollen alle Leistungserbringer gemeinsam und rechtskreisübergreifend die Versorgungsverantwortung für die Bürgerinnen und Bürger einer definierten Versorgungsregion übernehmen. Dabei können Versorgungsregionen für unterschiedliche Personengruppen unterschiedliche Definitionen haben.
- Zur Erfüllung der Aufgaben der individuellen Hilfeleistung und der Übernahme der Versorgungsverantwortung ist eine gemeinsame Steuerungsfunktion in einem dafür gebildeten Gremium erforderlich, z. B. in Gestalt von Hilfeplankonferenzen (Beispiel: Region Stuttgart) oder Gremien zur Fallberatung/-steuerung (Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Berlin), möglichst immer mit Beteiligung der regional zuständigen Klinik.
- Für jeden Nutzenden des Hilfesystems ist die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson hilfreich, die leistungserbringer- und leistungsträgerübergreifend für die Sicherstellung der Kommunikation der Akteure untereinander und mit der leistungsberechtigten Person verantwortlich ist.
- Es bedarf verbindlicher Kommunikationsstrukturen über die Institutionsgrenzen und die Rechtskreise, auf deren Grundlage die Institution tätig sind, hinweg, um zu verlässlichen Absprachen und Handlungsstrategien zu kommen. Dazu hat sich die Struktur eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes bewährt.

Ferner haben sich folgende Einzelempfehlungen herauskristallisiert:

2. Es ist sicherzustellen, dass in Krisensituationen Hilfen unabhängig vom Wochentag oder der Uhrzeit auch aufsuchend zugänglich sind (Beispiel: Region Solingen). Die Hilfsangebote sollen durch unterschiedliche Berufsgruppen erbracht werden und auch Leistungen der Behandlung beinhalten. Peers sollen einbezogen sein.

3. Personenbezogene Konferenzen erwiesen sich als nützlich, in denen mit und für Menschen in Lebenssituationen beraten werden, deren Verhalten das Risiko von Zwangsmaßnahmen nach sich ziehen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Konferenzen (Teilnehmerkreis, Sitzungsdauer, Sitzungsort, Moderation etc.) muss regional vereinbart werden. Es haben sich sowohl retrospektive Betrachtungen („was hätte zur Zwangsvermeidung getan werden können“ Beispiel: Regionen Main-Kinzig-Kreis, Mönchengladbach, Stuttgart) als auch aktuelle Beratungen vor einer konkreten Maßnahme (Beispiel: Regionen Viersen, Berlin) als zielführend erwiesen. Grundsätzlich aber sollen in allen Regionen solche Beratungs- oder Konferenzstrukturen etabliert werden. Es hat sich auch als sinnvoll erwiesen, solche personenbezogene Fallberatungen für rechtliche Betreuer und Betreuerinnen zu öffnen. Zur Durchführung solcher personenbezogener Beratungen oder Konferenzen zeigte sich, dass ihre konkrete Ausgestaltung von großer Bedeutung ist. Es muss eine grundsätzliche Haltung des gemeinsamen Suchens nach geeigneten Lösungen herrschen und durch die Moderation sichergestellt werden, um Konflikte im Sinne von Beschuldigungen und Vorwürfen in der Beratung zu vermeiden (Beispiele: Regionen Berlin, Mönchengladbach, Viersen).
4. Für Menschen mit besonders herausfordernder Lebensgestaltung sollen Möglichkeiten zur Gestaltung eines sozialverträglichen Umfelds, das bedeutet in der Regel geeignete Orte zum Leben, gefunden werden (Beispiele: Regionen Berlin, Stuttgart, Mönchengladbach, Viersen, Main-Kinzig-Kreis).
Mit „geeigneten Orten zum Leben“ sind Lebensräume gemeint, die den besonderen Bedarfen dieser Menschen gerecht werden und sie möglichst wenig in Konflikte mit anderen Menschen, z. B. Nachbarn, bringen. Menschen haben z. B. unterschiedliche Bedürfnisse nach Nähe, Distanz, Lärm, Ruhe, Wahrgenommen-Werden, Anonymität und vieles mehr. Werden diese Bedürfnisse nicht annähernd gedeckt, geraten Menschen mit psychischen Erkrankungen in innere Konflikte und Krisen. Der Gestaltung individueller Lebensräume kommt daher eine große Bedeutung zu.
5. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen auch in hoher Unterstützungsintensität in ambulanter, möglichst auch aufsuchender Form zugänglich sein (Beispiele: Regionen Mönchengladbach, Viersen, Main-Kinzig-Kreis, Stuttgart).
Es gehört zu den vielerorts noch immer bestehenden Paradoxien der Hilfesysteme, dass insbesondere ambulant aufsuchende Hilfen nur in begrenzten Ressourcen zur Verfügung stehen und Menschen mit einem umfassenden Hilfebedarf oft auf stationäre Angebote verwiesen werden. Im Bereich der Eingliederungshilfe hat der Gesetzgeber mit dem Bundesteilhabegesetz die Voraussetzungen geschaffen, dass dieser zwingende Bezug umfassender Hilfen zu stationären Einrichtungen (Heimen) aufgehoben wird. Im Projektverlauf zeigten sich dazu bereits erste Erfahrungen (Beispiel: Region Main-Kinzig-Kreis).
6. Besondere Behandlungsformen erreichen Menschen mit Hemmnissen, eine Klinik aufzusuchen. Sie sollen entwickelt werden. Psychiatrische Behandlung wird von psychisch erkrankten Menschen manchmal nicht in Anspruch genommen, weil das Angebot der Behandlung (z. B. Klinik, Praxis) nicht den Bedürfnissen dieser Menschen entspricht. Es bedarf daher einer kreativen Ausgestaltung von Behandlungsangeboten, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen (Beispiel: Region Main-Kinzig-Kreis).

Dazu gehört auch die stationsäquivalente Behandlung (Beispiel: Region Viersen). Ziel soll sein, multiprofessionelle, langfristig arbeitende, aufsuchende Teams unter Beteiligung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern zu schaffen.

7. Menschen sollen nicht gegen ihren Willen wohnortfern in Einrichtungen freiheitsentziehend untergebracht werden. Wo dies doch geschieht, soll die Rückführung in die Heimatregionen gewährleistet und die Verantwortlichkeit dafür in der Heimatregion festgelegt werden (Beispiele: Regionen Mayen-Koblenz, Stuttgart, Mönchengladbach). Für die Festlegung der Verantwortlichkeit ist die Rolle der Kostenträger von wesentlicher Bedeutung, da diese immer involviert sind. Bei Rückführungen ist das Wunsch- und Wahlrecht der betroffenen Menschen zu beachten.
8. Die Nahtstelle zwischen dem psychiatrischen Behandlungssystem und dem System der Teilhabeleistungen soll besser informiert ausgestaltet werden (Beispiel: Region Stuttgart). Eine Möglichkeit dazu stellt das Entlassmanagement für Menschen aus psychiatrischen Kliniken dar, die das Hilfesystem vor besondere Herausforderungen stellen (Beispiel: Region Mayen-Koblenz). Dazu sind personenbezogene Besprechungen mit der betroffenen Person und den involvierten Beteiligten zur Ausgestaltung der nach-klinischen Hilfen und der weiteren ergänzenden Zusammenarbeit im Hilfesystem erforderlich.
9. Es sollen regelmäßige Besprechungen des psychiatrischen Hilfesystems und mit anderen Diensten mit hoheitlichen Aufgaben (Rettungsdiensten, Polizei, Feuerwehr) - ggf. auch dialogisch gestaltete Fortbildungen - durchgeführt werden (Beispiele: Regionen Gießen, Solingen, Ennepe-Ruhr-Kreis, Viersen). Auch gemeinsame Fallbesprechungen oder Besprechungen über konkrete Situationen können in diesem Rahmen durchgeführt werden. Gerade in besonderen Krisensituationen kommt den nicht-psychiatrischen Diensten eine hohe Bedeutung zu. Dabei sind sowohl die Aspekte der konkreten Deeskalierung einer akuten Situation wie auch die Aspekte der angemessenen Zuführung zu den möglichen Hilfsangeboten zu betrachten.
10. Wenn freiheitsentziehende Unterbringungen in Heimen durchgeführt werden, sollen die Einrichtungen so gestaltet sein, dass Menschen, die keiner geschlossenen Tür bedürfen, in der Einrichtung ohne Einschränkungen leben können. Die Einrichtungen sollen möglich machen, dass trotz einer gerichtlich genehmigten Unterbringung Menschen die Einrichtung frei verlassen können, wenn keine Gefährdung vorliegt (Beispiele: Stuttgart, Mayen-Koblenz). Ferner sollten die Einrichtungen auch für Menschen zugänglich sein, bei denen keine freiheitsentziehende Unterbringung angeordnet und genehmigt wurde.
11. Es soll eine grundsätzliche Bereitschaft im Gemeindepsychiatrischen Hilfesystem entwickelt werden, sich gegenseitig zu unterstützen, wenn einzelne Leistungserbringer an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit oder Belastbarkeit gekommen sind. Diese Unterstützung kann darin bestehen, Menschen aus anderen Einrichtungen in die eigenen Leistungsangebote zu übernehmen oder sich in anderer Weise gegenseitig zu unterstützen (Beispiele: Regionen Stuttgart, Mönchengladbach). Es zeigte sich immer wieder, dass insbesondere freiheitsentziehende Unterbringungen oder Maßnahmen erfolgen, wenn schon beteiligten

Leistungserbringer keine andere Möglichkeit mehr sehen. Oft sind dann die handelnden Personen schon weit über ihre eigenen persönlichen Grenzen hinaus gegangen und entsprechend physisch und psychisch erschöpft. Gegenseitige Entlastung und Unterstützung können dazu beitragen, neue Ressourcen im Hilfesystem zu entdecken oder zu bilden und damit den Einsatz von Zwang vermindern.

12. Behandlungsvereinbarungen sollen zum Zwecke der Zwangsvermeidung Nutzenden aus allen Bereichen des Hilfesystems angeboten werden. Es soll ein System der Hinterlegung entwickelt werden, das allen davon berührten Akteuren zugänglich ist. Behandlungsvereinbarungen können auf Einrichtungen (z. B. Kliniken) bezogen sein, aber auch unabhängig von Einrichtungen sinnvolle Hilfen in besonderen Krisen im häuslichen Umfeld beschreiben. Notwendig sind eine verantwortliche Stelle oder verantwortliche Personen, die auf den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung achten (Beispiele: Ennepe-Ruhr-Kreis, Viersen, Mönchengladbach). Von besonderer Bedeutung ist die Sicherstellung, dass die Behandlungsvereinbarung oder Patientenverfügung bekannt und zugänglich ist (Beispiel: Ennepe-Ruhr-Kreis).
13. Deeskalationstraining ist für alle handelnden Personen im psychiatrischen Hilfesystem erforderlich. In der Region sollen entsprechende Angebote einrichtungsübergreifend angeboten werden (Beispiel: Region Mayen-Koblenz).
14. Erforderlich ist eine Klarstellung, dass bei freiheitsentziehenden Unterbringungen und anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen nach BGB die rechtlichen Betreuer und Betreuerinnen die handelnden Personen sind. Ihnen obliegt nach der gerichtlichen Genehmigung die Klärung, in welchem Umfang im Rahmen der richterlichen Genehmigung die Maßnahmen umzusetzen sind und darüber differenzierte Vereinbarungen mit der durchführenden Einrichtung zu treffen. Es hat sich gezeigt, dass nicht immer diese Eindeutigkeit und Klarheit der Verhältnisse hergestellt ist und dadurch manchmal die Einrichtungen selbst zu den aktiv entscheidenden Akteuren werden. Unstrittig ist, dass die Zustimmung der rechtlichen Betreuer und Betreuerinnen und auch die entsprechende Beantragung von freiheitsentziehenden Maßnahmen keinesfalls unabhängig von den Bedarfen des/der Betroffenen zur Aufnahmebedingung werden kann.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Es wurde im Rahmen des Projekts darauf geachtet, sowohl die Situation der Frauen als auch der Männer zu berücksichtigen.

Im vorgelegten Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (MoSy VeZ) wurde die Erfassung der geschlechtsspezifischen Ausprägung von Zwangsmaßnahmen berücksichtigt, soweit sich dies aufgrund der bisher vorhandenen Daten- und Informationslage abbilden lässt.

10. Zielgruppenspezifische Exkurse zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

10.1. Stellungnahme aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Prof. Dr. Renate Schepker)

Deeskalation zur Zwangsvermeidung ist auch bei Kindern und Jugendlichen ein fest etabliertes Vorgehen im Alltag stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung.

Zwangsanwendung kommt bei Kindern und Jugendlichen auch bei Schulvermeidung zum Tragen, indem Ordnungskräfte die Kinder zur Schule begleiten – eine Maßnahme, die ebenfalls vom Familiengericht verfügt werden kann, um die Eltern in ihrer erzieherischen Funktion – idealster selbstverständlich im Rahmen eines Gesamttherapieplans – zu unterstützen.

Geschlossene Jugendhilfeeinrichtungen sind nicht in allen Bundesländern in größerer Zahl etabliert und stellen per se die ultima ratio dar, wenn ein pädagogischer Zugang zu einem Kind oder Jugendlichen anders nicht möglich ist. Ein Gutachter muss jeweils prüfen, ob auch andere öffentliche Hilfen anstelle einer geschlossenen Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen gegen dessen Willen geeignet wären, eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden.

Diese Einrichtungen haben ein überregionales Einzugsgebiet, und bieten regelhaft ein gestuftes System der Verminderung von Zwangskontexten an. Auslandspädagogische Maßnahmen werden auch als eine Möglichkeit eingesetzt, um ohne freiheitsentziehende Maßnahmen Handlungen wie Weglaufen (im Wald und auf Inseln nicht möglich), Selbstverletzungen oder schädlichen Drogenkonsum (Nicht-Verfügbarkeit der entsprechenden Substanzen oder Instrumentarien) zu unterbinden – oft leider um den Preis der Entwurzelung aus der Heimatregion und aus der Herkunftsfamilie und Einschränkungen in der Schulbildung.

Daneben besteht die Möglichkeit von kostenintensiven „individualpädagogischen Maßnahmen“ im Inland für Kinder und Jugendliche, die nicht gruppenfähig sind und bei denen durch sehr enge Anbindung an einen oder mehrere Erwachsene eine neue Entwicklung ermöglicht werden soll.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe für intelligenzgeminderte Kinder verfügen in aller Regel über ein sehr breites Repertoire von Zwangs- und freiheitsentziehenden Maßnahmen. Da der § 1631b BGB festlegt, dass eine Genehmigung erforderlich ist, wenn „auf nicht altersgerechte Weise“ Freiheit entzogen werden soll, verbietet sich ein Rückbezug auf den Entwicklungsstand, und alle Maßnahmen geschlossener Führung (geschlossene Wohngruppentür), Vorrichtungen zur Sicherung eines ruhigen Schlafs (beim Betroffenen und den Mitbewohnern) oder zur Abwendung von Selbstverletzungen (Stulpen, Ganzkörperanzüge etc.) sind familiengerichtlich zu genehmigen, wobei die kürzest mögliche Dauer, die geringste Eingriffsintensität zu wählen und in aller Regel eine Entwicklungs-Perspektive zur Beendigung der Maßnahmen zu vereinbaren ist.

Die Etablierung kinder- und jugendpsychiatrischer „Gemeindepsychiatrischer Verbände“ ist im Gegensatz zu denen für Erwachsene vor zusätzliche Hürden dadurch gestellt, dass in der „Hilfeplanung“ (festgelegt als Begriff im SGB VIII mit Zuständigkeit auch für infolge einer psychischen Erkrankung teilhabebeeinträchtigte Kinder und Jugendliche) der Jugendhilfe die Führungsrolle zukommt, während intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche (IQ unter 70) weiterhin im Rahmen der Eingliederungshilfe versorgt werden. Eine „Pflichtversorgung“, so

wünschenswert sie ist, gilt für Einrichtungen und Träger der Jugendhilfe explizit nicht, sondern nur für kurzfristige Inobhutnahmen.

Dennoch bestehen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schulwesen und beruflicher Eingliederung eine Vielzahl von Arbeitskreisen, regionalen Absprachen, arbeitsteiligen Abläufen und gegenseitiger Hilfe auf regionaler Ebene. Die Region Ravensburg-Bodensee, die am Projekt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie teilnahm, hatte für den Bodenseekreis einen jugendpsychiatrischen Verbund mit allen Trägern aus medizinischer jugendpsychiatrischer Versorgung, Jugendamt, Jugendhilfe, Schulverwaltung, Behindertenhilfe und Arbeitsagentur gebildet; gemeinsamen Hilfeplankonferenzen nach dem Vorbild des IBRP für Erwachsene wurden etabliert (aktuell ist der Rahmenvertrag in Überarbeitung durch das Jugendamt). In der Region wird seit Jahren ein enger Austausch zwischen den Jugendhilfeeinrichtungen im Einzugsgebiet, den Jugendämtern und der pflichtversorgenden Klinik gepflegt. Es bestehen vertraglich abgesicherte Absprachen mit den Einrichtungen, in denen auch ein aufsuchender Konsiliardienst durch die Institutsambulanz oder durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater etabliert ist, in Bezug auf die Abwicklung von kurzfristigen Krisenaufenthalten und deren Vermeidung im Vorfeld. Niedergelegt ist etwa das Abprüfen von Alternativen, wie Verbringung in eine andere Gruppe der Einrichtung oder Einbezug der Leitung zur Vermeidung von Zwangsanwendung und -einweisung in die Klinik. Nur eine der Einrichtungen ist seitens des Landesjugendamtes autorisiert, auch selbst Zwang in Form sehr kurzfristiger Isolierungen ausüben zu dürfen – im wiederholten Falle müssten diese familiengerichtlich genehmigt werden.

Oft ist es möglich, eine Zwangsbehandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dadurch zu vermeiden, dass seitens Eltern und Einrichtungen rechtzeitig gehandelt wird, d.h. auch mit einem widerstrebenden Kind oder Jugendlichen eine psychiatrische Vorstellung und erste Behandlung erfolgt. Des Weiteren sollte im Krisenfall seitens der Kliniken nicht aversiv, sondern gewinnend reagiert werden, und bei wiederholten freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne vitale Gefährdung des Betroffenen könnte es sich schlicht – z. B. aus familiendynamischen Gründen – um den falschen Zeitpunkt für eine Behandlung handeln.

10.2. Stellungnahme für die Zielgruppe der Menschen mit Demenz (Prof. Dr. Dr. Michael Rapp)

In einer Studie zu Zwangsmaßnahmen an 8 Kliniken wurden ärztliche Zwangsmaßnahmen in 11 von 37 Fällen bei Patientinnen und Patienten mit einer F0-Diagnose, wozu Demenzen gehören, angewendet. Sie waren nach Patientinnen und Patienten mit einer F2-Diagnose (Störungen des schizophrenen Formenkreises) die zweithäufigste Gruppe. Es kann also geschätzt werden, dass Menschen mit Demenz etwa ein Drittel der zwangsbehandelten Patientinnen und Patienten ausmachen (Adorjan et al. 2016). Köpke et al. (2012) konnten an einer Hamburger Stichprobe zeigen, dass bei 31,5% der Heimbewohner Zwangsmaßnahmen wie Bettgitter, fest verschraubte Tische an Pflegestühlen und Fixierungen durchgeführt wurden. In einer vergleichbaren Stichprobe waren aber nur etwa 50% dieser Maßnahmen richterlich genehmigt (Meyer et al. 2008).

Darüber hinaus gibt es Studien, die zeigen, dass Antipsychotika in Altersheimen häufig unsachgemäß eingesetzt werden, so bei Patientinnen und Patienten mit Apathie, obwohl die Medikation das Zielsymptom verschlechtern kann (Majic et al. 2010). Hier besteht die Befürchtung, dass diese

Medikation zur „Ruhigstellung“ erfolgt. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass verdeckte Medikamentengabe im

Pflegeheim durchaus vorkommt: Rund 40 % der dementen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erhalten dauerhaft mindestens ein Neuroleptikum (Jacobs et al. 2017). „Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten mit Demenz ist wahrscheinlich mit einem erhöhten Risiko für Mortalität und für zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert. Die Behandlung soll mit der geringstmöglichen Dosis und über einen möglichst kurzen Zeitraum erfolgen. Der Behandlungsverlauf muss engmaschig kontrolliert werden.“ (Quelle: LL Demenz). „Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in

Erwägung gezogen wird. Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht effektiv, nicht ausreichend oder nicht verfügbar sind. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, kann eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich sein.“ (LL Demenz). Bei einer Umfrage, die das Wissenschaftliche Institut der AOK 2017 unter 2500 examinieren Pflegekräften durchführte, gaben jedoch 27 % der Pflegekräfte an, regelmäßig und 57 % gelegentlich auf eine ärztliche Verordnung von Psychopharmaka hinzuwirken. (Jacobs et al. 2017)

Komplexe, leitlinien-basierte Interventionen (Training, Unterstützung und Aktivitätstherapie) reduzieren Agitation und herausforderndes Verhalten bei demenzkranken Heimbewohnerinnen und -bewohnern (Rapp et al 2013) und sind somit auch zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen geeignet. Da diese Interventionen per se personalintensiv sind, sind allokatiosethische Gesichtspunkte ebenso bedeutsam bei der Reduktion von Zwang an vulnerablen Menschen mit Demenz wie regulatorische Aspekte, die insbesondere angesichts der hohen Raten an Zwangsmaßnahmen in dieser Personengruppe zwingend erforderlich scheinen.

Literatur:

- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., ... & Falkai, P. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 88(7), 802-810.
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Eds.). (2017). *Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer Verlag.
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *Jama*, 307(20), 2177-2184.
- Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Aichberger, M. C., Treusch, Y., Gutzmann, H., ... & Rapp, M. A. (2010). The pharmacotherapy of neuropsychiatric symptoms of dementia: a cross-sectional study in 18 homes for the elderly in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(18), 320.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 981-990.
- Rapp, M. A., Mell, T., Majic, T., Treusch, Y., Nordheim, J., Niemann-Mirmehdi, M., ... & Heinz, A. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT trial): effects of a cluster-randomized, controlled, guideline implementation trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 690-695.

10.3. Stellungnahme aus Sicht der Forensischen Psychiatrie (Dr. Udo Frank)

Die bundesweiten Bemühungen, Zwangsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Einschränkungen zu erfassen, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu präzisieren und sie mit den verfügbaren Mitteln zu verhindern, sind überfällig und umfassend zu unterstützen. Der damit verbundene Diskurs geht damit einher, dass im Bereich der Allgemeinpsychiatrie die Bereitschaft schwindet, überhaupt Zwang anzuwenden. Insbesondere, wenn dieser der Abwehr von Gefahren für Dritte und nicht der in Behandlung befindlichen Person selbst dienen soll. Entsprechend mehren sich Aufnahmen in den Forensischen Kliniken nach § 63 StGB, bei denen sich die Frage stellt, ob die zugrundeliegenden schweren Gewaltdelikte durch Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Vorfeld zu verhindern gewesen wären.

Wissenschaftlich ist gut belegt, dass von der Gesamtheit der psychisch kranken Personen nicht mehr Straftaten verübt werden, als es dem allgemeinen Durchschnitt entspricht. Allerdings unterscheiden sich die Deliktraten zwischen den Diagnosegruppen markant. Während depressiv Erkrankte eher zu selbstaggressiven Handlungen neigen, ist für Personen mit schweren Verläufen schizophrener Erkrankungen mit Substanzmissbrauch, fehlender Krankheitseinsicht, Ablehnung medikamentöser Behandlung und wiederholten unfreiwilligen Einweisungen in die Allgemeinpsychiatrie ein deutlich erhöhtes Gewalttatenrisiko gut dokumentiert.

Es gibt zu denken, dass die Platzzahlen im Maßregelvollzug nach § 63 StGB bundesweit teilweise deutlich ansteigen und dabei zusätzlich der Anteil an schizophren Erkrankten zunimmt. Auch wenn die komplexen und von vielen Einflüssen bestimmten Einweisungsvorgänge nicht zulassen, monokausale Zusammenhänge zu formulieren, berichten die meisten Kliniken über Umstände im Vorfeld schwerer Delikte, die darauf hinweisen, dass nicht immer die verfügbaren Eingriffsmöglichkeiten angemessen genutzt wurden. Dies hat in jedem Einzelfall dramatische Folgen: für die Geschädigten dieser Gewalttaten, aber auch die psychisch kranken Täter, die neben der doppelten Stigmatisierung als psychisch krank und kriminell auch eine lang währende, potentiell lebenslängliche Freiheitsentziehung als Folge ihres krankheitsbedingten Handelns hinnehmen müssen.

Veränderungen bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Allgemeinpsychiatrie erfordern daher zwingend, dass auch die Auswirkungen auf die Belegung in Forensischen Kliniken sorgfältig im Blick behalten werden. Im Spannungsfeld zwischen Achtung der Menschenwürde psychisch Kranker auf der einen Seite und der Verhinderung teilweise absehbarer schwerer Gewaltdelikte auf der anderen sind unter ethischen Gesichtspunkten stets auch die beträchtlichen nachteiligen möglichen Folgen einer Vermeidung von Zwangsmaßnahmen abzuschätzen.

11. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände ist mehrfach angefragt, die Ergebnisse auf Tagungen zu berichten. Geplant ist eine Vermittlung der Ergebnisse innerhalb der BAG GPV, aber auch darüber hinaus.

In Erwägung gezogen wird eine Veröffentlichung in Buchform.

Es sollen weitere Formate der Verbreitung der Projektergebnisse entwickelt werden, z. B. um andere Akteure aus dem Bereich der Betreuung nach dem BGB zu erreichen.

12. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Geplant sind weitere Treffen der beteiligten Regionen, um die Nachhaltigkeit und die Implementation des Monitoringsystems MoSy VeZ zu fördern.

Es sind im Rahmen des Gesamtprojekts differenzierte Hinweise auf die Förderung von Zwangsvermeidung durch verschiedene rechtliche Strategien erarbeitet worden (siehe Abschlussbericht des ZVP-Projektes). Diese werden ergänzt durch weitere Aktivitäten der Aktion Psychisch Kranke und der BAG GPV zur Umsetzung von rechtlichen Änderungen im Rahmen des Projektes des BMG zum Psychiatrie-Dialog sowie im Rahmen der Beratungen zur Reform des Betreuungsrechts.

13. Publikationsverzeichnis

- „Den Blick beim Thema Zwang erweitern“, Psychosoziale Umschau, 03/2016, 18-21.
„BMG hat Projekte zur Zwangsvermeidung auf den Weg gebracht“, Psychosoziale Umschau, 01/2017, 36.
„Wie kann Zwang im psychiatrischen Hilfesystem vermieden werden?“, Psychosoziale Umschau, 04/2018, 20.
„Entwicklung eines Monitoringsystems zur Vermeidung von Zwang“, Kerbe, 01/2019, 42.

14. Anhang

- | | |
|------------|--|
| Anlage I | Regionenberichte |
| Anlage II | Manual - Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem |
| Anlage III | Regionales Monitoringsystem zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (MoSy VeZ) |

