

Projekthintergrund und Entwicklungsprozess

Kontroverse Debatten um die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwang durchziehen die Psychiatriegeschichte. Über Jahrhunderte wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen mit Hilfe von Ketten, Zwangsjacken und Bändern ihrer physischen Bewegungsfreiheit beraubt sowie in deprimierenden Räumlichkeiten isoliert und eingesperrt. Philippe Pinel in Frankreich oder John Conolly in England sind historische Vorbilder der Suche nach Methoden, Zwang beim Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen einzudämmen. Die Anwendung von Zwang bleibt jedoch auch heute noch – lange nach der Einführung von Psychopharmaka, Psychotherapie und psychosozialer Pflege – eine herausfordernde Realität und der Diskurs um die Grenzen ihrer Legitimität und die Suche nach Strategien zur Vermeidung nehmen richtigerweise eher zu als ab. Viele psychiatrische Professionelle fragen sich dabei jedoch, ob es überhaupt ein realistisches Ziel darstellt, in sämtlichen akuten Krisensituationen – wenn Selbstbestimmungs- und Selbststeuerungsfähigkeit aufgehoben sind und Patienten z.B. in schweren Erregungszuständen sich selbst oder andere gefährden – auf freiheitsentziehende Maßnahmen und andere Formen von Zwang gänzlich zu verzichten. Vor diesem Hintergrund will der vorliegende Band einen praxisorientierten Beitrag leisten. Juristische, fachlich-psychiatrische und ethisch-menschenrechtliche Aspekte sind zusammengeführt worden, um einen „LWL-Standard“ zu begründen, der als Leitlinie und Handlungsempfehlung ein rechtssicheres und patientenorientiertes Handeln unterstützen soll.

Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, die Anwendung von Fixierung oder Isolierung sowie die Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen des Betroffenen schränken hochrangige, grundgesetzlich verbrieft Freiheitsrechte ein. Im Rekurs auf die auch von Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention ist in letzter Zeit wiederholt der komplette Verzicht auf die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie gefordert worden, unter anderem im General Comment No. 1 des Committee on the Rights of Persons with Disabilities vom 19.5.2014 und im Report des United Nations High Commissioner for Human Rights vom 31.1.2017. Neben ihrer formalrechtlichen Bindungswirkung hat die UN-Behindertenrechtskonvention aber vor allem den menschenrechtlichen und ethischen Legitimationsdruck auf Gesetzgeber, Richter, Klinikträger und klinische Praktiker in Richtung einer Ausschöpfung aller Optionen zur Vermeidung von Zwang richtigerweise noch einmal erhöht.

Trends in der aktuellen Rechtsprechung

Die höchstrichterlichen Entscheidungen der letzten Jahre und die damit einhergehenden Novellierungen verschiedener Gesetze (§ 1906 BGB auf Bundesebene, diverse Psychisch Kranken Gesetze in verschiedenen Bundesländern) haben die Grenzlinien zwischen den oben genannten Polaritäten leicht verschoben und verfeinert.

Als Trend zeichnet sich eine Stärkung der Selbstbestimmung von Betroffenen ab („Recht auf Krankheit“). Die Schwelle für die Anwendung von Zwang und die gesetzlichen wie behördlichen Kontrollmechanismen und Dokumentationsanforderungen wurden angehoben. Zusätzlich zeichnet sich ab, die Bestimmungen im Betreuungsrecht, Unterbringungsrecht und Maßregelvollzugsrecht stärker miteinander zu synchronisieren, um zu vermeiden, dass bestimmte Freiheitseinschränkungen je nach individueller Rechtsgrundlage im Einzelfall voneinander abweichen. Dies ist zum Beispiel bei der Frage der Zwangsbehandlung der Fall.

Parallel zur Entwicklung der 1. Auflage des „LWL-Standards“ wurde in Nordrhein-Westfalen das PsychKG novelliert. Darüber hinaus wurde die 1. Auflage des LWL-Standards in Beziehung gesetzt zu der zeitgleichen Entwicklung und Verabschiedung eines neuen Landespsychiatrieplans. Dieser war in einem zweistufigen Prozess erarbeitet worden. In einem ersten Schritt wurden in einem partizipativen Verfahren unter breiter Beteiligung von Fachexperten, Verbänden und nicht zuletzt Selbsthilfe- und Angehörigenverbänden Zielperspektiven für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Allgemeinen und den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen im Besonderen entwickelt und konsentiert. Im zweiten Schritt hat das Ministerium auf dieser Grundlage die finale Fassung des Landespsychiatrieplans erstellt, die dann vom nordrhein-westfälischen Landtag verabschiedet wurde.

Am 24.07.2018 erfolgte dann eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (2 BvR 309/15) zur Fixierung von Patienten, welche auch in Nordrhein-Westfalen entsprechende Änderungen der rechtlichen Vorgaben nach sich gezogen hat. Etwa zeitgleich wurde außerdem die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ veröffentlicht (DGPPN 2018) veröffentlicht, die neben verschiedenen klinischen Aspekten auch ethische und rechtliche Gesichtspunkte ausführlich thematisiert. Diese aktuellen Entwicklungen wurden in der vorliegenden 2. Auflage des LWL-Standards entsprechend berücksichtigt.

Entwicklung innerhalb des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe bis zur Erstauflage

Im PsychiatrieVerbund des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) ergaben sich korrespondierende Diskussionen und Trends, die unter anderem über folgende Etappenschritte in die Entwicklung des LWL-Standards in seiner Erstauflage mündeten:

1. Es lag eine Rundverfügung des Trägers aus den 1990er Jahren vor, die allgemein als nicht mehr zeitgemäß erachtet wurde. Sie akzentuierte stark die rechtlichen Vorgaben und bot den Praktikern wenig klinische Hilfestellung. Parallel waren in verschiedenen LWL-Kliniken „graue“, unpublizierte Konzeptpapiere erstellt worden, die für die tägliche Praxis, Einarbeitung und Schulung auf den Stationen Grundorientierungen zum Beispiel im Bereich des klinischen Procederes, der Dokumentation und einzelner Techniken, z.B. der Deeskalation, vermittelten.

2. Der damalige Landesrat Meinolf Noeker setzte das Ziel, diese internen Vorarbeiten und die zwischenzeitlich in der psychiatrischen Literatur weiter elaborierten Handlungsleitlinien in einer Form aufzubereiten, dass diese als eine gemeinsame, klinikübergreifende Handlungsempfehlung genutzt werden können. Folgende Richtlinien sollten dabei Beachtung finden.
 - Erstens sollte der Text explizit eine die Mitarbeiter stützende und nicht sanktionierende Diktion ausstrahlen.
 - Zweitens sollte sich der Erarbeitungsprozess grundsätzlich den Zielen einer „empirischen Evidenz- und Leitlinienorientierung“ verpflichtet fühlen, soweit dies bei dieser spezifischen Aufgabenstellung im Übergangsbereich zwischen Empirie und normativer Setzung sowie den engen Schnittstellen zu den nicht vorrangig empirischen, sondern eher normativ fundierten Wissenschaften der Rechtswissenschaften und der Medizinethik überhaupt möglich ist.
 - Drittens sollte die breite Heterogenität der örtlich gewachsenen Konzepte und Routinen, die auch innerhalb des LWL-PsychiatrieVerbundes vorfindbar war, reduziert werden, um sich auf eine gemeinsame, verbundweit breit getragene Grundphilosophie zu einigen, ohne damit die wertvollen örtlichen Vorarbeiten zu entwerten. Dabei sollte die Devise gelten, dass im Konfliktfall der „LWL-Standard“ örtliche Routinen bricht. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass sich die vorbestehenden örtlichen Handreichungen im Regelfall gut in den LWL-Standard einfügen ließen.
 - Viertens sollte der Prozess der Entwicklung des Standards „partizipativ“ erfolgen, also nicht als einseitiger, verwaltungsseitiger Akt im Sinne einer Rundverfügung des Trägers, sondern als gemeinsamer Entwicklungsprozess von Trägerverwaltung und klinischen Praktikern, getragen und koordiniert durch das LWL-Forschungsinstitut.
3. Um sicher zu stellen, dass der LWL-Standard wirklich praxistauglich wird, wurden in einem ersten Schritt prototypische „Kasuistiken“ entwickelt, in denen die wesentlichen Aspekte des Vorgehens von freiheitsentziehenden Maßnahmen in den verschiedenen klinischen Situationen zum Tragen kommen. Eine kleine Arbeitsgruppe um Thomas Reker (ehemaliger Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Münster), Volker Wippermann (stellv. Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Hemer) und Georg Juckel (Ärztlicher Direktor des LWL-Universitätsklinikums Bochum) machte sich daran und diskutierte erste Entwürfe entlang typischer klinischer Situationen.
4. Parallel dazu wurden das Thema „Zwang“ und insbesondere auch die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in vielen Kliniken durch die Aktivitäten des Qualitätsmanagements und Zertifizierungsprozesse angestoßen und kritisch bearbeitet. Das in diesem Band vorgestellte Projekt eines „LWL-Standards“ hat dann später stark von dieser pluralen und intensiven Diskussion profitiert.
5. Der offizielle Startschuss erfolgte im Frühjahr 2015 mit einer Beschlussfassung der politischen Gremien des LWL. Im Rahmen des „LWL-Inklusionsplans“ förderte der LWL mit Einsatz von Haushaltsmitteln des Trägers auch die „Entwicklung einer Leitlinie zur Anwendung und Vermeidung von Freiheitsentziehenden

Maßnahmen (FeM) in der psychiatrischen Behandlung“ (s. Beschlussvorlage vom 16.3.2015, Drucksache Nr. 14/0325).

6. Das damalige LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit am LWL-Universitätsklinikum Bochum erhielt im Zuge dieses politischen Beschlusses den Auftrag, dieses Projekt maßgeblich zu koordinieren und logistisch umzusetzen. Das Projektteam sichtete die einschlägige Fachliteratur inklusive nationaler und internationaler Leitlinien und recherchierte alle bis dato vorhandenen internen Richtlinien, Arbeitspapiere sowie Dienstanweisungen etc. der LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie.
7. Vertreter vornehmlich der Ärzteschaft und der Pflege quer durch alle Einrichtungen und Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie des LWL-PsychiatrieVerbundes kamen zu mehreren Konsensuskonferenzen zusammen und diskutierten lebhaft, kontrovers und kollegial die jeweiligen Entwurfsfassungen, bis diese konsentiert waren, ohne dabei die Pluralität im LWL-PsychiatrieVerbund aufgeben zu müssen („Einheit in der Vielfalt“). Dieser Prozess war nicht nur für die Teilnehmer eine ganz besondere Erfahrung, sondern auch für den LWL-PsychiatrieVerbund modellhaft, weil ein wichtiger Teil der psychiatrischen Arbeit durch die Vertreter der Kliniken zusammen mit den Vertretern der Trägerverwaltung und dem Landesrat einvernehmlich geregelt werden konnte. Dieser partizipative Prozess ist sicherlich geeignet, die Bindungswirkung des Dokumentes für die Praxis in den Kliniken und auf den Stationen zu stärken.

Forschungsaktivitäten innerhalb des LWL

Die (Weiter-)Entwicklung des „LWL-Standards“ war und ist eingebettet in eine breiter angelegte Forschungstätigkeit im Themenfeld „Zwang“ seitens des „LWL-Forschungsinstitutes für Seelische Gesundheit“ sowie der „AG Ethik in der Psychiatrie“ an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin des LWL-Universitätsklinikums Bochum mit folgenden Etappenschritten und Projekten:

- Das LWL-Forschungsinstitut startete diesen Forschungsschwerpunkt im Jahre 2010 mit einem Gutachtauftrag durch das neu gegründete Landeszentrum für Gesundheit. Es handelte sich um den ersten Gutachtauftrag, den das Landeszentrum Nordrhein-Westfalen vergeben hatte. Zielsetzung dieser „NRW-Studie“ war es, in einer Kombination aus Auswertungen von vorhandenen Routinedaten, Krankenakten und soziodemographischen Daten sowie detaillierten Befragungen der Kliniken, der Sozialpsychiatrischen Dienste und von Betroffenen die Versorgungswirklichkeit in Nordrhein-Westfalen bezüglich PsychKG-Unterbringungen aufzuklären. Ein Schwerpunkt lag in der Frage, welche Korrelate mit einer „offenen Versorgung“ bzw. einer eher „geschlossenen Versorgung“ einhergehen. Ein zentrales Ergebnis war, dass die Aktivitäten des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, insbesondere der Einsatz der Sozialpsychiatrischen Dienste ein entscheidender Faktor sind, ob es zu mehr oder weniger PsychKG-Unterbringungen kommt. In den (wenigen) psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen, die sich zum damaligen Zeitpunkt explizit als „offen“ verstanden, stellte sich die Situation bezüglich der niedrigeren Anwendung von freiheitsentziehenden Maß-

nahmen wie Fixierungen oder Isolierungen sowie Zwangsbehandlungen deutlich günstiger dar.¹

- Im Jahr 2015 hatte sich das damalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) dankenswerterweise entschlossen, mit der „ZWARED-Studie“ eine Fortsetzung der „NRW-Studie“ zu finanzieren. In dieser 2017 abgeschlossenen Studie sollte die bis dato heterogene Datenlage zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen weiter verbessert werden. Neben einer Befragung der Kliniken und der Analyse weiterer Routinedaten über das Landeszentrum für Gesundheit und das MGEPA wurden diesmal neben den Sozialpsychiatrischen Diensten auch die Polizei und die Gerichte näher untersucht. Zudem war es ein Ziel, eine möglichst umfassende Literaturdatenbank zum Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ aufzubauen und auch für künftige Forschungsfragestellungen zur Verfügung zu stellen. Aus den Projektergebnissen sollten Empfehlungen zur Korrektur, aber auch zur Ergänzung der gegenwärtigen Kurzberichterstattung der psychiatrischen Einrichtungen an das Land entwickelt werden. Ein Abschlussbericht der „ZWARED-Studie“ wurde im Juli 2017 an das MGEPA übermittelt und in weiterer Folge wurden die zentralen Ergebnisse in wissenschaftlichen Publikationen veröffentlicht. Es zeigte sich, dass das sozioökonomische Umfeld sowie die Komplexität der psychiatrischen Versorgung vor Ort die Unterbringungsraten in den psychiatrischen Kliniken beeinflussen.
- Eine bundesweite „Fortsetzung“ der vorgestellten Forschungsaktivitäten war das durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Verbundprojekt „ZIPHER“, in dem unter Leitung von Tilman Steinert (Ravensburg/Ulm) und stellvertretender Leitung von Georg Juckel (Bochum) Kliniken und Institutionen aus Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen sowie Mecklenburg-Vorpommern zusammenarbeiten. Ziel war es, bundesweite Daten für die Allgemeinpsychiatrie, den Maßregelvollzug, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch für die Pflegezentren (SGB XI) und stationären Wohnheime (SGB XII bzw. SGB IX) zu gewinnen und auszuwerten. Darüber hinaus wurde in Schwerpunktregionen das dichte Geflecht in den Abläufen der Durchführung von Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen detaillierter untersucht sowie in Fokusgruppen eine dialogische Perspektive im Hinblick auf die Anwendung und Möglichkeiten zur Reduktion von freiheitsentziehenden Maßnahmen eingenommen. Veröffentlichungen zu diesem Projekt können beim LWL-Universitätsklinikum Bochum erfragt werden.
- Aspekte der „offenen Psychiatrie“ wurden vertiefend in einem durch die Medizinische Fakultät der Ruhr-Universität Bochum („FoRUM-Programm“) geförderten Projekt erforscht. Ein quantitatives Teilprojekt untersuchte in Kooperation mit weiteren Kliniken in Nordrhein-Westfalen die vielfältigen Auswirkungen von offenen Versorgungsformen, während in einem in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum

1 Ein Überblick zu zentralen Ergebnissen findet sich in Juckel G, Haußleiter IS (2015) Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? Psychiat Prax 2015; 42: 133–139. Darüber hinaus sind zahlreiche weitere Publikationen entstanden, die beim LWL-Universitätsklinikum angefragt werden können.

durchgeführten qualitativen Teilprojekt persönliche Erfahrungen und Einstellungen von Betroffenen und Professionellen zu offenen Versorgungskonzepten erfragt wurden. Die veröffentlichten Ergebnisse konnten die Voraussetzungen für das Gelingen einer „offenen Psychiatrie“ darstellen sowie positive Aspekte auf die Wahrnehmung des Behandlungssettings nachweisen.

- Neben den bereits beschriebenen Projekten wurde in den letzten Jahren eine vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales geförderte Studie zu Behandlungsvereinbarungen und ihren Auswirkungen auf die Anwendung von Zwang durchgeführt. Unter Leitung von Martin Driessen (Bielefeld) und Georg Juckel (Bochum) erforschten mit Bielefeld, Bochum, Marsberg, Neuss und Bonn fünf Kliniken in Nordrhein-Westfalen die Effekte von Behandlungsvereinbarungen über einen mehrjährigen Verlauf bei schizophrenen Patienten dahingehend, ob und inwiefern eine abgeschlossene Behandlungsvereinbarung dazu beitragen kann, die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren. Die Ergebnisse dieser Studie wurden kürzlich im Deutschen Ärzteblatt publiziert (DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0384).
- Seit September 2018 ist am LWL-Universitätsklinikum Bochum und am Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum die BMBF-Forschungsgruppe SALUS angesiedelt. Diese beschäftigt sich in interdisziplinären Projekten mit verschiedenen ethischen Aspekten im Spannungsfeld von Autonomie, Patientenwohl und Sicherheit bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Setting. Hieraus sind zahlreiche Publikationen in nationalen und internationalen Zeitschriften entstanden.
- Seit 2022 wurde am LWL-Universitätsklinikum Bochum (Jakob Gather, Georg Juckel,) in Zusammenarbeit mit Tanja Henking (Würzburg) und Tilman Steinert (Ravensburg/Ulm) im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) das Projekt „Evaluierung des Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten vom 17. Juli 2017“ durchgeführt. Es wurde 2023 abgeschlossen (Schlussbericht: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2024_Forschungsbericht_Zwangsmassnahmen_BR.html).

Entwicklungs- und Überarbeitungsprozess

Bezüglich der Anwendung und Vermeidung von FeM und Zwangsbehandlungen gibt es mittlerweile eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur. Sowohl national (vgl. beispielweise die 2018 erschienene S3-Leitlinie der DGPPN „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“; DGPPN 2018) als auch international (vgl. beispielsweise die zuletzt 2015 aktualisierte britische NICE Guideline „Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings“; The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2015) sind daraus in den letzten Jahren umfangreiche und methodisch fundierte Leitlinien für die klinische Praxis entstanden. Es wird je-

doch auch immer wieder darauf hingewiesen, dass aus forschungsethischen Gründen für bestimmte Interventionen kein hohes Maß an Evidenzbasierung erreicht werden kann, da es z.B. nicht zulässig wäre, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie bestimmte sichernde Maßnahmen bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung zu Forschungszwecken zu unterlassen. Aus diesem Grund wird bei vielen Aspekten von FeM oder Zwangsbehandlungen auf Konsensusempfehlungen („gute klinische Praxis“) zurückgegriffen (Steinert und Lepping 2011; Steinert 2014).

Vor diesem Hintergrund wurde für die Erarbeitung der 1. Auflage dieses LWL-Standards folgendes Vorgehen gewählt:

1. Erstellung einer Materialsammlung LWL-interner Dokumente zu FeM und Zwangsbehandlungen (z.B. Formulare zur Dokumentation, Dienstanweisungen, interne Leitlinien/Empfehlungen) zur Nutzung vorhandener Strukturen und Anknüpfung an etablierte Standards in den LWL-Kliniken.
2. Umfangreiche Literaturrecherche über pubmed und google scholar mit dem Ziel, Empfehlungen auf wissenschaftlicher Grundlage zu entwickeln.
3. Durchführung zweier eintägiger Workshops mit Landesrat Professor Noeker und den Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren der LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie zur ausführlichen Diskussion aller einschlägigen Themenbereiche im Juni und Juli 2016.
4. Abschließende Konsensuskonferenzen mit Landesrat Professor Noeker und den Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren der LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie zur finalen Abstimmung des LWL-Standards im September und Dezember 2016.
5. LWL-Fortbildungstag im März 2017 in Bochum zum Thema *„Zwang in der Psychiatrie reduzieren – aktuelle Entwicklungen und Ansätze“* mit Vorstellung des LWL-Standards und Vertiefung in einem Workshop.

Für die Entwicklung der 2. Auflage wurde hieran angelehnt ein an die Umstände der COVID-19-Pandemie angepasstes Verfahren gewählt:

1. Sichtung der neuen wissenschaftlichen Literatur und Abgleich mit der 1. Auflage des LWL-Standards (Frühjahr 2020).
2. Videokonferenz mit einem Teil der Teilnehmer aus den ersten Konsensuskonferenzen zur Diskussion der Punkte mit identifiziertem Überarbeitungsbedarf (Juli 2020).
3. Abschließende Video-Konsensuskonferenz zur Abstimmung der aktualisierten 2. Auflage des LWL-Standards (September 2020).
4. Aktualisierung im Hinblick auf rechtliche Änderungen (März 2023).

Dank an alle Projektbeteiligten

Der in diesem Buch vorgestellte „LWL-Standard“ ist im besten Sinne ein Gemeinschaftsprojekt. Alle beteiligten Personen und Institutionen werden daher im Folgenden namentlich genannt. Herrn Wolfgang Pabst und seinem Verlag danken wir sehr herzlich für die engagierte Unterstützung bei der Realisierung dieses Projekts.

Dieses Projekt wurde durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Rahmen des Aktionsplans „Inklusion“ finanziell gefördert (Projektlaufzeit: 2015 bis 2017).

An der Entwicklung der 1. Auflage des LWL-Standards für die Erwachsenenpsychiatrie waren die folgenden Personen beteiligt:

- LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, Münster: Meinolf Noeker, Sebastian Janning
- LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit: Jakov Gather, Janice Kalagi, Maria Janik, Anna Werning, Anita von Lünen, Ida Sibylle Haußleiter, Knut Hoffmann, Georg Juckel
- LWL-Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie: Hans-Jörg Assion (Dortmund), Yvonne Auclair (Dortmund), Hildegard Bartmann-Friese (Marsberg), Stefan Bender (Marsberg), Stephan Bögershausen (Lengerich), Rüdiger Bongartz (Hemer), Uwe Braamt (Herten), Marion Brand (Bochum), Magnus Eggers (Lippstadt / Warstein), Mark Fiege (Paderborn), Cordula Haaß (Paderborn), Thomas Hundt (Gütersloh), Michael Lison (Münster), Hubert Lücke (Lippstadt / Warstein), André Nienaber (Gütersloh), Christine Norra (Paderborn), Ewald Rahn (Lippstadt / Warstein), Thomas Reker (Münster), Gerhard Reymann (Dortmund), Harald Sammetinger (Herten), Gudrun-Christiane Scheidler (Dortmund), Kai Schröder (Hemer), Jutta Settelmayer (Münster), Bernward Siegmund (Lengerich), Luc Turmes (Herten), Helene Unterfenger (Lippstadt / Warstein), Michaela Vornholt (Marsberg), Volker Wippermann (Hemer), Andreas Wolff (Herten)
- LWL-Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Sabine Schultheis (Marl-Sinsen)

Das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat den Text der 1. Auflage des LWL-Standards zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie freundlicherweise geprüft und noch einige wertvolle Anregungen gegeben, die in den Text eingearbeitet worden sind.

An der Überarbeitung und Entwicklung der 2. Auflage zur Erwachsenenpsychiatrie waren die folgenden Personen beteiligt:

- Marion Brand (Bochum), Patrick Debbelt (Hemer), Simone Efke (Bochum), Holger Foullois (Münster), Jakov Gather (Bochum), Sebastian Janning (Münster), Georg Juckel (Bochum), Konstantin Juckel (Bochum), Svenja Krüger (Bochum),

Michael Löhr (Gütersloh), Meinolf Noeker (Münster), Christine Norra (Paderborn), Kai Schröder (Hemer), Michael Schulz (Gütersloh), Oliver Thedieck (Hemer), Peter Thiemann (Marsberg)

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG Österreich	Bundesministerium für Gesundheit Österreich
BV	Behandlungsvereinbarungen
BVC-CH	erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FeM	freiheitsentziehende Maßnahme
IB	intensivierte Betreuung
KIS	Krankenhausinformationssystem
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MDAC	Mental Disability Advocacy Center
MGEPA	ehemaliges Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen
NAGS	Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PIB	Psychiatrisches Intensivbett
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale – Revised
StGB	Strafgesetzbuch

StPO	Strafprozessordnung
------	---------------------

ZEKO	Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
------	--

2 Einführung

Menschen mit psychischen Störungen haben genauso wie Menschen mit körperlichen Erkrankungen grundsätzlich das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie sich medizinisch behandeln lassen möchten oder nicht. Dies gilt prinzipiell auch in Situationen, in denen eine psychiatrische Behandlung als medizinisch indiziert anzusehen ist, d.h. Ärzte² oder Mitglieder anderer Gesundheitsprofessionen einem Patienten dazu raten, sich in eine psychiatrische Behandlung zu begeben.

Gleichwohl sieht das deutsche Recht sowohl auf der Ebene des Betreuungsrechts (Bundesgesetz) als auch des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) (Landesgesetz) unter ganz bestimmten und engen rechtlichen Voraussetzungen eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und ggf. auch weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) oder eine medizinische Behandlung gegen den sog. natürlichen Willen eines Patienten vor. Zwar befindet sich die weit überwiegende Zahl von Patienten mit psychischen Störungen freiwillig in einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung, jedoch erfolgen deutschlandweit ca. 5 % aller Aufnahmen unfreiwillig auf der Grundlage des Betreuungsrechts und ca. 6 % unfreiwillig auf der Grundlage der Psychisch-Kranken-Gesetze/Unterbringungsgesetze der Länder (Steinert et al. 2014). In absoluten Zahlen sind in den letzten Jahren sowohl die Unterbringungen nach Betreuungsrecht (Valdes-Stauber et al. 2012) als auch die Unterbringungen nach dem PsychKG (Juckel und Haußleiter 2015) angestiegen.

Zum Anderen geht es um Fragen der rechtlichen wie therapeutisch-pflegerischen Kompetenz im Umgang mit akut eskalierten Krisen. Der hier vorgestellte LWL-Standard bietet konkrete Handlungsleitlinien und Empfehlungen, wie man mitunter binnen Sekunden die richtigen Worte findet, die richtige Entscheidung trifft und das Richtige tut. Wir unternehmen mit diesem Leitfaden also nicht nur Gutes für die Patientinnen und Patienten. Auch unsere Mitarbeiter sollen im Umgang mit diesen auch für sie häufig sehr strapaziösen und herausfordernden Situationen gestärkt werden. Der LWL-Standard gibt ein zusätzliches Maß an Rechtssicherheit, er bietet eine Plattform für die Einarbeitung neuer Kollegen, für die Fortbildung und Schulung zum Beispiel im Bereich von Prävention und Deeskalation sowie für den kritisch-kollegialen Austausch bei der Nachbesprechung bestimmter zugespitzter Krisenepisoden.

Mitarbeitende in einem psychiatrischen Krankenhaus sind regelmäßig mit Situationen konfrontiert, in denen die Durchführung einer FeM oder Zwangsbehandlung zur Diskussion steht oder gar vollzogen werden muss. Dabei geraten sie häufig in schwierige Abwägungsprozesse zwischen Sicherheits- und Freiheitsinteressen und werden mit unterschiedlichen Erwartungen verschiedener Akteure (Patienten, Angehörige, Polizei, Gerichte, rechtliche Betreuer u.v.m.) konfrontiert.

Der LWL-Standard soll nach außen wie innen die generelle Positionierung des Krankenhausträgers kommunizieren, dass wir gewillt sind, Zwang so weit wie möglich entbehrlich zu machen. Diese Positionierung schließt übrigens ebenso ein, ohne

2 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit benutzen wir im LWL-Standard die generische maskuline Form, sofern wir uns nicht explizit auf geschlechtsspezifische Aspekte beziehen.

Beschämung zur Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen „zu stehen“, wenn diese tatsächlich im Interesse des Betroffenen und seiner Umgebung aus rechtlicher, psychiatrisch-fachlicher und ethischer Perspektive geboten ist. Denn wir haben nicht nur eine Verantwortung für die Reduzierung von Zwang, sondern auch für den Schutz der anderen gefährdeten Rechtsgüter. Dies bestätigen betroffene Patienten vielfach, wenn sie im Rückblick sagen, dass die Anwendung von Zwang die richtige Entscheidung war.

Ausgehend von mehreren höchstrichterlichen Entscheidungen in den letzten Jahren hat sich zuletzt eine intensive interdisziplinäre Debatte darüber entwickelt, wie die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie juristisch und ethisch legitimiert werden kann und welche medizinischen Aspekte dabei zu berücksichtigen sind (u.a. Henking und Vollmann 2015). Angesichts der Tatsache, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen und -behandlungen um schwere Grundrechtseingriffe handelt, herrscht über Disziplinargrenzen hinweg Einigkeit darüber, dass ein zentrales Ziel darin bestehen muss, Maßnahmen gegen den Patientenwillen weitmöglich zu vermeiden und mildere Alternativen zu entwickeln und einzusetzen (ZEKO 2013a; DGPPN 2014). Ärzten und Mitgliedern anderer Gesundheitsprofessionen kommt dabei trotz der Vielzahl an rechtlichen Vorgaben ein Entscheidungs- und Handlungsspielraum zu, den es in der klinischen Praxis verantwortungsvoll und ethisch begründet auszufüllen gilt (Bruns et al. 2015). Nationale und internationale Studien zeigen, dass sich einzelne Kliniken in der Art und Häufigkeit von angewendeten Zwangsmaßnahmen und -behandlungen erheblich unterscheiden (Martin et al. 2007a; Raboch et al. 2010; Lay et al. 2011; Jacobsen 2012; Brieger et al. 2014; Steinert et al. 2014; Bruns und Henking 2015). Aus ethischer Perspektive ist dieser Befund als problematisch einzustufen, da die Wahrscheinlichkeit für einen Patienten, einer FeM oder Zwangsbehandlung unterworfen zu werden, nicht davon abhängen darf, wo er sich gerade aufhält bzw. in welcher Klinik oder nach welcher Rechtsgrundlage er untergebracht ist. Dies zeigt, dass sehr viel Handlungsbedarf „unterhalb“ von Gesetzen besteht. Diesen Handlungsbedarf unterhalb gesetzlicher Bestimmungen greift der vorliegende LWL-Standard auf. Alleine auf dem Wege der Neufassung gesetzlicher Bestimmungen kann die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen also nicht erreicht werden. Kliniken und Krankenhausträger sind daher aufgerufen, entsprechende Strukturen, Prozesse und Standards zu etablieren, die eine ethisch, rechtlich und medizinisch legitimierte Entscheidung für oder gegen Maßnahmen gegen den Patientenwillen ermöglichen und zu einer weitmöglichen Reduktion von Zwang in der Psychiatrie beitragen.

Diesem Anspruch folgend hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) im Jahr 2015 im Rahmen des Aktionsplans „Inklusion“ die Entwicklung des LWL-Standards mit LWL-Haushaltsmitteln gefördert. Dies darf als Beleg gewertet werden, dass auch die politischen Fraktionen der Landschaftsversammlung mit ihrem einstimmigen Votum die Anliegen und die Methodik dieser Leitlinie stützen.

Auch die Entstehung und Umsetzung dieses Standards verdient Beachtung. Die unterschiedlichen Kompetenzen innerhalb des LWL-PsychiatrieVerbundes sind hier wirksam gebündelt worden. In einem partizipativen Verfahren haben die LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen des Trägers und der damals zuständige Landesrat Prof. Dr. Meinolf Noeker, das LWL-Forschungsinstitut für See-

lische Gesundheit unter Leitung von Prof. Dr. Georg Juckel, ärztliche wie pflegerische Mitglieder der Betriebsleitungen sowie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Ärzteschaft, Therapie und Pflege ihre jeweilige Expertise kollegial und zielorientiert eingebracht.

Die vorliegenden Empfehlungen bilden das Resultat dieses Projekts, seiner Fortschreibung und richten sich an Mitarbeiter aller an der Behandlung von psychisch kranken Patienten beteiligten Berufsgruppen innerhalb des LWL.

Das Dokument gliedert sich in „Definitionen“, „rechtliche Vorgaben“ (im Text hellgrau unterlegt), „LWL-Standard“ (im Text dunkelgrau unterlegt) sowie „Zusätzliche Informationen und Erläuterungen“. Die als „LWL-Standard“ ausgewiesenen Abschnitte umfassen diejenigen Themenbereiche, die rechtlich nicht geregelt, jedoch innerhalb des LWL konsentiert worden sind. Sie sind grundsätzlich wie die rechtlichen Vorgaben als verbindlich zu betrachten.

Die LWL-Maßregelvollzugseinrichtungen sowie die integrierte Versorgung von Maßregelvollzugspatienten in den Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes sind von diesem Standard ausgenommen. Hier gelten die besonderen Regelungen zu Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen nach dem Strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetz NRW – StrUG NRW.

3 Ziele

Die Orientierung an klinikinternen oder trägerübergreifenden Leitlinien bei der Durchführung und Dokumentation von FeM und Zwangsbehandlungen wird heutzutage als wichtiges Qualitätsmerkmal in diesem rechtlich komplexen und ethisch sensiblen Bereich angesehen (Steinert und Lepping 2011; Oud et al. 2019; Steinert und Schmid 2014; Neitzke et al. 2015; SAMW 2015). Vor diesem Hintergrund verfolgt der LWL-Standard die folgenden Ziele:

- **Verbesserung des Mitarbeiterwissens und –handelns unter rechtlichen, ethischen und klinischen Gesichtspunkten**

Damit Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses eine rechtlich und ethisch legitimierte Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer FeM oder Zwangsbehandlung treffen können, benötigen sie fundierte Kenntnisse über rechtliche Vorgaben einerseits und ethisch relevante Aspekte im Kontext von Zwang in der Psychiatrie andererseits. Daneben müssen sie über entsprechende medizinische bzw. praktische Kenntnisse verfügen, um stets mildere Alternativen prüfen zu können bzw. die Durchführung einer FeM oder Zwangsbehandlung so sicher und schonend wie möglich vollziehen zu können. Berufsanfängern soll dieser LWL-Standard eine strukturierte Einarbeitung in die komplexen Sachverhalte auf diesem Themengebiet ermöglichen und Unterstützung bei der klinischen Entscheidungsfindung und beim klinischen Handeln bieten. Mitarbeitern, die schon länger im psychiatrischen Krankenhaus tätig sind, sollen sie dabei helfen, ihr bereits vorhandenes Wissen um neuere rechtliche Vorgaben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu ergänzen sowie ihr bisheriges klinisches Handeln kritisch zu reflektieren und ggf. an bestimmten Stellen zu verbessern. Dieser LWL-Standard wird daher jedem Mitarbeiter des LWL, der an der Patientenversorgung beteiligt ist, zur Verfügung gestellt.

- **Einheitliche und lückenlose Dokumentation von FeM und Zwangsbehandlungen**

Die weitmögliche Vermeidung von FeM und Zwangsbehandlungen stellt einen wichtigen Qualitätsindikator einer guten psychiatrischen Behandlung dar (Steinert et al. 2015). Einer standardisierten Dokumentation durchgeführter FeM und Zwangsbehandlungen kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu. In Deutschland gibt es mit dem „Arbeitskreis Gewaltprävention“ (ebd.; Steinert 2011b³) sowie dem „Arbeitskreis Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ (Ketelsen et al. 2007) zwei Zusammenschlüsse verschiedener psychiatrischer Kliniken, die sich im Sinne eines Benchmarkings das Ziel gesetzt haben, ihre klinische Praxis miteinander zu vergleichen und sich gegenseitig bei der Reduktion von Zwang in der Psychiatrie zu unterstützen. Die einheitliche und lückenlose Dokumentation von FeM und Zwangsbehandlungen innerhalb des LWL und eine damit einhergehende wissenschaftliche Begleitforschung sollen dazu beitragen, Transparenz nach außen (d.h. gegenüber Betroffenen und der Öffentlichkeit) herzustellen,

³ Weitere Informationen finden sich unter www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de (Zugriff: 09.03.2017).

Problembereiche zu identifizieren und mit Blick auf die Reduktion von Zwang in der Psychiatrie gegenseitig voneinander zu lernen (vgl. hierzu das Motto des Arbeitskreises Gewaltprävention: „Lernen von den Besten!“; Steinert et al. 2015). Die Identifizierung von Problembereichen stellt dabei eine Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Verbesserungsansätze und Präventionsmaßnahmen dar.

- **Zurverfügungstellung von wissenschaftlicher Literatur**

Aufgrund der mit Blick auf ihre Praktikabilität gebotenen Kürze dieses LWL-Standards können nicht alle Aspekte der Thematik vertiefend dargelegt werden. Im Anhang finden sich daher neben der zitierten Literatur weitere Hinweise auf thematisch relevante wissenschaftliche Bücher und Leitlinien.

4 Rechtliche Grundlagen freiheitsentziehender Maßnahmen

4.1 Grundlagen von Unterbringungen

Sowohl die freiheitsentziehende Unterbringung als auch weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) bzw. Zwangsmaßnahmen stellen für die betroffene Person einen schwerwiegenden Eingriff in ihre Freiheitsgrundrechte dar. Gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes ist die Freiheit der Person unverletzlich. Freiheit der Person im Sinne dieser Vorschrift bedeutet körperliche Bewegungsfreiheit. In diese Freiheit darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Die Rechtsgrundlagen der Unterbringung der betroffenen Person und deren Voraussetzungen sind daher unbedingt zu beachten.

Gemäß § 239 Abs. 1 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt. Die Strafvorschrift schützt die Fortbewegungsfreiheit (Freiheit zur Ortsveränderung).

Eine Unterbringung von Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus ist sowohl nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB, Bundesrecht) als auch nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG, Landesrecht NRW) möglich.

Im Folgenden werden die Unterbringungsarten genauer dargestellt:

4.2 Betreuungsrechtliche Unterbringung nach § 1831 BGB

Rechtliche Vorgaben

§ 1831 BGB

(1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil

1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geis-

tigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

Eine betreuungsrechtliche Unterbringung setzt grundsätzlich das Vorhandensein eines rechtlichen Betreuers/Bevollmächtigten⁴ voraus, der die Genehmigung der Unterbringung formal beantragt. Ein Betreuer hat die Befugnis zur Unterbringung nur dann, wenn er die Aufgabenkreise „Gesundheitssorge“ und „Aufenthaltsbestimmung“ innehat. Die Unterbringung durch den Betreuer wird durch das Betreuungsgericht genehmigt. Zuvor muss der Betroffene persönlich durch einen Richter angehört und durch einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Arzt mit Erfahrungen auf diesem Gebiet nach persönlicher Untersuchung begutachtet worden sein (sog. Sachverständigengutachten). Der die Unterbringung anregende Arzt darf nicht zum Gutachter bestellt werden (Scherr 2015, 64).

Beachte: Eine akute Fremdgefährdung kann keine Voraussetzung für eine zivilrechtliche Unterbringung sein.

Im psychiatrischen Akutkrankenhaus kann es vorkommen, dass eine Unterbringung eilig erfolgen muss, um einen drohenden erheblichen Gesundheitszustand für den Betroffenen abzuwenden. Für solche Situationen ist eine einstweilige Unterbringung möglich. Die unterschiedlichen Konstellationen werden im Folgenden modifiziert nach Henking und Mittag 2015, 39-47, dargestellt:

Konstellation 1: Betreuer bereits bestellt

- Voraussetzungen nach § 331 FamFG: dringende Gründe sprechen für die Annahme, dass die Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen; dringendes Bedürfnis für sofortiges Tätigwerden
- ärztliches Attest (kein Gutachten)
- ggf. Bestellen eines Verfahrenspflegers
- richterliche Anhörung

Konstellation 2: Betreuer bereits bestellt, aber nicht erreichbar

- einstweilige Unterbringung kann wegen fehlender Erklärung des Betreuers zunächst nicht genehmigt werden
- § 1867 BGB ermöglicht es dem Gericht, „die dringend erforderlichen Maßnahmen zu treffen“
- notwendige Erklärung des Betreuers kann durch das Gericht „ersetzt“ werden (§ 334 FamFG), somit auch einstweilige Unterbringung nach § 331 FamFG
- ansonsten analog zu Konstellation 1

⁴ Betreuer und Bevollmächtigte sind im Unterbringungsrecht grundsätzlich gleichgestellt (§ 1831 Abs. 5 BGB i.V.m. § 1820 Abs. 2 BGB). Es bedarf einer schriftlichen Vollmacht, die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation anwendbar ist.

Konstellation 3: Betreuer bereits bestellt, Aufgabenkreise nicht ausreichend

- analog zu Konstellation 1 und 2
- Eines ärztlichen Attestes bedarf es nicht, wenn die beabsichtigte Erweiterung des Aufgabenkreises nicht wesentlich ist oder das letzte Attest nicht älter als 6 Monate (§ 293 Abs. 2 FamFG)

Konstellation 4: Betreuer noch nicht bestellt

- Durch das Gericht kann per einstweiliger Anordnung ein vorläufiger Betreuer bestellt werden (§ 300 FamFG) (Gericht muss durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass dem Betroffenen ein vorläufiger Betreuer zur Seite gestellt wird, im Zweifel muss die örtliche Betreuungsbehörde selbst die Betreuung als Behördenbetreuer übernehmen).
- ansonsten analog zu Konstellation 1

4.3 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG

Rechtliche Vorgaben

§ 11 PsychKG

1. Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
2. Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.
3. Die Anordnung der Unterbringung ist aufzuheben, wenn Maßnahmen nach den in § 1 Abs. 3 genannten Bestimmungen erfolgt sind.

§ 12 PsychKG

Die Unterbringung wird auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom zuständigen Amtsgericht angeordnet. Dem Antrag ist ein den §§ 321 und 331 FamFG, bei Minderjährigen in Verbindung mit §§ 167 Absatz 1 und 6 sowie 151 Nummer 7 FamFG, entsprechendes ärztliches Zeugnis beizufügen. Antragstellung und Unterbringung sind von der örtlichen Ordnungsbehörde zu dokumentieren und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde unverzüglich mitzuteilen.

Voraussetzung für eine Unterbringung nach PsychKG ist demnach das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die mit einer gegenwärtigen erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung einhergeht, welche nicht anders (z.B. durch eine ambulante Therapie oder eine freiwillige stationäre Behandlung) abzuwenden ist. Zu den bedeutenden Rechtsgütern anderer zählt neben dem Rechtsgut Gesundheit auch das Rechtsgut Eigentum. Die fehlende Behandlungsbereitschaft alleine rechtfertigt keine Unterbringung.

Grundsätzlich ist das PsychKG nach § 11 Abs. 3 nachrangig, sodass eine familien- oder betreuungsrechtliche Unterbringung zunächst zu prüfen ist.

Eine Fremdgefährdung (Gefährdung Dritter) ist eine Situation, in der bei ungehindertem Ablauf des objektiv zu erwartenden Geschehens in absehbarer Zeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Schaden für die in § 11 PsychKG genannten Rechtsgüter eintreten wird. Bei Gefahrprognose kann berücksichtigt werden: frühere Krankheitsverläufe, Verhaltensmuster oder -abläufe des Betroffenen, aber auch seine bisherige Entwicklung und Krisenanfälligkeit.

Eine Gefahr ist gegenwärtig, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. Notwendig ist zudem eine Kausalität zwischen der Erkrankung des Betroffenen und der Gefährdungslage. Die Unterbringung muss zudem stets dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Das bedeutet, dass im Rahmen einer Güterabwägung der mit der Unterbringung verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit mit der von dem Betroffenen ausgehenden Gefahr ins Verhältnis gesetzt werden muss.

Die Unterbringung nimmt die örtliche Ordnungsbehörde vor (sofortige Unterbringung ohne gerichtliche Entscheidung, Antrag ist unverzüglich nachzuholen) bzw. beantragt die Anordnung der Unterbringung beim Amtsgericht. Bei der sofortigen Unterbringung durch die Ordnungsbehörde ist zu beachten: Ist die Unterbringung nicht bis zum Ablauf des auf den Beginn der sofortigen Unterbringung folgenden Tages durch das Gericht angeordnet, ist der Betroffene zu entlassen.

Zu beachten ist ferner:

Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden (§ 10 Abs. 2 PsychKG). Die Erforderlichkeit der Unterbringung ist täglich ärztlich zu überprüfen (§ 17 Abs. 3 PsychKG). Ein täglicher Aufenthalt im Freien, in der Regel für mindestens eine Stunde, ist zu ermöglichen (§ 16 Abs. 1 PsychKG).

4.4 Weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen

Im Rahmen der freiheitsentziehenden Unterbringung sind teilweise weitergehende freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) notwendig. Diese liegen vor, wenn eine Person gegen ihren natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen oder auf andere Weise in ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und sie diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann. FeM in diesem Sinne dürfen nur im Rahmen der Unterbringung vorgenommen werden (zur Notwehr/rechtfertigender Notstand siehe Kap. 3.5) und bedürfen nach allen Rechtsgrundlagen der Unterbringung einer gerichtlichen Genehmigung bzw. Anordnung (PsychKG):

Rechtliche Vorgaben

§ 1831 BGB

1. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

§ 20 PsychKG

1. Besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter Dritter sind ausschließlich
2. Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
3. Unterbringung in einem besonderen Raum,
4. Festhalten statt Fixierung oder
5. Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel

Sie dürfen nur dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann. Soweit es sich um die Anwendung unmittelbaren Zwangs nach den Nummern 2, 3 und 4 handelt, ist jeweils die Maßnahme anzuwenden, die am wenigsten in die Rechte der Betroffenen eingreift.

FeM können sein:

- a) Fixieren des Patienten durch mechanische Vorrichtungen:
 - Aufstellen von Bettgittern
 - Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
 - Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
 - Gezielter Einsatz von Niederflurbetten

- Befestigen von Therapie-/Stecktischen am (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Fixiergurten
- Anlegen von Schutzhelmen
- Feststellen des Rollstuhls

b) Sicherungsmaßnahmen:

- Abschließen der Zimmertüren
- Abschließen der Station
- Verriegelung von bekannten und benutzbaren Ausgängen
- komplizierte Schließmechanismen an Türen und Fenstern (Trickschlösser)
- hoch angebrachte Türgriffe/Drehknaufe
- gesicherte Aufzüge

Entscheidend ist immer die Möglichkeit eines Patienten, selbständig eine Tür / ein Fenster zu öffnen.

c) Festhaltetechniken:

Vorübergehendes Festhalten („manual restraint“) ohne Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel wird als ein Weg angesehen, um länger andauernde mechanische Fixierungen („mechanical restraint“) zu vermeiden.

d) Sonstige Vorkehrungen:

- Zurückhalten am Hauseingang durch Personal
- Wegnahme von Bekleidung (z.B. Schuhe)
- Wegnahme von Fortbewegungsmitteln (z.B. Rollstuhl)

Diese Aufstellung ist nicht als abschließend zu betrachten. Allein bei nach PsychKG untergebrachten Patienten ist die Aufzählung der in § 20 Abs. 1 PsychKG aufgeführten Maßnahmen abschließend. In diesen Fällen sind andere Maßnahmen unzulässig. Die Zulässigkeit der jeweiligen FeM richtet sich stets nach der entsprechenden Rechtsgrundlage der Unterbringung also nach dem Vormundschaftsrecht, dem Betreuungsrecht bzw. dem PsychKG.

Grundsätzlich können FeM in jeder Notfallsituation erforderlich werden. Dies gilt prinzipiell unabhängig von der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. Auch die fürsorglichste Anwendung „zum Schutze des Betroffenen“ nimmt der Maßnahme nicht den einschneidenden Charakter.

Keine FeM liegt vor,

- wenn der Patient wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat. Voraussetzung dafür ist die Einwilligungsfähigkeit.

Ein Patient kann nur wirksam einwilligen, wenn er über den maßgeblichen natürlichen Willen verfügt und einsichtsfähig ist. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten an. In diesen Fällen kann auf eine richterliche Genehmigung verzichtet werden. In Zweifelsfällen sollte daher um eine gerichtliche Entscheidung nachgesucht werden.

Die Einwilligung muss sich jeweils auf die konkrete Situation beziehen und kann jederzeit widerrufen werden. Verliert der Patient z.B. infolge einer Erkrankung die natürliche Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam. Die wirksame Einwilligung wird in der Dokumentation festgehalten. Es empfiehlt sich, die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit vom behandelnden Arzt bzw. von der behandelnden Ärztin in regelmäßigen Zeitabständen schriftlich bestätigen zu lassen.

- wenn der Patient zu einer Fortbewegung überhaupt nicht in der Lage ist und nicht zu erkennen gibt, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist.
- wenn der Patient nicht den Willen hat, seinen Aufenthaltsort zu verlassen oder hierzu körperlich nicht in der Lage ist.

Zur Anwendung der FeM siehe Kapitel 5.

4.5 Notwehr und rechtfertigender Notstand

Rechtliche Vorgaben

§ 32 StGB Notwehr

1. Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.
2. Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Sowohl die Unterbringung als auch FeM können ausnahmsweise bei Gefahr im Verzug für kurze Zeit⁵ unter den Voraussetzungen der Notwehr (Abwehr eines Angriffes) oder des rechtfertigenden Notstandes (Abwendung einer konkreten erheblichen Gefahr für den Patienten selbst oder einen Dritten, wie andere Beschäftigte oder andere Patienten) zulässig sein. Eine Strafbarkeit der handelnden Personen (Beschäftigte und Betriebsleitung) wegen Freiheitsberaubung oder anderer Delikte entfällt dann. Zweck kann nur sein, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Entscheidend sind dabei die Umstände des Einzelfalls (Scherr 2015, 24 f.).

Die Anwendung einer FeM in Fällen der Notwehr (§ 32 StGB) setzt einen unmittelbaren Angriff voraus, der nicht anders als durch den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen abzuwenden ist.

Ein rechtfertigender Notstand (§ 34 StGB) setzt folgendes voraus:

- Die Gefahr einer Rechtsgutbeeinträchtigung muss gegenwärtig sein, also unmittelbar bevorstehen oder sich bereits realisiert haben.
- Die Gefahr darf nicht anders abwendbar sein als durch die FeM.
- Die FeM muss ein angemessenes Mittel zur Gefahrenabwehr sein.
- Im Rahmen einer Interessenabwägung muss das geschützte Interesse (Gesundheit des Patienten) das beeinträchtigte Interesse (Freiheit, Selbstbestimmungsrecht) wesentlich überwiegen.

Die Beantragung einer richterlichen Genehmigung nach den genannten Vorschriften ist unmittelbar (ggf. über den rechtlichen Betreuer, Vormund bzw. Ergänzungspfleger) nachzuholen, sobald die Situation unter Kontrolle ist und die FeM fort dauert bzw. wiederkehrend eintritt (DGPPN 2018). Ist die betroffene Person noch nicht untergebracht, muss zunächst auch ein Unterbringungsbeschluss herbeigeführt werden.

5 Es gibt keine gesetzliche Regelung, die das Merkmal „kurze Zeit“ eindeutig festlegt. Eine gerichtliche Genehmigung der Unterbringung und weiterer Zwangsmaßnahmen wird in der Regel zumeist bei einer Höchstgrenze von 24 Stunden angenommen (entsprechend § 128 Abs. 1 StPO). Andererseits hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 24.07.2018 zur 5- bzw. 7-Punkt-Fixierung in psychiatrischen Krankenhäusern eine Kurzfristigkeit nur dann angenommen, wenn die Maßnahme absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreitet. Die weitere Rechtsentwicklung bleibt hier abzuwarten.

5 Unterbringung

Die rechtlichen Grundlagen zur freiheitsentziehenden Unterbringung sind in den Kapiteln 3.1-3.3. dargelegt.

IWL-Standard

- In jeder Klinik regelt eine interne Verfahrensanweisung den genauen Ablauf der Kontaktaufnahme zu den zuständigen Behörden (insbesondere auch in der Nacht und am Wochenende).
- Vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses, in dem die Notwendigkeit einer Unterbringung konkret zu begründen ist, muss der betroffene Patient durch den ausstellenden Arzt persönlich untersucht worden sein.
- Der zuständige (diensthabende) Arzt muss – sofern er noch kein Facharzt ist – vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses mit dem zuständigen (Hintergrund-)Oberarzt Rücksprache halten.
- Bei Aufnahme des Patienten wird überprüft, ob eine Patientenverfügung oder eine Behandlungsvereinbarung vorliegen. Vorhandene Patientenverfügungen oder Behandlungsvereinbarungen sollten als Scan im KIS hinterlegt werden (s. Kapitel 8.2).
- Neben einer körperlichen Untersuchung erfolgt zudem unter besonderer Achtung der Menschenwürde eine Effektenkontrolle im Hinblick auf gefährliche Gegenstände.

Eine Checkliste sowie standardisierte Formulare zur Verwendung im Rahmen einer gesetzlichen Unterbringung nach dem PsychKG finden sich im Anhang (s. Anlage 1).

5.1 Offene Unterbringungsformen

Definition: Bislang gibt es zu „offenen Unterbringungsformen“ keine einheitliche Definition. Im Kern ist damit jedoch gemeint, dass gesetzlich untergebrachte Patienten statt auf einer durchgängig geschlossenen („geschützten“) Station auf einer Station mit durchgehend oder zumindest vorübergehend offenen Stationstüren behandelt werden.