

Psychiatrie mit offenen Türen

Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie

Die moderne Akutpsychiatrie befindet sich in einem Spannungsfeld, in welchem sie verschiedenen Widersprüchen ausgesetzt ist. So kann der therapeutische Auftrag einer ordnungspolitischen Aufgabe entgegengesetzt sein, Zwangsmaßnahmen als unfreiwillige Hilfestellung können in Widerspruch zur Patientenautonomie geraten. Divergierende Aufgaben und Ansprüche wirken sich in der konkreten Arbeit auf psychiatrischen Akutstationen nicht selten als Dilemma für die behandelnden Teams aus: Um die Sicherheit auf Stationen zu gewährleisten und den therapeutischen Rahmen aufrecht zu erhalten, scheinen häufig Restriktionen und Zwang erforderlich zu sein. Eine wissenschaftliche Evidenzbasierung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen fehlt bisher weitgehend, sodass das therapeutische Handeln zwischen Verantwortungsübergabe und autoritärer Anordnung eine große Herausforderung darstellt.

Die zunehmende Forderung, vermehrt auch in der Psychiatrie Patienten- und Selbstbestimmungsrechte umzusetzen, hat in den letzten Jahrzehnten zu einem Überdenken der akutpsychiatrischen Behandlungspraxis geführt. Eine innovative Psychiatrie, die sich einer patientenorientierten, humanen Behandlung verschreibt, muss darauf hinarbeiten, dass die freiheitsrestriktive Anwendung von Zwang, Türschließungen und Isolation reduziert

werden. Offene Türen in der Akutpsychiatrie, eine Thematik, die in den letzten Jahren vermehrt diskutiert wird und Gegenstand dieses Artikels ist, bilden dabei allerdings nicht den Anfang, sondern eher das Ende klinikinterner und teambildender Prozesse. Im Blick auf die Desiderate einer modernen Akutpsychiatrie fokussiert der Beitrag zwei Hauptaspekte in der Frage der Türöffnung akutpsychiatrischer Abteilungen:

- jenen der Selbstgefährdung und Suizidalität von Patienten und
- jenen der Fremdgefährdung durch Aggression und Gewalt.

Der Darstellung struktureller und konkreter alltagspraktischer Herausforderungen angesichts der Selbst- und Fremdgefährdungen von Patienten in der akutpsychiatrischen Behandlung in diesem ersten Beitragsteil werden skizzenhaft mögliche therapeutische Skills für die Veränderung von Rahmenbedingungen und zur Verhinderung bzw. Lösung entsprechender Probleme in einem zweiten Teil gegenübergestellt.

Psychiatriesozioologischer Kontext

Die Hintergründe, vor welchen die Diskussion um eine offene und innovative Psychiatrie zu führen ist, sind umfassend und führen über ein Dilemma, welches etwa im Spannungsfeld von „Sicherheit“ und „Therapie“ entstehen kann, hinaus. Insbesondere ist aus psychiatriesozio-

gischer Sicht der disziplinierende Charakter der Institution „Psychiatrie“ und ihre normierende Wirkweise in Erinnerung zu rufen [12, 13], wenn es darum geht, angesichts der prognostizierten Zunahme psychischer Erkrankungen die Praxis der gerichtlichen Unterbringung und der Zwangsbehandlungen zu überdenken.

Trotz der umwälzenden, die kustodiale Psychiatrie fundamental erneuernden europäischen Psychiatriereformen lassen sich in „Stationsregeln“ und insbesondere im Umgang damit auf psychiatrischen Akutstationen immer noch die Spuren dieser Tradition erkennen [2, 3, 9, 34]. Patienten fühlen sich nicht selten allein durch den ihnen auferlegten Status als Psychiatriepatienten bei Krankenhausaufnahme in soziale Kontexte von institutionellen Regeln, Prozeduren und Kontrollmechanismen gezwungen, in denen sie ihre personale Identität tangiert sehen. Goffman [13] hat vor über 60 Jahren in seiner Beschreibung der depersonalisierenden, entmündigenden und entwürdigenden Situation von Patienten in der „totalen Institution“ eine andere Psychiatrie in den Blick genommen, als wir sie heute vorfinden. Allerdings ist auch heute noch in Erinnerung zu rufen, dass Stationsregeln nicht einfach nur dem sozialen Zusammenleben dienen, sondern letztlich gesellschaftlich ausgrenzende Machtverhältnisse auf den Stationen widerspiegeln, denen sich psychiatrische Patienten unterworfen sehen [12]. So sind Behandlungsteams auf psychiatrischen Akutstationen, die sich in den skizzierten Spannungs-

feldern befinden, nicht einfach davor gefeit, – im besten Fall in pädagogischer Absicht – Rügen, Tadel und Sanktionen zu verwenden, Wünsche von Patienten aber zu ignorieren. Sodass die Psychiatrie als Institution, wie andere Institutionen auch, in ihren Verfahrensweisen immer wieder in Gefahr gerät, sich nach eigenen Interessen auszurichten und nicht primär die Interessen und Bedürfnisse ihrer Patienten im Blick zu haben.

Auf der andern Seite ist wenig erforscht und bekannt, welches die psychischen Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen sind. Das latent ordnungspolitische Mandat mag hier möglicherweise die ebenso mandatierte therapeutische Grundhaltung zeitweise suspendieren.

Stigmatisierung von Akutpsychiatriepatienten?

In der Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Deutschland 2007 wurde innovative Psychiatrie definiert als „*Bürgerrechtsbewegung, deren Selbstverständnis sich in einer veränderten Realität im Psychiatriealltag spiegelt und auf Emanzipation und Partnerschaft zielt*“ [11]. Trotz dieses politischen Willens zur Emanzipation psychiatrischer Patienten und zur Partnerschaft im Behandlungsalltag sind die Eingangstüren zu akutpsychiatrischen Stationen häufig verschlossen. Dies ließe sich mit den Praktiken auf internistischen, neurologischen oder chirurgischen Stationen kontrastieren, wo sich durchaus eine hohe Anzahl von nicht einsichts- oder urteilsfähigen Patienten [4, 29] oder von Patienten mit einem moderaten Suizidrisiko (23%) bzw. mit akuter Suizidalität (5%) findet [8].

Es ließe sich fragen, inwieweit Differenzen zwischen psychiatrischen und somatischen Patienten im Umgang mit Selbstverantwortung und Eigengefährdungen zu finden und wie diese zu erklären sind, etwa wenn man in Literaturrecherchen den Eindruck erhält, dass bspw. der Begriff „shared decision making“, also die Zielvorgabe, den Patienten in eine Therapieentscheidung einzubeziehen, in somatischen Disziplinen der Medizin deutlich üblicher zu sein scheint als in der Psychiatrie. Oder wenn man sich fragt, ob Aufklärungsreglements denselben Stellen-

wert im psychiatrisch-klinischen Alltag haben wie in internistischen oder chirurgischen Abteilungen. Eine vergleichende Literatur über solche Differenzen ist spärlich. Der Verdacht aber besteht, dass das Risiko für psychiatrische Patienten, auch niederschwellig entmündigt zu werden, höher ist, als bei somatischen Patienten, sodass man sich fragen kann, ob sich darin eine Form der Stigmatisierung psychiatrischer Akutpatienten verbirgt.

Die akutpsychiatrische klinische Praxis

Eine der Grundvoraussetzungen dafür, dass sich Patienten auf eine Therapie einlassen können, sind beidseitiges Vertrauen, Sicherheit und Gefühle der Anerkennung des Patienten wie auch des Therapeuten. Diese Voraussetzungen sind nicht einfach gegeben, sondern müssen erarbeitet werden. Patienten sollten realisieren, dass auf einer Station der Wille, ihnen zu helfen, gegeben ist, was letztlich hilft, im akuten Bedarfsfall freiwillig und niederschwellig diese Station aufzusuchen. Patienten sollten also bei Eintritt auf eine Station empathische Beziehungsaufnahmen erleben können und sich nicht in erster Linie mit Sicherheitsaspekten oder gar mit disziplinierenden, auch einschüchternden Regeln konfrontiert sehen. Die psychologische Betreuung und psychotherapeutische Behandlung sollte auf Akutstationen ebenso stattfinden wie Ergotherapie, Physiotherapie und andere Beschäftigungsmöglichkeiten. Ebenso sollten regelmäßig Sozialarbeiter, die von Behandlungsbeginn an bereits in vielen Fällen hilfreich sein können, in ihren Stellenprozenten ausreichend zur Verfügung stehen.

Auch wenn sich in den letzten Jahrzehnten die Psychiatrielandschaft in den entwickelten Ländern sicherlich grundlegend verändert hat, finden sich immer noch Studien, die nachweisen, dass im akutpsychiatrischen Bereich bis zu über 80% der Patienten Zwangsmaßnahmen ausgesetzt werden [17], Maßnahmen, welche mit der Abnahme von Wertgegenständen beginnen, im Weiteren aber restriktive Ausgangsregelungen, Medikationen mit Personalpräsenz bis zu Fixierungen und Isolationen umfassen. Die Häufigkeit der Anwendung von Zwangs-

maßnahmen zeigt versorgungsepidemiologisch eine hohe Varianz unter den Kliniken, scheint stark kulturgebunden und von lokalen Gegebenheiten beeinflusst zu sein [10, 17, 22, 26, 33]. Tatsächlich zeigen etliche Untersuchungen, dass bereits durch minimale Interventionen wie einzelne Workshops diese Zwangsmaßnahmen signifikant reduziert werden können (Übersicht bei [21]).

Die erhebliche Varianz in den Unterbringungs- und Behandlungspraktiken von Akutpatienten im Ländervergleich zeigt eine große europaweite Studie der Arbeitsgruppe um Rittmannsberger [26]. In Österreich waren 90% der psychiatrischen Stationen zum Erhebungszeitpunkt geöffnet und 82% der freiwilligen Patienten befanden sich auf offenen Stationen. Im Kontrast dazu waren in der Slowakei nur 39% der freiwillig in Behandlung befindlichen Patienten auf offenen Stationen hospitalisiert und ca. 60% der untergebrachten Patienten auf geschlossenen Stationen. Während sich in Österreich nur 12% des Gesamtanteils psychiatrischer Patienten auf einer geschlossenen Station befanden, waren es in der Slowakei 38%. Was erklärt diese Unterschiede? Rittmannsberger et al. fanden keinen klaren Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und „offenen Türen“: So waren in Rumänien 95% der psychiatrischen Patienten auf offenen Stationen untergebracht, während gleichzeitig im Vergleich Rumänien den niedrigsten Personalschlüssel mit 0,08 bzw. 0,05 Arztstellen und 0,23 bzw. 0,17 Pflegekräfte im universitären bzw. peripheren Bereich pro Bett aufwies. Solche Befunde sind verwirrend und erfordern in ihrer Interpretation eine Berücksichtigung komplexer Hintergründe, so etwa eine Betrachtung der Behandlungsqualität in psychiatrischen Kliniken – die wahrscheinlich bei offenen Türen, aber derart geringen Personalschlüsseln problematisch wird –, aber auch eine Berücksichtigung gesellschaftlicher Verhältnisse im Umgang mit psychischer Krankheit und psychisch Kranken.

Wie bereits in einem Cochrane Review aus dem Jahr 2000 festgehalten [28], kommen Muralidharan und Fenton auch 6 Jahre später aufgrund einer erneuten Übersicht [25] zum Schluss, dass es trotz der massiven und potenziell traumati-

sierenden Eingriffe in die Privatsphäre von Patienten bisher keinerlei hochwertige Studien gibt, die Empfehlungen über Schaden oder Nutzen dieser Maßnahmen für die Patienten belegen können. Deren fortgesetzte Anwendung sei deshalb infrage zu stellen [25, 28]. Allerdings stoßen therapeutische Wirksamkeitsnachweise auf erhebliche methodische und ethische Probleme: Nicht bloß ist die Suche nach einer geeigneten Outcomevariablen schwierig, auch das Studiendesign für eine kontrollierte Studie, die beispielsweise Zwangsmaßnahmen gegen Placebo untersuchen möchte, stößt an ethische Grenzen [36]. Ein Entscheid für die Anwendung von Zwang sollte definitionsgemäß eine vitale Indikation darstellen, was die Gabe von Placebo ausschließt.

Zwangsmaßnahmen aufgrund von Suizidalität oder selbstschädigendem Verhalten

Es sind hauptsächlich zwei Patientengruppen, die aufgrund von Suizidalität von Zwangsmaßnahmen betroffen sind und gegen ihren Willen auf geschlossene Stationen eingewiesen resp. verlegt werden:

- zum einen schwer depressive Patienten,
- zum andern Patienten, die chronisch selbstschädigende Verhaltensweisen zeigen.

Bei beiden Patientengruppen erweist sich eine solche Intervention aus therapeutischer Sicht zugleich häufig als problematisch, da sie zu Symptomexazerbationen oder regressiven Entwicklungen führen kann und damit gerade dasjenige verstärkt, was zu lindern sie beabsichtigt. Es gilt also, diese Praktiken vor dem Hintergrund bekannter Befunde zu Suizidrisiken und ungünstigen Einflüssen zu überprüfen.

Die Risikofaktoren für einen Suizid während der stationären Behandlung sind bekannt. Es sind dies: chronische Erkrankung, affektive und psychotische Symptome, ein verlängerter Aufenthalt, Suizidversuche sowie selbstschädigendes Verhalten im Vorfeld der Aufnahme. Männliche Patienten weisen ein erhöhtes Risiko auf sowie Patienten, bei denen ein Plan für einen Suizid vorliegt; außerdem spielt die

Nervenarzt 2013 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00115-013-3769-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

D. Sollberger · U.E. Lang

Psychiatrie mit offenen Türen. Teil 1: Rational für Türöffnungen in der Akutpsychiatrie

Zusammenfassung

Bei allen Reformbemühungen der letzten Jahrzehnte in der modernen Akutpsychiatrie steht diese weiterhin in einem Spannungsfeld, in welchem die psychiatrische Alltagspraxis in verschiedene Widersprüche verwickelt ist. Der Schutz der Patientenautonomie kann in Konflikt mit einem ordnungspolitischen Mandat der Akutpsychiatrie geraten, die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen als unfreiwillige Hilfestellung kann im mutmaßlichen, aber umstrittenen Interesse des Patienten fraglich werden. Die Widersprüche manifestieren sich insbesondere in Fragen von Unterbringung, Türschließung, Zwangs- und Isolationsmaßnahmen. Die Forschung zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen ist gering. Entsprechend ist die Praxis je nach Land, Klinik oder Station heterogen.

Epidemiologisch wird eine Zunahme psychiatrischer Erkrankungen prognostiziert, gleichzeitig erhalten medizinethische Ansprüche an die Gewährleistung der Patientenautonomie, an ein „shared decision making“ und den „informed consent“ in der Psychiatrie zunehmend Bedeutung. Vor diesem Hintergrund werden die strukturellen und klinischen Herausforderungen, wie sie sich in Selbst- und Fremdgefährdungssituationen in der akutpsychiatrischen Behandlung zeigen, dargestellt und ein Rational für mögliche Türöffnungen in der psychiatrischen Akutbehandlung entwickelt.

Schlüsselwörter

Akutpsychiatrie · Innovative Psychiatrie · Suizidalität · Isolation · Psychotherapie

Psychiatry with open doors. Part 1: Rational for an open door for acute psychiatry

Summary

Despite the reform efforts of the last decades modern acute psychiatry still stands between conflicting priorities in everyday practice. The protection of patient autonomy might conflict with a regulatory mandate of psychiatry in societal contexts and the necessity of coercive measures and involuntary treatment might become problematic with respect to presumed but contentious interests of the patient. The conflicts particularly concern questions of involuntary commitment, door closing, coercive and isolation measures. Research on the topic of therapeutic effectiveness of these practices is rare. Accordingly, the practice depends on the federal state, hospital and ward and is very heterogeneous.

Epidemiological prognosis predicts an increase of psychiatric disorders; however, simultaneously in terms of medical ethics the warranty of patient autonomy, shared decision-making and informed consent in psychiatry become increasingly more important. This challenges structural and practical changes in psychiatry, particularly in situations of self and third party endangerment which are outlined and a rationale for an opening of the doors in acute psychiatric wards is provided.

Keywords

Acute psychiatric treatment · Innovative psychiatry · Suicidality · Isolation · Psychotherapy

Verfügbarkeit beispielsweise von Waffen eine Rolle. Eine kürzlich aufgetretene Berentung, Suizide bei Erstgradverwandten, eine längere Krankheitsdauer und eine psychiatrische Familienanamnese sind weitere Risikofaktoren. Singles weisen ein erhöhtes Risiko auf, ebenso Obdachlose sowie Patienten, die innerhalb einer Klinik verlegt wurden. Therapeutischer Pessimismus ist ein Risikofaktor genauso wie häufigere Wiederaufnahmen, depressive Symptome sowie höhere Medikamenten-

dosierungen. Wichtig in diesem Zusammenhang sind insbesondere extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (Übersicht bei [5]).

Zwischen 0,1 und 0,4% der Patienten, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden, suizidieren sich, was einem 5%-Anteil der Suizide psychiatrischer Patienten entspricht (Übersicht bei [5]). Der Großteil der Suizide auf geschlossenen Stationen (50–85%) ereignet sich im erlaubten Ausgang und dies etwa zu einem

Drittel nach einer Behandlungswoche [5]. In England scheint ein hoher Anteil von Suiziden (75%) während der Behandlung auf geschlossenen Stationen durch Erhängen aufzutreten [5].

Während bei Suiziden außerhalb der Kliniken hauptsächlich affektive und substanzbezogene Störungen von hoher Relevanz sind (Übersicht bei [21]), spielen bei Suiziden innerhalb der Kliniken paranoid-halluzinatorische Syndrome bei schizophrenen Erkrankungen eine große Rolle, insbesondere bei jungen Männern, die Zwangsbehandlungen erfahren, durch Stigmaerleben belastet sind und dabei eine Verletzung ihrer Integrität und Ich-Identität erfahren [5]. Der therapeutische Nutzen von Verlegungen suizidaler Patienten auf geschlossene Stationen ist kaum belegt. Angesichts dessen, dass die therapeutische Stabilität sowie die Vermittlung von Hoffnung und Fortschritt in der Therapie hinsichtlich der Suizidprophylaxe von zentraler Bedeutung ist, ist abzuwägen, ob Verlegungsmaßnahmen ihren beabsichtigten therapeutischen Nutzen nicht gerade unterlaufen. Tatsächlich scheinen sich selbstschädigendes Verhalten und Zwangsmaßnahmen bei persönlichkeitsgestörten Patienten durch Eröffnung einer offenen Kriseninterventionsstation als Alternative zur geschlossenen Aufnahmestation zu reduzieren [32]; andere Erhebungen zeigen eine Korrelation zwischen der Anzahl der geschlossenen Stunden einer Stationstür und selbstschädigendem Verhalten [1]. Bei persönlichkeitsgestörten Patienten ist die Suizidalität oft eine Form der Kontaktaufnahme, die durch Verlegung zu einem Kontaktabbruch führt. Enttäuschungen und Hoffnungsverlust, aber auch depressiv wahnhafte Verarbeitungen von Verlegungen in Form von Versündigung oder eigenem Verschulden können bei Patienten forciert werden und möglicherweise die Suizidgefahr sogar erhöhen [5, 21].

Die Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Verhalten raten aus medizinischen Gründen strikt von Zwangsmaßnahmen im Sinn einer „pädagogischen Intervention“ ab [10]. Die Leitlinien zum Umgang mit Suizidalität empfehlen eine intensiviertere Kontaktaufnahme (etwa in Form einer Sitzwache), auf welche besonders dann zu achten ist, wenn durch

die Konzentration von Akutpatienten mit meist kurzer Aufenthaltsdauer auf geschlossenen Stationen per se eine erhöhte Betreuung erforderlich ist, sodass die Intensivierung bei suizidgefährdeten Patienten aktiv organisiert werden muss. Die geschlossene Tür reduziert nicht das Sicherheitsrisiko; denn, wie erwähnt, zeigt eine Studie aus England, dass bis zu 75% der Krankenhaussuizide sich durch Erhängen auf geschlossenen Stationen ereignen (Übersicht bei [5, 21]).

Zwangsmaßnahmen aufgrund von Gewalt Risiken oder gewalttätigem Verhalten

Neben autoaggressivem Verhalten sind es hauptsächlich Situationen potenzieller Fremdaggression mit Gewaltandrohung oder erfolgter Gewaltnutzung, die zu Zwangseinweisungen bzw. -verlegungen führen. Die Ursachen für psychomotorische Erregungszustände, mit denen aggressives Verhalten in der Psychiatrie i. d. R. einhergeht, sind vielfältig und reichen von häufigen Ursachen wie der Alkoholintoxikation in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung hin zu selteneren metabolischen Syndromen oder akuten Gehirnerkrankungen (z. B. eine Subarachnoidalblutung) [30]. Hier besteht ein gewisses Sicherheitsrisiko, wenn Patienten nicht auf neurologischen oder etwa anästhesiologischen Stationen fachgerecht behandelt werden.

Während Patientenvariablen in Bezug auf gewalttätiges Verhalten umfangreich untersucht wurden, ohne dass dabei konsistente Befunde vorlägen, sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Einfluss von Umgebungsvariablen und die Interaktionen von Patienten mit Professionellen gering [10] – dies obwohl kein Zweifel darüber besteht, dass das Gewaltverhalten von Patienten im situationspezifischen Kontext akutenpsychiatrischer Stationen zu verstehen ist, woraus sich entsprechende gewaltpräventive Maßnahmen struktureller (organisatorische Abläufe, baulicher Verhältnisse) oder professionsbezogener, edukativer Art (Schulung und Entwicklung gewaltpräventiver therapeutischer Grundhaltungen) ableiten (s. dazu Teil 2 im nächsten Heft).

Die Vorhersagekraft von Gewalt durch Psychiater ist eher gering, es bleibt als einziger patientenbezogener, starke Prädiktor für das Auftreten von Gewalt eine positive Anamnese von Gewalt in der Vorgeschichte bestehen [30]. Insbesondere gilt dies für genuine und komorbide Suchterkrankungen, die Gewaltverhalten begünstigen [6].

Hinsichtlich der Geschlechterdifferenzen finden sich inkonsistente Befunde (s. dazu ausführlicher [21]). Viele Studien legen den Schluss nahe, dass es zwischen Frauen und Männern innerhalb der Psychiatrie keinen Unterschied im Auftreten von Gewalt gibt (Übersicht bei [21]). Krakowski und Czobor [19] berichten von geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gewaltverhalten: Während ein erhöhter Anteil von Frauen sich in ihrer Studie eher in der stationären Behandlung gewalttätig zeigte, neigten die Männer eher im ambulanten Bereich zu Übergriffen.

Patienten mit Migrationshintergrund zeigen zwar ein erhöhtes Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko, was u. a. mit dem Hilfesuchverhalten zu tun hat. So scheinen viele psychiatrische Erkrankte eine stationäre Behandlung erst bei erheblichem Schweregrad einer Symptomatik in Anspruch zu nehmen [11]. Dennoch zeigt eine neuere Studie, dass tätliche Aggression bei deutschen Patienten sowohl im Ausmaß als auch in der Häufigkeit ausgeprägter ist als bei Türken, Jugoslawen und Italienern [14].

Moderate Prädiktoren von Gewaltverhalten, die allerdings zugleich auch umgekehrt Begleiterscheinungen einer prädiszierenden Situation selbst sein könnten, bilden verminderte Sozialkompetenzen, beschützte Wohnsituation, beschützter oder fehlender Arbeitsplatz und fehlende Ausbildung [27, 18].

Gewaltprophylaktische Maßnahmen müssen diese Befunde sicherlich zur Kenntnis nehmen. Vor allem gilt es, die interaktionelle Dimension aggressiven Verhaltens zu berücksichtigen. So dass Gewalt nicht substanzialistisch oder naturalistisch als Charakteristikum einer bestimmten Patientengruppe, eines Geschlechts oder einer Ethnie verstanden wird, sondern vielmehr im Zusammenhang mit den situativen Bedingungen einer Konfliktsituation und insbesondere

re den Schwierigkeiten einer gewaltfreien Konfliktbewältigung aufzufassen ist.

Bereits in etwas älteren Lehrbüchern finden sich Hinweise auf eine Reduktion von Gewalt und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in offen geführten Stationen und wird das Anliegen einer „offenen Psychiatrie“ aufgenommen ([35], S. 169).

Angesichts der kaum evidenzbasierten Maßnahmen von Zwangsverlegungen und Isolationen von Patienten auf geschlossenen Abteilungen und angesichts dessen, dass gerade gewaltpräventive Maßnahmen gemäß S2-Leitlinien im Herstellen einer Behandlungsnormalität liegen sollten, liegt der Schluss nahe, dass eine der einfachsten und möglicherweise zugleich herausforderungsreichsten Maßnahmen in der psychiatrischen Akutbehandlung in einer Öffnung der geschlossenen Stationstüren liegt. Damit werden selbstverständlich nicht einfach die eingangs aufgeworfenen Fragen zu Zwang, institutionell-struktureller Gewalt in Institutionen oder auch zur Stigmatisierung psychisch Kranker gelöst. Dennoch hat eine Öffnung von Türen eine Verlagerung der Macht zu Folge: So ist es nicht mehr der Patient, der etwas leisten muss, damit er die Station wieder verlassen kann, sondern umgekehrt muss das Behandlungsteam Voraussetzungen schaffen und therapeutische Angebote bereitstellen, die die Patienten in eine Behandlung führen und darin halten. Mit dem Faktor „Türöffnung“ ist ein erhöhtes Beziehungsangebot des Teams gefordert, welches die geschlossene Tür durch den persönlichen Kontakt, die therapeutische Beziehung, durch Aufklärung, Beschäftigung und Behandlungsattraktivität ersetzen muss.

Zur Befundlage geschlossener und Rationale für offene Akutstationen

Die Praktiken des Schließens von Türen in der Akutpsychiatrie sind nicht nur wenig evidenzbasiert, sondern unterliegen je nach Land, Klinik oder einzelner Akutstation einer erheblichen Varianz [10, 17, 22, 33]. Veränderungen gängiger Praxis verlangen eine Innovation der Behandlungsstrategien.

Als Hauptreason für Türschließungen wird von Seiten des Personals zumeist die Angst vor dem Weglaufen der Patienten genannt [15]. Paradoxerweise scheint aber bei geschlossenen Türen das Weglaufrisiko gerade zu steigen: 58% der Patienten kommen von einem Ausgang nicht zurück bzw. entweichen von geschlossenen Stationen, weil diese geschlossen sind [2, 3, 7]. Sodass die vermeintlichen Vorteile einer Schließung möglicherweise gerade durch eben diese unterlaufen werden könnten. Das Rational einer Türschließung droht sich damit ins Gegenteil zu verkehren und irrational zu werden.

In einer eigenen Erhebung fanden Lang et al. [20], dass während eines Pilotversuchs von einem Jahr im geöffneten Zeitraum signifikant weniger Patienten entwichen bzw. sich gegen ärztlichen Rat entlassen ließen als im geschlossenen Intervall. Herda et al. bestätigen diese Beobachtung mit einem Befund, dass von 100.000 aufgenommen Patienten 1,54% von durchgehend geschlossenen Akutstationen entwichen gegenüber 1,43% von durchgehend offenen Akutstationen (Herda et al., mündliche Kommunikation). Das deutet darauf hin, dass bei geöffneten Türen zumindest kein höherer Anteil der Patienten aus der Behandlung entweicht als bei geschlossenen.

Auch die vermeintlichen Vorteile geschlossener Türen wie eine „engmaschige Beobachtung“ oder der „Schutz des Personals“ lassen sich nicht wirklich belegen. Wie beim Weglaufrisiko zeigen sich durch die Schließung möglicherweise gerade gegenteilige Effekte: So könnte es durchaus sein, dass die therapeutisch-pflegerische Interaktion abnimmt, da das Einschließen teilweise die aktive Auseinandersetzung mit dem Patienten ersetzt; auch scheinen Schließungen das Gewaltniveau auf Akutabteilungen eher zu erhöhen (wobei sich die Gewalt häufiger gegen Mitarbeiter als gegen Mitpatienten richtet [30]). Sodass sich möglicherweise ein Teufelskreis dadurch ergibt, dass Akutstationen, die das Gewaltisiko, das von Patienten ausgeht, minimieren sollten, aufgrund der beschriebenen Umstände und einer zu geringen therapeutisch-interaktiven Behandlungsdichte eher zu dessen Erhalt oder gar Erhöhung beitragen.

Den zweifelhaften Vorteilen geschlossener Stationen stehen weitere negative Gründe entgegen:

- generell größere Unzufriedenheit als auf offenen Stationen [24],
- höheres Aggressionsniveau und ein bedrohliches Stationsklima [2, 3, 23],
- geringere Autonomie [2, 3, 23],
- Bevormundung durch das Personal und rigide Stationsregeln [2, 3, 23],
- fehlende Mitsprache über das Behandlungsprozedere [2, 3, 23],
- geringere Compliance als auf offenen Stationen [7],
- Langeweile und fehlendes therapeutisches Angebot [2, 3, 23],
- Besorgtheit um die Zustände zu Hause [2, 3, 7, 23], woraus sich unmittelbar das Desiderat und ein Handlungsbedarf für sozialarbeiterische Aufgaben ergibt.

Hinzu kommen weitere Nachteile, die häufig einer auf Vertrauen und therapeutischer Beziehung fußenden Behandlung widersprechen:

- Die Pflegeteams müssen viel Zeit mit Öffnen und Schließen von Türen verbringen (bei Ausgängen und Rückkehr von Patienten, bei Besuch von Angehörigen und andern Personen), sodass sowieso schon knappe Interaktionen mit den Patienten unterbrochen und minimiert werden [15, 16]. In einer Erhebung zeigte sich, dass 75% der Akutstationen in geschlossenem Zustand waren, obwohl ein Drittel der Stationen keinen gerichtlich untergebrachten Patienten aufwies und ein weiteres Drittel nur einen Patienten, der keinen Ausgang hatte [15].
- Es entsteht eine Gefängnisatmosphäre; die Patienten erhalten weniger Verantwortung und trauen sich nicht, die Pflege um ein Aufschließen zu bitten, da sie Angst haben, zu stören. Sie fühlen sich abhängig, manchmal gedemütigt. Als Folge droht eine „iatrogene“ Passivität des Patienten [16].
- Patienten erfahren eine Stigmatisierung [7] und werden von Besuchern aufgrund der sozialen Umgebungsbedingungen einer geschlossenen Abteilung anders wahrgenommen. Teilweise trauen sich Besucher nicht, die Pa-

tienten auf einer geschlossenen Station zu besuchen; häufig sind Kinder als Besucher auf geschlossenen Stationen nicht zugelassen bzw. es finden sich dort keine adäquaten Begegnungsräume.

- Es besteht ein nicht zu unterschätzendes Sicherheitsrisiko, wenn im Brandfall oder im Fall einer Reanimation die Rettung durch die verschlossene Tür erheblich verzögert werden kann [16].

Diesen Nachteilen stehen mögliche Vorteile offener Türen gegenüber, die sich nicht allein aus dem Wegfallen der genannten Nachteile geschlossener Türen ergeben. So konnte in einer Studie ein interessanter Nebenaspekt beobachtet werden: Bei geöffneter Stationstür scheinen Noncompliance und Medikationsverweigerung sowie auch Aggression und selbstschädigendes Verhalten seltener aufzutreten. Diese Verhaltensweisen waren mit der Anzahl der Stunden, an denen die Stationstür geöffnet war, negativ korreliert [1].

Weiter zeigen sich bei Türöffnungen zwei Phänomene, die die Behandlung für Patienten einfacher machen:

- Die Station ist leerer, die Patienten unternehmen mehr, und es kommt weniger zur Ansammlung von bedrohlichen, teilweise lauten Patienten auf kleinem Raum und damit zu einer Reduktion reaktiver Gewaltereignisse [20].
- Wenn Patienten wissen, dass sie die Station verlassen können, wird die Behandlungsbereitschaft steigen, sie werden niedragschwelliger kommen, eher freiwillig bleiben und Entweichungen während des ersten genehmigten Ausgangs (ca. 80% der Entweichungen) werden abnehmen [20, 21].

Der Schluss, dass die konsequente Öffnung geschlossener Türen in der psychiatrischen Akutbehandlung eine logische Folge der dargestellten Befunde und skizzierten Überlegungen darstellt, scheint naheliegend und einfach zu sein. Gleichzeitig aber ist er wahrscheinlich zugleich der herausforderungsreichste. Wenn sich durch Türöffnungen Machtverhältnisse verschieben und Kliniken, Abteilungen

und ihre Teams den Patienten, die akutpsychiatrische Behandlungen brauchen, so begegnen müssen, dass Sicherheit für Patienten, Mitpatienten, Besucher und Professionelle gegeben ist und ein günstiges Umfeld für eine erfolgreiche akutpsychiatrische Behandlung geschaffen wird, dann gilt es, viele Aspekte zu berücksichtigen. Ihnen ist nicht mit Macht und Zwang zu begegnen, sondern in erster Linie durch Klarheit des therapeutischen Rahmens, durch professionelle Aufklärung der Patienten und Anstreben einer „shared decision“, durch das Entgegenbringen von Respekt und Vertrauen, durch persönlichen Kontakt und eine Verbindlichkeit in der therapeutischen Beziehung, durch Beschäftigung und Behandlungsattraktivität.

Eine reale Türöffnung, dies soll hier auch festgehalten sein, löst die anfangs skizzierten Dilemmata, in welche Teams auf psychiatrischen Akutabteilungen geraten, sicherlich nicht einfach auf. Das Spannungsfeld, in welchem sich auch eine moderne Psychiatrie mit offenen Türen wiederfindet, bleibt mit Konflikten zwischen Patientenautonomie, Therapie, notwendigen unfreiwilligen Hilfestellungen und den damit verbundenen Anwendungen von Zwangsmaßnahmen bestehen. Allerdings ist die reale Türöffnung ein zentraler Schritt in Richtung einer patientenorientierten, offenen Psychiatrie, der einer intensiven Vorbereitung bedarf, damit die strukturellen (personelle-professionelle, bauliche und materielle) Voraussetzungen für den sicheren und therapeutischen Umgang mit der Selbstgefährdung von Patienten, der Aggression und Gewalt auf Akutabteilungen geschaffen werden.

Fazit für die Praxis

Angesichts der ethischen Brisanz der Thematik gilt es, die nach Ländern und Kliniken oft sehr unterschiedliche Praxis der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in Situationen potenzieller oder akuter Selbst- und Fremdgefährdungen zu überdenken. Insbesondere in Fragen freiheitseinschränkender Maßnahmen durch Türschließungen psychiatrischer Abteilungen oder

Isolationen von Patienten zeigt es sich, dass die vermeintlichen Vorteile einer Evidenzbasierung entbehren und möglicherweise eher gegenteilige Effekte bewirken. Sodass ihnen nicht nur die vielen Vorteile von Türöffnungen in akutpsychiatrischen Stationen entgegen zu setzen sind, sondern es vorbereitend die Voraussetzungen zu klären und zu realisieren gilt, die diesen herausforderungsreichen Schritt erst möglich machen. Die dazu nötigen konkreten Maßnahmen werden in einem zweiten Beitragsteil näher beschrieben.

Korrespondenzadresse

Dr. Dr. D. Sollberger

Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK
Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel
Schweiz
daniel.sollberger@upkbs.ch

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Baker JA, Bowers L, Owiti JA (2009) Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: a large multi-centred survey. *Gen Hosp Psychiatry* 31:80–89
2. Bowers L, Jarrett M, Clark N (1998) Absconding: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 5:343–353
3. Bowers L, Jarrett M, Clark N et al (1999) Absconding: why patients leave. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 6:199–205
4. Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O (2009) Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 10:315–318
5. Combs H, Romm S (2007) Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Primary Psychiatry* 14:67–74
6. Elbogen EB, Johnson SC (2009) The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 66:152–161
7. Falkowski J, Watts V, Falkowski W, Dean T (1990) Patients leaving hospital without the knowledge or permission of staff – absconding. *Br J Psychiatry* 156:488–490
8. Ferreira MH, Colombo ES, Guimaraes PS et al (2007) Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev Bras Psiquiatr* 29:51–54
9. Ford R, Durcan G, Warner L et al (1998) One day survey by the Mental Health Act Commission of acute adult psychiatric inpatient wards. *Br Med J* 7168:1279–1283
10. Gaebel W, Falkai P (Hrsg) (2010) Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Reihe: S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd 2. Springer, Berlin

11. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007 (Hrsg) (2007) *Psychiatrie in Deutschland. Strukturen, Leistungen, Perspektiven*, S 10
12. Giddens A (1989) *Social theory and modern sociology*. In: Stones R (1998) (Hrsg) *Key Sociological Thinkers* McMillan Press Ltd., London, S 151–162
13. Goffman E (1961) *Asylums*. Penguin Books, Harmondsworth Middlesex
14. Grube M (2004) Ethnic minorities and aggressive behaviour in psychiatric in-patients: an investigation using a „Matched-Pair“ design. *Psychiatr Prax* 31:11–15
15. Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L (2007) Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 14:49–54
16. Haglund K, von Essen L (2005) Locked entrance doors at psychiatric wards – advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nord J Psychiatry* 59:511–515
17. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T (2010) A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* 10:89
18. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M (2007) Kooperationsmodell zwischen psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen. *Psychiatr Prax* 208–211
19. Krakowski MI, Czobor P (2004) Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 55:1414–1419
20. Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S et al (2010) Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatr* 24:199–204
21. Lang U (2012) *Innovative Psychiatrie mit offenen Türen*. Springer
22. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T (2007) The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. *Psychiatr Praxis* 34:212–217
23. Meehan T, Morrison P, McDougall S (1999) Absconding behaviour: an exploratory investigation in an acute inpatient. *Aust N Z J Psychiatry* 33:533–537
24. Müller MJ, Schlösser R, Kapp-Steen G et al (2002) Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatr Q* 73:93–107
25. Muralidharan S, Fenton M (2006) Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 3:2084
26. Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M et al (2004) Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *Eur Psychiatry* 19:483–488
27. Ruesch P, Miserez B, Hell D (2003) A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? *Nervenarzt* 74:259–265
28. Sailas E, Fenton M (2000) Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* CD001163
29. Sampson EL, Blanchard MR, Jones L et al (2009) Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *Br J Psychiatry* 195:61–66
30. Steinert T (2002) Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 412:133–142
31. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P, Gebhardt RP (2007) Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *J Nerv Ment Dis* 195:492–496
32. Steinert T, Eisele F, Goeser U et al (2008) Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 4:27
33. Steinert T, Martin V, Baur M et al (2007) Diagnosis-related frequencies of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:140–145
34. Thomas B (1996) Rethinking acute inpatient care. *Aust N Z J Mental Health Nurs* 5:32–39
35. Werner W (Hrsg) (2004) *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie*. Schattauer, Stuttgart
36. Whittington R, Baskind E, Paterson B (2006) Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation. In: Richter D, Whittington R (Hrsg) *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. Springer, New York, S 145–172