



## **Abstract**

Mindestens ein Drittel der psychiatrisch erkrankten Patient/innen sind in der stationären Akutpsychiatrie nicht freiwillig in Behandlung. Zwang wird bei Patient/innen eingesetzt, wenn eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Pflegende sind insbesondere an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen beteiligt, welches einen Einfluss auf die pflegerische Beziehung mit Patient/innen nehmen kann. Dazu wurde die folgende Forschungsfrage gestellt:

*Welche Möglichkeit der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Patient/innen unter der Voraussetzung einer angeordneten Zwangsmaßnahme in der Akutpsychiatrie gibt es?*

Um die Frage umfassend zu beantworten, wurde die pflegerische Beziehung anhand des Pflegeprozesses nach Orlando, sowie der Beziehungspflege nach Bauer dargestellt und auf das Handlungsfeld der Akutpsychiatrie übertragen. Weiterhin wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen erläutert, die bei der Anwendung von Zwang wichtig erscheinen und mit der aktuellen Forschungslage verglichen. Das Ergebnis zeigt auf, dass die Möglichkeit einer optimalen pflegerischen Beziehungsgestaltung durch fehlende einheitliche Konzepte bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen, sowie durch fehlende Studien erschwert ist. Um die pflegerische Beziehung während einer Zwangsmaßnahme möglichst schonend zu gestalten, sollten Pflegende sich vorher bewusstwerden, wann sie eine Zwangsmaßnahme durchführen wollen. Während einer Zwangsmaßnahme sollten Pflegende versuchen, den Patient/in immer wieder Möglichkeiten zu geben, über die kommenden Handlungen mit zu entscheiden.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Aufbau und Zielsetzung .....	4
2.1	Methodisches Vorgehen.....	4
3	Pflegerische Beziehungsgestaltung .....	6
3.1	Pflegeprozesstheorie nach Orlando.....	6
3.2	Beziehungspflege nach Rüdiger Bauer .....	7
3.3	Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege .....	10
4	Die Akutpsychiatrie .....	11
4.1	Zielsetzungen und Beziehungsgestaltung in der Akutpsychiatrie .....	13
5	Zwischenzeitiges Erkenntnis.....	16
6	Zwangmaßnahmen .....	17
6.1	Rechtliche Rahmenbedingungen .....	18
6.1.1	Unterbringung .....	19
6.1.2	Zwangmaßnahmen und Zwangsbehandlungen.....	21
6.1.3	Zusammenfassung rechtlicher Rahmenbedingungen am Fallbeispiel .....	23
6.2	Pflegerische Praxis bei Zwangsmaßnahmen .....	25
6.2.1	Handlungsempfehlungen und Leitlinien von Zwangsmaßnahmen .....	26
6.2.2	Zwangmaßnahmen aus der Perspektive von Patient/innen .....	29
7	Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei einer Zwangsmaßnahme am Fallbeispiel .....	32
8	Fazit und Ausblick.....	39
9	Literaturverzeichnis.....	41

## 1 Einleitung

Psychiatrisches Handeln wird insbesondere im Zusammenhang mit geschlossenen psychiatrischen Akutstationen, Zwangsunterbringungen und Zwangsbehandlungen zum zentralen Angriffspunkt in der Öffentlichkeit (vgl. Schädle-Deininger, 2010, S.221). Häufig ist es die Gesellschaft mit ihren Normvorstellungen, die die Zielsetzung hat, störende und psychisch erkrankte Menschen anzupassen, auf einer geschlossenen psychiatrischen Station unterzubringen und zu behandeln (vgl. Schädle-Deininger, 2010, S.221). Dabei scheinen sich die Normen der Gesellschaft und die Ansprüche des/der psychisch Erkrankten häufig zu widersprechen (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S. 61). Werden Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen genauer betrachtet, steht die Medizin und das Recht dabei in einem Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Selbstbestimmung des/der Patient/in (vgl. Zinkler/ Laupichler/ Osterfeld, 2016, S. 11-12).

Zwangsmaßnahmen haben dabei die Aufgabe, den Schutz des/der psychisch Erkrankten zur Schadenabwendung von Gesundheit und Leben umzusetzen, auch wenn sie dem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung widersprechen (vgl. Hewer/Rössler, 2017, S.61). Das Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie in Deutschland vorkommen ist unumstritten. Insbesondere Mitarbeiter/innen der geschlossenen Akutpsychiatrie üben eine Form von Gewalt im staatlichen Auftrag zum Schutze der Allgemeinheit aus (vgl. Schädle-Deininger, 2010, S.221). Fast ein Viertel psychiatrisch erkrankter Patient/innen werden gegen den eigenen Willen im Freiheitsentzug auf einer psychiatrischen Station medizinisch behandelt (vgl. Zinkler/ Laupichler/ Osterfeld, 2016, S. 11).

Während meines praktischen Einsatzes auf einer offenen psychiatrischen Station habe ich erlebt, dass die fehlende Krankheitseinsicht bei Patient/innen eine große Problematik darstellen kann. Insbesondere Patient/innen mit psychotischen Erleben, die nicht krankheitseinsichtig waren, konnten für die Pflegenden, im Bezug auf die Beziehungsgestaltung, aufgrund der ausgeprägten Symptome eine ziemliche Herausforderung sein. Die pflegerischen Ziele der Pflegenden konnten deshalb nur schwer erreicht werden.

Gelegentlich wurden Patient/innen mit ausgeprägten psychotischen Erleben auf eine geschlossene psychiatrische Akutstation verlegt. Ein Beispiel, welches mir noch lebhaft in Erinnerung blieb, war ein an Schizophrenie erkrankter Patient. Der Patient, des Weiteren Herr Albrecht genannt, war aufgrund seiner wahnhaften Symptome auf der Station. Herr Albrecht

ist ein sehr höflicher, freundlich und zugewandter 34-jahre alter Patient gewesen, der sich, trotz der höflichen zugewandten Haltung von fast allen Menschen, inklusive mir, verfolgt und bedroht gefühlt hat. Gelegentlich berichtete Herr Albrecht, dass ihn nachts große bewaffnete Männer auflauern würden, um ihn zu töten. Eines Morgens beim Frühstück ging Herr Albrecht ohne Vorwarnung und ohne ersichtlichen Grund wütend und laut rufend mit einem Buttermesser auf einen anderen Patienten zu. Nachdem eine Pflegende auf ihn eingeredet hat, ging Herr Albrecht undeutlich meckernd, ohne Messer, in sein Stationszimmer zurück. Dieses wahnhaft-aggressive Verhalten von Herrn Albrecht führte dazu, dass er auf die geschlossene psychiatrische Akutstation gegen seinen Willen verlegt wurde. Auf Nachfrage wurde mir mitgeteilt, dass Herr Albrecht eine Gefahr für sich und für andere darstellte und zwangsuntergebracht werden müsse.

Vor der Verlegung fand ein Fallgespräch zwischen den Mitarbeiter/innen statt, an dem ich teilnehmen konnte. Das Team hatte sehr unterschiedliche Meinungen, ob eine Verlegung gegen den Patientenwillen sinnvoll ist oder nicht. Die Mehrheit der Pflegenden war der Meinung, dass bei schwer einschätzbaren Patient/innen wie Herrn Albrecht, der Schutz des/der Patient/in, anderer Patient/innen und der eigene Schutz nicht gewährleistet werden kann. Ein anderer Teil der Mitarbeiter/innen hatte die Ansicht, dass Verlegungen auf eine freiheitsentziehende Akutstation erst vorkommen sollten, wenn für den/die Patient/in schwierige Situationen mit deeskalierenden Maßnahmen nicht mehr möglich sind. Einige Pflegenden waren sogar der Ansicht, dass dafür potentiell eskalierende Situationen in Kauf genommen werden sollten, da nur so für den/die Patienten/in potentiell belastende Situationen entstehen und erprobt werden können. Die Pflegenden berichteten mir, dass es häufig vorkommt, dass psychisch erkrankte Patient/innen gegen ihren Willen untergebracht und behandelt werden und Herr Albrecht auch zu Beginn zwangsuntergebracht worden wäre. Sie berichteten weiterhin, dass Herr Albrecht bis heute nicht immer krankheitseinsichtig ist, häufig von Pflegenden fixiert worden wäre und die Möglichkeit bestehe, dass er im weiteren Verlauf eine Zwangsmedikation erhalten könne.

Während der gesamten stationären Behandlung in der Psychiatrie haben Pflegende die Aufgabe als Begleiter/in des/der Patienten/in zu fungieren, welche ihn/sie während der psychiatrischen Interventionen aktiviert, unterstützt und Sicherheit vermittelt (vgl. Schewior- Popp/ Sitzmann/ Ullrich et al. 2012, S.31). Des Weiteren können sie für die psychisch Erkrankten einen verlässlichen Partner darstellen, welcher Sie von der Aufnahme bis zur Entlassung unterstützt (Gold/ Gühne, 2008, S.6). Pflegerisches Handeln bedeutet für mich hauptsächlich, ähnlich wie oben beschrieben, eine auf Vertrauen gestützte, unterstützende und Sicherheit vermittelnde

Begleitung des/der Patient/in. Erleben Patient/innen eine Zwangsmaßnahme auf einer psychiatrischen Station, könnte die mangelnde Kooperation zu einer erschwerten pflegerischen Beziehung führen. Die Vermutung liegt nahe, dass Pflegende den Status des/der sicherheitsvermittelnden Begleiter/in und verlässlichen Partner/in während einer Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung verlieren könnte. Das Recht soll mit Hilfe der Gesetze dazu beitragen, dass Notfallentscheidungen bei Zwangsmaßnahmen schnell und effektiv getroffen werden und nach ihnen gehandelt werden kann (vgl. Hewer/Rössler, 2017, S.61). In Bezug auf mein Erlebnis mit Herrn Albrecht kam bei mir die Frage auf, ob es neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen Handlungsempfehlungen, Leitlinien oder Standards bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen gibt, die eine bestmögliche Anwendung, mit einer möglichst geringen Gefährdung der pflegerischen Beziehung ermöglichen.

Eine Zwangsbehandlung ist abgesehen von einer Schutzmaßnahme immer eine Form der Gewalt an einem/einer Patient/in, indem sie diese/n einschränkt, den freien Willen zu äußern (vgl. Schewior- Popp/ Sitzmann/ Ullrich et al., 2012, S.141). Die Prävention und die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen stellen wichtige Themen dar, da diese Zwangsmaßnahmen verhindern können. Zwangsmaßnahmen können jedoch manchmal unumgänglich sein. Wie die Durchführung einer Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung gestaltet ist, in welchem Umfang Gewalt dabei ausgeübt wird und welchen Einfluss Zwangsausübungen auf die pflegerische Beziehung hat, konnte ich bis jetzt nicht in Erfahrung bringen. Jedes pflegerische Handeln setzt eine professionell-pflegerische Beziehung voraus (vgl. Schädle-Deiningner/ Wegmüller, 2017, S.103). Aufgrund meiner Erfahrungen im offenen psychiatrischen Bereich und der Datenlage, dass fast ein Viertel der psychiatrischen stationären Patient/innen nicht freiwillig in Behandlung sind, ergeben sich folgende Fragen in der insbesondere die zweite Frage in dieser Arbeit geklärt werden soll:

**Wie kann eine Zwangsmaßnahme, die den rechtlichen Auflagen entspricht, bei einem/einer psychisch erkrankten Patient/in, bestmöglich durchgeführt werden?**

**Welche Möglichkeit der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Patient/innen unter der Voraussetzung einer angeordneten Zwangsmaßnahme in der Akutpsychiatrie gibt es?**

## 2 Aufbau und Zielsetzung

Im ersten Abschnitt werden die Grundlagen der pflegerischen Beziehung erläutert und die Erwartungen an die pflegerische Gestaltung mit dem/der Patient/in dargestellt.

Im darauffolgenden Abschnitt folgt eine Beschreibung der Akutpsychiatrie, in der die allgemeinen Zielsetzungen, die Behandlungsmöglichkeiten und die Möglichkeiten der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit dem/der Patient/in dargelegt werden.

Das nächste Kapitel befasst sich mit den rechtlichen Grundlagen von Zwangsmaßnahmen in Deutschland. Eine Zwangsmaßnahme darf erst durchgeführt werden, wenn Sie den rechtlichen Aspekten entspricht und kann damit eine grundlegende Basis für eine Durchführung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen darstellen. Auf meine Nachfrage, wie eine Zwangsmaßnahme oder Zwangsmedikation durchgeführt wird, war die Aussage der Ärzt/innen und Pflegenden stets, dass sie sich an die rechtlichen Rahmenbedingungen halten

Im nächsten Abschnitt werden die Möglichkeiten der pflegerischen Beziehungsgestaltung während einer Zwangsmaßnahme wiedergegeben und anhand von Studien und der aktuellen Literatur auf ein Fallbeispiel übertragen. Hierbei soll der/die Leser/in ein Verständnis dafür entwickeln, welche Auswirkungen die pflegerische Beziehungsgestaltung mit dem/der Patient/in haben kann.

Im letzten Teil sollen die Möglichkeiten der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit dem/der Patient/in unter einer angeordneten Zwangsmaßnahme aufgezählt und Möglichkeiten zur Verbesserung wiedergegeben werden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden ob die Literatur aufzeigt, wie die pflegerische Beziehung mit dem/der Patient/in unter der Voraussetzung einer Zwangsmaßnahme gestaltet werden kann und ob es Möglichkeiten zur Verbesserung gibt. Dem pflegerischen Personal sollen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung mit Patient/innen während der Durchführung einer Zwangsmaßnahme aufgezeigt werden. Im besten Fall soll die Ausarbeitung eine Verbesserung in der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Patient/innen unter dem Aspekt der Zwangsmaßnahme in der Akutpsychiatrie ermöglichen.

### 2.1 Methodisches Vorgehen

Die Grundlage für die Beantwortung der Fragen dieser Arbeit bildet eine systematische Literaturrecherche. Zur Annäherung an das Thema wurde mit Hilfe von Stichworten in der

Datenbank PubMed und Google Scholar eine grobe Recherche durchgeführt. Danach erfolgte die systematische Suche nach relevanten Literaturquellen mit Hilfe von nationalen und internationalen Datenbanken. Für die systematische Literaturrecherche wurden die Datenbanken PubMed, Springer eBooks und PubPsych genutzt. Gesucht wurde hauptsächlich nach deutsch- und partiell nach englischsprachiger Literatur. Wenn möglich wurde mit meSH-Terms gearbeitet, ansonsten wurde auf die Suchbegriffe „psychiatric“, „nursing“, „coercion“, „coercive measures“, „psychiatric treatment“, „psychiatric emergency“, „compulsory measure“, „fixation“ und „acute psychiatric“ oder das deutschsprachige Äquivalent zurückgegriffen. Es wurden außerdem die Schlagwortkataloge verschiedener Hochschulbibliotheken genutzt und durch spezifische Handsuchen in der Ärztlichen Zentralbibliothek des Universitätsklinikums Eppendorf, der Bibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaft in Hamburg (HAW) und der Uni Hamburg nach Fachliteratur ergänzt. Außerdem dienten die Literaturverweise der verwendeten Veröffentlichungen als Hinweise auf weitere Quellen.

Aufgrund des Umfangs der Arbeit, wird die auf der Datenbank PubMed vorgenommene Recherche beispielhaft dargestellt. Hierbei wurden vorerst folgende Suchbegriffe verwendet: psychiatric, nursing, nursing care, coercive measures, psychiatric emergency, psychiatric, compulsory measure, treatment, coercive treatment, fixation, psychiatric treatment, acute psychiatric treatment, psychotic, primary care, nurse relations, acute psychiatric, mental illness und coercion. Wenn möglich wurden Mesh-Terms verwendet. Zur möglichen Erweiterung der Begrifflichkeiten wurde nurs\* care, psychiatr\*, nurs\* und coerc\* hinzugefügt. Es wurde nach der ersten Recherche, die Literatur hauptsächlich auf deutschsprachige Literatur eingegrenzt und verwendet, da die Übertragbarkeit der pflegerischen Praxis bei angeordneten Zwangsmaßnahmen und die gesetzlichen Regelungen ausschließlich das deutsche Gesundheitssystem betreffen sollen. Es wurde der Begriff adolescent ausgeschlossen, da sich diese Arbeit ausschließlich mit Zwangsmaßnahmen bei erwachsenen Patient/innen befasst.

Mit Hilfe der Literatur erfolgte eine Auseinandersetzung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen von Zwangsmaßnahmen in Deutschland. Danach wurde nach Literatur recherchiert, die Aspekte zu Zwang im psychiatrischen Setting miteinschließt und mit der pflegerischen Arbeit verknüpft. Des Weiteren wurde Literatur zur psychiatrischen Beziehungsgestaltung in Deutschland und dessen vorhandene Rahmenbedingungen im akutpsychiatrischen Setting ausfindig gemacht. Des Weiteren wurde Literatur ausfindig gemacht, die sich insbesondere mit Alternativen von Zwangsmaßnahmen auseinandersetzt. Mit



Hilfe der verwendeten Literaturquellen wird die pflegerische Beziehungsgestaltung dargestellt und mit den rechtlichen Rahmenbedingungen und deren praktische Umsetzung verknüpft. Anschließend werden aus diesen Überlegungen Möglichkeiten der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Patient/innen in der Akutpsychiatrie unter Voraussetzung einer Zwangsmaßnahme dargestellt.

### 3 Pflegerische Beziehungsgestaltung

Um die Möglichkeiten der pflegerischen Beziehungsgestaltung im psychiatrischen Setting aufzuzeigen ist es notwendig die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient/innen mit Hilfe theoretischer Ansätze zu betrachten und die Prioritäten der psychiatrischen Beziehungsgestaltung zu verstehen. Der Pflegeprozess von Ida Jean Orlando soll hierbei eine pflegerische Handlung systematisch beschreiben und strukturieren. Darauf aufbauend soll die Theorie der Beziehungspflege von Rüdiger Bauer wiedergegeben werden und einen möglichen Ansatz einer gelungenen professionellen Beziehung darstellen, indem die eben genannten theoretischen Grundlagen auf die psychiatrische Beziehungsgestaltung übertragen werden.

#### 3.1 Pflegeprozessstheorie nach Orlando

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Pflegeprozessstheorie nach Ida Jean Orlando. Orlando entwickelte aus einer dreijährigen Beobachtung heraus das Konzept des prozesshaften Geschehens zwischen Pflegenden und Patient/in. Pflegende haben grundsätzlich immer die Absicht das Unwohlsein des/der Patient/in zu lindern und eine Verhaltensverbesserung zu erzielen (vgl. Marriner-Tomey 1992, S.347).

Jede Pflegesituation, die immer bei einem „In-Kontakt-Treten“ zwischen Pflegende und Patient/in entsteht, kann in drei Grundelemente aufgeteilt werden: Erstens dem Verhalten des/der Patient/in, zweitens der Reaktion der Pflegenden und drittens den pflegerischen Handlungen, die zum Wohle des/der Patient/in bestimmt sind (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 347). Die Interaktion der drei Grundelemente untereinander bildet laut Orlando den Pflegeprozess, bei dem sie ein dynamisches Ganzes bilden, indem sich Pflegende und Patient/in gegenseitig beeinflussen (vgl. Fawcett, 1999, 103).

Diese wechselseitige Beziehung zwischen Patient/in und Pflegenden stellt den Kern des pflegerischen Prozesses dar, bei dem beide in der Interaktion durch das nonverbale Verhalten und das verbal gesprochene Wort des anderen beeinflusst werden (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 345).

Die Ergebnisse pflegerischen Handelns hängen laut Orlando damit zusammen, inwieweit es gelungen ist, den unmittelbaren Hilfebedarf des/der Patient/in zu ermitteln und zu erfüllen (vgl. Fawcett, 1999, S. 101). Hierbei ergibt sich, dass sich alle Pflegemaßnahmen direkt an den Bedürfnissen der Patienten orientieren sollen, indem Bedürfnisse und Maßnahmen von Pflegenden erkannt und mit dem/der Patient/in abgesprochen werden.

Professionell Pflegende sollen ihr Handeln nach dem verbalen und nonverbalen Verhalten des/der Patient/in und seiner/ihrer Bedürfnisse richten (vgl. Fawcett, 1999, S. 103). Damit eine pflegerische Handlung erfolgen kann, müssen Pflegende die Fähigkeit mitbringen zu erkennen, welcher pflegerische Handlungsbedarf benötigt wird, indem sie einerseits aufmerksam beobachten und andererseits offen mit dem/der Patient/in kommunizieren. Orlando setzt voraus, dass Pflegende eigene Gedanken und Wahrnehmungen verbal ausdrücken können und die Aussagen zu ihm/ihr gehören (vgl. Meleis, 1999, S. 535).

Eine bewusste Pflege wird erreicht, wenn die Pflegekraft ihre Gedanken und Wahrnehmungen mit dem Patienten gemeinsam überprüft und gegebenenfalls korrigiert (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 349). Eine pflegerische Handlung, die routinemäßig durchgeführt wird, umfasst keine Wahrnehmungen, Gefühle oder Gedanken und ist daher ungeeignet um den Hilfebedarf des/der Patient/in zu erkennen (vgl. Meleis, 1999, S. 536).

Im Pflegeprozess nach Orlando haben Patient/innen und Pflegende beide die Möglichkeit, von dieser Beziehung negativ oder positiv beeinflusst zu werden. Orlando definiert Gesundheit nicht, sondern setzt voraus, dass das Freisein von geistigen und körperlichen Unwohlsein Gesundheit, sowie Gefühle des Selbstwertes und des Wohlbefindens von Patient/innen zur Gesundheit beitragen (Marriner-Tomey, 1992, S.348).

### 3.2 Beziehungspflege nach Rüdiger Bauer

Das Konzept der kongruenten Beziehungspflege nach Bauer stützt sich auf die Pflege-theorien von Hildegard Peplau und von Jean Ida Orlando. Zudem bezieht er die „Gesprächspsychotherapie“ von Carl R. Rogers und Forschungsergebnisse der klientenzentrierten Forschung mit in seine Theorie ein (vgl. Bauer, 1997, S. 11). Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient/innen sowie das prozesshafte Geschehen steht dabei im Vordergrund. Die Beziehung zwischen dem/der Pflegenden und Patient/in ist nach Bauer ein dynamischer interaktioneller Prozess, der in fünf Phasen abläuft. Im Rahmen einer professionellen pflegerischen Beziehung werden sich im Laufe Inkongruenzen zwischen dem Pflegenden und dem/der Patient/in entwickeln (vgl. Bauer, 1997, S. 11). Ziel einer gelungenen

Beziehung ist es, diese soweit es geht auszugleichen und eine möglichst hohe Kongruenz in der pflegerischen Beziehung zu erreichen (vgl. Bauer, 1997, S. 11).

Kongruenz kann nach Bauer in zwei Arten definiert werden. Einerseits ist unter Kongruenz das „Selbst-Sein“ zu verstehen, ein Sein, das sich nicht hinter Fassaden verbergt, etwas Erlebtes oder Erfahrenes deutlich wahrnimmt und Empfindungen für sich verfügbar sind. Dieses „Selbst-Sein“ nennt Bauer „Kongruenz zur eigenen Person“. Pflegende haben den Auftrag eine möglichst hohe Kongruenz zur eigenen Person herzustellen (vgl. Bauer, 1997, S.53), indem sie sich der eigenen Gefühle bewusstwerden und sie bearbeiten. Somit wäre der Grundbaustein gelegt, um eine Beziehung zu anderen Personen herstellen zu können (vgl. Bauer, 2002b, S. 310). Bei einer wechselseitigen Beziehung können Gefühle und Reaktionen ausgelöst werden, die als eine Inkongruenz zur eigenen Person zu interpretieren sind (vgl. Bauer, 2002b, S. 313). Je besser sich Pflegende selbst kennen, desto besser können sie in der Beziehung andere Personen und deren Bedarf erkennen. Hierbei nehmen die innerpsychischen Vorgänge der Pflegenden eine entscheidende Rolle für den Beziehungsverlauf ein (vgl. Bauer, 2002b, S. 313).

Ist eine hohe Kongruenz zur eigenen Person bei den Pflegenden erreicht, kann dies helfen, eine möglichst hohe „Kongruenz in der Beziehung“ zu gestalten (vgl. Bauer, 1997, S. 16). Die Kongruenz in der Beziehung, von Bauer die „kongruente Beziehungspflege“ genannt, ist die bewusste Wahrnehmung und professionelle Bearbeitung und Klärung der wechselseitigen Abhängigkeiten innerhalb der Pflege-Patient-Beziehung während des Pflegeprozesses (vgl. Bauer, 1997, S.15-16). Pflegende, die eine möglichst echte, personale und kongruente Beziehung mit Patient/innen aufbauen, können Wissen über den anderen und sich selbst sowie gegenseitiges Verständnis erlangen, welches wiederum zur Problemlösung führen kann (vgl. Bauer, 1997, S. 16).

Der gelungene Aufbau einer Beziehung liegt in der Verantwortung der Pflegenden. Bauer legt grundlegende Fragen für den Aufbau einer Beziehung fest, die des Wollens, des Könnens, des Sollens (vgl. Bauer, 1997, S. 16) und die des Dürfens (vgl. Bauer, 2002a, S.20). Pflegende wollen immer eine gute Beziehungsarbeit mit dem/der Patient/in leisten, womit die Frage des „Wollens“ für Bauer eine Grundvoraussetzung ist, die Pflegende mitnehmen (vgl. Bauer, 1997, S. 18). Eine gute Beziehungsgestaltung ist ein Gegenstand des Wollens. Pflegende erreichen dies, indem sie in der Beziehungsarbeit sympathisch, echt, mitfühlend und mutig sind (vgl. Bauer, 1997, S. 19).

Das „Können“ beschreibt einerseits der/die Patient/in mit seiner Selbstkompetenz, sich in einem bestimmten Maße zu pflegen, andererseits das fachliche Wissen und pflegerische Kompetenz der Pflegenden, die sie dazu befähigt, Patient/innen in ihrer Selbstpflegekompetenz zu stärken (vgl. Bauer, 1997, S. 11). Sind beide Seiten in der Lage das „Können“ des jeweils anderen einzuschätzen, kann die Beziehung positiv gestaltet werden.

Das „Sollen“ stellt bei den Pflegenden den pflegerischen Auftrag des Trägers dar. Patient/innen können den pflegerischen Auftrag auch nachkommen, haben jedoch beim Sollen eher das Problem, dass sie sich entsprechend der gesellschaftlichen Erwartungen an die Rolle ihrer Erkrankung verhalten (vgl. Bauer, 1997, S. 20). Ist die Beziehung kongruent, verläuft sie auch beim „Sollen“ wechselhaft und reflektiert.

Zuletzt klärt das „Dürfen“ die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Fragen des Wollens, Könnens, Sollens und Dürfens beschreibt Bauer als eine Abstrakte Darstellung der praktischen, alltäglichen Inhalte. In der kongruenten Beziehungspflege sollten Pflegenden die Grundfragen für sich selbst am Anfang einer Beziehung klären.

In der kongruenten Beziehungspflege haben Pflegende die Aufgabe, diese vier Grundfragen vor Kontakt mit dem/der Patient/in für sich zu klären, um eine möglichst nahe „Kongruenz der eigenen Person“ zu erreichen und diese Grundfragen während des Prozessgeschehens stetig zu hinterfragen. Nur wenn diese Kongruenz vorhanden ist, kann ein/e Patient/in mittels der Reflektion bewegt werden, sein Können, Sollen und Wollen zu hinterfragen (vgl. Bauer, 1997, S. 21). Inkongruenzen sollten bei den Pflegenden selbst wahrgenommen und dessen Entstehung betrachtet werden (vgl. Bauer, 1997, S. 123). Wird eine Inkongruenz wahrgenommen, sollte der Umgang und der Zeitpunkt der Bearbeitung damit geklärt werden (vgl. Bauer, 1997, S. 123). Eine professionelle pflegerische Beziehungsgestaltung mit Patient/innen wird vorausgesetzt, wodurch mit Hilfe von bewusster Wahrnehmung und der professionellen Bearbeitung der Pflege-Patient-Beziehung im Pflegeprozess eine kongruente Beziehungspflege resultiert (vgl. Bauer, 1997, S. 123). Pflegende haben die Aufgabe, zu Beginn der Beziehung gebend und geduldig zu sein und sich zunächst zurückhalten. Dem/der Patient/in soll Raum gegeben werden sich zu entwickeln, so dass er/sie selbst nachsichtig und geduldig wird (vgl. Bauer, 1997, S. 21).

Eine kongruente Beziehungspflege kann sowohl die Kongruenz als auch der Dissens sein (vgl. Bauer, 2002a, S.22). Dies bedeutet, dass Pflegende und Patient/in sich einig darüber werden können, dass sie sich noch uneinig sind. Der Prozess hin zur Kongruenz dient als Weg der

möglichen Beziehungsgestaltung (vgl. Bauer, 2002a, S.22). Solange keine Kongruenz erreicht ist, kann die Beziehung noch als inkongruent betrachtet werden. Es gilt herauszufinden, ob die Inkongruenz an der „Inkongruenz zur eigenen Person“ der Pflegenden liegt oder innerhalb der Beziehung. Wie bereits erwähnt, kann der Prozess nur dann zur kongruenten Beziehung gestaltet werden, wenn Pflegende zu Beginn der Beziehung mit Hilfe der Grundfragen eine Kongruenz zur Person erreichen. Sobald diese erreicht wurde, sollten Pflegende den Versuch unternehmen, der/die Patient/in zu unterstützen, dessen „Kongruenz zur eigenen Person“ herzustellen um im nächsten Schritt eine kongruente Beziehung zu erreichen (vgl. Bauer, 2002a, S.22). Pflegende können die kongruente Beziehung aktiv gestalten, indem sie helfen die Grundfragen des/der Patient/innen zu klären und dieser sich mit sich selbst auseinandersetzt (vgl. Bauer, 2002a, S.22). Wahrnehmungen und Beschreibungen äußerer Vorgänge und Beschreibungen von Gefühlen seitens der Pflegenden macht hierbei die kongruente Beziehungspflege aus (vgl. Bauer, 1997, S. 136). Ziel ist es, dass der/die Patient/in sich Gedanken über sich macht und über die Gestaltung der Beziehung seiner Umwelt nachdenkt (vgl. Bauer, 2002a, S.23).

Der/die Patient/in kann bei diesen Überlegungen ein Problem formulieren. Pflegende sollen währenddessen keine Mutmaßungen oder Fragen formulieren, da sie die Absicht verfolgen die eigene Strategie durchzusetzen. Die/der Pflegende soll die Wahrnehmung des Patienten zwar kennen, aber eine absichtslose Haltung mitbringen, die dem/der Patient/in hilft, eigene Strategien zu entwickeln, die zur eigenen Problemlösung führen (vgl. Bauer, 1997, S.98). Während dieser Interaktion sollen Pflegende ihre „Kongruenz der eigenen Person“ mit Hilfe der Grundfragen kontinuierlich überprüfen und für sich beschreiben, um den pflegerischen Prozess der Beziehung betrachten und steuern zu können (vgl. Bauer, 1997, S. 124).

### 3.3 Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege

Eine positive, empathische und akzeptierende Grundhaltung seitens der Pflegenden (vgl. Richter, Schwarze et al., 2010, S. 19) sowie der wechselseitige Respekt und Achtung der Würde des anderen haben Einfluss auf die pflegerische Beziehungsgestaltung (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 30). Psychisch Erkrankte erleben eine Beeinträchtigung zu sich und ihrer Umwelt, welches dazu führt, dass sie Probleme haben, ihr Umfeld und die umgebenen Menschen einzuordnen (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103). Diese gestörte Beziehungsfähigkeit, führt zu Problemen in dem ziehen oder wahren von Grenzen (vgl. Kistner, 1992, S. 71-72). Des Weiteren fällt es den Patient/innen schwer, ihre Gefühle verständlich zu äußern (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103), weshalb die psychiatrische Pflege

im Wesentlichen zum Ziel hat, die Beziehung des/der Patient/in zu sich und zur Umgebung und die Erweiterung sozialer Kompetenzen wiederherzustellen, so dass die Aktivitäten des alltäglichen Lebens wieder wahrgenommen werden können (vgl. Schädle-Deininger/Wegmüller, 2017, S.105). Pflegenden wird die Verantwortung übertragen, das Verhältnis zwischen Nähe und Distanz in der wechselseitigen Beziehung zu lenken, die Einschränkungen des Erkrankten zu erkennen und die Selbstbefähigung des/der Patient/in zu fördern (vgl. Kistner, 1992, S. 72; vgl. Richter/ Schwarze et al., 2010, S. 19).

Die psychiatrischen Stationen verfolgen Ziele, welche jedoch nur eine grobe Richtlinie darstellen soll, die jederzeit variabel verändert werden kann, um individuell auf die Bedürfnisse des/der erkrankten Patient/in einzugehen (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.105). Um eine pflegerische Beziehung zu einem psychisch erkrankten Menschen aufzubauen und zu gestalten ist Authentizität die Grundlage (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103). Ist die Beziehung, wie von Orlando beschrieben, als beidseitiger Prozess zu verstehen (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 345), so ist der Anteil der Pflegenden für die Beziehungsgestaltung genauso wichtig, wie jene des/der Patient/in (vgl. Kistner, 1992, S. 35). Damit sich eine Beziehung zwischen zwei Pflegenden und Patient/innen aufbauen kann, muss ein Bezugspunkt entstehen, der beide miteinander verbindet (vgl. Kistner, 1992, S. 73). Deshalb ist es wichtig, das Pflegende nicht nur ihre berufliche Rolle, sondern auch ihre eigene Person bewusst in die psychiatrische Arbeit einbinden, um eine Verbindung zum/zur Patient/in eingehen zu können (vgl. Kistner, 1992, S. 73). Pflegende die eine positiv bewertete Beziehung zum/zur Patient/in haben und den/die Patient/in gut kennen, können die aktuelle Verfassung des/der Patient/in einschätzen, leicht einen kommunikativen Zugang finden und bei Konflikten deeskalierend eingreifen (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 29). Gute psychiatrisch Pflegende sind deshalb in der Lage, aufgrund von Professionalität, Engagement und persönlicher Kompetenz die Beziehung zwischen Patient/innen und Pflegenden in aggressiven sich zuspitzenden Krisensituationen so zu gestalten, dass eine Deeskalation häufig möglich ist (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 29).

## 4 Die Akutpsychiatrie

Die Akutbehandlung von psychiatrischen Patient/innen unterscheidet sich im Vergleich zu anderen psychiatrischen Behandlungs- und Interventionsformen. In den folgenden Kapiteln werden vor diesem Hintergrund die akutpsychiatrischen Behandlungsformen, sowie die mögliche pflegerische Beziehungsgestaltung auf der Akutpsychiatrie näher erläutert.

Meist werden Patient/innen mit einer akuten psychiatrischen Erkrankung stationär aufgenommen, wenn die dringliche Notwendigkeit von Rückzug, Geborgenheit, Sicherheit, Management, Beobachtung, Bewertung, persönlicher Fürsorge und Behandlung besteht (vgl. Bowers, 2007, S. 152) und die durchzuführenden notwendigen Maßnahmen ambulant nicht oder nicht schnell genug verfügbar sind (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S. 3). Die spezialisierte Station, die sich weniger differenziert mit den einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern, sondern mit der akuten Phase der psychischen Erkrankung auseinandersetzt, ist die psychiatrische Akutstation, die auch Akutpsychiatrie genannt wird (vgl. Neu, 2017, S.156). Akute psychische Erkrankung bezeichnet einen psychischen Krankheitszustand, der mit einer relativen Intensität verbunden ist (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S. 3) und häufig mit einer akuten Eigen- und Fremdgefährdung einhergeht (vgl. Juckel, 2015, S.238). Aufgrund dessen benötigen akut psychisch erkrankte Patient/innen ein hohes Maß an Sicherheit, welche durch die Versorgung des therapeutischen Teams von Psychiater/innen, (Fach-)Pflegerinnen, Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen sowie Ergo- und Physiotherapeut/innen gewährleistet werden soll (vgl. Gaßmann/ Marschall et al., 2006, S.385).

Hinsichtlich der akuten Krankheitsphase werden neben einer besonders intensiven medikamentösen Maßnahme auch physikalische Maßnahmen angewendet. Einige Patient/innen erkennen die akute Krankheitsphase aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht, so dass die angewendete Maßnahme teilweise gegen den Willen der/des Patient/in, als Schutz und Sicherungsmaßnahme, erfolgt. Hierbei ist die stationäre Aufnahme auf einer geschlossenen Akutstation meistens durch fremdgefährdendes Verhalten erfolgt (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S. 99).

Die psychiatrische Akutstation, des Weiteren nur Akutstation genannt, kann im Rahmen der stationären Versorgung in drei Arten unterteilt werden:

- eine geschlossene Akutstation,
  - einer fakultativ geschlossenen Akutstation und
  - einer offenen Akutstation
- (vgl. Peter Neu, 2017, S.212).

Auf einer geschlossenen psychiatrischen Akutstation wird die Eingangstür zum Schutz der Patient/innen hauptsächlich verschlossen. Demnach haben Patient/innen nur begrenzte Möglichkeiten, die sogenannte „geschützte Station“ eigenständig zu verlassen. Eine geschlossene Eingangstür hat auf der Akutstation das Ziel, psychisch schwer erkrankten Patient/innen vor der Krankheit zu schützen und effektiv zu behandeln (vgl. Neu, 2017, S. 212).

Pflegenden erleben häufig diese Aggressivität seitens der Patient/innen (vgl. Kistner, 1992, S.42). Rechtliche Unterbringung, Zwangsbehandlungen oder andere Zwangsmaßnahmen, die gegen den Willen des/der Patient/in erfolgen, können zur Aggressivität<sup>1</sup> der Patient/innen führen. Dies könnte der Grund sein, warum in der Akutpsychiatrie Pflegende häufig Angst vor Patient/innen haben (vgl. Kistner, 1992, S. 42). Die geschlossene Akutstation ist trotz der verschlossenen Eingangstür nicht für jeden/jeder Patient/in ausschließlich geschlossen. Ist ein/e Patient/in in einem akuten Erregungszustand und wünscht sich zur Beruhigung einen Spaziergang im freien, kann die gut überwachte Komponente der Akutstation zum Wohle des/der Patient/in durchlässiger gemacht werden, indem Pflegende beispielsweise mit dem/der Patient/in in den Garten geht (vgl. Neu, 2017, S. 213). Die Akutpsychiatrie beinhaltet deshalb einerseits die engmaschige Betreuung und Überwachung eines/einer Patient/in, andererseits die durchlässige effektive Behandlung der Erkrankung, die dem Patient/in aktivieren und ins alltägliche Leben zurückführen soll (vgl. Neu, 2017, S. 213). Patient/innen mit akuten psychischen Erkrankungen können und sollen nach Absprache mit dem therapeutischen Team oder im Rahmen der therapeutischen Gestaltung die geschlossene Akutstation verlassen. Hierbei ist die therapeutische Beziehung das Fundament einer psychiatrischen Akutbehandlung (vgl. Neu, 2017, S. 162). Neben der geschlossenen Akutstation haben sich die fakultativ geschlossenen und offenen Akutstationen in Deutschland etabliert. Bei fakultativ geschlossenen Akutstationen handeln es sich um keine spezialisierte Akutstationen, sondern anders spezialisierte Stationen die bei Bedarf geschlossen werden können (vgl. Neu, 2017, S. 212).

#### 4.1 Zielsetzungen und Beziehungsgestaltung in der Akutpsychiatrie

Da das therapeutische Team eine Einheit zur psychiatrischen Behandlung bilden sollte, werden in dieser Arbeit einige Konzepte, in denen es ausschließlich um eine Berufsgruppe im psychiatrischen Setting geht, wenn möglich auf Pflegende übertragen. Ferner werden Bereiche der Beziehungsgestaltung der forensischen Psychiatrie mit eingebunden, da in der forensischen Psychiatrie Zwangsmaßnahmen häufig stattfinden und die aktuelle Datenlage häufig nur forensische Bereiche integriert. Eine Übertragung auf den Bereich der Akutstation ist möglich.

Häufig führt eine Einweisung gegen den Willen des/der Patient/in zur Aufnahme auf die psychiatrische Akutstation, so dass die unfreiwillige Beziehung von Beginn an negativ beeinflusst sein kann und zwischen Patient/in und dem therapeutischen Team nicht

---

<sup>1</sup> Aggressivität/ Aggression ist allgemein ein Verhalten zur Verteidigung und Gewinnung von Ressourcen und zur Bewältigung gefährlicher Situationen (Walter; Lang, 2017, S. 103)



gleichberechtigt ist (vgl. Neu, 2017, S. 216). Ärzt/innen haben die Befugnis über Ausgangsregelungen und andere unpopuläre Bereiche (beispielsweise die Einrichtung einer Betreuung), über den/die Patient/in hinweg, zu entscheiden (vgl. Neu, 2017, S. 162). Weiterhin zählt Peter Neu einige Prinzipien auf, welche in den Leitlinien der Akutstationen Anwendung finden sollen. Mitunter haben Patient/innen ein großes Bedürfnis nach Rückzug und Distanz, welches vom therapeutischen Team zu respektieren ist. Weiterhin sollte Misstrauen und aggressives Verhalten vom/von der Patient/in als Teil der Erkrankung erkannt werden und nicht persönlich genommen werden. Neu empfiehlt auch, dass Pflegende sich trotz der eingeschränkten Autonomie des/der Patient/in stets versuchen sollen, ein verlässliche/r Partner/in zu sein und sich um eine komplementäre Beziehung bemühen (vgl. Neu, 2017, S. 163). Um eine gute Beziehung in der Akutstation unter Extremsituationen, beispielsweise einer möglichen Fixierung, herzustellen, setzt Neu eine strategische therapeutische Beziehungsgestaltung voraus (vgl. Neu, 2017, S. 163). Müller und Nedopil geben an, dass unabhängig vom angewandten therapeutischen Konzept eine positive zwischenmenschliche Beziehung ein sehr wichtiger Teil ist, der zum Erfolg einer Behandlung beiträgt (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 380).

Um in der Akutpsychiatrie eine Beziehung mit Patient/innen aufzubauen, ist eine wesentliche Aufgabe der Pflegenden die Beobachtung von Patient/innen, verbunden mit je nach Bedarf mehr oder weniger intensiven Beziehungsaufnahmen (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 30). Patient/innen können demnach nur eingeschränkt eine Beziehung zu anderen Menschen aufbauen, so dass die Beziehungsaufnahmen helfen, den Umgang damit wieder zu erlernen oder zu verbessern. Es wird deutlich, weshalb die forensische Psychiatrie, in der Patient/innen auch Probleme mit Beziehungen haben, den Beziehungsaufbau und den Erhalt einer positiven Beziehung mitunter als dringlichste Aufgabe betrachtet (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 380).

Auf der Akutstation soll der Alltag von Patient/innen so gestaltet sein, dass der Umgang mit der Erkrankung mit Hilfe von Strategien erlernt wird. Dies wird erreicht, indem Pflegende die Fähigkeit mitbringen, sich auf die unterschiedlichsten Situationen immer wieder neu einzulassen und offen dem/der Patient/in gegenüber sind. Hierbei sollte die gemeinsame professionelle Beziehung mit dem/der Patient/in von Pflegenden als Prozess verstanden werden, der sich stetig entwickelt und einer ständigen Reflexion mit dem Gegenüber und sich selbst bedarf. (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103)

Gaebel und Falkai et al. empfehlen für einen gelungenen Beziehungsaufbau eine möglichst natürliche Gestaltung des zwischenmenschlichen Kontaktes zwischen Pflegenden und Patient/innen. Die von außen wenig erkennbare professionelle Intervention wird von den Patient/innen als am geringsten belastend empfunden (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 30). Das therapeutische Team sollte ein angemessenes Verhältnis zwischen Fürsorge und Distanz und einen wohlwollenden, respektvollen, nicht wertenden Umgang mit den Patient/innen pflegen (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 380). Die Wahl des therapeutischen Teams kann demnach einen großen Einfluss auf den Verlauf der Behandlung haben (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 380). Damit eine Kontaktaufnahme einen positiven Verlauf für die weitere Beziehung nimmt, haben Schädle-Deininger und Villinger verschiedene Zugangswege erarbeitet, welche Pflegende gezielt einsetzen können (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103). Diese nennen sie

- den körpernahen Zugang,
- das gemeinsame Tun,
- Konversation,
- den problemorientierten Zugang
- und den medizinnahen Zugang (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103-104).

Der „körpernahe Zugang“ soll bei Patient/innen helfen, die einen geringen Bezug zu ihrem eigenen Körper und/oder Schwierigkeiten haben sich selbst wahrzunehmen oder auffallend zurückgezogen sind. Pflegende erfragen Empfindungen die körperlich leicht spürbar sind gezielt ab, so dass Patient/innen die Möglichkeit haben, sich ihren Empfindungen bewusst zu werden. Müdigkeit, Hunger und Durst kann beispielsweise erfragt oder entspannende Maßnahmen, wie ein warmes Bad, angeboten werden. (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103)

Liegen zwischen Patient/innen und Pflegenden Probleme in der verbalen Kommunikation vor, oder ist ein/e Patient/in so in sich zurückgezogen, dass Fähigkeiten nicht gezeigt werden können, kann das „gemeinsame Tun“ angewendet werden. Pflegende gestalten eine gemeinsame Aktivität, an der Patient/in und Pflegende teilnehmen, indem sie beispielsweise beim Aufräumen helfen oder zusammen spazieren gehen. (vgl. Schädle-Deininger/ Wegmüller, 2017, S.103)

Akut erkrankte Patient/innen nehmen häufig ihre Probleme nicht ausreichend wahr, oder fühlen sich von Ihnen erdrückt und können dies verbal nicht äußern. Der „problemzentrierte Zugang“ soll helfen, indem Pflegende den Fokus der Konversation auf die inneren und äußeren Konflikte des/der Patient/in lenken. Pflegende erfragen die inneren und äußeren Konflikte des/der

Patient/in und gleichen diese verbal mit den, von den Pflegenden wahrgenommenen, Konflikten und Gefühlen ab. (vgl. Schädle-Deiningner/ Wegmüller, 2017, S. 104)

## 5 Zwischenzeitiges Erkenntnis

Mit dem Blick auf die verschiedenen Konzeptbetrachtungen kann die Beziehungsgestaltung wie folgt beschrieben werden:

Eine gelungene pflegerische Beziehungsgestaltung im psychiatrischen Umfeld setzt immer eine positive, empathische akzeptierte Grundhaltung der Pflegenden voraus. Psychisch Erkrankte erleben eine Beeinträchtigung zu sich und ihrer Umwelt, so dass einerseits ein Problem zwischen Nähe und Distanz entstehen kann, andererseits die zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit erschwert wird. Des Weiteren haben Patient/innen Probleme ihre Gefühle verständlich zu äußern, welches häufig zu Konflikten führt. Aus diesem Grund sollen Pflegende die Fähigkeit mitbringen, ihre eigenen Gedanken und Wahrnehmungen verbal auszudrücken und ihre Aussagen mit einer möglichst „kongruenten Beziehung zur eigenen Person“ zu treffen. Kongruenz zur eigenen Person beinhaltet das bewusste Empfinden und Wahrnehmen von Erfahrungen und Erlebnissen. Währenddessen sollen Pflegende sich kontinuierlich mit den eigenen Grundfragen des Wollens, Könnens und Sollens auseinandersetzen. Eine Inkongruente Beziehung ist immer bei einer fehlenden Kongruenz vorhanden. Im Rahmen einer professionellen pflegerischen Beziehungsgestaltung sollen zuerst die eigenen Inkongruenzen dann die Inkongruenzen der/des Patient/in wahrgenommen und genauer betrachtet werden. Im Anschluss wird dann auf die Beziehung zwischen Patient/in und Pflegenden eingegangen.

Insbesondere psychiatrisch erkrankte Patient/innen, die eine Beeinträchtigung zu sich und ihrer Umwelt haben, werden vermutlich ein hohes Defizit in der Kongruenz zur eigenen Person haben. Der Kern einer gelungenen pflegerischen Beziehungsgestaltung mit psychisch erkrankten Patient/innen kann demnach sein, dass Pflegende den/die Patient/in dabei begleiten, ihre Kongruenz zur eigenen Person wieder zu erhalten, indem Pflegende mit dem/der Patient/in ihr Wollen, Können und Sollen erarbeiten. Hierbei ist es wichtig, dass Pflegende mit einem hohen Maß an Empathie, Geduld und Zurückhaltung vorgehen. Die „Kongruenz zur eigenen Person“ auf der Seite der Pflegenden ist dafür Voraussetzung.

Der/die Patient/in zeigt ein bestimmtes Verhalten, welches der Pflegende wahrnimmt und beschreibt. Der/die Pflegende sollte dieses Verhalten erst mit Hilfe der Grundfragen für sich reflektieren um folgend die Kongruenz seitens des/der Patient/in zu erarbeiten. Es ist wichtig, dass Pflegende ihre eigene Persönlichkeit mit in die Beziehungsgestaltung nehmen, da nur ein

gemeinsamer Bezugspunkt eine Verbindung herstellen kann. Des Weiteren sollten Pflegende die Fähigkeit haben, die Grundfragen zur eigenen Person ehrlich beantworten zu können, da vorher keine kongruente Beziehung möglich ist. Ist das erfolgt, wäre der letzte Schritt eine gemeinsam abgeleitete Pflegehandlung zum Wohle des/der Patient/in. Aus der bewussten Wahrnehmung und professionellen Bearbeitung und Klärung der wechselseitigen Abhängigkeiten innerhalb der Pflege-Patient-Beziehung ergibt sich eine möglichst hohe kongruente Beziehung.

## 6 Zwangsmaßnahmen

Psychisch erkrankte Patient/innen können eine Gefahr für sich selbst oder andere durch die akute Phase ihrer Erkrankung sein. Die geschlossene Akutstation nimmt diese Patient/innen, häufig gegen ihren Willen, auf. Bei diesen Patient/innen ist aufgrund ihrer schwerwiegenden psychischen Erkrankung eine Intervention unumgänglich, da ohne Behandlung von einer akuten Eigen-, oder Fremdgefährdung auszugehen ist. Die Akutpsychiatrie hat im Vergleich zu anderen stationären Einrichtungen die Besonderheit, dass sie neben dem medizinischen Auftrag, bei einigen Patient/innen auch einen rechtlichen Auftrag verfolgt. Hierbei muss immer abgewogen werden, in welchem Verhältnis die Aufträge zueinanderstehen. Insbesondere das therapeutische Team hat im Sinne der psychiatrischen Behandlung die Aufgabe, den/die Patient/in bei der Linderung oder Heilung der Erkrankung zu helfen und vor drohenden Gefahren zu schützen. Droht eine unmittelbare Gefahr aufgrund einer Eigen- oder Fremdgefährdung, kann aus diesem Grund zum Schutz und als therapeutisches Mittel Zwang im Sinne einer Zwangsmaßnahme und/oder einer Zwangsbehandlung angewendet werden. Das folgende Kapitel befasst sich einerseits mit den rechtlichen Aspekten von Zwanganwendungen im psychiatrischen Setting, andererseits mit der pflegerischen Praxis von Zwang in der Psychiatrie.

Zeigen Patient/innen aggressives Verhalten in der Psychiatrie, kann dieses zu Zwangsmaßnahmen führen. Die Aggressionsforschung wurde in der Psychiatrie in Deutschland weitgehend vernachlässigt (vgl. Müller/ Nedopil, 2012, S. 299), so dass die bisherigen Zahlen, in Bezug auf gewalttätigen Verhalten und Zwangsmaßnahmen, hohe Schwankungen zwischen den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen aufzeigen (Walter/ Lang, 2017, S. 104). Auffallend ist, dass die Behandlungsumgebung, die baulichen Voraussetzungen, Teamvariablen und Behandlungstraditionen der Kliniken und Abteilungen einen wichtigeren Einfluss darstellen, als die psychiatrischen Diagnosen der Patient/innen (Walter/ Lang, 2017,

S. 104). Dennoch können die psychiatrischen Diagnosen einen Einfluss für den Behandlungsverlauf in Bezug auf den ärztlich angeordneten Zwang nehmen.

## 6.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Unterschiedliche Situationen können dazu führen, dass Zwang in der Versorgung von psychiatrischen Patient/innen eingesetzt wird. Jegliche ärztlich angeordneten Eingriffe, die ausdrücklich gegen den Willen des Patienten erfolgen, werden als Zwangsmaßnahmen bezeichnet (vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 141). Hierbei wird Zwang im Rahmen einer räumlichen Eingrenzung, der stationären Unterbringung und während des stationären Aufenthaltes unterschieden. Beim stationären Aufenthalt wird Zwang in Form einer Zwangsmaßnahme oder einer Zwangsbehandlung unterschieden. Diese drei Begrifflichkeiten können rechtlich abgegrenzt voneinander betrachtet werden. Die erste Begrifflichkeit, die separat betrachtet werden kann, ist die stationäre Unterbringung, die meistens auf die psychiatrische Akutstation erfolgt. Der zweite Begriff sind Zwangsmaßnahmen, welche der/die Patient/in nur während des stationären Aufenthaltes in Form einer erweiterten räumlichen Eingrenzung angeordnet bekommen kann, beispielsweise in Form einer Fixierung oder Isolierung (vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.160). Die dritte ist die Zwangsbehandlung, welche an der medizinischen Therapie orientiert ist, beispielsweise einer Zwangsmedikation (vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.160). Zur Abwehr von gefährlichen Situationen regeln in Deutschland die einzelnen Bundesländer mit Hilfe der Psychisch-Kranken-Gesetze die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (vgl. Steinert/ Kallert, 2006, S.160-169). Damit das Verständnis für ärztlich angeordnete Zwangsmaßnahmen aufgebracht werden kann, ist es relevant die medizinethischen Prinzipien, auf denen das ärztliche Handeln basieren sollte sowie die juristische Basis zu kennen. Der/die Arzt/Ärztin sollte jedes ärztliche Handeln nach vier ethischen Prinzipien ausrichten:

- die Selbstbestimmung des Patienten
- das Handeln zum Wohle des Patienten
- zur Verhinderung/Abwendung von Schaden
- sowie Gerechtigkeit und Fairness (vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 134).

Patient/innen müssen aus rechtlicher Sicht zunächst einwilligungsfähig sein, damit sie von einem/einer Arzt/Ärztin behandelt werden können (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S.558). Sind Patient/innen einwilligungsfähig, erfolgt eine ärztliche Aufklärung über die Erkrankung und Behandlung, so dass eine selbstbestimmte Entscheidung über die medizinische Behandlung im Sinne einer Zustimmung oder Ablehnung getroffen werden kann. Meistens wird die Einwilligungsfähigkeit erst überprüft, wenn die Fürsorgepflicht des/der behandelndem/n

Arztes/Ärztin und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, indem der/die Patient/in eine, aus Sicht des behandelnden/er Arztes/ Ärztin, wichtige Behandlung aufgrund seiner Krankheit ablehnt, miteinander kollidiert (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S.558; vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 140). Einen Standard oder eine Leitlinie zur Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit gibt es nicht. Walter und Lang beschreiben, dass das Informationsverständnis, das Urteilsvermögen, die Fähigkeit eine Wahl/Entscheidung zu treffen und diese zu äußern und die Fähigkeit, eine Situation und deren Konsequenz(en) zu erkennen, vorhanden sein muss, damit Patient/innen von der ärztlichen Seite als einwilligungsfähig beurteilt werden kann (vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 140). Wird der/die Patient/in als nicht Einwilligungsfähigkeit eingestuft, haben die rechtliche Betreuung, die Vorsorgevollmacht und die Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer die Aufgabe, die kranken Menschen im besonderen Maße zu schützen und Ihnen die Möglichkeit zu bieten, dass sie trotz ihrer Erkrankung eine angemessene ärztliche Behandlung und gesundheitliche Versorgung erhalten (vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.69). Dies bedeutet wiederum, dass die Unterbringungsgesetze, die Psychisch-Kranken-Gesetze, die Vorsorgevollmacht und die rechtliche Betreuung Zwang anwenden können.

#### 6.1.1 Unterbringung

Bei ungefähr 25% aller Aufnahmen in der Psychiatrie handelt es sich um Einweisungen, die gegen den Willen des/der Patient/in erfolgen (vgl. Crefeld, 2013, S.537). Von 2002 bis 2013 ist die Anzahl der rechtlichen Unterbringungen um fast 40% gestiegen (vgl. Henking/ Vollmann, S. 22). Wird ein/e Patient/in aufgrund der psychischen Erkrankung als nicht Einwilligungsfähig eingestuft, wird beim zuständigen Vormundschafts-/ Amtsgericht eine (ggf. dringliche) Betreuung für den Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge angeregt (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S.559). Arzt/Ärztinnen befinden sich bei der Entscheidung immer in einem Dilemma mit den medizinethischen Prinzipien, da der Selbstbestimmung des/der Patient/in widersprochen wird, um zum gesundheitlichen Wohle des/der Patient/in zu handeln und eventuellen Schaden zu verhindern. Geht zudem von dem/der Betroffenen aufgrund der Erkrankung eine ausgelöste Gefahr für sich selbst oder andere aus, kann der/die Patient/in gegen seinen Willen stationär untergebracht werden (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.17). Ob eine rechtliche Unterbringung oder eine weitere freiheitsentziehende Maßnahme dabei notwendig erscheint, regelt einerseits bundeseinheitlich das Betreuungsrecht (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S.559; vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 142), andererseits in den jeweiligen Bundesländern das öffentlich-rechtliche Unterbringungs- und Maßregelvollzugsrecht, welches sich am Psychisch-Kranken- Gesetzen NRW orientiert (vgl. Götz, 2013, S.17-18; vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 142).

Ein Verfahren einer Unterbringung läuft je nach den zugrundeliegenden Gesetzen unterschiedlich ab. Ist das Betreuungsgesetz das grundlegende Gesetz, bestellt das Gericht eine/einen gesetzlichen Betreuer/in, welcher wiederum den Antrag auf eine Unterbringung stellt (vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 142). Dabei übernimmt ein/e Betreuer/in die Aufgabe, im Sinne und Auftrag des Betroffenen zu handeln (vgl. Hewer/ Rössler, 2007, S.559; vgl. Walter/ Lang, 2017, S. 142). In allen Landesgesetzen sind zwei Voraussetzungen für eine Unterbringung gegeben. Erstens muss die Diagnose einer psychischen Erkrankung einhergehen, bevor eine Unterbringung stattfinden kann (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.39). Zweitens ist eine Zwangsunterbringung gegen oder ohne den Willen des/der Betroffenen nur möglich, wenn sie zur Abwendung von Selbst- oder Fremdgefährdung dient (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.39; vgl. Schädle-Deininger, 2010, S.218-219). Der psychisch erkrankte Mensch oder die psychische Erkrankung wird in den einzelnen Landesgesetzen unterschiedlich definiert (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.34). In Hamburg spricht man bei psychischen Erkrankungen im HmbPsychKG im §1 Anwendungsbereich Abs. 2 von

***„...Psychosen, behandlungsbedürftige Abhängigkeitskrankheiten und andere behandlungsbedürftige psychische Störungen.<sup>2</sup> Als psychische Krankheit im Sinne dieses Gesetzes gilt auch eine geistige Behinderung, soweit die behinderte Person wegen der psychischen Auswirkungen dieser Behinderung behandlungsbedürftig ist.“***

Neben dem Psychisch-Kranken- bzw. Unterbringungsgesetz gibt es verschiedene Gesetze im Strafgesetzbuch, der Strafprozessordnung, das Jugendgerichtsgesetz und das Bürgerliche Gesetzbuch, welche eine Unterbringung wegen einer psychischen Störung oder Erkrankung erlauben (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.54). Wichtig dabei ist zu erkennen, dass die Gefahr, die dabei von dem/der psychisch Erkrankten ausgeht und die Zwangsmaßnahmen die damit einhergehen, tiefgehend in die Grundrechtssphäre des/der Betroffenen eingreifen (vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.17). Die Unterbringung erfolgt meistens ausdrücklich gegen den Willen des/der Betroffenen. Patient/innen könnten sich dagegen wehren und aggressiv verhalten. Der rechtliche Fokus im Bereich einer Unterbringung und der freiheitsentziehenden Maßnahmen lag deshalb lange im Eingriff in das Grundrecht der Freiheit der Person, welches in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 im Grundgesetz festgehalten ist (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.101; vgl. Fehn/ Selen et al., 2003, S.18).

### 6.1.2 Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen

Es gibt in der Psychiatrie unterschiedliche mögliche Behandlungsansätze. Die Datenlage besagt, dass der medizinisch- pharmazeutische Ansatz dem psychotherapeutischen Ansatz vorgezogen wird. Aus der Datenlage geht nicht hervor, ob die Medikamenteneinnahme gegen den Willen des/ der Patient/in erfolgt. (vgl. Zinkler/ Laupichler/ Osterfeld, 2016, S.28)

Eine Zwangsbehandlung stellt eine ärztlich angeordnete Maßnahme dar, die dem natürlichem Willen der Patient/innen widerspricht (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.105). Es ist für eine Zwangsbehandlung nicht erforderlich, dass der/die Betroffene sich physisch wehrt (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.105). Inwieweit sich der natürliche Wille bei Patient/innen aufgrund der Erkrankung verändert muss nach besten Wissen abgewogen werden. Wichtig ist, dass bei einer Zwangsbehandlung der/die Betroffene aufgrund der Erkrankung unfähig ist die Notwendigkeit der Behandlung zu erkennen (vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.49; vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 73). Wird ein/e Patient/in beispielsweise mit stark einengenden Selbstmordgedanken aufgrund einer schweren depressiven Episode auf eine Akutstation mit einem richterlichen Beschluss untergebracht, hat der/die Patient/in das Recht Medikamente immer noch zu verweigern.

In den Jahren 2011-2013 gab es verschiedene Fälle von untergebrachten Patient/innen, bei dem die rechtliche Lage der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug, bei einer öffentlich-rechtlichen und der zivilrechtlichen Unterbringung in der Akutpsychiatrie verändert wurde (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.30-32). Dadurch konnten Zwangsbehandlungen einer betreuten Person, nach Beschluss des Bundesverfassungsgerichts und zwei Beschlüssen des Bundesgerichtshofs, eine Zeit lang nicht durchgeführt werden (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 73). Der Grund hierfür war eine fehlende rechtliche Grundlage, die mit einer Änderung §1906 des BGB seit 2013 wieder vorhanden ist (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 73). Mit Hilfe der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes wurden Mindeststandards formuliert, die besagen, dass Zwangsbehandlungen grundsätzlich nicht verboten, aber anhand der einschlägigen Gesetze gerichtlich zu kontrollieren sind (vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.35).

Die Mindeststandards stellen eine Art Botschaft in Form von Gesetzen dar, welche zu beachten sind. Darunter fällt, dass eine medizinische Zwangsbehandlung ein schweres eingreifen in das Grundrecht nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2, insbesondere der Freiheit als Person, ist (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.30). Des Weiteren können Zwangsbehandlungen zugelassen werden, wenn sie zum Zweck der Heilung, im Sinne



des Grundrechts „*Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit*“ (GG Art. 2 Abs. 2 Satz 1), vorgenommen wird (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.31). Dennoch gilt, dass die Entscheidung eines/einer Betreuer/in über eine Zwangsbehandlung einer/eines nicht einwilligungsfähigen Patient/in eine Maßnahme ist, die einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff gegen dessen natürlichen Willen darstellt (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.31). Eine Zwangsbehandlung kann zulässig sein, wenn der/die untergebrachte/r Patient/in aufgrund ihrer/seiner Krankheit nicht zur Einsicht in die Krankheit fähig ist, dauerhafte Freiheitsentziehung erlebt und die Behandlung das Ziel verfolgt die Freiheit des/der Patient/in wiederherzustellen (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102-103; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.31). Problematisch gestaltet sich insbesondere die medikamentöse Behandlung bei manischen oder psychotischen Patient/innen. Eine differenzierte Erklärung dieser Erkrankungen bedarf es nicht, wichtig ist, dass Patient/innen mit diesen Grunderkrankungen sich häufig gesund fühlen und dementsprechend keinen oder nur einen geringen Sinn einer Behandlung erkennen können. Diese verminderte Krankheitseinsicht kombiniert mit einer akuten oder drohenden Eigengefährdung kann dazu führen, dass Ärzt/innen eine Zwangsbehandlung beantragen. Eine Rechtfertigung zum Schutze Dritter ist unzulässig (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.102; vgl. Henking/ Vollmann, 2014, S.32). Somit sind in Deutschland momentan medikamentöse Zwangsbehandlungen unter diesen strengen Bedingungen, bei rechtlicher Begründung des Einzelfalles, erlaubt. Insbesondere, wenn die nicht Behandlung eine längerfristige Unterbringung oder andere Zwangsmaßnahmen beinhaltet, muss abgewogen werden, welche Behandlung die notwendige ist und für den/die Patient/in den mildesten Zwang ausübt. Nach den deutschen Gesetzen erfordert jede Zwangsmaßnahme einen richterlichen Beschluss, der mittels des Betreuungsrechts oder der Unterbringung in Form der Psychisch-Kranken-Gesetze getroffen wird oder einen rechtfertigen Notstand. Dieser erfolgt immer gegen den Willen des/der Patient/in. Eine Unterbringung findet immer in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik, einer Akutstation, statt. Rechtlich ist die Anwendung einer Zwangsmaßnahme immer ein schwerwiegender Eingriff in die Grundrechte, so dass alle mildereren Mittel, die nicht genauer erläutert werden, zu bevorzugen sind. Eine genaue rechtliche Grundlage, die besagt wie eine Zwangsmaßnahme durchgeführt werden soll, gibt es nicht. Dennoch gibt es einige gesetzliche Regeln die erfolgen müssen. Das Hamburger-Psychisch- Kranken Gesetz des Weiteren Hmb-PsychKG genannt, besagt jedoch, dass im §16 ein Überzeugungsversuch über die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme vor der Zwangsbehandlung stattfinden muss und diese zu dokumentieren sei. Eine Fixierung darf nur

nach dem Hmb-PsychKG in §18 Abs. 1 stattfinden, wenn die fixierte Person ständig an Ort und Stelle, geeignet und persönlich betreut wird. Bei einer Fixierung wird in §18 Abs. 3 die Dokumentation genannt, in dem

*„...Art, Beginn und Ende einer Fixierung, die Gründe für ihre Anordnung und die Art der ständigen Betreuung oder etwaige Gründe für das Absehen von einer ständigen Betreuung sowie die Nachbesprechung...“*

festzuhalten sind. Weitere Vorgehensweisen zur Durchführung werden rechtlich nicht benannt.

### 6.1.3 Zusammenfassung rechtlicher Rahmenbedingungen am Fallbeispiel

Die größte Schwierigkeit der rechtlichen Rahmenbedingungen sind verschiedene Gesetzeslagen, die je nach Fall unterschiedlich eingeordnet, aufgefasst und in der Rechtsauslegung uneinheitlich ausgelegt werden (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 73). Ein wesentlicher Faktor ist die Einwilligungsfähigkeit, bei der geprüft wird ob ein/e Patient/in über ärztliche Maßnahmen rechtswirksam entscheiden kann. Ist ein/e Patient/in nicht einwilligungsfähig, kann anhand verschiedener Gesetzeslagen geprüft werden, ob eine Unterbringung und im weiteren Verlauf Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen erfolgen müssen.

Im Folgenden werden die komplexen Bedingungen des rechtlichen Vorgehens und der mögliche weitere Verlauf einer Behandlung anhand eines Fallbeispiels verdeutlicht, welches dem in der Einleitung erlebten sehr ähnlich ist. Es soll den möglichen rechtlichen Ablauf von Zwangsmaßnahmen, sowie die häufig vorangegangenen Unterbringung gegen den Willen des/der Patient/in nahebringen. In Folge dieser Unterbringung, kann die Beziehung zwischen dem/der Patient/in und den Pflegenden erschwert werden. Der Name, das Alter und Geschlecht ist am Beispiel geändert worden, dass die Person nicht mehr identifiziert werden kann.

Fallbeispiel
Nachdem ein Freund des 34-jährigen Herrn Albrecht die Polizei gerufen hat, berichtet dieser, dass Herr Albrecht zu Hause laut, aufgebracht und scheinbar wütend, nicht zusammenhängend, gesprochen und unkoordiniert mit einem Messer herumhantiert habe. Der Freund berichtet weiterhin, dass Herr Albrecht mit einer lauten Stimme wütend gerufen habe, er lasse sich nicht von seinem Nachbarn N, der im Übrigen nicht zugegen ist, umbringen. Vorher werde er, Herr Albrecht, den Nachbarn N töten. Daraufhin habe der zufällig anwesende Freund die Polizei alarmiert. Diese stellt im Rahmen einer Befragung der Ehefrau Herrn Albrechts fest, dass dieser schon seit einigen Tagen unruhig sei und glaube, er werde verfolgt, um umgebracht zu werden.

Das habe er aber bereits seit Jahren. Dieser Zustand lege sich nach Aussage der Ehefrau in fünf bis sieben Tagen wieder. Es sei noch nie etwas passiert. Im Übrigen wolle sie keine Einweisung ihres Mannes; sie sei gegen die Psychiatrie. Die Polizei verständigt daraufhin noch vor Ort die für die Unterbringung zuständige Behörde und einen Psychiater. Der Arzt bestätigt nach einer Untersuchung Herrn Albrechts schriftlich, dass dieser an einer Wahnvorstellung leide, er werde verfolgt und solle umgebracht werden. Herr Albrecht ist sich sicher, schon Menschen gesehen zu haben, die mit einem Messer bewaffnet vor seinem Schlafzimmerfenster auf und ab gingen. Weiter bescheinigt der Arzt, dass Herr Albrecht im Wahnzustand panisch reagieren und zu einer Gefahr für das Leben und die Gesundheit anderer werden könne, wenn er sich angegriffen fühle. Diese Gefahr sei nicht kalkulierbar. Dass Herr Albrecht wieder in einen Wahnzustand ver falle, sei sehr wahrscheinlich und könne schnell passieren.

Das Verfahren einer Unterbringung läuft gemäß dem Unterbringungsgesetz in drei Stufen ab:

- Die mittlere Unterbringungsbehörde leitet ein Verfahren ein
- Ein/e Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nimmt zu den medizinischen Voraussetzungen Stellung
- Ein/e Richter/in entscheidet über die Zulässigkeit und Dauer einer Zwangsmaßnahme

(Hewer/ Rössler, 2007, S.66)

Betrachtet man das Fallbeispiel, so hat der 34-jährige Patient Herr Albrecht Wahnvorstellungen, welche im Sinne der Unterbringungs- und Psychisch-Kranken-Gesetze als psychische Krankheit von einem Facharzt diagnostiziert werden müssen, damit Herr Albrecht die Voraussetzung für eine sofortige Unterbringung erfüllt. Der Patient Albrecht hantiert aufgebracht mit einem Messer herum, so dass er eine hinreichende Gefahr für das Leben von N darstellt, auch wenn die Ehefrau berichtet, es sei noch nie etwas passiert. Aus der ärztlichen Sicht wäre eine Gefahr aufgrund dessen gegenwärtig. Im HmbPsychKG in §9 Abs. 2 wird eine gegenwärtige Gefahr definiert als ein schadenstiftendes Ereignis, welches zwar unvorhersehbar, aber wegen besonderer Umstände jederzeit zu erwarten ist. Herr Albrecht könnte sich kurzerhand bedroht fühlen und im Wahn Menschen angreifen, so dass er jederzeit zu einer unmittelbaren Gefahr für das Leben anderer Menschen werden könnte. Die Gefahr entsteht aufgrund der psychischen Erkrankung, weshalb die erforderlichen Voraussetzungen für eine Unterbringung in allen Bundesländern erfüllt sind. Die Unterbringungsbehörde, in dem Fall die Polizeibehörde, leitet das Verfahren für eine Unterbringung ein und der/die Facharzt/Fachärztin erstellt ein ärztliches Zeugnis, welches den Landesgesetzen entspricht. Aufgrund der gegenwärtigen Gefahr und dass zu tragende Risiko kann eine richterliche

Entscheidung nicht abgewartet werden, so dass der Entscheidungsbeamte der zuständigen Behörde Herrn Albrecht gegen seinen Willen sofort auf die psychiatrische Akutstation unterbringt.

Dieses Beispiel soll nahelegen, unter welchen Voraussetzungen 25% der Patient/innen die gegen ihren Willen die Akutstation betreten können, beziehungsweise welche rechtlichen Abläufe im Vorwege eine Rolle gespielt haben könnten. Herr Albrecht fühlte sich massiv bedroht und verfolgt, so dass er mit einem Messer hantiert hat und wird nun, aus Sicht des Patienten, gegen seinen Willen auf eine geschlossene psychiatrische Akutstation gebracht. Herr Albrecht empfindet sich nicht als krank, was wiederum dazu führt, dass die Nachricht, er leide an wahnhaften Störungen und muss in der Akutpsychiatrie behandelt werden, für ihn völlig suspekt erscheinen kann und womöglich auf Widerstand trifft. Eine Zwangsbehandlung beinhaltet immer einen krankheitsuneinsichtige/n Patient/in. Diese Krankheitsuneinsichtigkeit erschwert die pflegerische Beziehungsgestaltung. Bei einer Unterbringung und bei Zwangsmaßnahmen ist die Krankheitsuneinsichtigkeit keine Voraussetzung.

## 6.2 Pflegerische Praxis bei Zwangsmaßnahmen

Meistens führt aggressives Verhalten in Form von Eigen- oder Fremdgefährdung zu einer Zwangsunterbringung. Nimmt dieses Verhalten nicht ab und stellt weiterhin eine Eigen- oder Fremdgefährdung dar, kann dies zu einer Zwangsmaßnahme führen. Eine Zwangsmaßnahme gilt es deshalb zu verhindern, indem Aggressionen gemildert oder verhindert werden. Krankheitsbedingte Aggressionen sind ein schwerwiegendes Problem in der Akutpsychiatrie, da kein einheitliches Management von drohenden und ausbrechenden Aggressionen oder Gewalt existiert (vgl. Neu, 2017, S.196).

Peter Neu unterscheidet den Umgang mit Aggressionen, indem es einmal die vorbeugenden Maßnahmen gegen Aggressionen gibt und Maßnahmen, die während einer ausbrechenden Aggression angewendet werden. Zur wichtigsten vorbeugenden Maßnahme gehört das therapeutische Team, welches die Atmosphäre in der Akutpsychiatrie mitgestaltet. Deeskalierend wirkt eine empathische Haltung, die respektvoll und verständnisvoll gegenüber dem/der Patient/in ist, aber gleichzeitig signalisiert, dass aggressives Verhalten nicht geduldet wird. Aggressive Impulse sollten vom therapeutischen Team routinemäßig und bei Verdacht ohne Hemmungen erfragt werden, um entsprechend darauf reagieren zu können. (vgl. Neu, 2017, S. 199)

Es gibt unterschiedliche Arten, wie mit aggressiven Verhalten und Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Bereich umgegangen wird. Es gibt keine Literatur oder Studien, die aufzeigen welche Zwangsmaßnahme im welchen Setting favorisiert wird. Dies zeigt auf, dass hier noch ein enormer Forschungsbedarf besteht.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, wie bei ausbrechenden Aggressionen auf der Akutpsychiatrie mit umgegangen werden kann. Viele Akutstationen haben einen sogenannten „seclusion room“. Dieser Raum ist sehr reizarm, indem er meistens nur mit einer Matratze und möglichst nichts Gefährdendes ausgestattet ist und kann eine Rückzugsmöglichkeit bieten. Er sollte individuell auf Angemessenheit geprüft werden, da einige Patient/innen so von der Symptomatik gequält sind, oder sich dennoch selbst verletzen, dass der Raum keine Linderung hervorruft. (vgl. Neu, 2017, S. 201-202)

#### 6.2.1 Handlungsempfehlungen und Leitlinien von Zwangsmaßnahmen

Anderl-Doliwa und Breitmaier et al. haben eine Leitlinie zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen entwickelt mit dem wesentlichen Zielen die Beschränkungen von Zahl und Umfang von Zwangsmaßnahmen auf das absolut notwendige Maß zu reduzieren und einen Vergleich der Praxis von Zwangsmaßnahmen in den beteiligten Kliniken und dessen gemeinsame Überprüfung zu schaffen. Um eine Zwangsmaßnahme durchzuführen zählt die Leitlinie mehrere Prinzipien auf, welche immer zu berücksichtigen sind. Dazu zählt, dass eine Zwangsmaßnahme den rechtlichen Grundlagen entsprechen muss, sie menschenwürdig gestaltet wird und eine für alle Beteiligten sichere, medizinisch und therapeutisch fachlich qualifizierte Durchführung gewährleistet. Zwangsmaßnahmen gelten als Behandlungsmaßnahmen und setzen somit immer eine ärztliche Anordnung voraus, in die der anordnende Arzt sich in der Regel aktiv an der Zwangsmaßnahme beteiligen soll. Stellt ein/e Patient/in eine akute Gefahr für sich oder andere dar, dürfen Pflegende, abgesehen von der Zwangsmedikation, Zwangsmaßnahmen ohne Anordnung durchführen. Die ärztliche Anordnung muss anschließend unverzüglich nachgeholt werden. Bei Isolierungen oder Fixierungen müssen die Anordnungen zwischen 8:00 und 20:00 Uhr zweimal und zwischen 20:00 und 8:00 Uhr mindestens einmal vom/von der behandelnden Arzt/Ärztin überprüft werden. Andere angeordneten Zwangsmaßnahmen werden mindestens einmal täglich überprüft. Wird eine Patient/in fixiert oder isoliert, so muss diese/r vor der Maßnahme auf gefährliche Gegenstände durchsucht werden. Falls vorhanden, werden die Gegenstände, solange wie eine Eigen- oder Fremdgefährdung droht, entwendet. Isolierte und fixierte Patient/innen haben unmittelbarem Kontakt mit Pflegenden, werden dauerhaft betreut und

ständig durch Blickkontakt und Hörkontakt überwacht. Diese Maßnahmen sind alle 15 Minuten zu dokumentieren. Die angeordnete Maßnahme, Durchführung und Überwachung werden ausführlich dokumentiert. Es ist stets auf die persönliche Würde, die Intimsphäre und die Bequemlichkeit von isolierten, fixierten und zwangsmedizierten Patient/innen zu achten. Informationen über Grund, Art und Dauer einer Maßnahme soll der/die Patient/in vor und während einer Zwangsmaßnahme vom therapeutischen Team erhalten. Bei einer Fixierung oder Isolierung haben Patient/innen die Möglichkeit Besuch oder Kontakt mit Mitpatient/innen zu haben, sollen jedoch auch in hilfloser Lage gegebenenfalls vor Übergriffen Dritter geschützt werden. Erfolgt eine Zwangsmaßnahme, muss eine Nachbesprechung stattfinden, sobald es angemessen erscheint. Inhalt dieser Nachbesprechung sollte der zukünftige Umgang mit vergleichbaren Situationen sein und wenn gewünscht, in den Abschluss einer Behandlungsvereinbarung einmünden. (vgl. Anderl-Doliwa/ Breitmaier et al., 2005, S.102)

Zwei weitere Behandlungsleitlinien in Deutschland, sowie eine Empfehlung zur Durchführung von Fixierungen, zählen Möglichkeiten zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen auf. Zwangsmaßnahmen sind aufgrund der einschneidenden Grundrechtsverletzung rechtlich ausschließlich als letztes Mittel zulässig, wenn alle mildereren zumutbaren Maßnahmen ausgeschöpft wurden (vgl. Müller/ Nedopil, 2017, S. 69). Dies spiegelt sich auch in den Leitlinien wieder. Diese besagen, dass im Notfall die am wenigsten einschränkende Maßnahme eingesetzt werden soll (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 76). Welche Maßnahme die mildeste ist, wird nicht explizit erläutert und liegt dementsprechend im Ermessen des/des behandelnden Arztes/Ärztin oder bei Akutsituationen bei den Pflegenden (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 86). Vor fast jeder Durchführung einer Zwangsmaßnahme hat das therapeutische Team die Möglichkeit, über die Art der Zwangsmaßnahme zu entscheiden (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 81). Deshalb sollte erfragt werden, welche Maßnahme vom/von der Patient/in als am wenigsten einschneidend erlebt wird (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 81). Falls die Frage nicht beantwortet werden kann, wird geprüft ob in Form einer Behandlungsvereinbarung oder einer Nachbesprechung bei einer früheren Zwangsmaßnahme die Art festgelegt worden ist (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 81).

Eine besondere Berücksichtigung sollten psychisch kranken Frauen bei einer Zwangsmaßnahme zukommen, da sie eine hohe Prävalenz an posttraumatischen Belastungsstörungen haben. Deshalb sollte bei der Durchführung einer Zwangsmaßnahme immer bedacht werden, dass das Festhalten, die Fixierung, die Zwangsinjektion oder

Maßnahmen, die bei der Durchführung ein entkleiden erfordern, zu einer (Re-) Traumatisierung führen können. (vgl. Gaebel/ Falkai et al., 2010, S. 81)

Fixierungen greifen am massivsten in die personale Integrität des/der psychisch erkrankten Patient/in ein und erfordern eine bestmögliche Durchführung (vgl. Kallert/ Jurjanz et al., 2007, S. 233). Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) hat in ihrer Guideline für Gewalt unter anderem sechs klinische Empfehlungen zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen angegeben (vgl. Kallert/ Jurjanz et al., 2007, S. 234). Eine klinische Empfehlung beinhaltet, dass während einer solchen körperlichen Intervention das ärztliche oder pflegende Personal kontinuierlich fortfahren soll, Deeskalationstechniken anzuwenden (vgl. Kallert/ Jurjanz et al., 2007, S. 234).

Eine weitere Möglichkeit mit Zwangsmaßnahmen umzugehen, bietet das „systematische Verhandeln“ mit dem/der Patient/in, welches das Ziel hat, den Zwangscharakter unvermeidlicher Freiheitseinschränkungen so gering wie möglich zu halten. Um Selbst- und Fremdgefährdung zu verhindern, soll die Gestaltung so umfangreich wie möglich sein. Kündigt ein/e Patient/in für den Pflegenden selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten an, kann der/die Pflegende die möglichen Reaktionen des therapeutischen Teams auf sein Verhalten aufzählen und ihm verdeutlichen, dass er diese Reaktionen mit Worten und Taten positiv beeinflussen kann. Des Weiteren erfragt der/die Pflegende, welche Zwangsmaßnahme, Isolierung, Fixierung oder Gabe eines Medikamentes, für den Patient/in als am wenigsten einschneidend erlebt wird. Der/ die Pflegende sollte auch erfragen, ob es Bezugspersonen oder Möglichkeiten gibt, die ohne Zwangsmaßnahmen helfen könnten, die Situation zu entschärfen. Behandler und Patient vereinbaren schließlich in weitestmöglicher Übereinstimmung das Vorgehen. (vgl. Schweitzer/ Engelbrecht et al., 2005, S. 260)

Aus der aktuellen Datenlage kann kein einheitliches Konzept in Bezug auf Zwangsmaßnahmen, Unterbringungen oder Zwangsbehandlungen erkannt werden. Die rechtliche Situation ist aufgrund der verschiedenen Rechtswege sehr verwirrend und in sich unstimmg, so dass diese Uneinheitlichkeit sich auf das therapeutische Team, insbesondere die Pflegenden übertragen kann. Weiterhin liegt keine publizierte randomisierte kontrollierte Studie vor, welche das Outcome von Fixierungen mit anderen Zwangsmaßnahmen vergleicht (vgl. Kallert/ Jurjanz et al., 2007, S. 233).

## 6.2.2 Zwangsmaßnahmen aus der Perspektive von Patient/innen

Zwangsmaßnahmen dürfen nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur durchgeführt werden, wenn das Behandlungsziel dadurch erreicht werden kann und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen (vgl. Zinkler/Laupichler et al., 2016, S.103). Für Pflegende, Patient/innen und das unmittelbare Umfeld stellt die Anwendung von Zwang einerseits eine enorme Belastung dar, welche mit Unbehagen, Angst und Ärger verbunden ist (vgl. Zinkler/Laupichler et al., 2016, S.118 zitiert nach Bonner und Olofsson). Andererseits wird Zwang in der Akutpsychiatrie als moralisch vertretbar und notwendig angesehen (vgl. Zinkler/Laupichler et al., 2016, S.118). Es gibt wenig Studien, die das Erleben von Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Patient/innen schildern (vgl. Meise; Frajo-Apor, 2011, S.162). Studien die das Erleben und die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie aus Sicht der Pflegenden beschreiben, fehlen gänzlich. Die aktuelle Gesetzeslage gibt bei der Anwendung von Zwang vor, dass mildere Mittel von Ärzt/innen und Pflegenden immer ausgeschöpft werden müssen, damit die Maßnahme rechtlich zulässig wird. Der Gesetzestext lässt jedoch offen, welche und wie viele milderen Mittel angewendet werden sollen, bevor eine Zwangsmaßnahme unumgänglich wird. Die Entscheidung, welche sogenannten alternativen Maßnahmen durchgeführt werden, liegt demnach im Ermessensspielraum von den Ärzt/innen und Pflegenden. Rechtlich gesehen haben die Begriffe „mildere Maßnahmen“ und „alternative Maßnahmen“ zwei unterschiedliche Bedeutungen. Mildere Maßnahmen können im rechtlichen Sinne nicht als Alternativen angesehen werden, da es beinhalten würde, dass diese Maßnahmen eine gleichwertige Handlungsoption im Vergleich zur Zwangsmaßnahme sei (vgl. Zinkler/Laupichler et al., 2016, S.33). Ein milderes Mittel ist immer vorrangig und nicht gleichrangig anzusehen (vgl. Zinkler/Laupichler et al., 2016, S.33). Der Einsatz milderer Maßnahmen, sowie Vermeidungsstrategien könnten einige Zwangsmaßnahmen verhindern. Dennoch kann eine Zwangsmaßnahme manchmal unvermeidlich sein. Während der Anwendung von Zwang sollten Alternativen angeboten werden. Dieses Kapitel befasst sich mit den Erfahrungen von Zwang und der Anwendung von milderen Maßnahmen der Perspektive der Patient/innen. Es werden Möglichkeiten zur verbesserten Anwendung von Zwang herausgearbeitet. Bislang ist noch keine bundesweite Datenerhebung über das Ausmaß der angewendeten Zwangsmaßnahmen verfügbar (vgl. Meise; Frajo-Apor, 2011, S. 161).

Heumann und Bock et al. haben sich in einer Studie mit Patient/innen, die Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen erlebt haben, befasst. Patient/innen berichten in der Studie, dass einige mildere Maßnahmen, die in den Leitlinien empfohlen wurden, als nützlich empfunden



werden (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 91). Welche milderen Maßnahmen von den Patient/innen benannt werden und welche Leitlinien verwendet wurden, geht aus der Studie nicht hervor. Patient/innen beschrieben mildere Maßnahmen sehr unterschiedlich, wodurch sich keine eindeutigen Präferenzen ergeben (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 91). Die gesprächsbezogenen Interventionen (vgl. Mielau/ Rössler et al. 2017, S. 317-318; vgl. Armgart/ Schaub et al., 2013, S. 281) und auf das Erleben und Ängste eingehen (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 91) sehen Patient/innen als eine wichtige Möglichkeit zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

Das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten und die Bedürfnisse des/der Patient/in berücksichtigen wurde als weitere wichtige Vermeidungsmöglichkeit angesehen (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 91; vgl. Armgart/ Schaub et al., 2013, S. 280). Musik hören, für eine reizarme Umgebung sorgen, Essen anbieten, Entspannungsübungen sowie rauchen (als Ablenkung oder Entspannung) wurden auch benannt (vgl. Armgart/ Schaub et al., 2013, S. 280), sowie geschultes Personal im Bereich von Deeskalationsstrategien (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 91; Mielau/ Rössler et al. 2017, S. 317-318), ein erhöhter Personalschlüssel und räumliche Rückzugsmöglichkeiten (Mielau/ Rössler et al. 2017, S. 317-318). Ein Großteil der Patient/innen in der Studie von Mielau und Rössler et al. vermuten, dass die am schwersten erlebte Zwangsmaßnahme mit Hilfe eines hochfrequentierten Einzelgespräches und durch zuhören seitens des therapeutischen Teams hätte verhindert werden können (Mielau/ Rössler et al. 2017, S. 317-318). In der Studie von Heumann und Bock et al. wurde der Überzeugungsversuch Medikamente einzunehmen als mildere Maßnahme vom therapeutischen Team am meisten angewendet. Dieser Versuch wurde parallel von Patient/innen am häufigsten als schädlich empfunden, dicht gefolgt von dem Anbieten einer Sedierung (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 89). Ein Überzeugungsversuch muss, wie in Kapitel 5.1.2 beschrieben, aus rechtlicher Sicht vor der Anwendung einer Zwangsmaßnahme stattfinden. Demnach könnte die rechtliche Voraussetzung die Häufigkeit der Anwendung seitens der Ärzt/innen und Pflegenden erklären. Inwieweit der Überzeugungsversuch eine mildere Maßnahme darstellt und nicht eine informelle Form von Zwang, ist aus der Patientenperspektive zu hinterfragen (vgl. Heumann/ Bock et al., 2017, S. 90). Die negativ empfundene Umsetzung, die auf der rechtlichen Grundlage beruht, könnte sogar schädlich für die Beziehung zwischen Patient/innen und Pflegenden sein. Hierbei könnte es hilfreich sein, die Umsetzung des Überzeugungsversuches zu verändern. Die Gründe des Scheiterns von milderen Maßnahmen sehen Patient/innen häufig bei sich selbst, je mehr mildere Maßnahmen angeboten wurden (vgl. Heumann/ Bock et al.,

2017, S. 89-90). Das Anbieten eines größeren Spektrums von milderer Maßnahmen könnte demnach dazu führen, dass Patient/innen bei der Durchführung einer Zwangsmaßnahme diese rückblickend mit weniger Hilflosigkeit, Demütigung und Angst verbinden.

Eine Studie von Armgart und Schaub et al. ergab, dass Patient/innen die Zwangsmaßnahmen erleben, rückblickend hauptsächlich Wut, Ärger und Verzweiflung empfinden (vgl. Armgart/Schaub et al., 2013, S. 281). Im Verlauf der Behandlung entwickelte ein Drittel der Patient/innen jedoch Verständnis für die erfolgte Zwangsmaßnahme (vgl. Armgart/Schaub et al., 2013, S. 281).

Smolka et al. haben sich mit der Selbsteinschätzung der psychischen Befindlichkeit und Bewertung der Behandlung von Patient/innen befasst. Es wurden innerhalb eines halben Jahres eine Gruppe von Patient/innen die Zwangsmaßnahmen erlebt haben (Untersuchungsgruppe) und in einer stationären Akutbehandlung waren, kurz nach einer Zwangsmaßnahme und gegen Ende der stationären Behandlung befragt. Parallel hierzu wurden Patient/innen interviewt, die keine Zwangsmaßnahme erlebt haben (Vergleichsgruppe). Die Untersuchungsgruppe gibt an, mit den Ärzt/innen während der gesamten Behandlung nur teilweise zufrieden zu sein, während die Vergleichsgruppe fast durchgängig zufrieden war. Insgesamt war die Untersuchungsgruppe weniger zufrieden mit der Behandlung als die Vergleichsgruppe. Es ist zu erkennen, dass die Zufriedenheit mit den behandelnden Ärzt/innen nach einer Zwangsbehandlung abnimmt, während die Zufriedenheit mit den Pflegenden konstant bleibt. Es ist wahrscheinlich, dass dies an der Verantwortlichkeit des/der Arztes/Ärztin liegt, die Zwangsmaßnahme anzuordnen. Bei der Vergleichsgruppe nimmt die Zufriedenheit, in der Behandlung mit den Ärzt/innen und den Pflegenden, stetig zu. Beide Gruppen gaben eine hohe Zufriedenheit mit den Pflegenden an. Die Untersuchungsgruppe nimmt sich bis zum Ende der Behandlung im auffällig geringeren Maße als psychisch krank war als die Kontrollgruppe. Im Verlauf der Behandlung nimmt die Krankheitseinsicht bei beiden Gruppen zu, beide Gruppen schätzen die Eigen- und Fremdgefährdung im Vergleich zum therapeutischen Team jedoch deutlich geringer ein. (vgl. Smolka/ Klinitz et al., 1997, S. 88-94)

Aus der Studie ist nicht ersichtlich, welche Berufsgruppen vom therapeutischen Team physisch an einer Zwangsmaßnahme beteiligt waren. Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass eine aktive Beteiligung der Pflegenden an einer Zwangsmaßnahme bei einem/einer Patient/in einen geringeren Einfluss auf die Zufriedenheit der Patient/innen und somit auf die Beziehung hat, als bei den Ärzt/innen.

Zinkler und Laupichler et al. kommen zu der Erkenntnis, dass nicht alle milderen Maßnahmen, obwohl rechtlich gefordert, während einer akuten Situation zum Einsatz kommen, weil sie von den Pflegenden und Ärzt/innen nicht als wirksam empfunden werden und nicht in der Routine integriert sind (vgl. Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.125). Des Weiteren wird berichtet, dass der Psychologe Thomas Bock den wesentlichen Grund für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und das Scheitern von dessen Alternativen in einer missglückten gegenseitigen Beziehung und einem beidseitigen mangelnden Vertrauen liegt. Ob Pflegende und Ärzt/innen Angst vor aggressivem oder paranoid-wahnhaftem Verhalten haben, wie beispielsweise bei Herrn Albrecht und ob dieses Verhalten für die Wahl der Maßnahme eine Rolle spielt, kann aus der aktuellen Studienlage nicht entnommen werden. Dialogische Konzepte können mittels eines Perspektivenwechsels Pflegenden die Möglichkeit geben, sich in eine für den/die Patient/in akut bedrohliche Situation besser hineinzusetzen. Dabei können Möglichkeiten zur Gestaltung aktiv herausgearbeitet und besser verstanden werden. (Zinkler/ Laupichler et al., 2016, S.126-127)

## 7 Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bei einer Zwangsmaßnahme am Fallbeispiel

Nachdem die verschiedenen Kapitel zur Beantwortung der Fragen behandelt wurden, bleibt festzuhalten, dass es bisher kein einheitliches Konzept zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen in Deutschland gibt. Die rechtlichen Bestimmungen, welche bei der Anwendung von Zwang bei psychisch erkrankten Patient/innen eingehalten werden müssen, wurden seit 2011 mehrfach geändert. Diese Änderungen führten zu großen Verunsicherungen der Pflegenden, wann die Anwendung von Zwang zulässig ist. Die rechtliche Anwendung der Zwangsunterbringung, Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung kann derzeit auch je nach Rechtslage und Bundesland unterschiedlich ausgelegt werden. Dies spiegelt sich in einer unterschiedlichen Anwendungshäufigkeit innerhalb der Bundesländer, Kliniken und sogar einzelner Stationen wieder. Generell wird die Anwendung von Zwang im psychiatrischen Setting aufgrund der insbesondere massiven Verletzung des Grundrechts der Freiheit der Person Art.2 Abs.2 Satz 2 GG immer wieder mit Hilfe von verschiedenen Fällen im Rechtssystem hinterfragt, ethisch/rechtlich reflektiert und verändert.

Es gibt nur sehr wenig Studien zum Erleben von Zwang aus der Sicht der Patient/innen innerhalb Deutschlands und keine Studien, in denen Pflegende und/oder Ärzt/innen über die Durchführung und/oder die empfundenen Gefühle während einer Zwangsmaßnahme berichten.

Des Weiteren gibt es kein einheitliches ausgereiftes Aggressionsmanagement im psychiatrischen Setting, welches im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen eine bedeutende Rolle zukommen kann. Das Pflegende aktiv Zwang und Gewalt bei Patient/innen anwenden, sollte in der Regel im Widerspruch zur pflegerisch-ethischen Grundhaltung stehen. Diese innere Ablehnung könnte ein Grund dafür sein, weshalb wissenschaftliche Belege aus der pflegerischen Sicht schwer herauszuarbeiten sind. Durch diesen Mangel an Studien sind die vorhandenen Gewaltanteile, die während der Durchführung einer Zwangsmaßnahme entstehen, intransparent und schwer kontrollierbar. Es ist erforderlich, dass Pflegende sich mit der Ausübung von Zwang in der Akutpsychiatrie, trotz des ethischen Konflikts, auseinandersetzen um ihr Handeln vor, während und nach der angewendeten Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung kritisch reflektieren zu können, so dass sie ihre pflegerische Rolle und ihre rechtliche/ gesellschaftliche Rolle gerecht werden können. Im besten Falle sind Pflegende in der Lage, sich verbal darüber zu äußern, dass eine Transparenz mit Hilfe von Studien entstehen kann und die Möglichkeit besteht, den angeordneten Zwang in der Gestaltung zu verbessern. Zeigt ein/e Patient/in aggressives Verhalten sollte vor der Anwendung von Zwang versucht werden, die Aggressionen zu mildern und im besten Fall zu verhindern. Ein einheitliches Konzept für den Umgang mit Gewalt und der Umgang mit milderer Maßnahmen gibt es nicht. Um eine Zwangsmaßnahme oder eine Zwangsbehandlung positiv zu gestalten, wäre die Entwicklung von Konzepten bezüglich milderer Maßnahmen hilfreich, weil die Aufzählung und Anwendung der milderer Maßnahmen leichter und strategischer wird.

Bei Patient/innen die ein akut selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigen und nicht auf die milderer Maßnahmen eingehen, können Zwangsmaßnahmen manchmal die einzige Möglichkeit sein, um größeren Schaden zu verhindern. Sobald mildere Maßnahmen nicht greifen und Zwangsmaßnahmen unumgänglich werden, sollten diese professionell durchgeführt werden, damit die Folgen für alle Beteiligten so gering wie möglich gehalten werden und die pflegerische Beziehung mit dem/der Patient/in nicht negativ beeinflusst wird. Während einer Zwangsmaßnahme sollten kontinuierlich deeskalierende/mildere Maßnahmen angeboten werden. Pflegenden könnten mit Hilfe eines Konzeptes zu milderer Maßnahmen eine „Handlungsroutine“ entwickeln, welche das Anbieten von milderer Maßnahmen während einer akuten Situation leichter greifbar machen kann.

Situationen die zu einer Zwangsmaßnahme führen, können sehr unterschiedlich sein. Daher fallen die Möglichkeiten der Vorbereitungen sehr unterschiedlich aus. Bei einem/einer Patient/in, welche/r unvermittelt eine Eigen- oder Fremdgefährdung darstellt, ist es schwieriger

die Beziehung entsprechend zu gestalten, als bei einem/einer Patient/in, der seine Anspannung verbal oder nonverbal ankündigt. Das therapeutische Team sollte von daher gut eingespielt sein, damit eine Zwangsmaßnahme so schonend wie möglich durchgeführt werden kann.

Anhand von Herrn Albrecht können die Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung während einer Zwangsmaßnahme beispielhaft dargestellt werden. Die Fixierung ist die einzige Zwangsmaßnahme, in der es Konzepte zur Durchführung gibt, weshalb diese in dem Beispiel mit einfließt:

Nachdem Herr Albrecht in der geschlossenen Akutpsychiatrie aufgenommen wurde, zeigt er nach zwei Tagen ein akut fremdgefährdendes Verhalten. Dies zeigt sich beim Frühstück, indem Herr Albrecht zunehmend wütender wird und in der Stimmlage lauter wird. Er droht verbal an, Patient/innen mit einem Messer zu bewerfen und deutet dieses mit einem Messer in der Hand an, indem er die Bewegungen nachahmt. An dem Tag ist die zuständige examinierte Pflegende Frau Peters, des Weiteren Pfl. Peters genannt, für Herrn Albrecht verantwortlich und versucht die Situation zu entschärfen.

Bevor Pfl. Peters in eine potentiell eskalierende Situation tritt, in der es zu einer Zwangsmaßnahme kommen könnte, sollte sie eine möglichst hohe Kongruenz zur eigenen Person entwickeln, um dann die Beziehung vor oder während einer Zwangsmaßnahme positiv gestalten zu können. Um diese Kongruenz zur eigenen Person zu erreichen, könnte Pfl. Peters sich die vier Grundfragen nach Bauer stellen. Die Frage des „Dürfens“ ist eine verpflichtende Voraussetzung, in der sie den rechtlichen und medizinischen Auftrag der Akutpsychiatrie kennt und danach handeln kann. Hierbei sollte sie rechtlich auf dem neusten Stand sein, wann eine Zwangsmaßnahme oder Zwangsbehandlung in dem jeweiligen Bundesland und bezüglich der jeweiligen Gesetze erlaubt ist und welche Bedingungen aus rechtlicher Sicht erfüllt werden müssen. Die derzeitige unübersichtliche rechtliche Lage in Deutschland könnte innerhalb des therapeutischen Teams, während oder vor einer Anwendung einer Zwangsmaßnahme, für Unsicherheiten sorgen, die sich auf die pflegerische Beziehung mit dem/der Patient/in übertragen könnte und eventuell einen negativen Einfluss auf die Beziehung hat. Damit Pfl. Peters die Möglichkeit hat, Herrn Albrecht aus rechtlicher Sicht zu erklären, weshalb eine Zwangsmaßnahme für sie unumgänglich erscheint und das therapeutische Team der gleichen Meinung ist, wären regelmäßige Schulungen mit Fallbeispielen der derzeitigen Rechtslage für das therapeutische Team in der Akutpsychiatrie wünschenswert.

Des Weiteren sollte Pfl. Peters, um eine möglichst hohe „Kongruenz zur eigenen Person“ zu entwickeln, sich ihrer inneren Haltung gegenüber Herrn Albrecht und der Zwangsmaßnahme gegenüber bewusstwerden und diese vorher bearbeiten, wenn diesbezüglich negative Gefühle auftreten. Das „Wollen“, bezogen auf die pflegerische Beziehung, ist eine Grundvoraussetzung auf der Seite von Pfl. Peters. Möchte sie ein „In-Kontakt-Treten“ mit Herrn Albrecht in einer Akutsituation vermeiden, sollten die Gründe erarbeitet werden. Gründe könnte beispielsweise der Unmut gegenüber Zwangsmaßnahmen sein oder die Angst vor Herrn Albrechts Aggressionen während der Akutsituation. Pfl. Peters könnte sich fragen, weshalb der Unmut gegenüber Zwangsmaßnahmen entsteht und wie dieser gemildert werden kann. Es gibt keine Studien aus der Sicht der Pflegenden, doch es könnte davon ausgegangen werden, dass eine Zwangsmaßnahme im völligen Widerspruch zur pflegerisch-ethischen Grundhaltung ist, da die Anwendung sich über den natürlichen Willen des Patienten hinwegsetzt und eine, mit dem Gesetz konforme, Ausübung von Gewalt ist. Wird Pfl. Peters bewusst, dass sie Angst vor Herrn Albrecht hat, sollte der Ursprung dieser Angst ermittelt werden. Entsteht die Angst gegenüber Herrn Albrecht in einer Akutsituation aufgrund eines aggressiven Verhaltens und der schweren Möglichkeit ihn einzuschätzen, so könnte dies ein Hinweis auf mangelndes Vertrauen sein. Es gibt viele mögliche Ursachen, dessen sich Pfl. Peters vorher bewusst machen sollte, um dann im positiven Sinne in den Kontakt mit Herrn Albrecht zu treten. Pfl. Peters Umgang mit Herrn Albrecht unmittelbar vor oder während einer Zwangsmaßnahme ist abhängig von ihren eigenen, inneren Bewertungen. Somit nimmt ihre innere Haltung einen wichtigen Teil für die Gestaltung der Durchführung einer Zwangsmaßnahme ein. Eine wesentliche Frage könnte für sie sein, ab wann eine Zwangsmaßnahme für ihre innere ethische Haltung vertretbar ist und warum. Kann sie ihre Haltung gegenüber Zwangsmaßnahmen für sich und für andere definieren, könnte die Durchführung für sie auf einen geringeren inneren Widerstand treffen.

Herr Albrecht hat aufgrund seiner psychischen Erkrankung, während er mit dem Messer droht und eine aggressive Stimmung zeigt, das Problem, die Situation nicht richtig aufzufassen und/oder deren eigenes Empfinden wahrzunehmen, so dass Pfl. Peters ein Unterstützungsbedarf sein kann. Hierbei ist Pfl. Peters für das sanfte In-Kontakt-Treten mit Herrn Albrecht verantwortlich. Sie nimmt die Drohungen und die Andeutungen von Herrn Albrecht wahr und reagiert darauf. Mittels der verschiedenen Zugangsmöglichkeiten nach Schädle-Deiniger und Wegmüller und der wenig erkennbaren professionellen Intervention hat Pfl. Peters die Möglichkeit, die momentane Verfassung von Herrn Albrecht auf sanften Wege zu erfassen. Pfl. Peters hat die Aufgabe, die erkennbaren Probleme von Herrn Albrecht wahrzunehmen und auf

sie zu reagieren. In einer Akutsituation kann häufig der problemzentrierte Zugang gewählt werden, indem Pfl. Peters nach den inneren und äußeren Konflikten von Herrn Albrecht fragt und mit den von ihr wahrgenommenen Konflikten und Gefühlen verbal abgleicht. Hierbei kann Pfl. Peters Herrn Albrecht soweit unterstützen, dass sie versucht die wesentlichen Grundfragen soweit zu klären, dass die Akutsituation keine Eigen- oder Fremdgefährdung mehr darstellt. Die Wahrnehmungen und Beschreibungen äußerer Vorgänge und Beschreibungen von Gefühlen seitens der Pfl. Peters führen hierbei zu einer kongruenten Beziehungspflege. Droht Herr Albrecht weiterhin mit einem Messer und stellt eine Gefahr für sich oder andere dar, sollten zunächst die milderen Mittel angeboten werden.

Da es zurzeit keine einheitlichen milderen Mittel gibt könnten folgende von anderen Patient/innen als positiv bewerteten Mittel angeboten werden:

1. gesprächsbezogenen Interventionen
2. auf das Erleben und Ängste eingehen
3. das Anbieten von Bewegungsmöglichkeiten
4. die Bedürfnisse des/der Patient/in berücksichtigen
5. Musik hören
6. für eine reizarme Umgebung sorgen (seclusion room)
7. Essen anbieten
8. Entspannungsübungen/ rauchen (als Ablenkung oder Entspannung)
9. geschultes Personal im Bereich von Deeskalationsstrategien
10. ein erhöhter Personalschlüssel
11. räumliche Rückzugsmöglichkeiten
12. ein hochfrequentiertes Einzelgespräch

Lehnt Herr Albrecht die milderen Mittel ab oder geht nicht auf diese ein, sollte Pfl. Peters im Sinne der möglichen Eigen- und Fremdgefährdung zunächst andere Pflegende und einen Arzt rufen. Sie sollte Herrn Albrecht erklären, dass Zwangsmaßnahmen aufgrund seines eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten folgen könnten. Entsteht hierbei eine „Inkongruenz zur eigenen Person“ bei Pfl. Peters, sollte diese in jedem Fall wahrgenommen und je nach Bedarf sofort oder später genauer betrachtet werden. Geht Herr Albrecht weiterhin nicht auf die milderen Maßnahmen ein, kann Pfl. Peters versuchen, über die Zwangsmaßnahme zu verhandeln. Hierbei soll sie die Möglichkeiten der Maßnahmen, die durch das weitere Verhalten von Herrn Albrecht folgen könnten, zunächst aufzählen. Sie könnte erklären, dass das Hinlegen des Messers eine Hilfe wäre, die potentiell gefährliche Situation zu entschärfen und den Pflegenden zeigen, dass er nichts Böses im Sinne hat. Des Weiteren könnte sie erklären, dass es beim Nicht-Hinlegen wiederum den Anschein hat, dass er jemanden angreifen wolle und sie sich so

gezwungen sehe in einer Art einzugreifen. Pfl. Peters hat dabei die Aufgabe, Herrn Albrecht vor Augen zu führen, dass seine Entscheidungen einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Situation haben kann. Bevor sie über die Zwangsmaßnahme entscheidet, sollte sie Herrn Albrecht fragen, ob die Isolierung, Fixierung oder Gabe eines Medikamentes, für ihn als am wenigsten einschneidend empfunden wird und bei Beantwortung dem Wunsch entsprechen. Wird die Frage nicht beantwortet, sollte in der Patientenverfügung oder im vorherigen Verläufen nachgesehen werden, welche Maßnahme von Herrn Albrecht präferiert wurde.

Da Herr Albrecht jegliche milderen Maßnahmen abgelehnt hat wurde eine Zwangsmaßnahme aufgrund des nicht nachlassenden fremdgefährdenden Verhaltens unumgänglich. Das pflegerische Team, welches aufgrund der Gefahr schon vor Ort war, sollte bei der Ankündigung einer Zwangsmaßnahme spätestens dann vor Ort sein. Hier sollte im Vorwege geklärt werden, welche Rollen während der akuten Situation von den Pflegenden und dem Arzt eingenommen werden. Eine gut durchdachte Struktur kann für einen möglichst schonenden Umgang mit Herrn Albrecht sorgen und Sicherheit für alle Anwesenden während der Situation vermitteln. Ein/e Pflegende/r ist für die Evakuierung der anderen Patient/innen verantwortlich. Ziel ist es, die anderen Patient/innen vor potenziellen Gefahren zu schützen und beruhigend tätig zu sein. Ein/e Pflegende/r sollte die Leitung übernehmen und die führende Rolle des „In-Kontakt-Treten“ mit dem Patienten einnehmen. Diese Rolle nimmt bei Herrn Albrecht die Pfl. Peters ein. Aus Herrn Albrechts Dokumentation geht hervor, dass er nach einer früheren Fixierung eine enorme Erleichterung zum Ausdruck gebracht hat und gewillt war, seine Medikamente einzunehmen, die eine schnelle Verbesserung seines Gesundheitszustandes bewirkten. Deshalb entschied Pfl. Peters, dass eine Fixierung in diesem Zusammenhang richtig erscheint. Frau Peters empfindet eine Fixierung als die unangenehmste Art der Zwangsmaßnahme und wird sich während der Wahl über ihren inneren Widerstand, ihrer Inkongruenz, bewusst. Sie würde eine andere Variante bevorzugen, doch Herr Albrecht lässt nicht mit sich verhandeln und aus der Dokumentation geht eindeutig hervor, dass diese eine Besserung versprechen kann. Pfl. Peters teilt ihm ihre Wahl der Zwangsmaßnahme mit und begründet diese, verdeutlicht aber, dass er jederzeit mildere Maßnahmen in Anspruch nehmen kann und er die Zwangsmaßnahme bestimmen könnte.

Der/die zuständige Arzt/Ärztin ordnet die Zwangsmaßnahme an. Zur möglichst schonenden Fixierung von Herrn Albrecht sollte ein Fixierbett vorher vorbereitet und überprüft werden, sowie seine Medikamente bereitgestellt werden. Bei einer Zwangsmaßnahme hat die leitende führende Person, indem Fall Pfl. Peters, die Aufgabe, kontinuierlich mit Herrn Albrecht die



Kommunikation aufrechtzuerhalten. Jeder Handlung sollte von Pfl. Peters angekündigt und begründet werden. Bei einer Fixierung sollten für eine bestmögliche Durchführung fünf Pflegende, für jeweils eine Extremität und den Kopf, verantwortlich sein, falls Herr Albrecht sich zur Wehr setzt. Der/die Arzt/ Ärztin, sowie Pfl. Peters als leitende Pflegende sollten kontinuierlich vor Ort sein. Pfl. Peters entscheidet über die Aufgabenverteilung und ist für die Einschätzung des zu erwartenden Widerstandes verantwortlich. Demnach entscheidet sie über den ausgesetzten Druck einer Zwangsmaßnahme, welcher in dem Fall gegenüber von Herrn Albrecht ausgeübt wird. Es sollte versucht werden, Herrn Albrecht dazu zu bewegen in einen separaten Raum mit den Pflegenden zu gehen. Pfl. Peters sollte weiterhin versuchen, Herrn Albrecht zu animieren, die Messer liegen zu lassen und andere gefährliche Gegenstände den Pflegenden zu reichen. Ist Herr Albrecht nicht dazu bereit, sollte dies bei einer Fixierung unverzüglich nachgeholt werden. Pfl. Peters kann und sollte Herrn Albrecht weiterhin kontinuierlich vor Augen führen, welche Möglichkeiten ihm in dieser Situation zur Wahl stehen. Dabei sollte Pfl. Peters stets auch mildere Mittel einfließen lassen. Nach Möglichkeit sollte ein geringer physischer Zwang ausgeübt werden, so dass Herr Albrecht bei der Fixierung keiner Verletzungsgefahr ausgesetzt wird. Pfl. Peters ist für die Einschätzung der potenziellen Gefahr von Herrn Albrecht verantwortlich. Schätzt sie Herrn Albrecht als potenziell weniger gefährlich ein, können drei Pflegende, die für das Festhalten der Extremitäten bei Widerstand verantwortlich sind, in den Hintergrund rücken. Patient/innen in akuten Krankheitsphasen sind schwer einschätzbar, so dass Herr Albrecht beißen, spucken oder um sich treten könnte. Um den entgegenzuwirken sollten Pflegende, die in den Hintergrund rücken dennoch anwesend sein und Handtücher als Spuckschutz in der Nähe sein. Tritt Herr Albrecht beispielsweise mit den Füßen hat Pfl. Peters die Aufgabe, zu erklären, weshalb für sie ein festhalten oder festbinden der Beine für sie als unumgänglich anzusehen ist. Des Weiteren sollten wieder Möglichkeiten aufgezählt werden, die die Situation verbessern könnten. Sie könnte erklären, dass beispielsweise bei einem nicht treten die Beine zunächst locker umgebunden werden und wenn Herr Albrecht sich bereit fühle die Fixierung ganz gelöst werden kann. Alle Pflegenden die während einer Zwangsmaßnahme anwesend sind, sollten das krankheitsbedingte Verhalten nicht persönlich nehmen und Herrn Albrecht weiterhin Vertrauen entgegenbringen. Jede/r Pflegende/r sollte sich während der Durchführung bewusstmachen, welche Handlungen eine Inkongruenz zur eigenen Person auslösen um diese später zu bearbeiten. Eine gut durchdachte und gemeinsam gestaltete pflegerische Handlung mit dem/der Patient/in wird von Kistner als eine erfolgreiche pflegerische Beziehung bezeichnet. Verweigert ein Patient wie Herr Albrecht die gemeinsame Gestaltung der pflegerischen Handlung und zeigt eine Eigen- oder

Fremdgefährdung, sollte ein/e Pflegende/r, hier Pfl. Peters die Gestaltung der Handlung im Sinne des/der Patient/in mittels einer Zwangsmaßnahme solange übernehmen, wie notwendig erscheint. Sie hat die Aufgabe Herrn Albrecht in die komplett übernommene Handlung nach und nach wieder einzubinden, indem ein stetiges „In- Kontakt-Treten“ verpflichtend ist und Herrn Albrecht Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung seiner Situation angeboten werden. Alle anwesenden Personen haben die Aufgabe, trotz oder gerade aufgrund des massiven Eingriffs in die Grundrechte Herrn Albrecht Respekt, Empathie und Vertrauen entgegenbringen.

## 8 Fazit und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war es, die Frage nach einer Möglichkeit der pflegerischen Beziehungsgestaltung mit Patient/innen unter der Voraussetzung einer Zwangsmaßnahme zu beantworten.

Hierbei ist anzumerken, dass sich der Fokus dieser Arbeit im Rechercheprozess änderte. Es wurde im Rechercheprozess deutlich, dass noch ein enormer Forschungsbedarf im stationären akutenpsychiatrischen Setting besteht und es sehr wenig Literatur in Bezug auf eingesetzten Zwang in der Psychiatrie gibt. Ein Großteil der vorhandenen Literatur hat sich mit der Prävention von Zwangsmaßnahmen und nicht mit der Durchführung befasst. Nach der weiteren Auseinandersetzung mit der Thematik hat sich herausgestellt, dass es keine einheitlichen Konzepte zur Durchführung von Zwang gibt. Deshalb erschien es wichtig, erst einmal ein einheitliches Konzept darzustellen, bevor auf die pflegerische Beziehung mit Patient/innen eingegangen werden kann.

Vor der Anwendung von Zwangsmaßnahmen zeigen Patient/innen meist ein aggressives Verhalten. Auch hierfür gibt es für den Umgang mit Aggressionen keine einheitlichen Konzepte. Deshalb komme ich zu dem Schluss, dass es für einen professionellen Umgang mit Patient/innen während einer Zwangsmaßnahme erforderlich ist, einheitliche Konzepte im Aggressionsmanagement, im Bereich des Einsatzes der milderer Mittel und in der Durchführung von Zwangsmaßnahmen zu entwickeln.

Festzuhalten ist, dass eine Zwangsmaßnahme von den Pflegenden ein „In-Kontakt-Treten“ mit Patient/innen gegen dessen freien Willen erfordert. Um die Beziehung möglichst nicht zu belasten ist es wichtig, dass Pflegende sich zunächst selbst darüber bewusstwerden, wann für sie eine Zwangsmaßnahme unumgänglich erscheint und diese für sich begründen. Wenn Pflegende sich dessen bewusst sind und die rechtliche Lage kennen, können sie dem/der Patient/in sicher gegenüberreten und die Anwendung von Zwang während der Durchführung

begründen. Falls eine Fixierung als Zwangsmaßnahme angewendet wird, können Pflegende für das Festhalten der Extremitäten und des Kopfes benötigt werden, die sich verbal so wenig wie möglich während der akuten Situation äußern sollen. Dies ist für den/der Patient/in in der akuten Situation wichtig, damit er/sie sich auf den/der leitenden Pflegenden konzentrieren kann. Inwieweit das Festhalten eine Belastung für die Pflegenden darstellt ist unerforscht. Dadurch nimmt die Kommunikation des leitenden Pflegenden einen wichtigen Teil in der pflegerischen Beziehung ein. Hierbei scheint es wichtig, dass es innerhalb des therapeutischen Teams, eine ethische Auseinandersetzung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen gibt, damit die Pflegenden weitestgehend einheitlich handeln können. Es ist auch notwendig das Pflegende ein Verständnis für die Betroffenen während einer Zwangsmaßnahme aufbauen, um ihnen professionell gegenüber zu treten und ihnen stets Respekt und Empathie entgegenbringen zu können. Pflegende schätzen den/die Patient/in aggressiver ein als der/die Patient/in sich selbst. Deshalb komme ich zu dem Schluss, dass das Vertrauen zwischen Pflegenden und Patient/innen gestärkt werden sollte, um Zwangsmaßnahmen wirklich nur als letztes Mittel anzuwenden.

## 9 Literaturverzeichnis

- Anderl-Doliwa, Brigitte; Breitmaier, Jörg; Elsner, Stefan; B. Kunz-Sommer; I. Winkler (2005):  
Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen, in: Psychiatrische Pflege 11: S.100 – 102
- Armgart, Carina; Schaub, Markus; Hoffmann, Knut; Illes, Franciska; Emons, Barbara et al. (2013):  
Negative Emotionen und Verständnis- Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht, in:  
Psychiatrische Praxis 40, S. 275-284
- Bauer, Rüdiger (2002a): Psychiatrische Pflege Kongruente Beziehungspflege – Ein Modell zur  
Gestaltung professioneller Beziehung in der Pflege, in Psychiatrische Pflege 8, S. 18–24
- Bauer, Rüdiger (2002b): Mensch sein und Pflege- Ein Fallbeispiel, in Psychiatrische Pflege 8, S. 310-  
314
- Bauer, Rüdiger (1997): Beziehungspflege, Berlin/Wiesbaden (Ullstein Mosby GmbH & Co. KG)
- Bowers, L. (2007): Gründe für eine Aufnahme und ihre Bedeutung für das Wesen der stationären  
akutpsychiatrischen Pflege, in: Psychiatrische Pflege 13, S. 149 – 153
- Crefeld, W (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psychosoziale und  
pädagogische Berufe. Dortmund (Borgmann)
- Fawcett J (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern (Huber)
- Fehn, Karsten; Selen, Sinan; König, Frank (2003): Die sofortige Unterbringung psychisch Kranker.  
Eine juristisch- medizinische Themeneinführung, Edewecht (Verlagsgesellschaft Stumpf &  
Kossendey mbH)
- Gaßmann M., Marschall W., J. Utschakowski (2006): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.  
Netzwerke und Modelle der Behandlung und Versorgung. Heidelberg (Springer)
- Götz, Torben (2013): Die rechtlichen Grenzen der Patientenautonomie bei psychischen Erkrankungen,  
Baden Baden (Nomos Verlagsgesellschaft)
- Henking, Tanja; Vollmann, Jochen (2014): Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem  
Prüfstand, Baden Baden (Nomos Verlagsgesellschaft)
- Heumann, Kolja; Bock, Thomas; Lincoln, Tania (2017): Bitte macht (irgend)was! Eine bundesweite  
Online-Befragung Psychiatrieerfahrener zum Einsatz milderer Maßnahmen zur Vermeidung  
von Zwangsmaßnahmen, in: Psychiatrische Praxis 44, S. 85-92
- Hewer, Walter; Rössler, Wulf (2007): Akute psychische Erkrankungen. Management und Therapie,  
München (Urban & Fischer Verlag)
- Holnburger, Martin (1998): Pflegestandards- Psychiatrie, Wiesbaden (Ullstein Medical  
Verlagsgesellschaft mbH und Co.)
- Jakovljevic, Anna- Karina; Wiesemann, Claudia (2016): Zwangsmaßnahmen in der forensischen  
Psychiatrie. Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer  
Perspektive, in: Der Nervenarzt 87, S. 780-786
- Kistner, Walter (1992): Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Beziehungsgestaltung und  
Problemlösung in der psychiatrischen Pflege, Stuttgart (Gustav Fischer Verlag)

- Lincoln, Tania; Heumann, Kolja; Teichert, Maria (2014): Das letzte Mittel? Ein Überblick über die politische Diskussion und den Forschungsstand zum Einsatz medikamentöser Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, in: Verhaltenstherapie 24, S. 22–32
- Marriner-Tomey, Ann (1992): Pflgeetheoretikerinnen und ihr Werk, Basel (RECOM-Verlag)
- Meise, Ullrich; Frajo-Apor (2011): Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie, in: Psychiatrische Praxis 38, S. 161-162
- Mielau, Juliane; Altunbay, Jasmin; Heinz, Andreas et al. (2017): Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive, in: Psychiatrische Praxis 44 (2017), S. 316–322
- Müller, Jürgen L.; Nedopil, Norbert (2017): Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Stuttgart (Thieme Verlag),
- Neu, Peter (2017): Akutpsychiatrie. Das Notfall-Manual, Stuttgart (Schattauer GmbH)
- Nossek, Alexa; Gather, Jakob; Vollmann, Jochen (2018): Natürlicher Wille, Zwang und Anerkennung- Medizinische Überlegungen zum Umgang mit nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten in der Psychiatrie, in: Deutschland (Springer Verlag)
- Schädle-Deininge, Hilde (2010): Fachpflege Psychiatrie, Frankfurt am Main (Mabuse Verlag)
- Schädle-Deininge, Hilde; Wegmüller, David (2017): Psychiatrische Pflege. Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium, Bern (Hogrefe Verlag)
- Schweitzer, Jochen; Engelbrecht, Daniela; Schmitz, Dieter; Borst, Ulrike; Nicolai, Elisabeth (2005): Systemische Akutpsychiatrie: Ein Werkstattbericht, in: Psychotherapie und Psychiatrie S. 260-261
- Steinert, Tilmann; Zinkler, Martin; Starrach, Axel; Hoppstock, Sandra; Flammer, Erich (2015): Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken, in: Psychiatrische Praxis 42, S. 377-383
- Walter, Marc; Lang, Undine (2017): Psychiatrische Notfälle, Landsberg am Lech (ecomед MEDIZIN)
- Zinkler, Martin; Laupichler, Klaus; Osterfeld, Margret (2016): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie, Köln (Psychiatrie Verlag GmbH)

## **Gesetze**

Grundgesetz Artikel 2, zuletzt aufgerufen am 14.06.2018: [https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html)

Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (HmbPsychKG), zuletzt aufgerufen am 14.06.2018: <http://www.nw3.de/rechtsarchiv/4oerecht/7freihschutz/hmbpsychkg.html#17>

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen, zuletzt aufgerufen am 14.06.2018: [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_1906.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1906.html)

## Pubmed Literaturrecherche

Suche	Sprache	Treffer	Mögliche Relevanz	verwendet
Nursing intervention AND coer*	german	3	1	0
Coercive treatment AND compulsion	german	0		
Coercive Treatment NOT adolescent	german	44	12	3
Acute psychiatric AND psychiatric nursing AND force	german	0		
coercive measures	german	55	13	2
coercion	german	112	-	
Acute psychiatric	german	557	-	
Coercion AND acute psychiatric	german	7	5	3
psychiatric	german	14781	-	
compulsory measure	german	14	6	3
treatment	german	372989	-	
coercive treatment	german	61	12	3
fixation	german	13202	-	
psychiatric treatment	german	7870	-	
acute psychiatric treatment	german	443	-	
psychotic	german	3262	-	
Primary care	german	5935	-	
Nurse relations	german	2504	-	
acute psychiatric	german	557	-	
mental illness	german	40514	-	
Coercion AND mental illness	german	68	2	2
Coercive measures AND acute psychiatric treatment	german	6	4	2
Fixation AND coercive treatment	german	5	4	2
Psychotic AND primary care	german	53	12	2
Nurse relations AND coercion	german	5	1	1
Psychotic AND coercion	german	9	9	3

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangabe kenntlich gemacht.

Hamburg, 18. Juni 2018

---

Silvana Laila Witte