



Foto: Zinkler, privat

Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Erfahrungen aus Heidenheim und Bremen. Möglichkeiten der Umsetzung in Österreich

Martin Zinkler, GÖG, 17.09.2025

G Jervis 1978

Foto: Zinkler, privat



Alles scheint neu zu sein, aber nichts hat sich geändert. Wenn der Insasse nicht wieder zum Subjekt wird, ihm nicht seine menschliche Würde zurückgegeben wird, wenn er nicht nach und nach das Recht zu sprechen und auch das Recht zu protestieren zurückgewinnt, wenn er nicht real die Möglichkeit hat, eine Reihe von Entscheidungen zu treffen, dann besteht die Gefahr, dass die Neustrukturierung der Irrenanstalt auch weiterhin eine Fiktion, eine leere Schale bleibt. (G. Jervis, Kritisches Handbuch der Psychiatrie, Syndikat 1978)

Übersicht

(1) Menschenrechtliche Grundlagen:

Die Organe der Vereinten Nationen, der Europarat und die WHO

WHO Programm: 2019 QualityRights Training, 2021 Guidance on services, 2023 Guidance on legislation, 2025 Guidance on mental health policy and strategic action plans

(2) Wo stehen wir, mögliche Indikatoren für eine menschenrechtlich basierte Psychiatrie

(3) Was geht heute schon: Beispiele aus Heidenheim und aus Bremen

Optional: (4) Gewaltfreie Psychiatrie – wie könnte es gehen

im Umgang mit Gefährdung, in der Klinik, in Polizeigewahrsam, in Haft



Concept Paper

End Coercion in Mental Health Services—Toward a System Based on Support Only[†]

Martin Zinkler^{1,*} and Sebastian von Peter²

UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

2006 von den Vereinten Nationen veröffentlicht
2007 von der Bundesregierung unterzeichnet
2008 vom dt. Bundestag durch ein
Bundesgesetz ratifiziert, **in Österreich ebenso
seit 2008 in Kraft**

Artikel 12: Gleichheit vor dem Recht

Artikel 14: Freiheit und Sicherheit der Person

Artikel 15: Freiheit von Folter oder grausamer,
unmenschlicher oder erniedrigender
Behandlung oder Strafe

Artikel 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und
Missbrauch

Gesetz
zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006
über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006
zum Übereinkommen der Vereinten Nationen
über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Vom 21. Dezember 2008

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz
beschlossen:

Artikel 1

Dem in New York am 30. März 2007 von der Bundesrepublik Deutschland

Quelle: BGBl. II 2008 S. 1419 - Gesetz zu dem Übereinkommen
der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die
Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem
Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum
Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von
Menschen mit... - dejure.org

Juan E Mendez 2013

UN Sonderberichterstatter über Folter, A/HRC/22/53

Es ist unverzichtbar, dass an allen Orten, an denen Menschen die Freiheit entzogen wird, so auch in psychiatrischen und Sozialpflegeeinrichtungen, ein absolutes Verbot aller unter Zwangsanwendung und ohne Einwilligung angewandter Maßnahmen, einschließlich der Fixierung und Isolierung von Menschen mit psychologischen oder geistigen Behinderungen, zum Tragen gelangt

Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment

UN Fachausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014), CRPD/C/GC/1

im Allgemeinen Kommentar Nr 1 zu Artikel 12 der Konvention:

Wie der Ausschuss in mehreren Abschließenden Bemerkungen bereits festgestellt hat, stellt die Zwangsbehandlung durch Fachpersonal in der Psychiatrie sowie im Gesundheits- und medizinischen Bereich eine Verletzung des Rechts auf gleiche Anerkennung vor dem Recht sowie eine Beeinträchtigung der Rechte auf Unversehrtheit der Person (Artikel 17), Freiheit von Folter (Artikel 15) und Freiheit von Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch (Artikel 16) dar.

UN Fachausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2014)

alle Formen der Unterstützung bei der Ausübung der rechtlichen Handlungsfähigkeit (einschließlich intensiverer Formen der Unterstützung) müssen auf dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person beruhen und nicht auf dem, was für ihr objektives Wohl erachtet wird (seit 2023 im deutschen Betreuungsrecht realisiert)

Dainius Puras (2017)

UN Sonderberichterstatter über das
Recht auf bestmögliche Gesundheit,
A/HRC/35/21

Zwang in der Psychiatrie führt zu einem ständigen Machtgefälle in den Betreuungsbeziehungen, verursacht Misstrauen, verschlimmert die Stigmatisierung und Diskriminierung und hat dazu geführt, dass sich viele Menschen aus Angst davor abwenden, in den regulären psychiatrischen Diensten Hilfe zu suchen. ... Es sind sofortige Maßnahmen erforderlich, um den medizinischen Zwang radikal zu reduzieren und die Abschaffung jeglicher psychiatrischer Zwangsbehandlung und Zwangseinweisung zu erleichtern.

UN Hochkommissariat für Menschenrechte Seid al-Hussein 2017 (A/HRC/39/36)

... die Abschaffung von Praktiken wie Zwangsbehandlung, einschließlich Zwangsmedikation, Zwangselektrokonvulsionsbehandlung, Zwangsinstitutionalisierung und Segregation. Stattdessen forderte er die Staaten auf, den Zugang zu einer Reihe von Unterstützungsdiensten innerhalb der Gemeinschaft zu gewährleisten, einschließlich der Unterstützung durch Peers, und erinnerte die Teilnehmer daran, dass das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen den rechtlichen Rahmen für die Wahrung der Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen bietet - einschließlich der Ausübung der Rechtsfähigkeit, der freien und informierten Zustimmung

...

(Übersetzungen: M Zinkler und deepL)

UN Sonderberichterstatteerin über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Catalina Devandas Aguilar (2018), A/HRC/37/56

Die Staaten müssen alle Systeme der stellvertretenden Entscheidungsfindung abschaffen und verbieten. (...) Diese Systeme können als Systeme definiert werden, in denen einer Person die Rechtsfähigkeit entzogen wird (...) und eine von einem Dritten ernannte Person oder Institution Entscheidungen auf der Grundlage dessen trifft, was er oder sie als das Beste für die betreffende Person ansieht, selbst wenn dies gegen deren Willen geschieht. Dazu gehören die Voll- und Teilvormundschaft, (...) und Gesetze zur psychischen Gesundheit, die unfreiwillige Behandlung und Einweisung ermöglichen. Alle Formen der stellvertretenden Entscheidungsfindung sind nach der Konvention verboten, auch solche, die auf der Beurteilung der geistigen Fähigkeiten beruhen.

Europarat (2019)

Die Systeme für die psychische Gesundheit in ganz Europa sollten so reformiert werden, dass sie einem menschenrechtsbasierten Ansatz entsprechen, der mit dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vereinbar ist. **Dies setzt voraus, dass psychosoziale Dienste, die auf Zwang beruhen, aufgegeben werden** und Verfahren, die auf Zustimmung beruhen, in den Mittelpunkt der psychosozialen Gesundheitssysteme gestellt werden.



Recommendation 2158 (2019)¹
Provisional version

Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach

Quelle: Rec. 2158 - Recommendation - Adopted text

WHO Programm

Quality Rights Training (2019)

Guidance on community mental health services (2021)

Guidance on Mental Health, Human Rights, and Legislation (2023)

Guidance on mental health policy and strategic action plans

(Im März 2025 vorgestellt)

WHO Programm (1): QualityRights Training

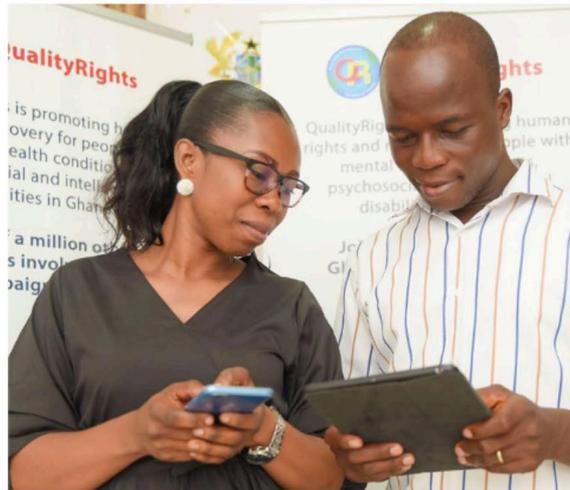
Comprehensive training materials (ENG, FR, SPA) and e-training (11 languages)

Developed with world-wide participation of users

HR-based, recovery-oriented, person-centred

For all: users, families, staff, policy makers, lawyers, police officers, ...

WHO QualityRights e-training on mental health



WHO's QualityRights initiative aims to improve the quality of care in mental health and related services and to promote the rights of people with psychosocial, intellectual and cognitive disabilities.

The associated QualityRights e-training, available in 11 languages, covers: taking care of one's own mental health; supporting friends, family and colleagues with their mental health; tackling stigma, discrimination, abuse and coercion in mental health services; and taking action in support of transformation of mental health services towards a person-centred, rights-based recovery approach.

WHO Programm (1): QR Training

A screenshot of a registration form on a website. The background is a dark blue starry space pattern. The form is white and contains the following elements: a 'Language' dropdown menu with a globe icon, currently showing 'English' with a checkmark; a 'Hello!' greeting; a 'First Name (will be displayed on your certificate) *' label above an empty text input field; an 'Example:' label; a 'Last Name (will be displayed on your certificate) *' label above another empty text input field; another 'Example:' label; and an 'Email *' label above a third empty text input field. The language dropdown menu is open, showing a list of languages: BiH, český, English (checked), Español, eesti, Français, Hrvatski, Հայերեն, Italiano, Polski, Filipino, and Türkçe.



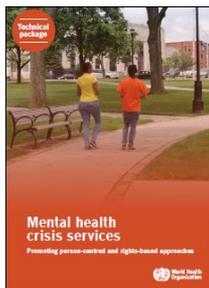
Guidance on
community
mental health
services



WHO Programm (2) (2021): Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches

Ersetzte Entscheidungen, Zwangsmaßnahmen und
Institutionalisierung müssen durch Unterstützung bei
der Ausübung der Rechtsfähigkeit, für ein
unabhängiges Leben in der Gemeinschaft und für
andere Menschenrechte ersetzt werden.

Promoting person-centred and rights-based approaches



- Afiya House, USA
- Link House, UK
- Tupu Ake, NZ
- Open Dialogue, Finland



- BET Unit, Blakstad Hospital, Norway
- Kliniken Landkreis Heidenheim, Germany
- Soteria Berne, Switzerland



- CAPS III – Brasilândia, Brazil
- Aung Clinic, Myanmar
- Phoenix Clubhouse, China, Hong Kong SAR



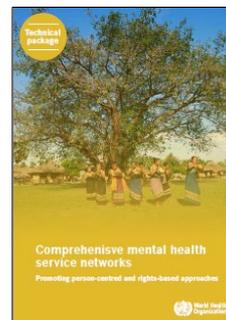
- Hearing Voices support groups
- Nairobi Mind Empowerment Peer Support Group, Kenya
- Peer Support South East Ontario, Canada



- Atmiyata, India
- Friendship Bench, Zimbabwe
- Home Focus, Ireland
- Naya Daur, India
- Personal Ombudsman, Sweden



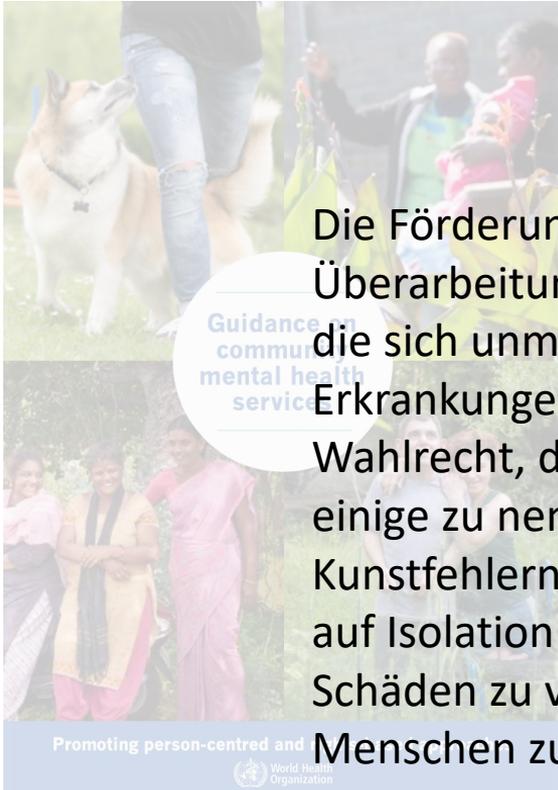
- Hand in Hand supported living, Georgia
- Home Again, India
- KeyRing Living Support Networks
- Shared Lives, UK



Mental health networks:

- Campinas, Brazil
- East Lille, France
- Trieste, Italy
- Peru
- Bosnia & Herzegovina
- Lebanon

WHO Programm (2) (2021): Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches



Die Förderung der Grundsätze der CRPD erfordert eine umfassende Überarbeitung der Gesetze zur psychischen Gesundheit und anderer Gesetze, die sich unmittelbar auf das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auswirken, wie z. B. das Wahlrecht, das Eherecht, das Arbeitsrecht und das Bildungsrecht, um nur einige zu nennen. ... Die Gesetze zur ärztlichen Haftung oder zu ärztlichen Kunstfehlern sollten weiter reformiert werden, um zu verhindern, dass Ärzte auf Isolation und Zwangsmaßnahmen zurückgreifen, um das Risiko von Schäden zu vermeiden, und um stattdessen die Achtung der Rechte der Menschen zu fördern.

WHO Programm (3) (2023):

Mental health, human rights and legislation

Guidance and practice

Quelle: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

Mental health, human rights and legislation



**World Health
Organization**



**UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS**
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

Chapter 2: Legislative provisions for person-centred, recovery-oriented and rights-based mental health systems

Informierte Zustimmung und Abschaffung von Zwangspraktiken - wesentliche gesetzliche Bestimmungen zur Abschaffung von Zwang in psychosozialen Diensten und zur Wahrung des Rechts auf freie und informierte Zustimmung. Beispiele hierfür sind die Förderung und der Schutz des Rechts auf freie und informierte Zustimmung, die Unterstützung der Vorausplanung, die Bereitstellung von Krisenhilfe, das Verbot nicht freiwilliger Krankenhauseinweisungen und Behandlungen sowie die Abschaffung von Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen.

Chapter 2: Legislative provisions for person-centred, recovery-oriented and rights-based mental health systems

Es besteht ein wachsender Konsens darüber, dass alle Formen von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in psychosozialen Diensten abgeschafft werden sollten. Isolation bedeutet, dass eine Person in einen Raum oder ein Zimmer eingesperrt wird, während Zwangsmaßnahmen weitere Maßnahmen umfassen, die die körperliche Bewegung oder das Verhalten einer Person einschränken (z. B. mechanische, physische oder chemische Zwangsmaßnahmen). Isolation und Zwangsmaßnahmen verstoßen nicht nur gegen die internationalen Menschenrechtsnormen, ihre Anwendung ist mit einem Genesungsansatz (*recovery*) unvereinbar, widerspricht dem Zweck der Pflege (*care*) und kann zu physischen und psychischen Schäden bis hin zum Tod führen.

Chapter 2: Legislative provisions for person-centred, recovery-oriented and rights-based mental health systems

mental health,
human rights

Aufgrund des Verbots sollten alle Vorfälle chemischer und physischer Zwangs- und Isolationsmaßnahmen erfasst und einer unabhängigen Überwachungsstelle zur Verfügung gestellt werden. Die Nachbesprechung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit Personen, die über eigene Erfahrungen verfügen, sollte gefördert werden. Rechtliche Bestimmungen können die Untersuchung solcher Vorfälle unter Einbeziehung aller Betroffenen unterstützen, damit die Behörden Abhilfemaßnahmen ergreifen können, einschließlich der Bereitstellung von Rechtsmitteln.

WHO Programm (4) (2025):

Guidance on mental health policy and strategic action plans

Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans

WHO Programm (4):

Guidance on mental health policy and strategic action plans

Module 2. Key reform areas, directives, strategies, and actions for mental health policy and strategic action plans

Grounding policy in a human rights-based approach requires explicit reference to the rights and principles laid out in the CRPD (UN-BRK), including equality, legal capacity, noncoercion, participation, community inclusion and a recovery approach

Wo stehen wir

Übliche Praktiken in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (Kliniken, forensisch-psychiatrische Institutionen, Heime):

Zwangsunterbringungen - Zwangsmaßnahmen (mechanisch, physisch, chemisch) – Einsperren (“Isolieren”) – Zwangsmedikation – ambulante Behandlungsanordnungen (werden gerade in BW gefordert, international verbreitet) - unbefristete Unterbringungen - stellvertretende Entscheidungsfindung - informeller Zwang (Druckmittel)

Wo stehen wir (2)

Mögliche Indikatoren für Fortschritte auf dem Weg zu einer rechtebasierten psychosozialen Versorgung

	Baden-Württemberg 2019	Heidenheim 2019
Unterbringung im Krankenhaus (unfreiwilliger Aufenthalt) in % aller Krankenhausbehandlungen (auf die Einwohnerzahl bezogen)	6.1 (49,9/100.000 EW)	0.9 (8.5/100.000 EW) (Triest 2019: 8.11, Bremen 2022: 80)
Von Zwangsmaßnahmen betroffen in % aller Behandlungen (auf die EW Zahl bezogen)	6.0 (var. 2-10 zwischen den Kliniken) (49.1/100.000 EW)	2.0 (18.9/100.000 EW)
Fixierungen (Festbinden am Bett) in % aller Behandlungen	3.6	2.0
Isolierungen (Einsperren im Zimmer) in % aller Behandlungen	3.3	0
Zwangsmedikation in % aller Behandlungen (auf die EW Zahl bezogen)	0.8 (var. 0-2.2) (6.5/100.000 EW)	0.16 (2 Fälle) (1.5/100.000 EW)

Was geht heute schon, Beispiele (1) Offene Stationstüren

(können Zwangsmaßnahmen reduzieren (DGPPN 2009))

Mainstream: geschlossene und offene Stationen in einer Klinik, Verlegungen von geschlossen nach offen, und wieder zurück --- etwa 400 Kliniken in D

Oder: nur offene Stationen, auch für Patienten mit Unterbringungsbeschluß (zB in Friedberg/Hessen, Hamm, Heidenheim, Herne, Merzig, Neunkirchen, Pirmasens, ...): ich könnte ja raus, also bleib ich erst mal da, es wurde ja schließlich vom Gericht so festgelegt --- etwa 20 Kliniken in D

R&P

Recht und Psychiatrie

2

2017
35. Jahrgang
2. Vierteljahr
19,90 €

Schwerpunktheft:

Offene Türen in der Psychiatrie

Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie:

Modelle und Standards

Martin Zinkler, Peter W. Nyhuis

Das Konzept der offenen Türen –
offen und doch geschlossen?

Tanja Henking

Einführung einer »Offenen Tür Politik« –
Was bedeutet diese konkret und wie wirkt sie
sich auf Zwangsmaßnahmen aus?

Undine E. Lang, Stefan Borgwardt, Marc Walter,
Christian G. Huber

Wie kann eine »offene Psychiatrie« gelingen?
Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in
der Akutpsychiatrie

Jakov Gather, Peter W. Nyhuis, Georg Juckel

... offene Stationstüren

Huber et al. 2016 im *Lancet Psychiatry* - Vergleich von 20 Kliniken mit geschlossen/offen (16 Kliniken) bzw. nur offenen Stationen (4 Kliniken) in NRW über 15 Jahre: in den Kliniken mit nur offenen Stationen weniger Entweichungen (mit und ohne Rückkehr), weniger Suizidversuche; kein Unterschied bei Suiziden

Lang et al. 2010 im *European Journal of Psychiatry*: beim Öffnen einer bis dahin geschlossenen Station (in Berlin) kommt es zu weniger Entweichungen, weniger Gewaltereignissen und weniger Zwangsmedikation

Beispiele (2) Offene Haltung: Erfahrungswissen

- (1) Regelmäßiger Kontakt mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfegruppen besuchen Stationen, stellen sich in der Klinikfortbildung vor
- (2) Psychiatrie-Erfahrene halten Sprechstunden – Peer to Peer Beratung
- (3) Ex-In Absolventen arbeiten in der Psychiatrie, zB als Genesungsbegleiter oder als mental health advocates in England
- (4) Psychiatrie-Erfahrene beteiligen sich bei der Entwicklung von psychiatrischen Diensten, sitzen im Aufsichtsrat, im QM
- (5) Psychiatrie-Erfahrene beteiligen sich bei der Psychiatrie-Planung und bei der Psychiatrie-Gesetzgebung

Beispiele (3): Verbindlicher Umgang

Behandlungsvereinbarungen,

Vorsorgevollmacht,

Patientenverfügungen

Reduzieren möglicherweise Zwangsmaßnahmen, stärken Autonomie, kommen aber nur mit tatkräftiger Unterstützung von Anderen zustande (Mitwirkung der Klinikleitung, Beratung beim Erstellen, Archivierung der Dokumente...), Probleme beim Implementieren

Amering, Stastny & Hopper (2005)

Swanson, Swartz and Elbogen (2006)

Henderson et al. (2004, 2008)

Thornicroft et al. (2013), Barrett et al. (2013)

Beispiele (4): Verbindlicher Umgang im offenen Dialog

Therapieversammlungen statt OA/CA-Visite

- (1) Zeit für OA/CA-Visite wird in 20min-Abschnitte aufgeteilt, alle sind willkommen: Patient, therap. Team, Angehörige, Betreuer, ABW, Jugendhilfe ...
- (2) Tagesordnung wird vom Pat. und den Besuchern vorgeschlagen; zunächst werden Beobachtungen ausgetauscht, dann die sich ergebenden Fragen ergebnisoffen behandelt.
- (3) Termin für die ThV wird gleich nach der Aufnahme festgelegt und allen mitgeteilt, die ein legitimes Interesse haben, daran teilzunehmen.
- (4) Termin für die nächste ThV wird in der ThV schon festgelegt
- (5) Protokoll der ThV kommt ins KIS und wird dem Patienten und den anderen Teilnehmern gleich mitgegeben.
- (6) Patient bestimmt, wer daran teilnimmt

Beispiele (5): Transformation der Dienste in Bremen: aus Betten wird Hometreatment

- (1) Fünf Stationen mit je 20 Betten werden geschlossen; für 500.000 EW bleiben dann noch 180 Betten (36/100.000 EW)
- (2) Dafür entstehen jeweils Hometreatment-Teams: 15 VK (einschl. 1 VK Genesungsbegleitung).
- (3) Hometreatment - inzwischen in 4 von 5 Regionen (100.000 EW/Region), Ende 2025 alle Regionen mit Hometreatment
- (4) Hometreatment über 7/7, tägliche Besuche, auch am WE, jederzeit aufnahmefähig
- (5) Jede Region hat eine Station und eine Tagesklinik, die ebenso jederzeit aufnahmefähig sind.
- (6) Drei Spezialstationen (Sucht, Gerontopsychiatrie, affekt. Störungen), nehmen überregional auf.

(6) Personenzentrierte Behandlung

Wille und Präferenzen, informierte Zustimmung, individuelle Unterstützungs-, Behandlungs- und Krisenpläne

Im neuen Assessment wird schon bei der Erstuntersuchung und vor Beginn einer Behandlung nach Wünschen und Präferenzen für die Behandlung gefragt; das Assessment wird während der Akutbehandlung wöchentlich erneuert. Stationäre, teilstationäre und Hometreatment-Behandlung ist gleichermaßen in Krisen und zur Akutbehandlung zugänglich, ohne Wartezeiten. Alle Akutbehandlungssettings arbeiten 7 Tage/Woche.

Aktueller Stand: Assessment wartet noch auf IT Implementierung (Herbst 2024) und wird dann das bisherige Format der Eingangsuntersuchung ersetzen und in den Arztbrief aufgenommen.

personenzentriert: neues Assessment

Anlass der Vorstellung (z. B. Zu-/Einweisung niedergelassene/r Ärztin/Arzt od. Psychotherapeut/-in, Unterbringung, Notfall, geplante Aufnahme, Begutachtung)

Wunsch des/der Patienten/-in & subjektives Befinden des/der Patienten/-in (z. B. „welche Unterstützung wünschen Sie sich von uns“?)

Aktuelle Vorgeschichte & Auslöser der Krise

Soziale/häusliche Situation & stabilisierende Faktoren (z. B. Partner/-in, Nachbarn, minderjährige Kinder, Rechtsbetreuer/in, Finanzen, unmittelbar zu regelnde soziale Angelegenheiten)

Psychischer Befund (psychischer Zustand, Beschwerden, Symptome, ICD-Klassifikation, Lebenssituation, Defizite, Ressourcen, GAF)

Körperliche Probleme (Somatische Anamnese)

Ambulante Behandlung möglich? JA/NEIN – Begründung

Wenn Nein: Zuordnung zu Akutbehandlungsbereich

(hometreatment, tagesklinisch, stationär)

personenzentriert

Wille und Präferenzen, informierte Zustimmung,
individuelle Unterstützungs-, Behandlungs- und Krisenpläne

Individuelle Unterstützungs-, Behandlungs und Krisenpläne:

Flexible Inanspruchnahme von tagesklinischer und hometreatment-Behandlung: an 7 Tagen in der Woche, oder auch nur 3 oder 1-2, keine max. Dauer, keine diagnostischen Einschränkungen, kein Vorgaben von Seiten der Krankenkasse mehr; Wechsel zwischen den Behandlungssettings jederzeit; wöchentlich wird der Behandlungsplan erneuert.

(7) gemeindebasiert

5 Regionen

Ziel: für jede Region (100.000 bis 140.000 EW):

25-40 Betten, 30 (Akut)Tagesklinikplätze, 25 Hometreatment-Plätze, Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst und Suchtberatung.

Aktueller Stand: Betten an zwei Standorten (B-Ost und B-Nord), Tageskliniken an 5 Standorten, Hometreatment an vier Standorten (etabliert in Ost/Süd/Mitte und beginnend in West), Ambulanz/SPDi und Suchtberatung an allen 5 Standorten.

(8) rechtebasiert

Laufendes Monitoring: Anzahl der unfreiwilligen Behandlungen, der Fixierungen, der Zwangsmedikationen und der überhaupt von ZM betroffenen Patienten. In Bremen werden keine sog. Isolierungen angewendet.

Wird jeden Monat in der Klinikleitungskonferenz vorgestellt und besprochen

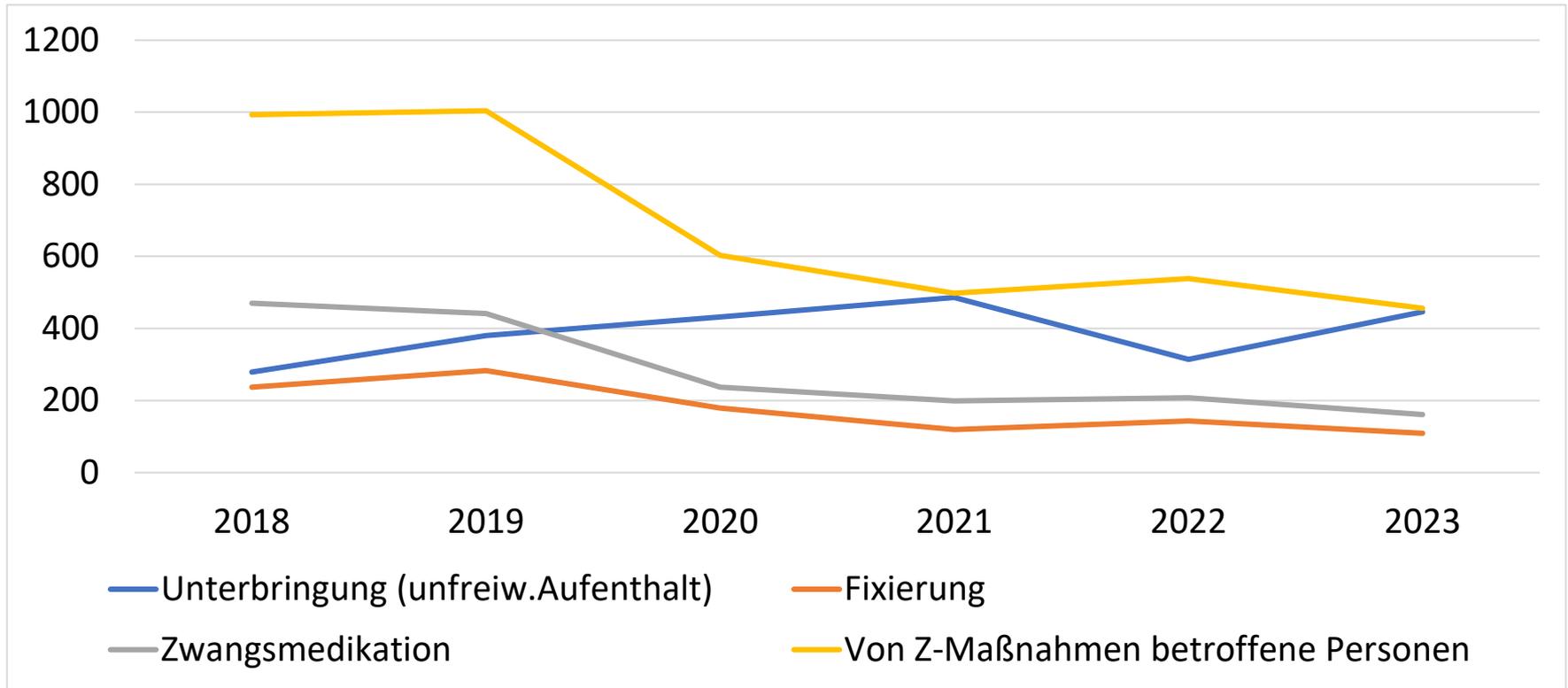
Reduktion von Fixierungen und Zwangsbehandlungen als Qualitätsziele aufgenommen (minus 10%/Jahr)

rechtebasiert – Zahlen für 4 Regionen

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Unterbringung (unfreiwilliger Aufenthalt)	279	380	432	486	314	446 97/100.000 EW
Fixierung	237	283	179	119	143	109
Zwangsmedikation	470	441	237	199	208	161
Von Z-Maßnahmen betroffene Personen	993	1004	603	498	538	456

Quelle: Klinikdokumentation Bremen

rechtebasiert – Zahlen für 4 Regionen



(9) Recovery-orientierte Behandlung

7,5 VK Genesungsbegleiter:innen

Orientierung an Wünschen und Präferenzen

Trialogische Veranstaltungen in allen Regionen

Open-Dialogue Training für alle Mitarbeitenden (inzwischen vier Kurse für über 100 Mitarbeitende)

Das bisher genannte kann im bestehenden System umgesetzt werden, es reicht aber nicht für eine menschenrechtlich basierte Psychiatrie - findet die WHO

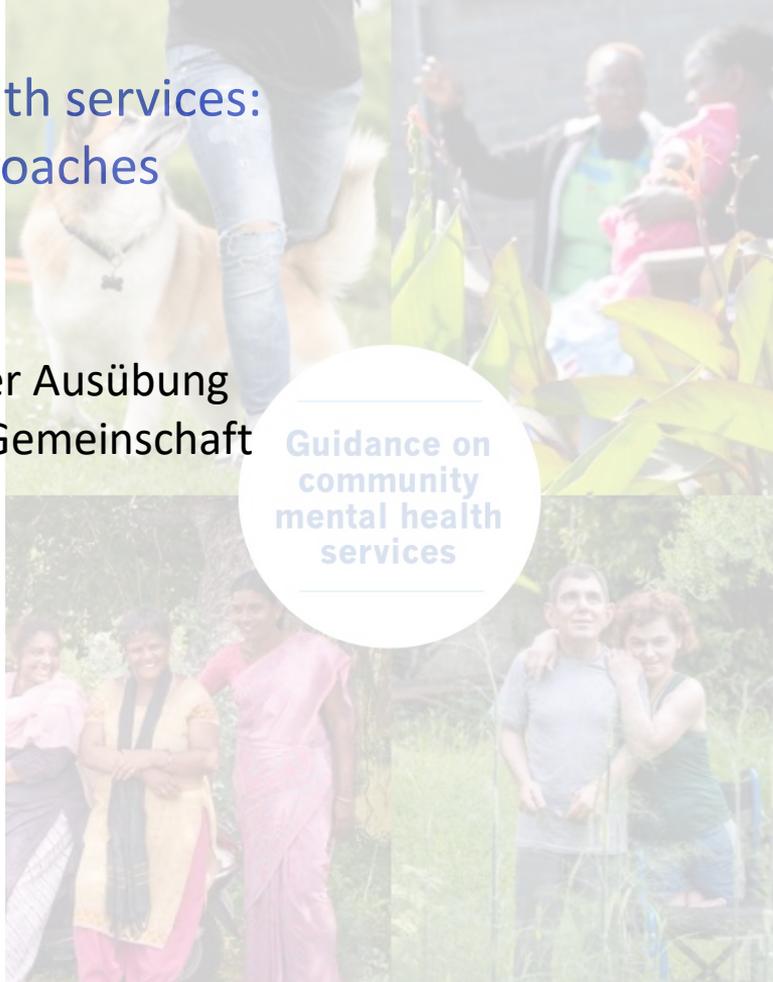


Quelle: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

WHO 2021: Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches

Ersetzte Entscheidungen, Zwangsmaßnahmen und
Institutionalisierung müssen durch Unterstützung bei der Ausübung
der Rechtsfähigkeit, für ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft
und für andere Menschenrechte ersetzt werden.

Quellen: www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>



Guidance on
community
mental health
services

Promoting person-centred and rights-based approaches

Martin Zinkler, Sebastian von Peter

Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie¹

Das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte und weitere Organe der Vereinten Nationen fordern aufgrund des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ein absolutes Verbot von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Daraus konzipieren die Autoren ein psychosoziales Hilffsystem, das nicht mehr wie bisher Unterstützung und soziale Kontrolle leistet, sondern ausschließlich individuelle Hilfsangebote macht. Soziale Kontrolle wird an die dafür zuständigen Behörden abgegeben, sei es an Polizei oder Justiz, die Unterstützung hingegen bleibt bei den psychosozialen Diensten und folgt dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person. Szenarien zum Umgang mit Gefährlichkeit, während einer stationären Behandlung, in Polizeigewahrsam und in Haft zeigen, wie eine solche Veränderung umgesetzt werden kann. Das damit

Without coercion – a concept for mental health care based on support only

Based on the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), several UN bodies among them the High Commissioner for Human Rights have argued for a complete ban of all coercive interventions in mental health care. The authors conceptualize a system for mental health care based on support only. Psychiatry loses its function as an agent of social control and follows the will and preferences of those who require support. The authors draw up scenarios for dealing with risk, for inpatient care, police custody and prison. With such a shift, mental health services could earn the trust of service users and thereby improve treatment outcomes.

Guidance on
community
mental health
services

Quellen: Zinkler, M., von Peter. Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. R&P (2019) 37: 203-209. https://shpe-rlp.de/files/RP_gewaltfreie_Psychiatrie.pdf
Foto: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Promoting person-centred and rights-based approaches

Wie könnte ein gewaltloses Hilffssystem funktionieren – im Umgang mit Gefährdung

Ein nicht diskriminierender Umgang gelingt dann, wenn eine Einweisung in die Psychiatrie nur noch auf freiwilliger Basis möglich ist, auch in Situationen einer Gefährdung.

Allenfalls kann eine Art von Gewahrsam vorgenommen werden, die sich nicht am Vermuten oder Feststellen einer psychischen Störung orientiert, sondern am Ausmaß der Gefährdung (gleiches Recht für alle)

Die Polizei fragt nach Wünschen des Betroffenen und organisiert entsprechende Hilfe, z.B. mit einer Beratung durch die psychosozialen Dienste in der Polizeistelle, durch Organisieren einer Krisenpension, einer ambulanten Hilfe (Hometreatment) oder einer stat. Behandlung auf freiwilliger Basis – und gewinnt damit das Vertrauen der Betroffenen.

Wie könnte ein gewaltloses System funktionieren - in der Klinik

Traditionell folgt dem Wunsch eines Patienten nach Entlassung aus der Klinik die Überprüfung sogenannter Zurückhaltungsgründe (Gefährdung aufgrund psychischer Erkrankung) und dementsprechend eine Entlassung oder ein Unterbringungsverfahren (oder ein „freiwilliges Verbleiben“ um eine Unterbringungsverfahren zu vermeiden). Ergebnis: viele Betroffene sagen, was die Klinikärzte hören möchten oder wehren sich gegen den als diskriminierend erlebten Freiheitsentzug.

Im neuen System: Dialog über die Gründe für die Entlassung und Information über alle geeigneten Hilfsmöglichkeiten. Nicht das „Wohl“ des Patienten ist entscheidend, sondern Wille und Präferenzen. Damit gibt es die Chance für wechselseitiges Vertrauen.

Wie könnte ein gewaltloses System funktionieren - in der Klinik

Unterstützende Entscheidungsfindung: Information, Beratung, mit Angehörigen

Zeit gewinnen, Wille und Präferenzen herausfinden. Allenfalls dann, wenn sich Wille und Präferenzen unterscheiden, könnte ein kurzes richterlich angeordnetes Verbleiben in der Klinik herbeigeführt werden, um Wille und Präferenzen in eine Entscheidung zu überführen.



OPINION
published: 29 March 2019
doi: 10.3389/fpsy.2019.00137



Wie könnte ein gewaltloses System funktionieren

- in der Klinik

Wenn Wille und Präferenzen nicht ermittelt werden können, kommt die bestmögliche Interpretation von Wille und Präferenzen durch die Helfer zum Tragen.

Die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit spielt dabei keine Rolle mehr.

Die Klinik erfüllt keine ordnungsrechtliche Funktion mehr.

... im Polizeigewahrsam

Traditionell gelten für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen im Polizeigewahrsam andere (und damit diskriminierende) Regeln als für Menschen ohne eine solche Zuschreibung.

Die Diskriminierung wird im neuen System aufgehoben. Interventionen vom psychosozialen Hilffsystem kommen nur bei informierter Zustimmung zum Tragen.

Ob ein Polizeigewahrsam erfolgt oder fortgesetzt wird, orientiert sich nicht mehr am Vorliegen einer psychischen Störung, sondern an den allgemeinen Bestimmungen zum Freiheitsentzug, z.B. beim Vorhaben, die Person einem Haftrichter vorzuführen.

... im Polizeigewahrsam

Die Rolle der psychosozialen Dienste liegt beim Informieren, Beraten, Anbieten von Hilfen, vor allem sozialen Hilfen und Behandlung.

Damit wird der Rechtsschutz gestärkt und die Betroffenen können sich beim Annehmen eines Hilfsangebots darauf verlassen, dass sie die angebotene Hilfe auch jederzeit wieder zurückweisen können.

Die psychosozialen Dienste und die Kliniken gewinnen damit das Vertrauen der Betroffenen. Für solidarisches Bewältigen von Krisen werden günstige Voraussetzungen geschaffen. Die Psychiatrie steht nicht mehr an der Seite der Ordnungsmacht, sondern an der Seite der Betroffenen.

... in Haft

Jede psychosoziale Unterstützung und Behandlung unterliegt dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person und stärkt Resilienz bei den Betroffenen und im System.

Bei der Entscheidung über Untersuchungs- oder Strafhaft gilt das Diskriminierungsverbot. Die Strafhaft (bzw. der Freiheitsentzug) darf beim Vorliegen einer psych. Erkrankung nicht länger dauern als ohne eine solche Erkrankung (in Italien schon umgesetzt).

Eine Einweisung in den Maßregelvollzug (in Österreich Maßnahmenvollzug) ist nur noch bei informierter Einwilligung möglich.

Ein ausschließlich unterstützendes System schafft Vertrauen, denn es ...

folgt der Auslegung von Art. 12 der Konvention durch den UN Fachausschuss

übt keine ordnungsrechtliche Funktion mehr aus

benachteiligt Menschen mit psychiatrischen Diagnosen nicht

bietet Unterstützung an allen Orten, wo sie benötigt wird: zu Hause, im Polizeigewahrsam, in Haft, in einer Klinik ...

unterstützt nur in den Bereichen, für die Unterstützung gewünscht wird, zB beim Wohnen, beim Zugang zu finanziellen Mitteln ... (auch wenn dem klinisch tätigen Team andere Belange dringender erscheinen, zB Drogenabstinenz oder Medikation)

Burkhard Brückner

Historisch-politische Aspekte der aktuellen Debatte zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie

Dieser Artikel kommentiert die gegenwärtige Debatte zur Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie aus einem psychiatrie-historischen Blickwinkel. Im Mittelpunkt stehen typische historische Konstellationen von Akteuren und ihre Argumente zum Unterbringungsrecht. Dies betrifft die Gründungsphase der modernen Psychiatrie um 1800, die Debatten über eine Reform des Irrenrechts um 1900 und die Phase der Deinstitutionalisierung um 1960. Daraus ergibt sich die Bedeutung einer klaren gesellschaftstheoretischen und politischen Positionierung zum Thema »Zwang und unfreiwillige Behandlung« in der Psychiatrie.

Th
in,
Th
ar,
ch
ar
th

Historical and political aspects of the current debate on avoidina coercion in psvchiatry

INTERNATIONAL REVIEW OF PSYCHIATRY
<https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2087493>

REVIEW

Non-coercive techniques for the management of crises in mental health settings in Germany—a narrative review

Martin Zinkler

Department of Psychiatry and Psychotherapy, Gesundheit Nord gGmbH–Klinikverbund Bremen, Bremen, Germany

ABSTRACT

Coercion is common in mental health care settings in Germany. At the same time, considerable efforts are undertaken to reduce and ultimately abolish coercive interventions. Need adapted treatment, open door policies, and moving away from the biomedical model of mental illness can contribute to non-coercive care. WHO's QualityRights Training can be used to advance knowledge about and adherence to human rights standards in institutions, and to transform institutions to a non-coercive approach. Advance care decisions can make sure that will and preferences prevail in situations when capacity is questioned. However, a radical overhaul of legislation would be required to abolish coercive mental health care in Germany.



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group



Quellen:

Recht & Psychiatrie - Nomos eLibrary (Heft 4, 2021)
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540261.2022.2087493>

ARTICLE HISTORY

Received 26 January 2022
Accepted 30 May 2022

KEYWORDS

Coercion; open-door policy; human rights; advance care decisions; mental health care; Germany

LA LIBERTÀ È TERAPEUTICA

Dankeschön
martin.zinkler@t-online.de