

Begründung:

Fixierungen in den LVR-Kliniken

1. Auftrag

Im Zuge der Beratungen zum Haushalt 2012 wurden auf Grundlage des Antrags 13/161 SPD, Grüne, FDP folgende Beschlüsse gefasst:

- „Der LVR-Klinikverbund wird beauftragt, die Dauer und Häufigkeit von Fixierungen signifikant und dauerhaft weiter zu senken.“
- Zum Thema „Fixierung“ soll durch die Verwaltung eine Fachtagung organisiert werden.
- Die Verwaltung wird beauftragt, Verfahren zur weitgehenden Vermeidung von mechanischen Fixierungen an mindestens einer LVR-Klinik zu erproben.“

Die Beschlussfassung greift die bereits langjährigen Bemühungen im LVR-Klinikverbund um eine Senkung von Zwangsmaßnahmen auf und betont damit das gesundheitspolitische Gewicht dieser Bemühungen.

Im Folgenden wird über den Stand der Aktivitäten und der Umsetzung der o. a. Zielsetzung berichtet.

2. Häufigkeit von Fixierungen

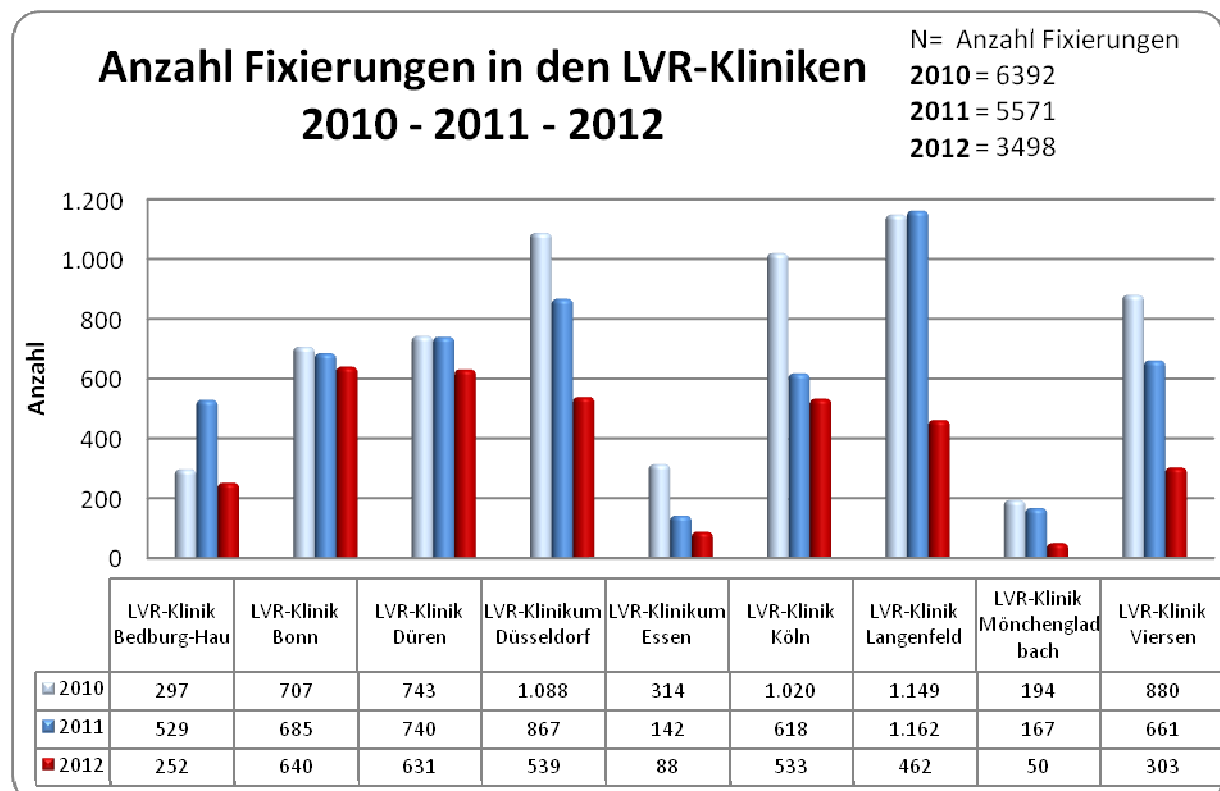
Fixierungen sind Maßnahmen zur Sicherung und Gefahrenabwehr bei akuter krankheitsbedingter Fremd- und Selbstgefährdung, die durch andere Mittel nicht mehr abgewendet werden können. Sie sind keine therapeutischen Maßnahmen.

2.1 Patientenbezogenen Fixierungsdaten

2.1.1 Anzahl der Fixierungen in den LVR Kliniken

Im Verlauf von 2010 - 2012 hat die Anzahl der Fixierungen in allen LVR Kliniken zum Teil deutlich abgenommen.

Betrachtet man den Gesamttrend über alle Kliniken, so wurde die Anzahl der Fixierungen von 2010 (6392) bis 2011 (5571) um 12,8% reduziert und von 2011 (5571) auf 2012 (3498) um 37,2% verringert. Prüft man die Entwicklung 2010 (6392) auf 2012 (3498), so ist insgesamt eine Reduktion um 45,3% festzustellen.

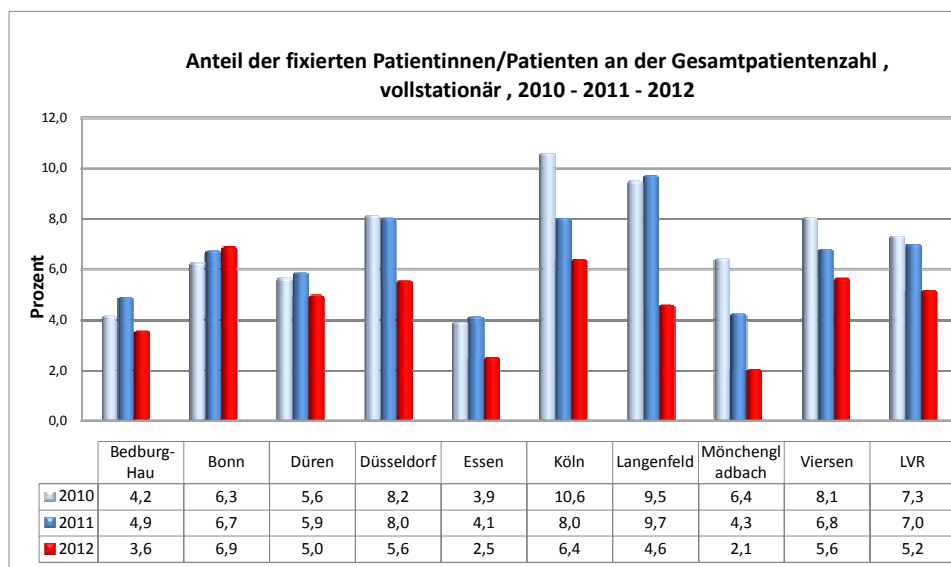
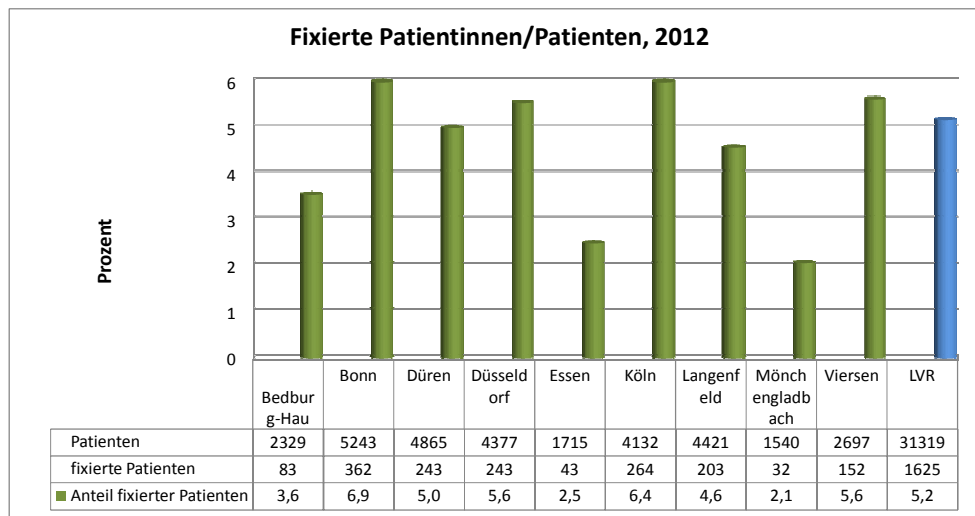


Der Rückgang der Anzahl von Fixierungen dürfte unter anderem damit zusammenhängen, dass sich in der alltäglichen psychiatrischen Praxis die Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen positiv weiter entwickelt hat. Die Durchführung von Sitzwachen im Rahmen des Gesetzes zur Abschaffung der Videoüberwachung von zwangsweise untergebrachten Patientinnen und Patienten

in der Psychiatrie, vom 22. November 2011, könnte ein weiterer Faktor sein, ebenso wie die vielfältigen Initiativen zur Sturzvermeidung in der Gerontopsychiatrie.

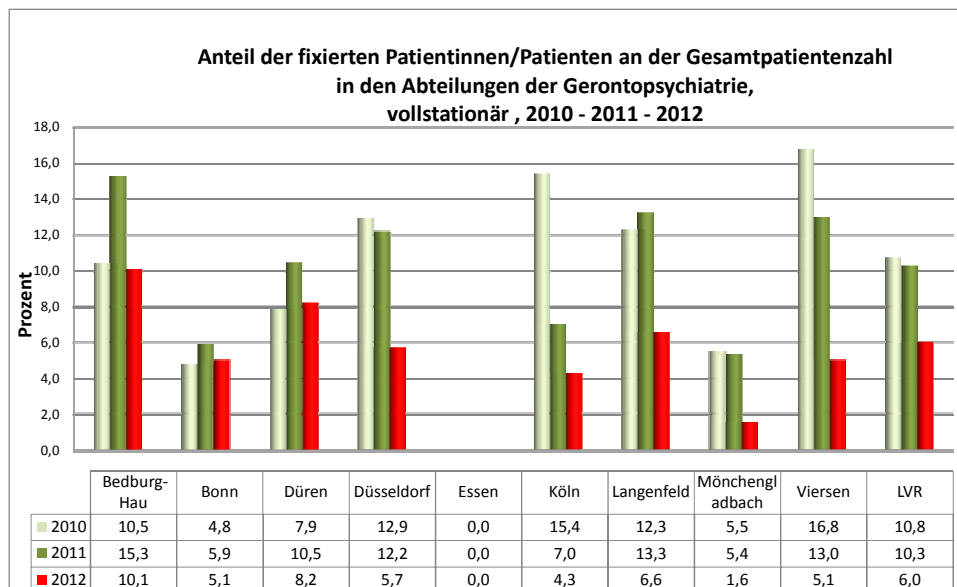
2.1.2. Fixierte Patientinnen und Patienten

Im Zeitraum von 2010 bis 2012 ist der Anteil fixierter Patientinnen und Patienten bezogen auf alle vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten kontinuierlich gesunken: von 7,3% im Jahr 2010 auf 5,2% im Jahr 2012.



2.1.3 Fixierte Patientinnen und Patienten nach Teilgebieten

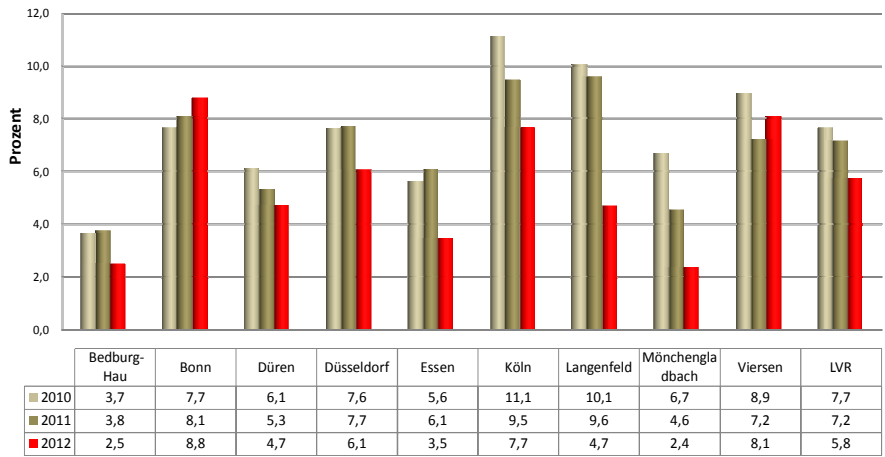
Die Zahlen der fixierten Patientinnen und Patienten bezogen auf die Teilgebiete Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen zeigen, dass sich die Zahlen in der Gerontopsychiatrie seit 2010 fast halbiert haben. Dies ist den intensiven Maßnahmen der einzelnen Abteilungen der LVR Kliniken zu verdanken, Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen einzusetzen - analog den Vorgaben des Werdenfelser Weges¹ (z.B. Anschaffung von Niederflurbetten).



In den Teilgebieten Allgemeine Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen ist ebenfalls in der Tendenz ein Rückgang der Anteile von fixierten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Die meisten LVR-Kliniken weisen eine sinkende Entwicklung auf. In den LVR-Kliniken Bonn und Viersen zeichnet sich entgegen den allgemeinen Tendenzen in den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie eine geringfügige Erhöhung des Anteils von fixierten Patientinnen und Patienten ab.

¹ Vgl. Internet Wikipedia; Stand, 22.08.2013: Der Werdenfelser Weg ist ein verfahrensrechtlicher Ansatz im Rahmen des Betreuungsrechts, um die Anwendung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) wie Bauchgurte, Bettgitter, etc. zu reduzieren. Er setzt am gerichtlichen Genehmigungsverfahren nach § 1906 Abs. 4 BGB an, mit der Zielsetzung, die Entscheidungsprozesse über die Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen zu verbessern und Fixierungen auf ein Minimum zu reduzieren.

**Anteil der fixierten Patientinnen/Patienten an der Gesamtpatientenzahl
in den Abteilungen der Allgemeinen Psychiatrie,
vollstationär , 2010 - 2011 - 2012**



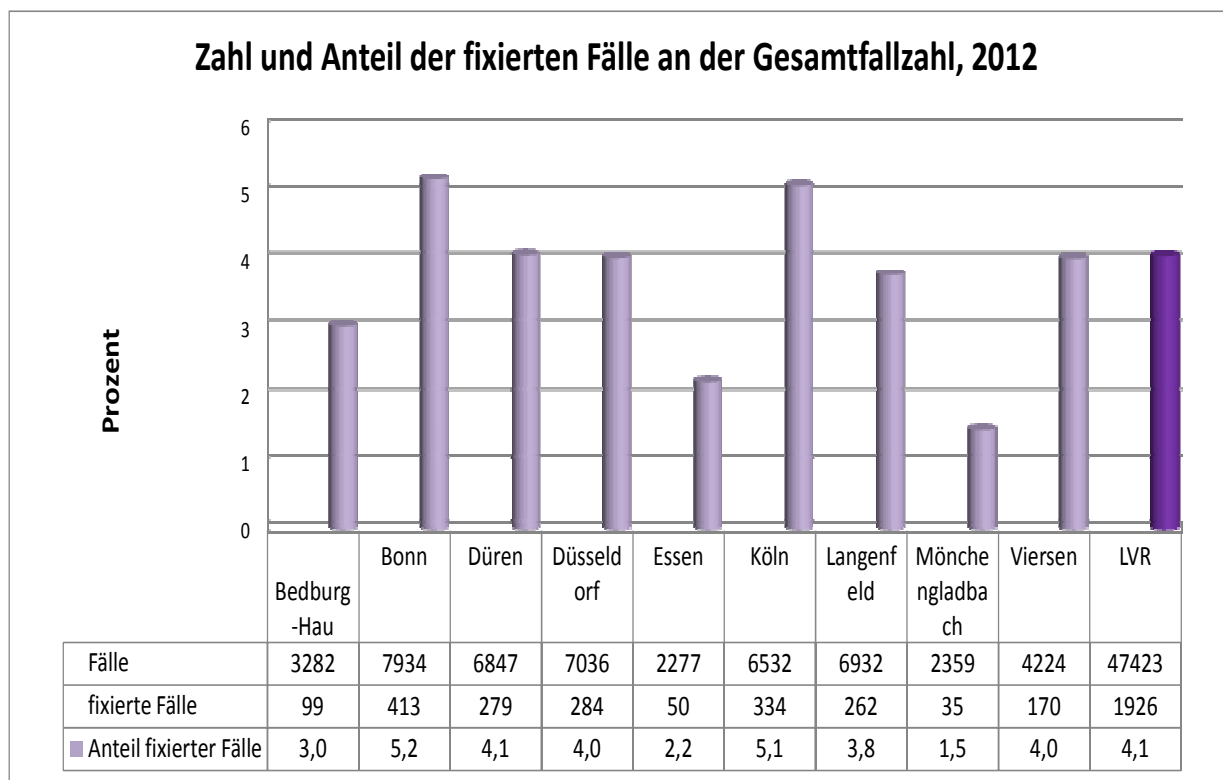
**Anteil der fixierten Patientinnen/Patienten an der Gesamtpatientenzahl
in den Abteilungen für Abhängigkeitserkrankungen ,
vollstationär , 2010 - 2011 - 2012**

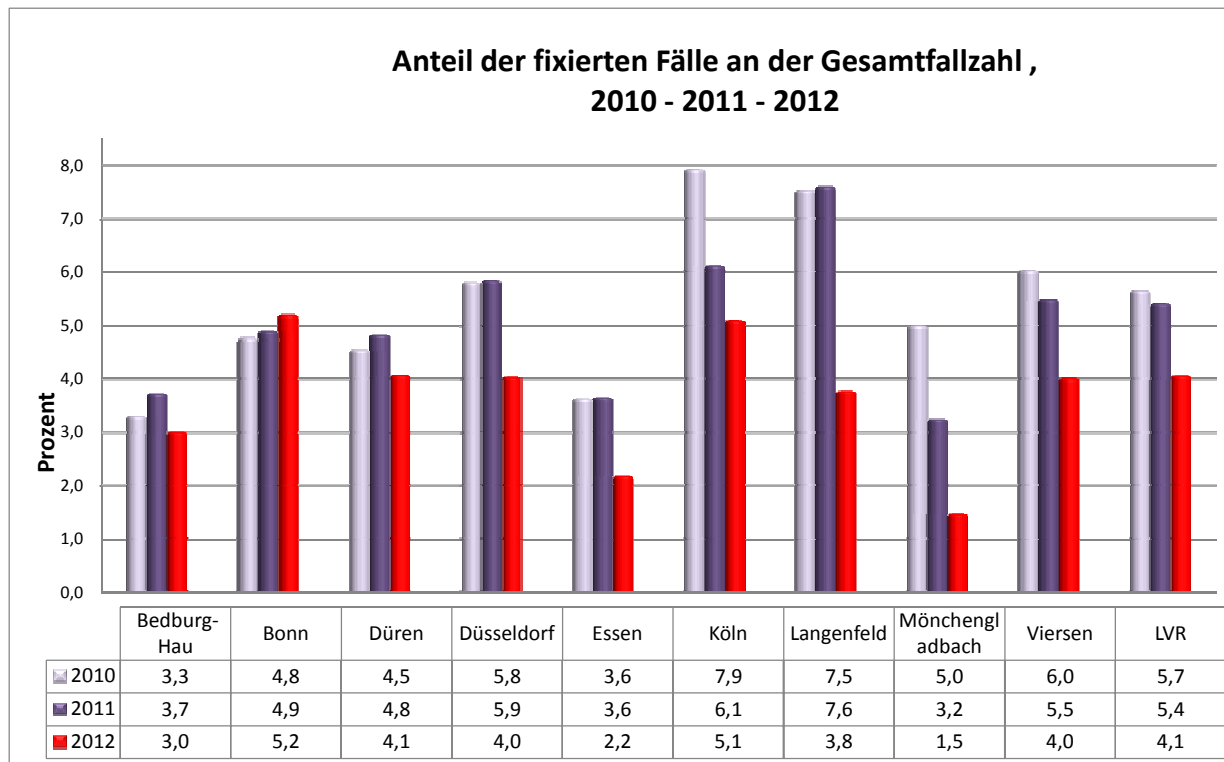


2.2 Fallbezogene Fixierungsdaten

In Anlehnung an die US-amerikanische Literatur orientiert sich der 22 Kliniken einbeziehende „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ in den dort implementierten Ergebnisvergleichen am Indikator „fixierte Fälle“. Dieser Indikator weicht insofern von der patientenbezogenen Betrachtung des Abschnitts 2.1 ab, als ein Patient im Zuge von Wiederaufnahmen u. U. zwei oder mehr Fälle erzeugen kann: Hinter den 1625 Personen, die in den LVR Kliniken im Jahr 2012 mindestens einmal fixiert wurden, stehen 1926 Fälle; d. h. ein Teil der fixierten Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2012 mindestens ein weiteres Mal in stationäre Behandlung aufgenommen und musste während der Wiederholungsbehandlung(en) erneut mindestens einmal fixiert werden.

Der Anteil der fixierten Fälle hat im Durchschnitt der Kliniken über drei Jahre (2010 – 2012) abgenommen: Von 5,7% über 5,4% auf 4,1%. Dabei zeigt sich 2012 zwischen den einzelnen Kliniken eine Streuung zwischen 1,5% (Mönchengladbach) und 5,2% (Bonn).





2.3 LVR-Auswertungen im Vergleich

Nach aktuellen Publikationen² aus den Jahren 2007 – 2011 sind

zwischen **2% und 10%** der Fälle

von mechanischen Zwangsmaßnahmen betroffen.

Der Anteil der fixierten Fälle in den LVR-Kliniken lag:

2011 zwischen **3,2 % und 7,6%** ➔ 5,4% (LVR Ø)

2012 zwischen **1,5 % und 5,2%** ➔ 4,1% (LVR Ø)

Damit liegt der LVR in Bezug auf die fixierten Fälle in einem mittleren (2011) bis unteren (2012) Bereich.

3. Fachtagung zum Thema Zwangsmaßnahmen

Im LVR-Symposium 2013 wurde das Thema „Zwangsmaßnahmen“ im Rahmen eines mehrstündigen Workshops mit dem Titel „Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Behandlungs- und Schutzauftrag“ unter Beteiligung relevanter Expertinnen und Experten intensiv beleuchtet. Eine vertiefende Fokustagung soll auf dieser Grundlage im Jahr 2014 durchgeführt werden.

² Vgl. 2011: Steinert, T.; DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1276871>; „Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? After 200 Years of Psychiatry: Are Mechanical Restraints in Germany Still Inevitable?“ Psychiatr Praxis; © Georg Thieme Verlag Stuttgart

4. Verfahren zur weitgehenden Vermeidung von mechanischen Fixierungen an mindestens einer LVR-Klinik erproben

In den jährlichen institutionellen Zielvereinbarungen mit den LVR-Kliniken wurden unter dem Stichwort „Reduzierung von Zwangsmaßnahmen“ konkrete Maßnahmen zur Reduzierung der Anzahl angeordneter und durchgeführter Fixierungen und deren Dauer vereinbart. Die Vereinbarungen sind ein wesentlicher Grund für die aufgezeigte Erfolgsbilanz.

Mit der Anschaffung von Niederflurbetten wurde in der Gerontopsychiatrie ein wesentlicher Ansatz zur Vermeidung von sturzpräventiven Fixierungen bei alten Menschen umgesetzt. Die vorgelegten Daten verweisen auf eine erhebliche positive Wirkung dieser Maßnahme.

Ein weiterer Ansatz wurde in den LVR-Kliniken Düren und Langenfeld mit der Einrichtung eines Nachtcafés im Bereich der Gerontopsychiatrie gelegt. Hierdurch gelingt es, unruhige und schlafgestörte alte Menschen auch in der Nacht in ein Programm einzubinden, das Selbstgefährdung präventiv vermindert. Die Evaluation des Projektes in Langenfeld verweist auf eine positive Wirkung in Bezug auf die Fixierungszahlen in der Gerontopsychiatrie.

Im Rahmen klinikinterner Präventionskonzepte zur Gewalt- und Zwangsvermeidung führen alle LVR-Kliniken Deeskalationstrainings durch. Die Erfahrungen haben bislang gezeigt, dass die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entscheidend zu einem sensibleren Umgang mit aggressiven, herausfordernden, abwehrenden oder grenzüberschreitenden Verhalten der Patientinnen und Patienten führt. Ausgebildete interne Deeskalations-Trainerinnen und Deeskalationstrainer schulen deshalb kontinuierlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken in dieser Methode.

Darüber hinaus wird in den LVR-Kliniken Langenfeld und Mönchengladbach die „Vier-Stufen-Immobilisation“ nach Heinzmann als Alternative zur mechanischen Fixierung erprobt. Das Verfahren basiert auf einer Kombination von systematischer Deeskalierung und Beruhigung durch Sprache und Verhalten mit ggf. Maßnahmen der vorübergehenden körperlichen Bewegungshinderung durch Halteverfahren. Eine Auswertung der Erfahrungen ist geplant.

5. Ausblick

Das kontinuierliche Monitoring der Anzahl der Zwangsmaßnahmen und die Möglichkeit des Benchmarking erhöhen die Transparenz im sensiblen Bereich der Psychiatrie. Es geht dabei um Menschenwürde, Rechtsstellung des Patienten, um die Sicherheit in psychiatrischen Kliniken und den Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ab 2013 können auch Zwangsmedikationen statistisch erfasst werden. Die entsprechenden KIS-Formulare sind entworfen und die Implementierung steht in den Kliniken bevor.

In einem nächsten Schritt sollen im LVR-Klinikverbund Fixierungszahlen auch auf die Diagnosekategorien bezogen dargestellt werden sowie die aktuell leider noch unzureichende Datenqualität bei folgenden Indikatoren verbessert werden:

- Anzahl der Zwangsmaßnahmen pro betroffenem Fall
- Kumulative Dauer der Zwangsmaßnahmen je betroffenen Fall
- Durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme

Ein weiterer Ansatz zur Reduktion von Fixierungen besteht darin, die Überprüfungszeiten für die Anordnung von Fixierungen zu reduzieren und die Modalitäten zur Anordnung und Verlängerungen von Fixierungen zu überarbeiten.

Es besteht ein kontinuierlicher Informationsfluss über die Daten und Maßnahmen zwischen dem o.g. „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ und dem klinikübergreifenden Arbeitskreis des LVR.

In Vertretung

H ö t t e