

# Die Umsetzung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“

12 Implementierungsempfehlungen für psychiatrische Akutstationen und deren Einschätzung durch das „PreVCo-Rating“

Arbeitshilfe für Stationsteams

## Inhalt

Einleitung.....	2
Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm) .....	3
Anwendung des PreVCo-Ratings .....	4
PreVCo-Rating – Ankerbeispiele und Kriterien zur Einschätzung .....	5
Literatur .....	17

## Einleitung

Im Jahr 2018 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN) die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“<sup>1</sup>. Um die Umsetzung der Empfehlungen der neuen S3-Leitlinie in der klinischen Praxis zu erleichtern und nachvollziehbar zu machen, wurde ein 12 Punkte-Programm mit konkreten Implementierungsempfehlungen für Stationsteams entwickelt<sup>2</sup>. Diese wurden vom Vorstand der DGPPN verabschiedet. Aktuell (bis 2023) prüft eine umfangreiche Studie die Wirksamkeit einer strukturierten Implementierung dieser 12 Empfehlungen<sup>3</sup>. Zuvor belegte eine Pilotstudie die Machbarkeit dieses Vorgehens<sup>4</sup>.

Damit Teams psychiatrischer Stationen die Umsetzung der 12 Implementierungsempfehlungen einschätzen können, wurde das „PreVCo-Rating“ entwickelt. Dieses Ratinginstrument unterstützt die Teams, das psychiatrische Handeln in Hinblick auf Leitlinientreue in verschiedenen Bereichen zu bewerten und diesbezüglich Entwicklungspotenziale abzuleiten. Über Re-Ratings können Entwicklungen und Veränderungen im Zeitverlauf sichtbar gemacht werden.

Diese Arbeitshilfe wurde erstellt im Rahmen des Forschungsprojekts *„Implementierung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang und Aggression (IVZ S3)“* / *„Implementation of the German Clinical Practice Guidelines on Prevention of Violence and Coercion (PreVCO)“*

Ravensburg/Berlin, 29. Oktober 2021

Dorothea Sauter, Felix Bühling-Schindowski, Celine Cole, Gernot Walter und Tilman Steinert (Projektleitung), unter Mitarbeit von Johanna Baumgardt, Andreas Bechdorf, Sophie Hirsch, Susanne Jaeger, Julia Elisabeth Junghanss, Lieselotte Mahler, Marie Kampmann und Angelika Vandamme.

Dieses Dokument bitte wie folgt zitieren:

PreVCo-Arbeitsgruppe (2021). *Die Umsetzung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. 12 Implementierungsempfehlungen für psychiatrische Akutstationen und deren Einschätzung durch das „PreVCo-Rating“. Arbeitshilfe für Stationsteams.*

Im Internet verfügbar unter [www.prevco.de/Veroeffentlichungen.html](http://www.prevco.de/Veroeffentlichungen.html)

## Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein.
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards.
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden.
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient:innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten.
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet.
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient:innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden.
7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter:innen auf der Station.
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich.
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient:innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen.
10. Empfehlen Sie allen Patient:innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patient:innenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an.
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein, orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien („leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“).
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein (z.B. Weddinger Modell, Six Core Strategies).

## Anwendung des PreVCo-Ratings

Das PreVCo-Rating (ab Seite 5) unterstützt multiprofessionelle Stationsteams darin, den Grad der Leitlinien-treue einzuschätzen.

Bitte beachten Sie dabei:

- Die Ratingwerte bilden nicht das Qualitätslevel der Station ab. Sie machen Aussagen zum Umsetzungsgrad von 12 Themenbereichen.
- Je mehr sich die Stationsteams im Rahmen der Selbsteinschätzung um eine selbstkritische und ehrliche Einschätzung bemühen, desto klarer zeigt die Skala die Handlungsbedarfe und Potenziale des Teams an.
- Zahlenwerte/Summenscores verschiedener Stationen sollten nicht verglichen werden, da die Skala bislang nicht umfassend validiert wurde.

Im Rahmen der PreVCo-Studie (siehe [www.prevco.de](http://www.prevco.de)) erfolgte jedes Rating begleitet durch die Implementierungsbeauftragten der Studie. Erfahrungen mit einer nicht moderierten Selbsteinschätzung von Teams liegen nicht vor. Vermutlich trägt die Moderation eines/einer stationsexternen Experten/Expertin (z.B. Qualitätsentwicklende) zu einer objektiveren Bewertung der Kriterien bei.

Bezüglich des praktischen Vorgehens empfehlen wir:

- Aus dem Stationsteam teilnehmen sollten Vertretende mehrerer Berufsgruppen – mindestens ärztlicher Dienst und Pflegedienst – um unterschiedliche Perspektiven und Einschätzungen abzugleichen und zu konsentieren. Am Ende sollten die „Punktwerte“ für alle stimmig sein.
- Die Teilnahme von Leitungspersonen aus Pflege- und ärztlichem Dienst beim Rating wird sehr empfohlen, denn das Rating wird Impulse für Veränderungsprozesse geben, die von allen getragen werden müssen.
- Als sinnvolles Vorgehen hat sich bewährt, jede Empfehlung allen anwesenden Teammitgliedern vorzulesen/vorzulegen und zunächst im Team die aktuelle Praxis dieser Thematik zu reflektieren. Diskutiert werden sollte auch, ob es innerhalb des Teams fundierte Vorstellungen und einen Konsens gibt, wie eine optimale Realisierung dieser Empfehlung aussähe.
- Erst anschließend sollte für eine gemeinsame Einschätzung ein Blick auf die „Ratingskala mit Ankerbeispielen“ erfolgen. Diese geben eine Orientierung; zu jeder Empfehlung sind Merkmale für (0), (3), (6), und (9) Punkte aufgeführt.
- Zu jeder Empfehlung wird ein Wert zwischen 0 und 9 eingeschätzt, „9“ steht für die optimale Form der Umsetzung. Explizit möglich sind auch Werte zwischen den Ankerbeispielkriterien, also z.B. 5 Punkte.
- Wir empfehlen stark, nicht nur den Punktwert zu dokumentieren, sondern auch die Gründe und Sachverhalte, die zum jeweiligen Punktwert geführt haben (sowie ggf. heterogene Einschätzungen der Anwesenden). Dies gewährleistet, dass bei einem späteren Re-Rating die Einschätzungskriterien in gleicher Weise genutzt werden (Re-Rating-Reliabilität).
- Am Ende werden die Werte der Empfehlungen 1 bis 11 addiert. Der Wert der Empfehlung 12 (komplexe Intervention) wird mit 4 multipliziert und addiert. Der mögliche Gesamtscore liegt damit zwischen 0 und 135 Punkten.

## PreVCo-Rating – Ankerbeispiele und Kriterien zur Einschätzung

Im Folgenden sind zu jeder Empfehlung **Ankerbeispiele** für (0), (3), (6) und (9) Punkte aufgeführt – als Orientierung für die eigene Punkteinschätzung, die durch alle Werte zwischen 0 und 9 angegeben werden kann. Es folgen Kriterien, die Inhalte der Leitlinie aufgreifen und im Team im Rahmen der Selbsteinschätzung diskutiert werden können. Die Ausführungen sind nicht abschließend.

### *1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein.*

- (0) Keine Dokumentation eingeführt.
- (3) Partielle Dokumentation auf Papier, Unklarheiten bezüglich Operationalisierung; *oder* ein Bereich gut, der andere gar nicht geregelt.
- (6) Sowohl Zwang als auch aggressive Übergriffe werden regelmäßig erfasst, es bestehen jedoch noch einige Probleme in der Operationalisierung und/oder Auswertung.
- (9) Sowohl Zwang als auch aggressive Übergriffe werden in gut operationalisierter Form in der elektronischen Krankenakte regelmäßig und vollständig erfasst, eine monatliche Auswertung ist ohne großen Aufwand routinemäßig erstellbar, Operationalisierung und Objektivität der Daten sind gut.



#### Zwang:

- Anzahl und Dauer müssen erfasst werden
- Im Falle elektronischer Aktenführung: Wie erfolgt die Auswertung auf Stationsebene? Monatlich möglich?
- Im Falle analoger Aktenführung: Wer sammelt, wer wertet aus? Minimalanforderung wäre die Erstellung einer Exceltabelle, die Aufsummierung ermöglicht.
- Ist sichergestellt, dass bei Maßnahmen über Nacht um 0.00 Uhr nicht ein neues Formular angelegt wird?
- Gibt es eine klare Regelung für die Dokumentation von Unterbrechungen? (Vorschlag: bereits beabsichtigte Unterbrechungen, z.B. begleiteter Toilettengang, werden nicht gesondert dokumentiert; wenn eine Maßnahme versuchsweise beendet wird und dies dann scheitert, handelt es sich dann tatsächlich um eine neue Maßnahme).

#### Aggressive Übergriffe:

- Empfehlung: Nutzung des SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale – Revised) oder EvA (Erfassung von Aggressionseignissen, Formular und Hinweise lizenzfrei unter [www.nags-deutschland.de](http://www.nags-deutschland.de))
- Andere möglich, dann sollte sicher gestellt werden:
  - Trennung von verbaler/ tätlicher Gewalt möglich?
  - Schweregraderfassung?
- Wie wird sichergestellt, dass einheitlich und vollständig dokumentiert wird? Sind dem Stationsteam stationsbezogene Daten zu Aggressions- /Zwangseignissen zugänglich? In welcher Frequenz?

2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards.

- (0) Keine internen Leitlinien oder Standards vorhanden.
- (3) Standards/Leitlinien nur rudimentär, z. B. für einen umschriebenen Bereich (z.B. Durchführung von Fixierungen) vorhanden; *oder* einige Standards vorhanden, aber nicht systematisiert, wenig bekannt, unklar für wen gültig, nicht allgemein verfügbar oder bekannt.
- (6) Eine interne, für alle Berufsgruppen gültige Leitlinie ist vorhanden, diese ist jedoch mangelhaft (bezüglich Detailtiefe, Aktualität, Verfügbarkeit, Bekanntheit bei allen Anwendenden und Akzeptanz in der Praxis).
- (9) Eine interne, für alle Berufsgruppen gültige Leitlinie ist vorhanden, die dem Stand der S3-Leitlinie entspricht; sie ist gut verfügbar, zugänglich und findet klinische Berücksichtigung.



- Sind vorhandene Standards S3-LL-konform?
- Wie und von wem wurden diese Standards erstellt? Werden sie regelmäßig aktualisiert?
- Sind die Standards allen auf Station bekannt? Wie wird dies sichergestellt? Wie erfahren neue Mitarbeitende davon?
- Gibt es Hinweise zur Indikation von Zwangsmaßnahmen? Was sind laut Ihren Standards Indikationen für ZM? Differentialindikation Fixierung/Isolierung?
- Gibt es Hinweise zur sicheren Durchführung von ZM?
  - Sind die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Berufsgruppen klar geregelt und die Abläufe geklärt?
  - Wie werden ZM angekündigt?
  - Werden die Bedürfnisse des/der Betroffenen erfasst und, sofern machbar, in würdiger Weise realisiert?
  - Wie wird eine intensive Betreuung (1:1, qualifiziertes Personal, nicht intermittierend, ohne Zuhilfenahme einer Kamera, bei Fixierung im gleichen Raum/in Rufweite/ohne Scheibe dazwischen) gewährleistet, werden Angebote durch geeignete Fachpersonen gemacht und wird versucht ein Arbeitsbündnis herzustellen?
- Gibt es Hinweise zur Prävention von ZM? Gibt es Hinweise zur Dokumentation von ZM? Gibt es Regelungen zur Nachbesprechung von ZM (mit dem Patienten/der Patientin, innerhalb des Teams)? Gibt es ein Nachsorgekonzept für besonders belastete Mitarbeitende?
- Sind Überprüfungsintervalle geregelt und ist festgelegt, wer die ZM lockern oder lösen darf (Pflegefachpersonen, Psychologinnen/ Psychologen, Ärzte/ Ärztinnen)?

3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden.

- (0) Es finden keine derartigen Besprechungen statt; oder sie finden sehr selten und anlassbezogen statt.
- (3) Besprechungen finden gelegentlich, unsystematisch und in wechselnder Zusammensetzung statt.
- (6) Das Thema wird innerhalb des multiprofessionellen Stationsteams (mindestens Ärztinnen/ Ärzte und Pflegende) regelmäßig und planmäßig besprochen, aber nicht monatlich oder ohne Verwendung der eigenen Daten.
- (9) Es gibt festgelegte monatliche Termine mit Beteiligung mindestens von Ärztinnen/ Ärzten und Pflegefachpersonen, bei denen das Thema unter Bezugnahme auf die eigenen Daten besprochen wird. Es werden Ergebnisse und verbindliche Handlungsaufträge abgeleitet.



- Gibt es eine solche monatliche Teambesprechung, in der explizit ZM und aggressive Übergriffe besprochen werden? Wenn nicht monatlich, wie oft?
- Ablauf, Dauer, Form der Besprechung? Wer nimmt teil?
- Wie ist gewährleistet, dass nichtanwesende Teammitglieder informiert werden?
- Werden Daten/ZM Statistik der Station besprochen?
  - Wie werden diese Daten generiert?
  - Wer ist verantwortlich? Wer trägt Daten vor?
- Werden konkrete Fälle besprochen? Wie werden diese identifiziert?
- Werden diese Daten/Fälle kritisch beleuchtet/hinterfragt?
  - Wie hätte man in konkretem Fall ZM verhindern können?
  - Was ist wichtig, um bei bestimmten Patient:innen ZM in Zukunft zu verhindern?
  - Wie kann man aus Situation lernen?
  - Etc.
- Ist erkennbar, dass Konsequenzen gezogen werden, die in der Folge zu einer Reduktion der Anzahl/Dauer von ZM führen?



4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient:innenkontakt in Deeskalation/ Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten.

- (0) Es gibt keine derartigen Schulungen; oder Schulungen werden auf freiwilliger Basis angeboten und gelegentlich von mehreren Mitarbeitenden der Station besucht.
- (3) Es gibt ein festgelegtes Schulungskonzept, das sowohl Deeskalation als auch sicheren Umgang mit Zwangsmaßnahmen beschreibt. Zahlreiche, aber nicht alle Mitarbeitenden der Station haben an der Schulung teilgenommen.
- (6) Es gibt ein Schulungskonzept wie (3), dieses enthält explizit Inhalte zu Prävention, Krisenmanagement und Nachsorge. Das Schulungskonzept vermittelt Inhalte person- und recoveryorientiert und ist traumasensitiv. Und es gibt einen Plan für die Zusammenarbeit der Beteiligten bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Zahlreiche, aber nicht alle Mitarbeitenden der Station haben an der Schulung teilgenommen.
- (9) Ein gibt ein klares und einheitliches Schulungskonzept nach den Kriterien (3) und (6) auf Basis einer Trainingsbedarfsanalyse. Die Trainer:innen haben eine umfängliche Ausbildung absolviert und frischen ihre Erkenntnisse auf. Das Konzept sieht eine Schulungsfrequenz von mindestens einmal innerhalb von zwei Jahren für alle Beschäftigten mit Patient:innenkontakt vor und beinhaltet, dass neue Mitarbeitende die Schulung innerhalb der ersten drei Monate erhalten. Erfüllungsgrad  $\geq 80\%$ .



- Sind die Inhalte klar geregelt? Bestimmte Trainingsmodelle/-pläne umgesetzt?
  - Vermitteln die Trainings die Themen Prävention, deeskalierende Intervention und Gesprächsführung, körperliche Interventionen, Begleitung von Zwangsmaßnahmen sowie Nacharbeit / Nachbesprechung (mit Patient:in, im Team)? Geben sie Anregungen für Nachsorge und Unterstützung möglicherweise belasteter Mitarbeitenden oder Mitpatient:innen?
  - Werden Techniken zum Festhalten/Fixieren etc. vermittelt?
- Wer sind die Trainer:innen?
  - Ausbildungsstandard der Trainer:innen (wer schult diese)?
  - Frischen die Trainer:innen ihr Wissen regelmäßig auf?
- Wie ist die Teilnahme geregelt?
  - Verpflichtend? Wenn ja, für wen? Alle Berufsgruppen, die sich auf Station bewegen? Auch Reinigungspersonal?
  - Verpflichtende Teilnahme für alle neuen Mitarbeitenden innerhalb der ersten drei Monate nach Arbeitsbeginn?
  - Intervalle der Schulungen (Basisseminar für neue Mitarbeitende und Auffrischung? Gesonderte Pläne für das fortlaufende Training von Körperinterventionen und Befreiungstechniken?)
- Wer erstellt/kontrolliert den Schulungsplan?



5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/ -entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung) eine kontinuierliche Betreuung stattfindet.

- (0) Eine kontinuierliche persönliche Betreuung findet nicht statt; *oder* eine kontinuierliche Betreuung erfolgt teilweise durch Videoüberwachung oder bei Fixierungen durch Sichtfenster; *oder* eine kontinuierliche Betreuung findet statt, aber für mehrere Patient:innen gleichzeitig (dies wäre eine Überwachung).
- (3) Eine kontinuierliche persönliche Betreuung findet immer statt (Ausnahmen werden begründet), aber zum Beispiel nur bei Fixierungen (nicht bei Isolierungen).
- (6) Eine kontinuierliche persönliche Betreuung durch qualifiziertes Personal findet bei Fixierung und Isolierung immer statt (bei Fixierung in maximal wenigen Metern Entfernung, bei Isolierung über Sichtfenster). Gründe für (seltene) Ausnahmen und deren Dokumentation sind klar geregelt.
- (9) Wie (6), dabei wird die intensive Betreuung als Begleitung durch die Krise verstanden, laufende Angebote dienen soweit möglich der Bedürfnisbefriedigung, der Hoffnungsförderung und der Herstellung eines Arbeitsbündnisses.



- Findet eine kontinuierliche Betreuung statt? Wie ist dies gestaltet?
  - Bei Fixierungen?
  - Bei Isolierungen?
- Wird über das Vorgehen und das „Wie“ der Betreuung im Team diskutiert und reflektiert?
- Wer macht die Betreuung?
  - Dienstplanung - Machbarkeit
  - Person aus dem Stationsteam oder externe Personen? Pflegefachpersonen oder alle Berufsgruppen?
  - Gibt es ein Organisationsmodell, welches die Betreuung sicherstellt (z.B. Springerpool/Leasingkräfte)? Ist die Versorgung der Station gewährleistet?
  - Wenn möglich, wird eine geeignete Person ausgewählt, die am besten mit Patient:in in Kontakt ist/am besten qualifiziert ist für konkrete:n Patient:in?
  - Bei Einsatz externer Personen (i.d.R. Studierende) – Wie wird Qualität der Betreuung gewährleistet?
- Sind Isolierzimmer baulich geeignet gestaltet?
  - z.B. hinreichend großes Sichtfenster in Sitzhöhe?
  - Gegensprechanlage
  - Uhr, Beschäftigungsmöglichkeiten, Dimmschalter, Musik, Tafel/Kreide, jederzeit Kontaktaufnahme möglich
- Wo finden Fixierungen und die Betreuung statt?

Nehmen begleitende Pflegefachpersonen Lockerungen vor, wenn sie diese für machbar halten und ein Arzt/ eine Ärztin nicht in der Nähe ist? Entscheiden sie auch über Defixierungen/ Deisolierungen? Informieren sie in diesem Fall anschließend umgehend die zuständige Ärztin/ den zuständigen Arzt?

6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient:innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden.

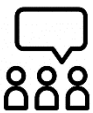
- (0) Es finden keine Nachbesprechungen statt.
- (3) Nachbesprechungen werden in mehr als der Hälfte der Fälle angeboten, nähere Details der Durchführung und Dokumentation sind aber nicht geregelt; *oder* es gibt klare Regeln für die Durchführung und Dokumentation, Nachbesprechungen finden aber in weniger als der Hälfte der Fälle statt.
- (6) Nachbesprechungen werden regelmäßig angeboten, die Inhalte sind geregelt, das Ergebnis wird dokumentiert.
- (9) Bei erfolgten Zwangsmaßnahmen werden den Patient:innen regelmäßig Nachbesprechungen angeboten, diese werden gemäß einem Leitfaden durchgeführt (d.h. sie beinhalten den Austausch unterschiedlicher Sichtweisen, erlauben dem Betroffenen das Nacherzählen der Situation, bieten Erklärungen seitens der Mitarbeitenden und erfassen mögliche Folgeerscheinungen für den/ die Patient:in) und dokumentiert und es werden Vereinbarungen bezüglich der Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen getroffen. Es nehmen neben der moderierenden Person (z.B. die/ der behandelnde Ärztin/ Arzt oder die Bezugspflegeperson) eine an der Zwangsmaßnahme beteiligte Person sowie auf Wunsch der/des Patient:in weitere Vertrauenspersonen teil.



- Gibt es eine entsprechende interne Verfahrensanweisung?
- Gibt es einen schriftlichen Leitfaden?
- Was sind Inhalte der Nachbesprechung?
- Wie wird eine Nachbesprechung dokumentiert?
- Wer führt die Nachbesprechungen üblicherweise durch?
- Wird Patient:innen mehr als einmal das Angebot gemacht und/ oder werden diese über die Inhalte und Nutzen der Nachbesprechung informiert?
- Wie wird sichergestellt, dass kein:e Patient:in vergessen wird?
- Wenn Vereinbarungen getroffen werden, wie wird sichergestellt, dass diese seitens des Teams eingehalten werden? Wo werden Vereinbarungen dokumentiert, wie wird sichergestellt, dass diese Informationen für alle Behandelnden zugänglich sind?

## 7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter:innen auf der Station

- (0) Es gibt keine Beschäftigung oder Beteiligung von Genesungsbegleiter:innen in irgendeiner Form.
- (3) Es gibt eine Option für die Beteiligung von Genesungsbegleiter:innen, die aber von den meisten Patient:innen nicht genutzt wird beziehungsweise ihnen nicht bekannt ist (z.B. Zugangsmöglichkeit zu einer Beratung); *oder* es gibt bereits Erfahrungen mit der Einbindung von Genesungsbegleiter:innen in den letzten 2 Jahren (z.B. Praktikum auf der Station), ist aber derzeit nicht realisiert.
- (6) Genesungsbegleiter:innen sind für alle (d. h. auch untergebrachte) Patient:innen der Station auf Wunsch erreichbar, z. B. durch eine Sprechstunde auf Station.
- (9) Genesungsbegleiter:innen sind Teil des Behandlungsteams (ggf. auch in Teilzeit), Genesungsbegleiter:innen sind in die Konzeptentwicklung der Station eingebunden.



- Wird die Einbeziehung von Genesungsbegleitenden seitens der Klinikleitung unterstützt?
- Welche Beschäftigungsmodelle gibt es (z.B. WfbM, 450€ Basis, tarifliche Eingruppierung)?
- Gibt es diesbezüglich eine Strategie der Klinik, durch wen erfolgte Kontaktaufnahme? Welche Kontakte mit Genesungsbegleitenden sind bisher erfolgt? Gibt es Erfahrungen?
- Wenn es welche gibt, werden allen Patient:innen Gespräche mit Genesungsbegleiter:innen immer angeboten? Gibt es Aushänge? Ist den Patient:innen dieses Angebot bekannt?
- Wie sind diese Genesungsbegleitenden ausgebildet? (Experienced-Involvement-Seminare)?
- Gibt es eine enge Zusammenarbeit der Genesungsbegleitenden mit dem Team? Welche Unterstützung haben die Genesungsbegleitenden (z.B. Austausch mit anderen)?
- Gibt es erhebliche Widerstände/Bedenken?
- Kann jede:r Mitarbeitende Auskunft über Nutzen von Genesungsbegleitung geben?

8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich.

- (0) Es liegt kein derartiger Plan vor.
- (3) Es gibt Planungen und Initiativen für die angemessene und ansprechende Umgebungsgestaltung, allerdings nicht speziell im Hinblick auf die Vermeidung von Aggressionen (z. B. Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich Bilder, Inneneinrichtung etc.). Die Räumlichkeiten sind gepflegt und werden instand gehalten.
- (6) Es gab konkrete Initiativen für die betreffende Station im Hinblick auf aggressionsmindernde Gestaltung der Umgebung und der Räumlichkeiten, die auch realisiert wurden, jedoch nicht in Gestalt eines konkreten, schriftlich vorliegenden Plans. Die Räumlichkeiten sind gepflegt und werden instand gehalten. Zu definierten Zwecken vorgehaltene Räume (z.B. Rückzugsraum, Medienwand) werden genutzt.
- (9) Jährlich vorliegender schriftlicher Plan unter Beteiligung mehrerer Beschäftigter des therapeutischen Teams und unter Einbezug der Patient:innen, dessen Inhalte überwiegend realisiert werden/wurden; *oder* Neubau innerhalb der letzten fünf Jahre nach den genannten Kriterien.



- Bieten Räumlichkeiten Möglichkeiten/Hilfen für Rückzug, Beschäftigung, Orientierung, Sicherheit, Privatheit, angemessene Reizsteuerung, Ästhetik, Möglichkeit einer Gartennutzung, etc.?
- Ist ein schriftlicher Plan vorhanden und einsehbar?
  - Wie oft wird dieser überprüft und angepasst?
  - Werden Patient:innen hier mit einbezogen?
  - Umfasst dieser relevante Punkte wie z.B. Verschönerung, freie Zugänglichkeit, Türöffnung, Berücksichtigung der Privatsphäre, z.B. von innen abschließbare Türen der Patient:innenzimmer?
- Wird eine Überbelegung vermieden? Wie?
- Gibt es Regelungen bzgl. Sauberkeit, Ordnung, Instandhaltung?
- Gibt es besondere Räume, Elemente wie Medienwand, Rückzugsraum? Oder Elemente wie Aromaöle, schwere Decken, Jahreszeitschmuck?
- Bei Neubauten:
  - Welche konzeptionellen Elemente sind erkennbar und wurden verwirklicht?
  - Wurde bei der Planung des Neubaus explizit die aggressionsmindernde Gestaltung mit einbezogen oder war das eher ein „schöner Nebeneffekt“?

9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient:innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen.

- (0) Keine Risikoerfassung eingeführt.
- (3) Risikoverhalten wird in der Regel erkannt und ist Gegenstand interprofessioneller Besprechungen, aber es findet keine systematische Risikoerfassung statt; *oder* Formular ist eingeführt, wird aber selten benutzt und zieht keine konkreten Interventionen nach sich.
- (6) Formular ist eingeführt und wird regelmäßig ausgefüllt, ein erkanntes erhöhtes Risiko zieht aber häufig keine oder ausschließlich standardisierte Interventionen nach sich.
- (9) Der Risikoeinschätzungsbogen ist eingeführt und wird regelmäßig ausgefüllt, erhöhte Risiko-Scores führen regelhaft zu individualisierten deeskalierenden und präventiven Interventionen.



- Ist die BVC oder ein anderes vergleichbares standardisiertes Instrument bekannt?
- Ist die BVC oder ein anderes standardisiertes Instrument in Anwendung?
- Wie wird das dokumentiert? (Papier, elektronische Krankenakte?)
- Bei welchen Patient:innen wird eine Risikoerkennung durchgeführt? Über welchen Zeitraum? Wer ist zuständig für das Ausfüllen? Wie oft findet das Scoring statt?
- Sind alle Mitarbeitenden mit der BVC/anderem Instrument vertraut? Was bedeutet welcher Wert etc.?
- Wie ist geregelt, welche Konsequenzen bei erhöhtem Risiko erfolgen?
  - Findet bspw. bei Punktwerten ab BVC 7 („erhebliches Risiko“) eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/-en zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen statt?
- Erfolgt umgehende Kommunikation im Team bei höheren Werten?
- Folgen umgehend Interventionen?

10. *Empfehlen Sie allen Patient:innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patient:innenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an.*

- (0) Patient:innenverfügungen oder Behandlungsvereinbarungen zur Verhinderung künftiger Zwangsmaßnahmen sind nicht in Gebrauch.
- (3) Entsprechende Formulare sind eingeführt, werden aber selten angeboten; *oder* Besprechungen zur Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen werden gelegentlich durchgeführt, aber eher nach Ermessen der Beteiligten und ohne schriftliche Vereinbarungen.
- (6) Entsprechende Formulare sind vorhanden und werden der Patientin/dem Patienten auch nach Zwangsmaßnahmen regelmäßig angeboten. Auffinden und Einhaltung der Vereinbarung ist aber noch mangelhaft; *oder* es werden jährlich weniger als ca. 10 derartige Vereinbarungen auf der Station abgeschlossen.
- (9) Ein standardisiertes Formular für Behandlungsvereinbarungen zur Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen ist vorhanden, jeder/jedem Patientin/-en wird dies nach Beendigung einer Zwangsmaßnahme im Rahmen der Nachbesprechung angeboten, der/die Patient/-in erhält eine Ausfertigung der Vereinbarung. Es ist gewährleistet, dass die Vereinbarung allen Mitarbeitenden bekannt ist und sie ist in der Patient:innenakte auffindbar. Ein Vorgehen für die Aktualisierung ist etabliert (bspw. bei Wiederaufnahmen nach jeder erneuten Zwangsmaßnahme oder wenn die Vereinbarung älter als 5 Jahre ist). Es werden > ca 10 Vereinbarungen jährlich abgeschlossen.



- Ist ein standardisiertes Formular eingeführt?
- Wer übernimmt die Aufgabe tatsächlich?
- Werden alle Patient:innen, die eine Zwangsmaßnahme hatten oder unfreiwillig untergebracht waren, zu einem geeigneten Zeitpunkt angesprochen? Ggf. auch mehrfach?
- Wie wird dokumentiert, dass es angeboten wurde? Wird auch Ablehnung dokumentiert?
- Wie genau und von wem werden Patient:innen unterstützt die BV oder PV anzufertigen?
- Adressieren BV oder PV die Problematik von Zwang?
- Wo werden vorhandene BV hinterlegt? Wie werden sie bei Wiederaufnahme eines Patient:innen aufgefunden?
- Werden sie immer eingehalten bei Wiederaufnahme?
- Welche Erfahrungen gibt es zu Praktikabilität und Wirksamkeit?

11. *Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein, orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien („leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“).*

- (0) Es finden keine Maßnahmen zur Überprüfung der Leitlinienorientierung der pharmakologischen Behandlung statt.
- (3) Leitlinien sind den verantwortlichen Ärzten/ Ärztinnen bekannt und die Orientierung daran wird erwartet, aber nicht überprüft.
- (6) Die zuständige Oberärztin/ Fachärztin oder der Oberarzt/ Facharzt orientiert sich in der Medikamentenverordnung und in der Weiterbildung explizit an Leitlinien. Nicht leitlinienkonforme Medikation ist selten und wird gegebenenfalls begründet.
- (9) Eine Überprüfung der Leitlinienkonformität der Behandlung findet in strukturierter Form regelmäßig statt, z. B. einmal im Monat im Rahmen der Visite bei jeder Patientin /jedem Patienten. Alle pharmakologischen Behandlungen bezüglich aggressiven Verhaltens erfolgen leitlinienkonform. Nicht leitlinienkonforme Medikation wird ausnahmslos explizit begründet.



- Wer fühlt sich für leitliniengerechte Pharmakotherapie verantwortlich?
- Wer kennt die relevanten Leitlinienempfehlungen?
- Findet bei neuen Mitarbeitenden eine Einführung statt?
- In welcher Form stehen die LL auf der Station zur Verfügung?
- Findet z.B. einmal monatlich eine Überprüfung in Zufallsstichproben oder eine regelhafte Besprechung im Rahmen von Visiten statt?
- Frage an Ärzte und Ärztinnen: „Wo stehen die LL?, Wo könnten Sie ggf. nachlesen, ist Ihr Wissen aktuell?, Können Sie die LL auswendig, oder wo sehen Sie nach?“
- Gibt es ggf. einen stationseigenen Standard bezüglich pharmakologischer Behandlung, der leitliniengerecht ist, und den die Ärzte und Ärztinnen kennen?
- Was wird unternommen, um diese Kenntnisse Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu vermitteln?
- Erfolgt die Überprüfung der Leitlinienkonformität „implizit“ oder „explizit“ in strukturierter Form?
- Welche Konsequenzen hat die Feststellung, dass eine erfolgreiche Pharmakotherapie nicht leitliniengerecht ist (z.B. 3 Neuroleptika)?



12. *Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein (z.B. Weddinger Modell, Six Core Strategies).*

- (0) Derartige komplexe Interventionen sind auf der Station nicht bekannt.
- (3) Die Beschäftigten der Station sind mit einem bestimmten Modell in groben Zügen vertraut und es existiert irgendeine Art von Verpflichtung oder Bekenntnis, nach einem derartigen Modell zu arbeiten; konkrete Umsetzungsschritte gibt es ansatzweise bezüglich weniger Einzelinterventionen.
- (6) Die Teammitglieder sind mit dem Programm vertraut und verpflichten sich den Zielen. Zuständigkeiten sind benannt und auf mehrere Mitarbeitende verteilt, konkrete Umsetzungen sind in einem Projektplan formuliert und werden geleistet. Das Programm ist mindestens zur Hälfte implementiert. Die Implementierungsprozesse unterliegen einem fortlaufenden Monitoring und zu länger als seit drei Monaten eingeführten Schritten liegen Evaluationen vor.
- (9) Das Programm ist implementiert. Alle Teammitglieder fühlen sich für die Aufrechterhaltung der Interventionen verantwortlich. Es gibt klare Strategien um die Nachhaltigkeit zu sichern.



Beispiel Safewards<sup>5,6,7</sup>

- Hat die Klinikleitung der Einführung explizit zugestimmt?
- Wer hat die Projektleitung für die Einführung?
- Haben sich alle Mitarbeitenden zur Mitwirkung verpflichtet?
- Sind die Mitarbeitenden der Station insoweit eingebunden, dass alle Mitarbeitenden mind. eine Intervention als Interventionsbevollmächtigte:r betreuen?
- Haben Sie Ziele definiert, die Sie mit der Safewardseinführung erreichen wollen (z.B. Verringerung von Konflikten, weniger Zwang, bessere Mitarbeitendenzufriedenheit)?
- Ist ein Projektplan erstellt? Ist eine Projektleitungsgruppe eingerichtet, hat diese klare Aufgaben und Kompetenzen?
- Wird die Zielerreichung überprüft und wenn ja wie und womit?
- Welche Maßnahmen werden ergriffen um die Verstetigung von Safewards zu unterstützen?

Beispiel Weddinger Modell<sup>8,9,10</sup>

- Gibt es eine multiprofessionelle Change-Projekt Leitung?
- Wer sind die Multiplikator:innen auf den Stationen?
- Gab und es gibt es einen Schulungstag aller (neuer) Mitarbeitenden bezüglich des Weddinger Modells?
- Welche Elemente des Weddinger Modells wurden eingeführt?
  - Individualisierte Therapieplanung ?
  - Visiten / Behandlungskonferenz nach Weddinger Modell?
  - Multiprofessionelle Bezugstherapeut:innenteams (MBT)?
  - Aktiv dialogischer Behandlungsaufbau?
  - Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen?

## Literatur

- (1) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Ed.) (2019). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Berlin: Springer.
- (2) Steinert, T., & Hirsch, S. (2020). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*, 91(7), 611-616. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00801-2>
- (3) Steinert, T., Bechdorf, A., Mahler, L., Muche, R., Baumgardt, J., Bühling-Schindowski, F., Cole, C., Kampmann, M., Sauter, D., Vandamme, A., Weinmann, S. & Hirsch, S. (2020) Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Frontiers in Psychiatry* 11:579176. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579176>
- (4) Bechdorf, A., Bühling-Schindowski, F., Weinmann, S., Baumgardt, J., Kampmann, M., Sauter, D., Jaeger, S., Walter, G., Mayer, M., Löhr, M., Schulz, M., Gather, J., Ketelsen, R., Aßfalg, R., Cole, C., Vandamme, A., Mahler, L., Hirsch, S. & Steinert, T. (2021) DGPPN-Pilotstudie zur Umsetzung der aus der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ abgeleiteten Implementierungsempfehlungen. *Der Nervenarzt* (under review in preparation for resubmission)
- (5) Löhr, M., Schulz, M., & Nienaber, A. (2019). *Safewards—Sicherheit durch Beziehung und Milieu*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- (6) Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Mc Cutcheon, A.K., Velasquez Lecca, E.E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A., & Weinmann, S. (2020). Sicherheit erhöhen, Konflikte vermeiden, das Miteinander stärken – Zur Implementierung und Evaluation des Safewards-Modells am Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin. *Neurotransmitter*, 31(5), 24-29.
- (7) Jäckel, D., Baumgardt, J., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.K., Velasquez Lecca, E.E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A., & Weinmann, S. (2019). Veränderungen des Stationsklimas und der Arbeitszufriedenheit nach Einführung des Safewards-Modells auf zwei akutpsychiatrischen Stationen – Eine multiperspektivische Evaluation. *Psychiatr Prax* 46(7), 369-375.
- (8) Mahler, L., Oster, A., & Vandamme, A. (2021). Das Weddinger Modell: Beziehungsförderung und Zwangsvermeidung in der Behandlung von Menschen mit Psychosen. *Nervenheilkunde*, 40(06), 430-435.
- (9) Mahler, L., Jarchov-Jädi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2013). *Das Weddinger Modell: Resilienz-und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- (10) Oster, A.; Cole, C.; Mahler, L. (2021). The Weddinger Modell: A systematic review of the research findings to date and experiences from clinical practice. *Medical Research Archives*, 9, 1-18.