

Sicherheit und Sicherheitsdienste in der psychiatrischen Klinik



Ergebnis- und Kurzprotokoll des Fachtages 08. November 2019

Veranstalter: kbo-Isar-Amper-Klinikum, Polizeipräsidium München,
Amt für öffentlich-rechtliche Unterbringung



Inhalt

2	Inhalt
3	Vorwort
4	Begrüßung und Einführung
5	Durchsetzung von Anordnungen nach dem BayPsychKHG mittels unmittelbarem Zwang
6	Psychiatrische Teams sollen kein Ausübungsorgan staatlicher Macht darstellen.
7	PsychKhG: keine Perspektive auf Sicherheitsdienste
9	Schnittstellen zwischen Rollen als Pflegedienstleitung der Forensik und als Chef Forensischer Sicherheitsdienst
11	Sicherheits- vs. Bedrohungsgefühl der Mitarbeiter: Gewalt durch Besucher
12	Wie gewährleistet das Weddinger Modell Sicherheit?
15	„Plädoyer gegen Sicherheitsdienst“
18	Position gegen die Implementierung eines Sicherheitsdienstes in psychiatrischen Kliniken
20	Es sollte einen Mittelweg geben.
21	Wie sicher fühlt sich die Pflege in der Psychiatrie?
22	Nie wirklich „sicher“ fühlen
24	Schluss-Statements
27	Fazit
28	Diskutant*innen/Referent*innen
30	Impressum

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Frage des Einsatzes von Sicherheitsdiensten in psychiatrischen Kliniken ist ein spannungsgeladenes und kontroverses Thema:

- Wie wird das berechnete Interesse der in psychiatrischen Kliniken beschäftigten und behandelten Menschen gewährleistet, sich während des Aufenthaltes miteinander sicher fühlen und sicher arbeiten zu können?
- Wo sind die Schnittstellen zwischen der Ausübung von unmittelbarem Zwang durch psychiatrische Kliniken und den entsprechenden hoheitlichen Aufgaben z.B. der Polizei?
- Was ist der rechtliche Hintergrund für den Einsatz von Sicherheitsdiensten in Kliniken?
- Schaffen Sicherheitsdienste wirklich Sicherheit oder erhöhen sie das Eskalationsrisiko?

Es war uns am 08.11.2019 gelungen, wichtige Expertinnen und Experten unterschiedlicher Fachrichtungen zu diesem Thema zusammen zu bringen, mit denen wir die oben genannten Fragen gemeinschaftlich diskutierten. Die nachfolgende Dokumentation versucht die Diskussion abzubilden.

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern danken wir sehr für ihr Engagement.

Prof. Dr. Peter Brieger
 Ärztlicher Direktor
 kbo-Isar-Amper-Klinikum

Franz Podechtl
 Geschäftsführer
 kbo-Isar-Amper-Klinikum

Dr. Dorothea Gaudernack
 Amt f. öffentlich-rechtliche Unterbringung

Oliver Etges
 Polizeipräsidium München

Begrüßung und Einführung

Hr. Podechtl:

möglichst viel „reliability, safety, certainty“ schaffen, um möglichst wenig „security“ zu brauchen.

Hr. Prof. Dr. Brieger:

Wie ist Sicherheit im psychiatrischen Krankenhaus zu gewährleisten?

Braucht es im psychiatrischen Krankenhaus einen Sicherheitsdienst?

Welche Erfahrungen gibt es damit?

Was sind rechtliche Hintergründe?

Prinzipiell drei Wege, man kann

- keinen Sicherheitsdienst sich wünschen, man kann
- Sicherheitsdienste für „Eingangstüren“, z.B. Notaufnahmen fordern oder
- Sicherheitsdienste für die Gesamtklinik – einschließlich der Stationen.

Beitrag von Hr. Etges

Wichtig, dass die ggf. erforderliche Durchsetzung von Anordnungen nach dem BayPsychKHG mittels unmittelbarem Zwang als Aufgabe der Beschäftigten der Einrichtung wahrgenommen wird.

Zumindest die Überwindung bloßer körperlicher Gegenwehr ist aufgabenimmanent.

Aufgaben der Polizei: erst bei erhöhter Gefahrenlage.

Entweichungen öffentlich-rechtlich untergebrachter Personen sollten im Ansatz verhindert werden. Untergebrachte Personen, die sich ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung aufhalten, können auch durch Beschäftigte der Einrichtung oder auf deren Veranlassung hin festgehalten und in die Einrichtung zurückgebracht werden. Problem: ggf. zusätzliche Ressourcen und Fähigkeiten erforderlich.

Sicherheitskonzept der Klinik: sollte im Regelfall ohne Polizei auskommen

Diskussion:

- Hr. Prof. Dr. Bock: Bei erhöhter Gefahrenlage sollte im Ausnahmefall die Polizei zum Einsatz kommen
- Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach: Verändert haben sich die Anforderungen der Polizei gegenüber den Dingen, die ein Krankenhaus zu leisten habe. Der Anspruch körperlicher Gewaltanwendung ist nicht im Selbst- und Berufsbild der Berufsgruppen immanent. Gefahr eines Verlusts des Krankenhaus-Charakters und Gefahr eines Schadens für die Mehrzahl der übrigen Patienten.
- Hr. Prof. Dr. Brieger: Verweis auf die Ausführungen des BVerfG zum Art. 19 BayUG. pseudoexekutive Ausübung von Zwang? Wie ist die Rolle privater Sicherheitsdienste, ist deren Einsatz rechters?
- Hr. Breitner: Dieses Jahr gab es bereits 100 Einsätze der Polizei in der Klinik Nord, also im Schnitt jeden zweiten bis dritten Tag. Darunter sind auch zwei Einsätze des SEK gewesen und bis dato 41 Entweichungen. Diese Einsätze stellen seitens der Polizei eine erhebliche Personal- und Ressourcenbindung dar.

Beitrag Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach

Psychiatrische Teams sollen kein Ausübungsorgan staatlicher Macht darstellen.

Externe Sicherheitsdienste sollten nicht auf Station integriert sein. (Gegenbeispiel Maßregelvollzug BKH Gabersee: „Sicherheitsdienst“ wird durch Pflege gebildet).

Alle Mittel der Deeskalation ausschöpfen, ggf. auch Strukturreformen mit Deeskalationscharakter (Stichpunkt SafeWards). Einsatz eines Sicherheitsdienstes nur wenn diese Mittel nicht ausreichen

Vergleich somatisches Krankenhaus: Sicherheitsdienst ausschließlich für Sicherheit der Mitarbeiter (keine Belastung durch Stigmatisierung)

Diskussion:

- Hr. Prof. Dr. Bock: Gewaltentstehung (strukturell): Größe der Station, der Ausbildungsstand des Personals, sowie die Anzahl der Mitarbeiter / Personalschlüssel.
- Hr. Prof. Dr. Brieger: Finanzierung zusätzlicher Stellen?
- Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach: Verhandlungen mit Kostenträgern.
- Hr. Prof. Dr. Brieger: Mitteilung Prof. Tilman Steinert: ob in den allgemeinspsychiatrischen Kliniken ein Sicherheitsdienst eingesetzt wird, sei in erster Linie abhängig von der Klinikkultur. Egal ob es einen Sicherheitsdienst gibt oder nicht, ist die Zahl der Übergriffe gleich, das subjektive Gefühl der Sicherheit steigt aber ggf. für die Mitarbeiter.

Beitrag Fr. Dr. Gaudernack

PsychKhG habe keine Perspektive auf Sicherheitsdienste; Thema der gesamten Psychiatrie, nicht der öffentlich rechtlichen Unterbringung allein.

Frage: Sind die Erfahrungen des Sicherheitsdienstes in den forensischen Kliniken auf die Allgemeinpsychiatrie übertragbar?

Gefahr für Gewalt und Aggression ist seit Änderung der Gesetzeslage zur Zwangsmedikation angestiegen. Umgang mit Übergriffen ist Teil der psychiatrischen Arbeit. Die personelle Ausstattung ist derzeit nicht ausreichend.

Müssen Sicherheitsdienste in die psychiatrischen Kliniken integriert werden? Für das Klima der Station nicht zuträglich. Besser: mehr in Pflegekräfte, in Quantität und Qualität zu investieren.

An Pforte / Notaufnahme: Sicherheitsdienst denkbar. Hoheitliche Aufgaben darf ein privater Sicherheitsdienst weder im Rahmen des Maßregelvollzugs noch bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung übernehmen

Diskussion:

- Fr. Dr. Mahler: quantitative Zahl der Übergriffe hat laut Untersuchungen nicht zugenommen, lediglich vermehrte Gewaltwahrnehmung. Studie von Feltes¹ zeige, dass es sogar insgesamt weniger Übergriffe gebe. Die öffentliche Wahrnehmung reagiere jedoch ganz anders auf die stattgehabten Übergriffe. Ausmaß der eingesetzten Gewalt hat sich dagegen gesteigert. Gesellschaft gehe viel sensibler mit Gewalt um, jegliche Form eingesetzter Gewalt werde pathologisiert. Solange die Gewalt nicht übermäßig ist, ist auch Umgang mit Aggression und Gewalt Teil der psychiatrischen Arbeit. Ursache für die gestiegenen Zahlen in den Kliniken: am ehesten ein verändertes Meldeverhalten. Es werde viel mehr Wert auf Dokumentation gelegt. Bereits verbale Gewalt werde dokumentiert. Daraus resultiere ein rasender Anstieg.

¹ Prof. Dr. Thomas Feltes M.A.: „ Gewalt gegen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Rettungsdienste in Nordrhein-Westfalen“ (2018)



- Fr. Dr. Gaudernack: Zahlen bezüglich Gewalt in den Kliniken gestiegen. Evtl. aufgrund erhöhten Meldeverhaltens der neuen Generation an Beschäftigten in psychiatrischen Krankenhäusern.
Bei einem beginnenden Übergriff wurde früher eher zu den Mitteln der medikamentösen Zwangsbehandlung gegriffen als heute.
- Hr. Dr. Steinböck: Hinweis auf strukturelles Bedingungsgefüge: insbesondere Überbelegung in psychiatrischen Kliniken; führe zu einem veränderten Stationsklima, das den Boden für Gewalt bereite. Derzeit Versuch mit methodischen Dingen dagegen zu steuern, z.B. mit Safewards. Milieufaktoren (Überbelegung) stehen dem entgegen.

Beitrag Hr. Thalmeier

Schnittstellen zwischen Rollen als Pflegedienstleitung der Forensik und als Chef Forensischer Sicherheitsdienst

Seit ca. 10 Jahren Forensischer Sicherheitsdienst = hauseigene Mitarbeiter (davor war der Dienst ausgegliedert). Seither auch Einsätze im Rahmen von Notfallsituationen in der Akutklinik.

Mitarbeiter: besonders geschult. Ausrüstung dient dem Eigenschutz.

Gründe für beobachtbaren Anstieg der Einsätze: Vor allem durch steigende Zahl an Einsätzen im Rahmen der o.g. Notfallsituationen in den Akutkliniken.

Diskussion:

- Hr. Prof. Dr. Brieger: Anstieg der Zahlen außerhalb Forensik problematisch.
- Fr. Dr. Gaudernack: sieht äußerlich erkennbaren Sicherheitsdienst, („Schlagstock“) kritisch. Im ISK: in die Pflege integrierter Sicherheitsdienst kommt gut an. Gegenteil davon: Straubing: martialischer Sicherheitsdienst wirkt eher eskalierend. Mainkofen: Aushelfen zwischen Akut- und For.-Klinik.
- Fr. Dr. Mahler: Überbelegungsdruck: Gesellschaft will mehr Sicherheit. Probleme bei der Nachsorge. Zuletzt massiver Anstieg der Aufnahmen in der eigenen Klinik: zuletzt von 900 auf 1700 gestiegen.
Prädiktoren für Gewalt in der Klinik: jung, Intox, männlich, Gewalt im Vorfeld. Zumeist Gewalt in den ersten 24 Stunden in der Klinik.
Vorschlag: vor allem die ersten 24 Stunden anschauen und dafür ein Konzept entwickeln. Danach ist Gewalt deutlich seltener.
- Hr. Prof. Dr. Bock: andere Empfangskultur wäre wichtig.
- Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach: Dies wurde auch für Haar untersucht. Gewalt im Vorfeld sowie unfreiwillige Zuführung sind Prädiktoren für Gewalt. Massiver Anstieg der Einsätze seit 2013 seit Veränderung der Rechtslage bei der Zwangsmedikation. Was lässt sich hier tun (Milieu), um Gewalt etc. abzubauen, ohne die Pat.-Autonomie einzuschränken.



- Fr. Heland-Gräf: Gewalt erzeugt Gegengewalt. „Schlagstöcke und Sicherheitswesten“ auf Station sind hochproblematisch und erzeugen Angst, Unsicherheit und Aggression.
- Hr. Dr. Steinböck: Geschichte des Forensischen Sicherheitsdienstes (FSD): Dieser war immer nur gedacht für den Einsatz in der Forensik. In der Forensik kam es vor der Einführung des Forensischen Sicherheitsdienstes zu schweren Verletzungen bei Mitarbeitern. Einsatz in der Akutklinik hat sich im Rahmen einer kollegialen Unterstützung in Krisensituationen entwickelt. Evtl. gelingt es, die Aufgaben des Forensischen Sicherheitsdienstes wieder in die Forensik zurückzuführen.
- Hr. Eichhammer: Frage: Einsatz privater Sicherheitsdienst juristisch problematisch – das ist eine hoheitliche Aufgabe.
- Hr. Thalmeier: Mitarbeiter des Forensischen Sicherheitsdienstes hier sind Angestellte des Klinikums, weisungsgebunden an den Maßregelvollzugsleiter.

Beitrag Hr. Prof. Dr. Heres

2 exemplarische Vorkommnisse zum Thema:

Sicherheits- vs. Bedrohungsgefühl der Mitarbeiter: Gewalt durch Besucher.

Dank an PI 13 für die hervorragende Zusammenarbeit.

Diskussion:

- Fr. Dr. Gaudernack: Sicherheitsproblem: strukturelles Problem: was bringen Besucher als Person oder in Form von Gegenständen mit?
- Fr. Heland-Gräf: zusätzliche Nachtdienste im Haus haben, schneller Polizei rufen.
- Hr. Prof. Dr. Brieger: in Notfällen muss die Polizei eingreifen, da sollte die Psychiatrie nicht schlechter gestellt sein als die restliche Gesellschaft.
- Hr. Breitner: Erwartungshaltung an die Polizei sehr hoch. Einsätze sind nicht vorplanbar, müssen nach Priorität verteilt werden. Mehr Personal ist nicht da. Es gibt Phasen, in denen wegen Personalmangels nicht alle Einsätze gleichzeitig gefahren werden können. Auf dem Land ist das noch schlimmer, weniger Streifen, längere Anfahrten.
- Hr. Prof. Dr. Bock: gegenseitige Zuweisung: Polizei hat zu wenig, Pflege hat zu wenig. Warum dann 3. Struktur? Doch lieber die vorhandenen Strukturen stärken.
- Hr. Breitner: es ist immer besser die vorhandenen Strukturen zu stärken. Auch präventive Lösungen sind besser als mehr Polizei einzustellen.
- Hr. Dr. Opgen-Rhein: In der Akutklinik ist die Situation viel unübersichtlicher als in der Forensik. Zugangskontrollen etc. würden noch mehr Stigma bedeuten. Die meisten „Waffen“ befinden sich auf Station: Stühle, Tassen etc.
- Hr. Prof. Dr. Brieger: Hausrecht nutzen, gefährliche Besucher nicht auf Station lassen.

Beitrag Fr. Dr. Mahler

Wie gewährleistet das Weddinger Modell Sicherheit?

Keine Zunahme von Gewalt in der Gesellschaft und wahrscheinlich auch in der Psychiatrie in objektiver Hinsicht, im Gegenteil sogar eher Rückgang gewalttätiger Vorfälle, jedoch größere Sensibilität und veränderte Wahrnehmung derer entwickelt. Die einzelnen Vorfälle tendenziell schwerwiegender.

Einen weiteren Einflussfaktor stellt eine genauere und niederschwelligere Dokumentation dar.

Weitere Einflussgrößen: Überbelegungsdruck; gesellschaftlicher Wunsch nach (immer) mehr Sicherheit, zunehmende Probleme in der psychosozialen Nachsorge (Wohnungssuche etc.).

Der einzige relevante objektivierbare Prädiktor für das Auftreten von Aggressivität stellt Gewalterfahrung in der Vorgeschichte bzw. Gewaltanwendung unmittelbar vor Aufnahme dar.

In geringerem Maße jüngerer Alter, männliches Geschlecht und Intoxikationen.

Wichtig: die weit überwiegende Anzahl von Gewaltvorfällen ereignet sich innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme.

Es bedarf eines hierauf abgestimmten gemeinsamen Konzepts für die ersten 24 Stunden des Aufenthaltes, einer anderen Empfangskultur.

Die Frage lautet: Wie gewährleisten wir Sicherheit?

Wie kann mit der Situation konstruktiv umgegangen werden, um den Behandlungsauftrag erfüllen zu können?

von Bedeutung: Strukturen und Haltung, Patientenvariablen und das Sicherheitsgefühl.

Strukturen und Haltung

Ziel ist eine Normalisierung der Situation (in der Akutaufnahme), 86% der Gewalteskalationen ereignen sich innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme.

Lösungsansätze könnten sein

- geschlossene Türen zu öffnen,
- die Installation von personalisierten Türchips für die Patientenzimmer, um Privatsphäre und das Gefühl von Schutz und Sicherheit zu verbessern

- ein Hinterfragen und individuelles Anpassen bestehender Regularien (es bspw. zu gestatten, dass ein Pat. nachts spazieren geht)
- Transparenz und Partizipation, also bspw. nicht ohne dessen Beisein über den Pat. sprechen,
- Angebote statt Verordnungen
- verstärkter „Lebenswelteinbezug“ und eine Individualisierung der Behandlung (bspw. dass Angehörige auf Station bleiben können)
- Flexibilisierung der Behandlung mit Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen Settings
- die Akzeptanz, dass für einen psychiatr. Aufenthalt eine hohe Anpassungsleistung erforderlich ist, die durch das Stationsteam, nicht durch die Patienten zu leisten ist

Patientenvariablen

Biographische Merkmale: eigene Gewaltvorerfahrung als wichtigster Prädiktor für Gewalteskalation

Spannung zwischen Abgrenzungswunsch und Kontaktsuche berücksichtigen

Wohin / wogegen richtet sich die Aggression? Aggression hat nicht unbedingt mit der psychischen Erkrankung selbst zu tun

Emotionalität verstehen (die hinter der Aggression steckt, Verständnis wirkt deeskalierend)

Wer aus dem Behandlungsteam ist „am nächsten dran“ am Patienten?

Sicherheitsgefühl

Es geht um eine verantwortungsvolle und geteilte Risikoabwägung

Klima der Unterstützung statt Klima der Angst

Gemeinsames Reflektieren und Analysieren von Gewalt und Eskalationen, kein Katastrophisieren

Diskussion:

Öffnen der Tür bei (exzessiver) Gewalt, Bedrohung? Sorgsames Abwägen der mit der Entscheidung verbundenen Risiken notwendig.

- Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach: Beispiel aus einer kbo-Klinik einer Bedrohung einer OÄ durch einen mit einem Stuhlbein bewaffneten Pat., der hierdurch die Öffnung der Stationstür erzwang, woraufhin durch die Polizei die Rückmeldung erfolgte, dass es sich hierbei um eine Gefangenbefreiung handle und eine Strafanzeige angedroht wurde.

- Fr. Dr. Gaudernack: Entscheidend ist hier eine Risikoabwägung und die Beantwortung der Frage, ob bei Öffnen der Tür mit einem Übergriff auf Passanten gerechnet werden müsse, was eine solche Entscheidung problematisch erscheinen lässt
- Fr. Dr. Mahler: Seit Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen i.R. des Weddinger Modells ist ein deutlicher Rückgang von Gewaltvorfällen zu verzeichnen, schwerwiegende Vorkommnisse sind bislang ausgeblieben.
- Hr. Prof. Dr. Bock: Bericht über drei Todesfälle von Pat. durch Einsätze von Polizei und Sicherheitsdiensten in der Psychiatrie. Als Reaktion hierauf wurde in Hamburg eine verpflichtende Teilnahme aller Polizisten an einer Schulung zum Umgang mit psychisch kranken Menschen etabliert, denn „Patienten in einer Psychose verhalten sich anders als ein Bankräuber“, erleben die Anwendung von Zwang als u.U. vitale Bedrohung mit der Folge einer Eskalation von Gewalt.
- Hr. Breitner: Hinweis auf die Garantenstellung psychiatr. Kliniken -> was passiert, wenn ein Pat. die Station verlässt und es passiert dann eine Straftat?
- Hr. Etges: Seitens der Klinik scheinen Vorbehalte zu bestehen, dass psychiatrisches Personal Zwang gegenüber den Pat. durchführt, v.a. auch die Sorge um eine Beschädigung der therapeutischen Beziehung. Wäre es hingegen nicht sogar besser, wenn die Anwendung von Zwang durch Stationspersonal, erfolgte, um dieses Ereignis aufarbeiten zu können?
- Fr. Dr. Mahler: Wichtig ist ein gemeinsam mit dem Patienten erfolgreiches Reflektieren, um gegenseitiges Lernen zu ermöglichen

Beitrag Hr. Dr. Marstrander

„Plädoyer gegen Sicherheitsdienst“ – Grundprinzipien Normalität, Transparenz und Verlässlichkeit um Gewalt / Aggression zu minimieren.

Warum funktioniert die Klinik Fürstenfeldbruck ohne Sicherheitsdienst?

Die Klinik Fürstenfeldbruck ist dem Polizeipräsidium Oberbayern Nord zugeordnet. Circa 360 Zwangsunterbringungen pro Jahr.

Ebene 1: gesellschaftspolitischer Aspekt,

Ebene 2: therapeutischer Aspekt,

Ebene 3: praktischer Aspekt.

Ebene 1 gesellschaftspolitischer Aspekt

Eine psychiatrische Klinik ist nicht grundsätzlich für deviantes oder störendes Verhalten zuständig, das ist eher Aufgabe der Polizei. Klinik ist für die Behandlung psychiatrischer Störungen und sich daraus ableitender devianter Verhaltensweisen zuständig.

Ein Sicherheitsdienst (mit Uniform) wäre ein verheerendes Signal gegenüber der Gesellschaft, dem Patienten und den Mitarbeitern.

Die Psychiatrie ist aber kein rechtsfreier Raum. Mitarbeiter und Mitpatienten müssen sich geschützt und vertreten fühlen. Dies solle durch eine enge Kooperation mit der Polizei gelöst werden, sodass dem Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter Rechnung getragen wird. So könne die Ordnungsmacht auch miterleben, mit welcher geringen Ressourcen die Psychiatrie komplexe Situationen löse. Transparenz nach innen und außen.

Ebene 2 therapeutischer Aspekt

Eine Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus geht mit einer neurobiologischen Stressreaktion einher. Wichtige Aufgabe in der Aufnahmesituation: immer eine individuelle Deeskalation zu kreieren, um in dem Patienten Ruhe und Vertrauen zu erzeugen. Durch einen Sicherheitsdienst, womöglich in Uniform, kommt es zu einer Zunahme der Stressreaktion.

Außerdem könnten die eigenen Anstrengungen der Mitarbeiter zur Deeskalation absinken.



Ebene 3 praktischer Aspekt

Wie viele Übergriffe könnten durch einen Sicherheitsdienst verhindert werden?

1. Sich entwickelnde Eskalationen, Aggressionen bis hin zur Fixierung: in der Regel im Hause gut zu meistern; in massiv eskalierenden Situationen könne auch die Polizei hinzugezogen werden.
2. Raptusartige Übergriffe: Die unvorhersehbaren Ereignisse lassen sich auch durch einen Sicherheitsdienst nicht verhindern.
3. Konflikte / Gewalt zwischen Patienten: durch einen Sicherheitsdienst kaum zu minimieren. Bei Eingriff eines Sicherheitsdienstes bestehe zudem die Gefahr, dass die Konflikte nicht therapeutisch nachbearbeitet werden und zu einer Verhärtung bzw. Zunahme der Konflikte führen würden.
4. Selbstverletzungen: Diese seien in der Regel „unsichtbar“ und würden ohne Vorwarnung geschehen, daher durch einen Sicherheitsdienst nicht zu verhindern.

Diskussion:

- Hr. Etges: Aufgabengebiet der Polizei ist die Gefahrenabwehr. Die Polizei solle nur dann Hilfestellung in der psychiatrischen Klinik leisten, wenn diese die Gefahrenabwehr nicht selbstständig durchführen kann. Nach dem PsychKHG habe eine

psychiatrische Klinik das Recht, unmittelbaren Zwang anzuwenden. Dieser Verantwortung sollten sich die Bediensteten auch stellen. Gewalt und Zwang sei auch ein Teil der Psychiatrie. Die Ansicht „ich brauche keinen Sicherheitsdienst, da wir ja eine Polizei haben“ sei seiner Meinung nach falsch.

- Hr. Prof. Dr. Brieger: Gewaltmonopol liege beim Staat und seinen Institutionen, sprich z.B. der Polizei. Wendet die Klinik Gewalt an, könne der Eindruck beim Patienten entstehen, dass die Mitarbeiter der Klinik quasi Justizvollzugsbeamte sind.
- Hr. Etges: Das würde bedeuten, dass zu jeder Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Polizei hinzugerufen werden müsse.
- Fr. Dr. Mahler: Die allermeisten Gewaltausbrüche erfolgen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme. In dieser Zeit müsse besonders sensibel mit dem Patienten umgegangen werden, ggf. eine intensivere Betreuung gewährleistet werden.
Gefahr des „Missbrauchs der Psychiatrie wegen des Versorgungsauftrags“. Sobald somatische Krankenhäuser oder Heimeinrichtungen mit einem Patienten nicht mehr zurechtkommen, werden diese aufgrund des Versorgungsauftrages den psychiatrischen Kliniken zugewiesen.
- Fr. Dr. Gaudernack: Die meisten öffentlich-rechtlichen Unterbringungen werden im Verlauf in zivilrechtliche umgewandelt (nach richterlicher Anhörung). Es stelle sich die Frage, in wieweit die psychiatrische Klinik die Zwangsausübung, zum Beispiel auch die Fixierung als ihre Aufgabe sehe. Die Einbeziehung der Polizei nur in extremen Situationen nötig. Ab wann fühlt sich die Polizei sich durch die Klinik instrumentalisiert ihre Aufgaben zu übernehmen aufgrund von mangelnden Ressourcen?

Beitrag Hr. Prof. Dr. Bock

Position gegen die Implementierung eines Sicherheitsdienstes in psychiatrischen Kliniken.

Zwei Beispiele fehlgeleiteter Intervention durch den Sicherheitsdienst.

Auftrag des Sicherheitsdienstes kann lediglich der Schutz des Personals bei unmittelbarer Bedrohung sein. In der Realität ist allerdings ein Sicherheitsdienst in der Klinik fast ständig präsent als „Drohkulisse“, Sicherheitsdienste bei therapeutischen Maßnahmen (ggf. auch gegen den Willen des Patienten) mit einzubeziehen sei grundlegend falsch.

Diskussion:

- Hr. Etges: Die Erfahrung der Polizei mit Sicherheitsdiensten ist ambivalent. Der Markt für qualifiziertes Personal ist seines Wissens leer gefegt. Gerade das System der Subunternehmer ist im Sicherheitsgewerbe weit verbreitet, teilweise würden dort auch Personen mit zweifelhafter Biographie und Einstellung zur Gewalt arbeiten.
- Fr. Dr. Gaudernack: Ein externer Sicherheitsdienst sei schwierig zu implementieren. Erstens gebe es mit solchen Dienstleistern oftmals schlechte Erfahrungen. Zweitens müssten der Sicherheitsdienst direkt an die Klinik angegliedert sein (Beschäftigte der Kliniken) um unmittelbaren Zwang ausüben zu dürfen (hoheitliche Aufgaben im Rahmen des Maßregelvollzugsgesetzes und des PsychKHGs).
- Hr. Dr. Marstrander: Pro-Argumente für einen Sicherheitsdienst? Befürworter eines Sicherheitsdienstes argumentieren damit, dass spezialisierte Personen bei Anwendung unmittelbaren Zwanges besser geeignet seien.
- Hr. Prof. Dr. Bock: Darf man Macht zur Ausübung unmittelbaren Zwanges delegieren? Eher therapeutische Expertise nötig, um zu entscheiden wann unmittelbarer Zwang gerechtfertigt ist.
- Hr. Etges: Wer führt in Kliniken unmittelbaren Zwang aus? Wie wird die Indikation zur Anwendung unmittelbaren Zwanges richtig gestellt und wie wird die Durchführung professionell und präzise erledigt?
Lehnen die Beschäftigten der Klinik die Anwendung von Zwang aus therapeutischen Erwägungen ab, und lehne die Klinik einen externen Sicherheitsdienst ab, müsse bei jeder Durchsetzung die Polizei verständigt werden, dies wiederum lehne die Polizei ab.

- Hr. Prof. Dr. Brieger: Keine der Berufsgruppen in psychiatrischen Krankenhäusern habe in ihrer Ausbildung die notwendige Qualifikation für die Durchführung von Zwangsmaßnahmen erworben.
- Hr. Thalmeier: Arbeit des forensischen Sicherheitsdienstes im kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost: Alarm – Alarmschleife – Personal eilt zur Hilfe sowie der forensische Sicherheitsdienst. For. Sicherheitsdienst besteht aus eigenen Mitarbeitern, über 50% dieser Mitarbeiter sind seit mehr als 10 Jahren am Klinikum im Sicherheitsdienst tätig. Regelmäßige Schulung, auch in Deeskalationsmaßnahmen, Arbeit schonend mit dem Ziel einen möglichen Angreifer bewegungsunfähig zu machen mittels spezieller Haltetechniken.
In der Realität werde der Sicherheitsdienst viel zu früh geholt (Stichwort „Bequemlichkeit“).
Der Sicherheitsdienst vermittele ein subjektives Gefühl der Sicherheit am Arbeitsplatz.
- Fr. Dr. Mahler: Durch einen Sicherheitsdienst werden bei weitem nicht alle Übergriffe / Verletzungen verhindert, wenn überhaupt. Einbeziehung der Polizei hat Kontrollfunktion; dient zur Durchsetzung des Gesetzes, kann dabei auch für Patienten eine Vertrauensperson gegenüber der Institution sein. Sicherheitsdienst dagegen hat keine klar definierte Position dem Gesetzgeber gegenüber; ist nur (delegierte) ausübende Gewalt (durch Klinik).
- Hr. Prof. Dr. Bock: In Hamburg werden die Mitarbeiter der Polizei regelmäßig über psychiatrische Krankheitsbilder und Deeskalationsmaßnahmen geschult. Unklarheit der Aufgaben des Wachdienstes trage zur Eskalation von Situationen bei. Sicherheitsdienste verfügen oft über diffuse Aufgabenbeschreibung.

Beitrag Fr. Heland-Gräf

Es sollte einen Mittelweg geben.

Möglichkeiten der Träger ohne Sicherheitsdienst: mehr Personal, Personal schulen, zur Deeskalation anhalten, Allianz mit Betroffenen und Gemeinsamkeiten herstellen (Dialog etc.), Dienstzeiten, Akutstationen entzerren (nur jeden 2ten Tag aufnehmen lassen), Tagesabläufe patientenzentrierter gestalten, Privatsphäre gewährleisten.

Warum überhaupt Sicherheitsdienst? Hype? Psychiatrie als Verwahranstalt? Sicherheitsdienste verlagern das Problem weg (Sicherheitsdienst hat weniger Verständnis für Patienten). Kliniken werden bezahlt, um Pat. zu helfen! Nicht um sie zu ängstigen.

Was macht das mit Betroffenen? Machtausübung, Pat. gefügig machen. Ungleichgewicht vergrößern. Pat. fühlen sich ausgeliefert. Angst, Druck und Bedrohung würden das Bild einer Station prägen. „Knast-Feeling“. Wer macht hier wessen Arbeit? Ist ein Sicherheitsdienst „billiger“ als Fachkräfte? Gewaltbereitschaft insgesamt steigt. „Ist das dann noch ein Krankenhaus? Wo bleibt da das Vertrauen?“

Fazit:

Personal schulen, in Gesundheit der Mitarbeiter investieren, Komplexinterventionen einführen (Wedding, Safewards, Werdenfelser Weg). Gemeindepsychiatrie stärken. Mehr Einzelzimmer auf den Stationen.... Die Bayern brauchen keinen Sicherheitsdienst!

Diskussion:

- Hr. Etges: Am besten wären auch wenig Polizeieinsätze.
- Fr. Heland-Gräf: Polizei hat ein anderes Image als ein Sicherheitsdienst. Die Polizei darf für Sicherheit sorgen!
Subjektives Empfinden: 2 große Männer in Uniform machen Angst! Das kann jeder mal selbst ausprobieren.

Beitrag Hr. Brand

Wie sicher fühlt sich die Pflege in der Psychiatrie?

Kleine Umfrage unter Pflegekräften:

Hier in Haar sehr sicher. Sicher im Alltag, wenn genügend Mitarbeiter da seien, wenn nichts Besonderes passiert.

KollegInnen mit Gewalterfahrung mit PatientInnen: sind eher sensibilisiert, fühlen sich unsicherer.

Fachkräftemangel vs. erfahrene Mitarbeiter spielt eine Rolle.

Mitarbeiter werden geschult: Deeskalation 3 Tage + jährlich Auffrischung. Safewards wird zunehmend implementiert, dauert aber noch in der Umsetzung.

Permanente Überbelegung ist ein Problem.

Auch in der Gerontopsychiatrie gibt es mehr Übergriffe (Pat. körperlich fitter als früher).

PNA-Geräte, multiprofessionelle Alarmschleifen - Problem aber nachts: Nur wenige MitarbeiterInnen auf Station/im Haus. Lösungen?

In Haar „Service“ durch den Forensischen Sicherheitsdienst. Warum wird dieser bei jedem Alarmfall mitverständigt? Ist eigentlich nicht immer notwendig, notwendige Maßnahmen könnten durch Fachpersonal übernommen werden.

Bei JVA-Patienten, die auf Station bewacht werden, verändert sich die Atmosphäre durch die Bewachung als solche.

Frage an die MitarbeiterInnen: Brauchen wir einen Sicherheitsdienst?

„Nur im Notfall. Ohne ginge auch, Hauptsache es kommt jemand, der Erfahrung hat.“
Mitarbeiter wollen nicht alleine dastehen.

Verändert/vermeidet der Sicherheitsdienst Übergriffe? Nein, da er sowieso erst kommt, wenn schon etwas passiert ist

Beitrag Hr. Dr. Steinböck

Risiko ist definiert als das Produkt aus Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadensschwere. Schon weil dieses Produkt nie Null werden kann, verschwindet die Gefahr nie – deshalb können wir uns selbst bei objektiver Risikominderung nie wirklich „sicher“ fühlen

Kann Sicherheit durch Risikokommunikation gewährleistet werden? Nein, weil die Kommunikation über ein Risiko zuvor dessen Erfassung und Beurteilung erfordert.

„Structured professional judgement“ ist ein systematisches, einem gewissen Rahmen folgendes Vorgehen, das eine erste Problemformulierung enthält, des weiteren aus empirischer Literatur beziehbare statische, stabil-dynamische und akut-dynamische Risikofaktoren, konkrete Fallinformationen, anhand derer die Risikofaktoren hinsichtlich ihrer Relevanz gewichtet werden, woraus wir eine Hypothese zur Gewaltentstehung ableiten, Alternativszenarien entwickeln, Präventivmaßnahmen überlegen und endlich ein abschließendes Urteil fällen.

Dialog führt hier erst einmal in die Irre, weil betroffen sowohl der gewalttätig Handelnde (Täter) als auch der die Gewalt Erleidende (Opfer) ist und beide zwingend diametral entgegengesetzte Interessen haben.

Dialog trotzdem notwendig zur Verständigung über die Gefährlichkeitshypothese und für die Umsetzung von (therapeutischen) Maßnahmen zur Eingrenzung der Risikofaktoren sowie zur Stärkung protektiver Faktoren.

Darüber hinaus erfordern diese Annahmen und Maßnahmen im Rahmen des Verhältnismäßigkeitsgebots die virtuelle Anwesenheit von Gesellschaft und Staat im Dialog, d. h. dessen Erweiterung zum „Polylog“.



Resümee:

Risikokommunikation kann für sich allein Sicherheit kaum gewährleisten.

Allerdings vermag Risikokommunikation bei angemessenem methodischem Vorgehen und unter „polylogischer“ Einbeziehung der relevanten Ansprechpartner zur Verbesserung der „objektiven“ Sicherheit beizutragen.

Darüber hinaus kann sie auch zur Verbesserung der „subjektiven“ Sicherheit beitragen, sofern im Rahmen der Risikokommunikation potentiell Geschädigten (hier: Klinikmitarbeitern) anstelle von Generalisierungen singulärer Vorkommnisse ein realistisches Risikoverständnis und (selbstwirksame) Möglichkeiten aktiven Risikomanagements an die Hand gegeben werden.

Ob hierzu ein expliziter Sicherheitsdienst der Klinik oder die Polizei herangezogen werden soll oder nicht, ist eine völlig andere Frage, die mit den vorangegangenen Überlegungen nicht zu beantworten ist.

Schluss-Statements

Fr. Menzel:

Brauchen wir einen Sicherheitsdienst? Besser: was brauchen wir, um der kleinen, aber u.U. folgenreichen Spitze an Extremsituationen in unserem Alltag adäquat zu begegnen? Gefahr bei Vorhandensein eines Sicherheitsdienstes: Gewalt in Ausnahmesituationen weiterdelegieren zu können birgt die Gefahr, diese Delegation auch auf Nicht-Extremsituationen auszudehnen.

- Wie erkennen wir, ob und welche Gefahr von einer Aggressionsäußerung ausgeht? Wichtigkeit einer fundierten Risikoeinschätzung im Einzelfall
- Was können wir (präventiv) tun, damit sich Behandler und Patienten „sicher“ fühlen können?
- Wie sollen wir, wenn unvermeidlich, in Extremsituationen „Gewalt“ ausüben? Was für eine „Sprache der Gewalt“ sprechen eigentlich wir als Behandelnde? Bsp. Informeller Zwang.
- Wichtigkeit von Schulung, Prävention, Kommunikation.

Hr. Dr. Marstrander:

Mitarbeiter sind aktive Gestalter im positiven und negativen Sinn bei problemat. Situationen.

Auch die psychiatrische Klinik kann in ihrer Struktur aktiv eine Eskalationsspirale in Gang setzen. Eine psychiatrische Klinik und deren Mitarbeiter können Gestalter im Positiven wie im Negativen sein.

Fr. Dr. Mahler:

Aggression und Gewalt gehört zu unserer Gesellschaft dazu, auch wenn wir sie verringern wollen. Ein Konzept, das Gewalt nicht berücksichtigt, kann nicht funktionieren. Die Pazifizierung der Gesellschaft ist eine große Errungenschaft, aber eine zunehmende Sensibilisierung darf nicht dazu führen, dass kein Umgang mit Aggressionen und Gewalt mehr möglich ist. Ein gewisses Maß an Aggression gehöre zum Leben dazu.

Hr. Prof. Dr. Bock:

Strukturelles Problem in der Psychiatrie: Die Politik muss mehr in die Pflicht.

Klinik: kleinere Stationen, home treatment/StäB, integrierte Versorgung könnten Vielzahl der Zwangsmaßnahmen vermeiden. Er unterstützt die Ausführungen seiner Vorrednerin und verweist auf deren aktuelle Rettungsstellenstudie. Es sollten für die Empfangskultur neue Konzepte zum Beispiel mit Genesungsbegleitern oder ähnliches entwickelt werden. Politik: müsste entsprechende Ressourcen zur Verfügung stellen. Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt geeignetes Personal zu akquirieren. Statt diese Probleme anzugehen und zu lösen einen Wachdienst zu verpflichten, sei kurzsichtig.

Generell sei es ihm lieber Ordnungskräfte wie die Polizei hinzuzuziehen, um das Gewaltmonopol durchzusetzen.

Hr. Prof. Dr. Heres:

Die Einstellung zum Sicherheitsdienst habe auch etwas mit der Haltung und Vorgehensweisen innerhalb von Teams und dem Teamspirit zu tun. Durch die Entwicklung stabiler, gut eingespielter Teams könnte die Einführung eines Sicherheitsdienstes obsolet werden. Neue Personalbemessung (PPP-RL) als Problem: neue Bemessungsstruktur (mit Untergrenzen, die durch hochflexible „Springer“ eingehalten werden sollen) läuft der Idee stabiler Teams zuwider. Gefahr der Entwicklung von „Hilfstruppen“ ohne Einbindung ins therapeutische Team.

Fr. Dr. Gaudernack:

Sicherheit/Zwangsausübung ist Versorgungsthema generell. Wichtig sei, die Personalausstattung in Kliniken zu optimieren und die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Klinik auch in der Kommunikation zu optimieren.

Fr. Heland-Gräf:

Zitat Frau Buck: „Solange wir miteinander reden, bringen wir uns nicht um.“

Neue Personalbemessung ist hochproblematisch.

Große Stationen sind ein Riesenproblem.

Auch die Strukturen außerhalb müssen gestärkt werden.

Fr. Dr. Borrmann-Hassenbach:

Hinweis auf das nächste Dialogforum des BMG: Themen Patientenautonomie und die Vermeidung von Gewalt und Zwang. Erfolge in Modellprojekten zeigen: Flexibilisierung wirkt.

Die neue Richtlinie der GBA verfestige veraltete Strukturen und strukturkonservative Richtlinien. Moderne Entwicklungen würden dadurch behindert. Personal werde zur Verfügung gestellt, um Zwangsmaßnahmen zu überwachen, nicht um Zwang zu vermeiden. Sie werde sich dafür einsetzen neue Konzepte weiterzuentwickeln.
„Vor der Polizei habe ich keine Angst, vor Sicherheitsdiensten habe ich Angst“.

Hr. Breitner:

Es gibt keine absolute Sicherheit, aber es gibt Maßnahmen, die die Sicherheit erhöhen. Ein Rest an Problemen wird bleiben, dafür ist die Polizei ultima ratio. Das Klinikpersonal soll zunächst selbst alle notwendigen Maßnahmen ausüben können. Erste Maßnahme ist die Kommunikation.

Hr. Etges:

Absolute Sicherheit ist eine Illusion. Einsatz der Polizei ist auch ein Ressourcenproblem. Das Hinzuholen der Polizei in einer psychiatrischen Klinik solle Ultima Ratio sein, nur wenn das Personal notwendige Maßnahmen nicht selber ausüben könne. Auf jeden Fall sei bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen geschultes Personal einzusetzen.

Hr. Starzengruber:

stellte in seinem Schlusswort dar, dass er als ehemaliger Betroffener vor allem für genügend Personal in Bereichen der Psychiatrie und Polizei plädiere: Vielen Dank für die Diskussion! Bleiben Sie weiter an diesen Themen dran!

Hr. Prof. Dr. Brieger:

Schlusswort und Dank an Mitveranstalter, Vortragende und Organisatoren und Helfer aus der Klinik.

Fazit

Die Diskussion um Sicherheitsdienste in der Psychiatrie ist kontrovers und schwierig. Dennoch hat sich bei dem Workshop folgender Konsens dargestellt:

Sicherheitsdienste als eigene organisatorische Struktur haben nichts auf Stationen zu suchen. Sie sind nicht Teil eines therapeutischen Konzeptes. Sicherheitsdienste dürfen nicht dazu eingesetzt werden, Personalmangel anderswo zu ersetzen.

In der rechtlichen Bewertung hat insbesondere die Leitung des Amts für Maßregelvollzug und des Amts für öffentlich-rechtliche Unterbringung darauf hingewiesen, dass die Tätigkeit von Sicherheitsdiensten eine hoheitliche ist und entsprechend private Sicherheitsdienste in patientennahen Bereichen unzulässig sind.

In der Diskussion wurde deutlich, dass gewaltpräventive klinische Konzepte, die innerhalb der üblichen Personalgruppen abgebildet werden können, dem Einsatz von Sicherheitsdiensten vorzuziehen sind. Die Darstellungen der Teilnehmenden haben eindrücklich gezeigt, dass alternative Konzepte des Umgangs mit Gewalt dem Einsatz von Sicherheitsdiensten vorzuziehen sind.

Klärungsbedürftig ist die Schnittstelle zwischen öffentlich-rechtlicher Unterbringung und Polizei. Hier hat auch das PsychKHG keine abschließende Klärung erbracht.

Das Fazit der Tagung war, dass externe Sicherheitsdienste in der Psychiatrie zu vermeiden sind. Sicherheitsdienste können allenfalls für die Objekt- und Eingangssicherung zuständig sein.



Diskutant*innen/Referent*innen

- Herr Prof. Dr. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg
- Frau Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach, Vorständin, kbo
- Herr Franz Brand, Pflegedienstleiter, Klinik Ost, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Breitner, Polizeidirektor, PI 13, Polizeipräsidium München
- Herr Prof. Dr. Peter Brieger, Ärztlicher Direktor, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Eichhammer, Bayerisches Staatministerium des Inneren
- Herr Oliver Etges, Polizeidirektor, Abteilung Einsatz, Abschnitt Ost, Polizeipräsidium München
- Frau Dr. Dorothea Gaudernack, Leiterin Amt für Maßregelvollzug und Leiterin Amt für öffentlich-rechtliche Unterbringung, Nördlingen
- Frau Martina Heland-Gräf, BayPE
- Herr Prof. Dr. Stephan Heres, Chefarzt Klinik Nord, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Henner Lüttecke, Leiter Stabsstelle Öffentlichkeitsarbeit und Interne Kommunikation, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Frau Dr. Lieselotte Mahler, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin
- Herr Dr. Nicolay Marstrander, Chefarzt Klinik FFB, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Frau Dipl.-Psych. Susanne Menzel, Referentin Ärztliche Direktion, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Dr. Markus Opgen-Rhein, Oberarzt, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Franz Podechtl, Geschäftsführer kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Rudi Starzengruber, Genesungsbegleiter, OSPE (Oberbayerische Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener)
- Herr Dr. Herbert Steinböck, Maßregelvollzugsleiter, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, kbo-Isar-Amper-Klinikum
- Herr Johannes Thalmeier, Pflegedienstleiter, Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, kbo-Isar-Amper-Klinikum

Impressum

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Neurologie
Vockestraße 72
85540 Haar

Telefon | 089 4562-0

Web | kbo-iak.de

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Peter Brieger

Pflegedirektor: Hermann Schmid

Protokoll

Dr. Markus Opgen-Rhein, Dr. Jesko Bernd, Klemens Ajayi

Redaktion

Peter Brieger, Susanne Menzel, Henner Lüttecke, Franz Podechtl

Bildnachweise:

- iStockphoto (die Personen sind Models): Titel: Ivan-balvan; Seite 8: witsawat sananrum; Seite 10: AndreyPopov; Seite 16: Patrick Daxenbichler; Seite 23: Koldunova_Anna
- kbo-IAK: Seite 28

Diese Broschüre ist auch online verfügbar:

www.kbo-iak.de/sicherheitundpsychiatrie

