

Klinische Allgemeinpsychiatrie ohne Zwang

VON STEPHAN DEBUS, PATRIZIA DI TOLLA, HENDRIK MEYER, WASSILI HINÜBER

Wie gelingt es klinisch-psychiatrischen Einrichtungen, »vergleichsweise zwangsfrei« zu arbeiten? Der DGSP-Fachausschuss »Netzwerk: Psychiatrie ohne Gewalt« (NPOG) hat sechs »Good-Practice«-Kliniken kennengelernt. Der Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Besuche und formuliert aus diesen Erfahrungen resultierende fordernde Fragen.

Worauf stützen sich Experten (1), wenn sie behaupten, dass auch unter Bedingungen der Pflichtversorgung 90 Prozent aller Zwangsmaßnahmen in allgemein-psychiatrischen Kliniken entfallen könnten? Mit Anregung der DGSP-»denk-an-anstöße« wollten wir es vom DGSP-Fachausschuss »Netzwerk: Psychiatrie ohne Gewalt« (NPOG) aktuell wissen und haben Experten in sechs psychiatrischen Kliniken besucht, von denen eine nahezu vollständige Vermeidung bis hin zur Abschaffung von Zwangsmaßnahmen berichtet wird.

Was bedeutet »vergleichsweise zwangsfrei«?

Sinnvollerweise haben wir für unsere Diskussionen im Fachausschuss gleich zu Beginn (2019) einen quantitativ orientierenden Vergleichsmaßstab formuliert: Eine klinisch-psychiatrische Einrichtung gilt danach als vergleichsweise zwangsfrei, wenn 1. das intraklinische Vorkommen von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen (Fixierung) kleiner ist als das polizeilich gemeldete extraklinische Vorkommen häuslicher Gewalt des zugehörigen klinischen Versorgungsgebietes; und wenn 2. darauf verzichtet wird, Fixierungen durch andere Zwangsmaßnahmen oder Verlegungen zu kompensieren. Nach dieser NPOG-Definition gilt eine Klinik im Vergleich zu Polizeisanktionen als vergleichsweise zwangsfrei, wenn sie unterhalb dieser Schwelle bleibt, das heißt sie das prozentuale Zwangsvorkommen im Einzugsgebiet nicht erhöht und ihr Beitrag zum staatlichen Zwang gleich Null ist. Dieser sicher noch verbesserungsfähige Maßstab berücksichtigt, dass Kliniken nicht im luftleeren Raum behandeln, sondern auch davon abhängen, ob sie sich etwa als Brennpunkt klinik im Stadtteil einer Großstadt oder in einem eher ruhigen ländlichen Einzugsgebiet befinden.

Wo liegt diese Schwelle ungefähr? Die bundesdurchschnittliche Inzidenz externer polizeilich geführter Vorkommen



häuslicher Gewalt variiert zwischen 0,54 Prozent (Land) und 1,26 Prozent (Stadt) und liegt im Mittel bei 0,86 Prozent pro Jahr (2). Folglich: Eine Klinik mit weniger als 8,6 (Landbezirk: 5,4 und Stadtbezirk: 12,6) Zwangsmaßnahmen auf 1.000 Behandlungsfälle pro Jahr würde demnach als vergleichsweise zwangsfrei bezeichnet werden (3). Eine Klinik, die es sogar schafft, das Ausmaß gefährlich eskalierender Vorfälle (mit und ohne Anwendung von Zwang) unter dieser Schwelle zu halten, soll entsprechend als vergleichsweise gewaltfrei gelten. Zur Beurteilung des Reduktionspotenzials von Gewalt in psychiatrischen Kliniken diskutieren wir zusätzlich einen qualitativen Maßstab. Dieser soll die Tatsache berücksichtigen, dass pathologische Aggression nur eine mögliche unter den verschiedenen externen, interaktiven und internen Ursachen für die Entstehung von Gefährdungssituationen ist. Denn am Erfolg vieler gewaltvermindernder Maßnahmen kann man im Umkehrschluss ablesen, dass die Gewalt auf Station steigt, wenn solche erfolgreichen Maßnahmen fehlen. Es gibt aber kaum vergleichende Untersuchungen, die das Gesamt solcher Maßnahmen in

den Blick nehmen, auch und deswegen, weil vergleichende Maßstäbe im Klinik-ranking fehlen.

Good-Practice-Kliniken

Die Mitglieder des NPOG-Fachausschusses haben »Good-Practice«-Kliniken kennengelernt, die vergleichsweise zwangsfrei bzw. gewaltfrei behandeln oder daran arbeiten, dieses Niveau zu erreichen. Folgende klinisch-stationäre Einrichtungen wurden besucht:

- A** Marien Hospital Herne
- B** Psychiatrische Abteilung des Klinikums Heidenheim
- C** Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Bezirk Berlin-Mitte
- D** Psychiatrische Abteilung des Bethesda Krankenhauses Bergedorf, Hamburg
- E** Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Reichenau, Soteria-Haus, Konstanz
- F** Dipartimento Salute Mentale, Triest

Unsere Besuche im Zeitraum 2020 bis 2023 (zeitweise unterbrochen durch die Pandemie) folgten einem bestimmten Ablauf. Zunächst haben wir uns von Experten der Region (meist Psychiatriekordinatoren) zum klinischen Behandlungskonzept und zur Kooperation der Klinik mit den ambulanten Einrichtungen des Einzugsgebietes briefen lassen. Vor Ort haben sich die klinisch Verantwortlichen – Chefärzte, Oberärzte, Pflege- und Stationsleitungen – dankenswerterweise wirklich viel Zeit genommen, um folgende Themenbereiche mit uns zu diskutieren: Einzugsgebiet, Klinikstruktur, Finanzierung, Stationsarchitektur, Personalressourcen, Behandlungskonzept, Zwangsmaßnahmen (Schwerpunkt: Fixierung, Isolation u.a.), Medikation, Stationsmilieu, Kommunikation im Team und Kommunikation mit Patienten. Zwei Kliniken (B und C) konnten wegen der Corona-Pandemie nur digital besucht werden.

Zum Besuchsende wurde die, wie sich mit Bezug auf den qualitativen Maßstab herausstellte, spannende Zehn-Millionen-Euro-Frage gestellt: Was würden Sie tun, um Zwang und Gewalt in der Klinik weiter zu reduzieren, wenn Sie zehn Millionen Euro zur Verfügung hätten? Die Antworten auf diese Frage, mit der das weitere Reduktionspotenzial ausgelotet wurde, haben uns tiefe Einsichten in die real existierende klinische Psychiatrie in Deutschland geliefert.

Alle Klinikbesuche wurden ausführlich protokolliert. Am Ende entstand ein zu den genannten Themen vergleichendes Protokoll aller Kliniken. Jede Klinik zeigte charakteristische Besonderheiten. Um hier eine erste Übersicht über die jeweilige Behandlungskultur zu gewinnen, beginnen wir zunächst mit denjenigen Besonderheiten, die uns im Hinblick auf das jeweilige Gewalt- und Zwangsvorkommen am stärksten beeindruckt haben.

Klinik A

Das Marien Hospital Herne überzeugte uns durch das konsequent durchgehaltene Stationskonzept der »offenen Tür«. Die Stationszimmer befinden sich direkt am Stationseingang und sind immer besetzt, sodass das Pflegepersonal sehen kann, wer die Station verlässt bzw. betritt. Im Kontrast dazu stehen alle ca. 420 psychiatrische Kliniken in Deutschland, von denen nur ca. 20 meist offen, aber mit fakultativ geschlossenen Bereichen geführt werden. Eingebettet ist dieses Konzept in ein breites überstationäres Angebot therapeutischer, sozialer und kreativer Aktivitäten sowie eine sehr gut ausgebaute Kooperation mit den ambulanten psychiatrischen Einrichtungen, der Polizei und der Feuerwehr des klinischen Einzugsgebietes. Vollstationär werden etwa 1.300 Patienten pro Jahr behandelt. Im Jahr 2019 wurden vier Patienten fixiert, meist in der Aufnahmesituation, und sechs Patienten erhielten eine Zwangsmedikation. In den zurückliegenden 13 Jahren gab es nur zwei Patienten, die länger als eine Stunde fixiert wurden.

Klinik B

Die psychiatrische Abteilung des Klinikums Heidenheim finanziert sich im Rahmen eines regionalen Budgets (Modellprojekt). Das hat zur Folge, dass das klinische Personal sehr flexibel zwischen klinischen und ambulanten Aufgaben eingesetzt werden kann. Der Trend geht in Richtung Home Treatment. Die Arbeitsanforderungen sind vielfältiger und die Mitarbeiterzufriedenheit ist gewachsen. Es kommt sogar zu Einspareffekten in der Arbeitsökonomie, sodass Therapiezeit für eine zwangsfreie Begleitung (1:1, 1:2 oder 1:3) in sehr schwierigen Gefährdungssituationen bleibt. Jeder Patient hat ein Einzelzimmer; die Stationstüren sind durchgehend geöffnet. Die Zwangsmaßnahmen beschränkten sich im zurückliegenden Jahr auf zwei Patienten; allerdings mit mehrfachen Anwendungen. Patienten ohne Zwangseinweisung, die ihre Zustimmung zum klinischen Aufenthalt aus welchen Gründen auch immer verweigern, werden nicht gegen ihren Willen weiterbehandelt. Ausführlich diskutiert wurde das Problem der Verlegung intoxikierter Patienten, die aus der Zwangstatistik herausfallen. Die Fixierungsvorkommen liegen bei 2 Prozent der klinischen Fallzahlen (2019). Die Klinik berechnet die Mehrkosten für ein realistisches Null-Fixierungen-Konzept auf 4 Prozent des Klinikbudgets, was etwa 3,6 Vollzeitstellen entspricht. (4)

Klinik C

Die Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, eine sogenannte Berliner Brennpunktklinik im Stadtteil Mitte, hat sich darauf spezialisiert, sowohl die Kommunikation mit den Patienten als auch die Teamkooperation so zu verbessern, dass die Zwanganwendungen über die Jahre hinweg kontinuierlich gesunken sind. Als wichtigste gewaltreduzierende Faktoren werden genannt: Teilhabe der Patienten, z.B. durch systematische Nachbesprechungen; Personalbesetzung; Stationsgröße; Milieu (keine Überreglementierung, Schutzräume schaffen); Haltung der Mitarbeitenden (Teamkohärenz, respektvolle Kommunikation, tolerante Fehlerkultur). Es gibt laut Protokoll

84 Zimmerisolierungen, und die Fixierungsrate liegt unter 1 Prozent der berichteten (5) Fallzahlen von 2022.

Klinik D

Die psychiatrische Abteilung des Bethesda-Krankenhauses Bergedorf, Hamburg hat wertvolle Erfahrungen mit der Verbesserung des Stationsklimas durch architektonische Veränderungen gesammelt. Die Stationsflure wurden heller und breiter, und die Patienten können nach dem Umbau zum Rauchen auf eine großzügig gestaltete Terrasse hinaustreten. Der geschlossene Bereich ist geräumiger konzipiert; man kann sich aus dem Weg gehen. Der geschlossene Bereich und der offene Bereich sind über ein Dienstzimmer mit ein und demselben Team verknüpft, um den fließenden Übergang und die Behandlungskontinuität zwischen beiden Bereichen effektiver zu gestalten. Der Umbau hat das Gewaltvorkommen erheblich reduziert. Es gibt keine Sanktionen bei Medikamentenverweigerung. Angehörige können in der Klinik mit übernachten. Die meisten Fixierungsanlässe waren Übergriffe zwischen Patienten. Die Patientenzimmer im offenen Bereich können mithilfe eines Transpondersystems von innen verschlossen werden, was die Anzahl von Patientenübergriffen verringerte und damit das Sicherheitsgefühl der Patienten insgesamt erhöhte. Eine konsequente Bezugspflege ist wegen der mangelnden Personalsituation nicht durchgängig aufrechtzuerhalten. Die Fixierungsraten liegen über die Jahre hinweg zwischen 1,5 Prozent und 3 Prozent der berichteten Fallzahlen (vgl. 6).

Klinik E

Das Zentrum für Psychiatrie (ZfP) Reichenau in Konstanz hat ein Soteria-Haus für junge Menschen, die eher in einem wohnungsgemeinschaftsähnlichen Behandlungsmilieu leben. Das Milieu ist nach einem Konzept der »Affordance« gestaltet. Unter »Affordance« wird der Anforderungscharakter der Milieudinge verstanden. Verzichtet wird z.B. auf eine klinisch-aseptische Sicherheitskultur, die die Bewohner in psychotischen Zuständen eher dazu verleitet, sich selbst vor anderen Menschen schützen zu müssen. Es besteht kein Zwang zur Medikamenteneinnahme.

Nach Meinung der Behandler wird diese Affordance in anderen Kliniken häufig übersehen. Die Räume sind hell, licht, wohnlich. Das Affordance-Konzept trägt wesentlich zur Beruhigung der Stationsatmosphäre bei. Es werden keine Fixierungen, aber drei bis fünf Rückverlegungen/Jahr auf geschlossene Akutstationen des Krankenhauses berichtet.

Dipartimento F

Das Dipartimento Salute Mentale in Triest hat die Besuchergruppe am eindrucklichsten überzeugt, weshalb hier mehr Raum zur Darstellung genutzt wird. Das psychiatrische Versorgungssystem (Dipartimento Salute Mentale) besteht in der Stadt Triest aus vier Sektoren mit je ca. 60.000 Einwohnern. Für alle vier Sektoren gibt es eine rund um die Uhr geöffnete und personell gut besetzte zentrale Notaufnahme »Psychiatrischer Dienst zur Diagnose und Behandlung« – Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) mit sieben Plätzen, die ohne physische Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Isolierung etc.) auskommt. In ganz Triest gab es im letzten Jahr 44 Zwangseinweisungen und zwei Zwangsmedikationen. Zwangsfixierungen, Isolierungen und alle die Bewegungsfreiheit einschränkenden Maßnahmen sind in allen Diensten gesetzlich verboten, ebenso die Medikation mit Benzodiazepinen. Je ein Centro di Salute Mentale (CSM) versorgt einen Sektor. Ein CSM ist weniger eine Klinik als eher eine Krisenpension mit nur sechs Betten (ein Bett je 10.000 Einwohner), die zusätzlich verschiedene Dienste (klinische Behandlung, PIA, Tagesstätte, Kontakt- und Beratungsstelle) an einem gemeindezentralen Ort vereint. Jedes CSM ist 24 Stunden offen und versorgt etwa 1.200 Patienten pro Jahr. Das Rückgrat der Behandlung bildet das ungewöhnliche Konzept der »permanenten Verhandlung«: Wenn die Vorstellungen der Patienten zum Behandlungsplan von denjenigen der Behandler abweichen, dann wird bis an die Belastbarkeitsgrenze über Stunden und Stunden so lange geduldig verhandelt, bis ein Kompromiss hergestellt wird. Die psychiatrischen Behandler gelten als Experten in der Kompromissbildung und werden oft von der Polizei in sozialen Konflikten zu Rate gezogen, auch

in Fällen, in denen kein psychiatrischer Hintergrund vermutet wird. Personell ist ein CSM so großzügig ausgestattet, dass der Verhandlungsmarathon von bis zu vier Behandlern (1:4-Betreuung!) gestaltet werden kann. Die Kompromissbildung basiert am Ende auf Vertrauen und bewirkt eine größere gegenseitige Verlässlichkeit der Konfliktparteien, verringerte Aufenthaltszeiten und weniger Drehtüreffekte. Das »klinisch-stationäre« System wird ambulant komplettiert durch einen Rehabilitations- und Wohndienst, durch einen Dienstverbund mit Selbsthilfegruppen und Angeboten, wie z.B. dem »Theater der Verrückten«, und durch Arbeitskooperativen. Die gesamte Architektur des Dipartimento Salute Mentale ist auch für die psychiatrische Forensik zuständig. Insgesamt werden in Triest etwa 7.000 Patienten pro Jahr ambulant und klinisch-stationär versorgt. Ein übersichtlicher Organisationsplan, der sogenannte »Triest Tube« im Stile eines U-Bahn-Netzes, führt die Patienten zusammen mit ihren Begleitern durch alle Dienste des gesamten psychiatrischen Systems und die Angebote des Sozialraumes. Hier ist leider nicht der Raum zur ausführlichen Darstellung der Finanzierung, aber die Gesamtkosten betragen nur ein Bruchteil dessen, was die Versorgung eines vergleichbaren Einzugsgebietes mit 240.000 Einwohnern in Deutschland kostet.

Die Zehn-Millionen-Euro-Frage

Damit wären wir bei der Zehn-Millionen-Euro-Frage: Die Triester fordern eine höhere Bezahlung des Personals, eine bessere Förderung von Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, Anti-Stigma- und Schulprojekte, die Verbesserung der psychiatrischen Betreuung verurteilter Straftäter in den Gefängnissen und die Einbeziehung der Medien in die Aufklärungsarbeit. Die Heidenheimer wünschen sich weitere VW-Busse zum leichteren Transport der Patienten zwischen Klinik, Wohnort und ambulanten Diensten, ein Transponder-Schließsystem für die Patientenzimmer in der Klinik, weitere Mitarbeiterschulungen und ein paar bauliche Veränderungen, die dazu beitragen, konflikthafte Situationen noch besser zu vermeiden, und 3,6 zusätz-

liche Vollzeitstellen, um die Fixierungszahlen auf Null reduzieren zu können.

In Berlin denkt man an den Bau von nahe der Klinik liegenden Wohnungen, in die sich die Patientinnen und Patienten zurückziehen können oder auch laut sein dürfen. Die Stationen sollten kleiner und schöner werden und mit mehr Einzelzimmern bestückt sein. Ferner: mehr Psychotherapieangebote, Bürokratienabbau, besseres Essen und Küchen für gemeinsames Kochen sowie besser bezahlte Genesungsbegleiter.

In Hamburg war deutlich zu vernehmen: »Wir brauchen nicht mehr Kliniken und Betten, sondern Kliniken mit mehr Qualität«. Dazu würde gehören: mehr Investition in die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten und in die Pflege, mehr Balint-Gruppen, mehr Schallschutzmaßnahmen und eine bessere Bezahlung des Personals.

Für die Behandler in Konstanz wäre es wünschenswert, das Angebot auszubauen: mit »Supported Housing« (Wiedereingliederung ohne die üblichen Bedingungen), ein Freizeitangebot auf einem Bauernhof im Allgäu sowie die Einstellung von zusätzlichem Personal.

In Herne wurde die Zehn-Millionen-Euro-Frage noch nicht gestellt.

Liebe Leserin und lieber Leser, mal Hand aufs Herz: Das sind doch keine utopischen Wunschträume von verwirrten und unverbesserlichen Idealisten. Beziehungsaufbau und Kompromissbereitschaft bilden ganz offenbar den wesentlichen Gegenpol zur institutionellen Gewalt. Wenn alle genannten klinischen Konzepte im Dienst dieser psychiatrischen Aufgabe stehen, kann mit der Realisierung der obigen Wunschliste eine vergleichsweise zwangsfreie und gewaltfreie Psychiatrie gelingen.

Fordernde Fragen des Fachausschusses

Nach den Erfahrungen beim Besuch der sechs Good-Practice-Kliniken stellen sich dem Fachausschuss folgende fordernde Fragen:

- ▶ Warum werden in deutschen Psychiatriekliniken immer noch geschätzt 60.000 Menschen pro Jahr fixiert, ob-

wohl eine vergleichsweise zwangs- und gewaltfreie Psychiatrie möglich wäre?

- ▶ Warum werden immer noch einseitige und stereotype Erklärungsmythen vom »aggressiven Patienten« bemüht, statt endlich die Defizite und Hindernisse auf dem Weg zu einer vergleichsweise zwangs- und gewaltfreien Psychiatrie zu beseitigen? Die Klinikbesuche bestätigen die Expertenmeinung, dass vermeidbare klinisch-psychiatrische Zwangsmaßnahmen oberhalb der genannten quantitativen Vergleichsschwelle eher das Ergebnis fehlender oder mangelnder Konzepte zur Gewaltvermeidung sind.
- ▶ Warum wird die Mehrzahl der Akutstationen deutscher Psychiatriekliniken, trotz des Gegenteilbeweises, immer noch geschlossen geführt?
- ▶ Lange ist bekannt, dass die starre Kostenträgerstruktur die Bildung einer modernen, fließend ambulanten-stationären Psychiatrieversorgung verhindert. Warum werden nicht mehr flexible Finanzierungskonzepte wie das regionale Budget oder Modellvorhaben (§ 63 SGB V) implementiert?
- ▶ Warum gibt es immer mehr private Kliniken mit Qualitätsabbau, die ihr Geld lieber in die Renditeerwartungen der Anleger investieren, statt in die Reform ihrer Häuser? Der kapitalbedingte Qualitätsabbau muss gestoppt werden.
- ▶ Warum gelang es in den 50 Jahren seit der Psychiatrie-Enquete nicht, genügend Forschung zu initiieren, die die Fragen zur Zwangs- und Gewaltfreiheit befriedigend beantwortet? (Siehe dazu die vielen unbeantworteten Fragen in der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Gewalt [7])
- ▶ Warum wird das psychiatrische System staatlich so schlecht finanziert, obwohl genügend Geld vorhanden wäre? – Dem Staat entgehen wegen Steuerhinterziehung jährlich 123 Mrd. Euro (8). Es fehlen 15.000 Finanzbeamte (9). Der Staat zeigt aber kein Interesse, die Steuerhinterziehung einzudämmen (10). Mit diesem Geld könnten viele staatliche Reformvorhaben (Schul- und Kitausbau, Infrastrukturverbesserung, Digitalisierung und eben eine Psychia-

triereform) gleichzeitig finanziert werden.

- ▶ Warum werden die auch international realisierbaren Forderungen der UN-BRK nicht erfüllt?

Resümee

Die Klinikbesuche zeigten dem Fachausschuss: Eine vergleichsweise zwangs- und gewaltfreie Psychiatrie ist möglich. Sie muss jetzt gegen die Beharrungskräfte eingefordert werden. Der DGSP-Fachausschuss »Netzwerk: Psychiatrie ohne Gewalt« (NPOG) unterstützt alle Forderungen nach einer zweiten Psychiatrie-Enquete zur Psychiatriereform, die dieses Ziel verfolgt. Im Sinne der oben genannten DGSP-»denk-an-anstöße« möchte der Fachausschuss anregen, den Maßstab der vergleichswisen Zwangsfreiheit für die Forschung zu standardisieren. Der Fachausschuss wird weitere Ergebnisse der Klinikbesuche, die Plausibilität quantitativer und qualitativer Maßstäbe zur vergleichswisen Zwangs- und Gewaltfreiheit und die Forderungsliste zu ihrer Realisierung auf der DGSP-Jahrestagung 2024 »Fremde Nachbarschaften – Verbindende Begegnungen in der Sozialpsychiatrie« in Freiburg im Workshop 11 »No force first: Von der Vision zur praktischen Umsetzung« zur Diskussion stellen. ■

Autorin und Autoren

PD Dr. Stephan Debus, Hochschullehrer, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Leiter der FG »Simulation und Reduktion von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie« (SRZP)

Patrizia Di Tolla, Psychologin, Monitoring-Ausschuss UN-BRK, Berlin; DGSP-Vorstand

Hendrik Meyer, Psychologe, Mitarbeiter im Institut für Kultursemiotik, Wennigsen

Dr. med. Wassili Hinüber, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Vorstand der DGSP und RGSP, Sprecher des Fachausschusses »Netzwerk: Psychiatrie ohne Gewalt« (NPOG)

Literatur

- 1 Lang, U. (2013) Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Berlin: Springer
- 2 Polizeibericht Land Niedersachsen (2023) www.pd-h.polizei-nds.de/download/76800/Polizeiliche_Kriminalstatistik_2023.pdf (letzter Zugriff: 04.08.2024)

- 3 Tatsächlich erreicht nur eine von 31 Kliniken in Baden-Württemberg (BW) diese Vorrangstellung (Flammer, E.; Hirsch, S. et al. [2022] »Our Patients Are Different«: Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. In: *Frontiers in Psychiatry*, 13, Online-Journal: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.791333>; letzter Zugriff: 04.08.2024). Der Durchschnitt liegt in BW bei 67 (Range 3 bis 175) Zwangsmaßnahmen auf 1.000 Behandlungsfälle pro Jahr. Siehe: Flammer, E.; Steinert, T. (2019) Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. In: *Psychiatrische Praxis*, 46(2), 82–89
- 4 Zinkler, M.; Waibel, M. (2019) Auf Fixierung kann in der klinischen Praxis verzichtet werden – ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierung zurückgegriffen wird. In: *Psychiatrische Praxis*, 3, 2019 (suppl. 1), S6–S10
- 5 Qualitätsbericht, Fachabteilung Psychiatrie des St. Hedwig Krankenhauses: www.alexianer-berlin-hedwigkliniken.de
- 6 Qualitätsbericht, Krankenhaus Bethesda, Hamburg-Bergedorf: www.klinik-bergedorf.de
- 7 Debus, S. (2018) Über das verfügbare Wissen in der S3-Leitlinie zur »Verhinderung von Zwang«. In: *Soziale Psychiatrie*, 162(4), 31–34
- 8 Statista (2018) Murphy-Report Universität London: <https://de.statista.com/infografik/16785/hoehede-hinterzogenesteuern-in-den-eu-staaten/> (letzter Zugriff: 04.08.2024)
- 9 Bericht des Bundesrechnungshofes und der Deutschen Steuergewerkschaft (DSTG), der sich auf die Personalberechnung der Bundesländer beruft. Bericht in der Frankfurter Rundschau vom 1. Februar 2019. Siehe auch: www.dstg.de/aktuelles/news/wir-brauchen-dringend-mehr-personal/ und die Berichte zum zusätzlichen Personalbedarf in der Finanzverwaltung (Vollzeitstellen) der Landesverbände der DSTG: Niedersachsen (2020: N=1.393), Westfalen (2020: N=1.493), Baden-Württemberg (2021: N=1.167) etc.
- 10 Vgl. den Rücktritt der Staatsanwältin und Chefermittlerin Anne Brorhilker im Cum-Ex-Skandal und ihren Wechsel zur Bürgerbewegung »Finanzwende«.

Hinweis

Der DGSP-Fachausschuss »Netzwerk: Psychiatrie ohne Gewalt« (NPOG) entstand 2019 im Rahmen der Teilnahme an den Konsensusgesprächen der DGPPN-S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang.