

Maßnahmen zur Reduzierung von Fixierungen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus

Luc Turmes, Michael Kramer

Dr. med. Luc Turmes

Ärztlicher Direktor

LWL-Klinik Herten

Im Schlosspark 20

45699 Herten

02366/802-202

luc.turmes@wkp-lwl.org

Zusammenfassung

Diese Untersuchung fokussiert die Fixierpraxis in eines psychiatrischen Fachkrankenhaus. Dabei wird auf die Einführung einer neuen Fixieranordnung abgestellt, welche die Anordnung und Durchführung mechanischer Zwangsmaßnahmen als ultima ratio regelt. Es wird eine kritische Diskussion von Fixierungen in der Psychiatrie erarbeitet und ein neues Verfahren diskutiert, dessen Wirksamkeit statistisch überprüft wird. Dazu werden die Fixierraten von 11 Kliniken in der Allgemein- und der Gerontopsychiatrie an 10 Messzeitpunkten miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass im Unterschied zu anderen psychiatrischen Einrichtungen die Fixierungen in der betrachteten Klinik im relevanten Zeitraum signifikant zurückgehen.

Einleitung

Obwohl Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Alltag kein seltenes Ereignis darstellen, ist die wissenschaftliche Bearbeitung dieser Thematik eher zögerlich. Erst im März 2008 erfolgte die Publikation des deutschen „state of the art“ (1), die Entwicklung einer Leitlinie nach „Aggressives Verhalten“ der DGPPN ist in Arbeit. Aktuelle deutschsprachige Lehrbücher sowie die neue Facharztweiterbildung für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie benennen und bearbeiten diese Problematik nicht. Bemerkenswert ist ein Sonderheft der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“ aus 2007 (2) sowie die – bereits 1997 stattgefunden und vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte – Tagung „Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie“ (3) . Wichtig ist auch der erstmals 1992 in Stockholm, seit 2001 im 2 Jahresrhythmus stattfindende „European Congress on Violence in Clinical Psychiatry (zuletzt X/2007 in Amsterdam) sowie die „European Violence in Psychiatry Research Group“ (EVIPRG) mit über 40 Mitgliedern in 15 europäischen Staaten.

Politik (4) und Medien (5) reagieren mal nüchtern und sensibel, mal emotionsbetont und reißerisch auf fragliche Behandlungsfehler, Missstände oder Zwangsmaßnahmen in der stationären Psychiatrie; dies kann wiederum den Einsatz von Meinungsbildnern (6) erfordern, um einer entsprechenden diskriminierenden Berichterstattung entgegenzuwirken. Dabei sind die Rechtsgrundlagen für die Fixierung von Patienten in der stationären Psychiatrie in Deutschland klar und eindeutig: zum einen ist die Fixierung von Patienten eine Behandlungsmaßnahme im weitesten Sinn, zum anderen stellt sie gleichzeitig eine Einschränkung der Freiheitsrechte des Patienten dar. Sowohl im Grundgesetz (Artikel 1,2 Grundgesetz), als auch im Zivil- (§823 BGB) und Strafrecht (§239 StGB) ist die persönliche Freiheit des Menschen geschützt. Damit durch die Fixierung des Patienten keiner dieser Tatbestände erfüllt ist, muss ein Rechtfertigungsgrund vorliegen; im Rahmen der Krankenbehandlung kommen insbesondere die Einwilligung des Patienten, Notwehr oder ernsthafte Gefährdung des Patienten bzw. von Dritten in Betracht. Die Fixierung eines

Patienten muss bei der Behandlung in jedem Fall die ultima ratio darstellen. Zur Frage, wer eine Fixierung anordnen darf, hat z.B. das OLG Köln in einem Urteil (AZ.: 27 U 103/91) anschaulich ausgeführt, dass die Anordnung einer Fixierung im Interesse des Heilerfolges und der Sicherheit des Patienten durch den Arzt erfolgen darf. Die Fixierung muss dabei vor Beginn der Maßnahme schriftlich vom Arzt angeordnet werden und inhaltlich Name des Anordnenden, Anordnungsgrund, Art, Umfang sowie Dauer der Maßnahme enthalten. Das Krankenpflegepersonal darf eine Fixierung nur in Notfällen und bei besonderer Eilbedürftigkeit aufgrund einer akuten Gefährdungslage für den Patienten oder Dritte vornehmen. In diesem Fall ist sofort nach der Fixierung der Arzt zu informieren, der über eine weitere Fixierung zu entscheiden hat.

Die Angaben zur Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen in stationären psychiatrischen Einrichtungen sind uneinheitlich. Alle Arten von Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierung, zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka) finden bei ca 10% der stationär psychiatrisch behandelten Patienten statt (7-9), dabei ergeben sich beträchtliche Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Fixierungen variieren zwischen 2-24,7% der behandelten Patienten (10-15).

Vorgehen

Im Vorlauf der KTQ-Zertifizierung der LWL-Klinik Herten entwickelte sich die Idee einen Prozess der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen, insbesondere bei Fixierungen auf den Weg zu bringen. Deshalb sollte die für den LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen (11 allgemeinspsych. Kliniken, 3 Ki-Ju-Kliniken mit insgesamt 3.612 Betten, davon 607 Tagesklinikplätze) gültige Fixierungsanordnung sowie vor allem ihre im klinischen Alltag hausintern gelebte Realität einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. Im Sommer 2006 gründete sich eine entsprechende Arbeitsgruppe (Pflegedirektor, pflegerische

Stationsleitungen der allgemeinspsychiatrischen Intensivstation sowie der ebenfalls geschützten gerontopsychiatrischen Aufnahmestation, Oberärztin und Stationsärzte der genannten Stationen sowie Ärztlicher Direktor), die nach einem entsprechenden Literaturstudium (16-20) in einem ersten Schritt unter Struktur- Prozess- und Ergebniskriterien einen detaillierten „Leitfaden zur mechanischen Fixierung“ ausarbeitete. Dabei erwies sich die NICE-Guideline (18) als besonders hilfreich und wurde in zentralen Punkten übernommen.

In einem zweiten Schritt wurde die Ist-Situation bei Fixierungen erfasst, einer kritischen Überprüfung unterzogen und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Hier zeigten sich vier Aspekte, die ein Optimierungspotential erkennen ließen:

- Anordnung der Fixierung
- Dauer der Fixierung
- Vorgehen bei Fixierung von gerontopsychiatrischen Patienten
- Pflegerische Betreuung während der Fixierung

Anordnung der Fixierung

In der „Allgemeinen Rundverfügung für die Fixierung von Patienten und Patientinnen in den psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen–Lippe“ von Januar 1994 dürfen Fixierungen „nur vom zuständigen Arzt, in seiner Abwesenheit von einem anderen Arzt angeordnet werden. ... Von der Anordnung ist der bereichsleitende Arzt ... unverzüglich zu verständigen“. Sowohl unter den Aspekten Notwendigkeit des Facharztstandards bei einem Eingriff in die Grundrechte der Patienten, als auch juristische Absicherung der Assistenzärzte entschied die Arbeitsgruppe, dass nur die verantwortlichen Oberärzte eine Fixierung anordnen dürfen und mit ihrer Unterschrift auf dem Bogen „Ärztliche Fixierungsanordnung“ dokumentieren. Des Nachts und am Wochenende kann die Anordnung telephonisch erfolgen, die Unterschrift muss spätestens innerhalb von 24 Stunden nachgeholt werden.

Dauer der Fixierung

Die Rundverfügung des LWL gibt keine eindeutigen Zeitkriterien vor, sondern geht von der Prämisse „so lange wie nötig, so kurz wie möglich“ aus. Im klinischen Alltag entwickelte sich die Routine, dass pro Anordnung und Fixierungsbogen ein maximaler Zeitraum von 24 Stunden zur Verfügung stand. Die Diskussion der Fixierungsdauer in der Arbeitsgruppe führte zu der Überlegung, dass einerseits innerhalb von 6 Stunden ca 90 % der Fixierungsgründe sich erledigt haben dürften, und andererseits kürzere Überprüfungszeiträume zu einer Absenkung der Fixierungsdauer beitragen könnten. Dem gemäß wurde der Bogen „Ärztliche Fixierungsanordnung“ so konzipiert, dass nach 2 Stunden eine erste ärztliche Überprüfung erfolgt, und im Bedarfsfall eine Verlängerung der Fixierung für 2 Stunden und danach für weitere 2 Stunden durch Stationsarzt und Oberarzt schriftlich angeordnet werden kann. Nachdem im Januar 2007 die neuen Fixierungsleitlinien per Dienstanweisung in Kraft traten, ergab sich nach drei Wochen, dass die Dauer von 6 Stunden nicht ausreichte. So wurden z.B. Patienten nach 6 Stunden defixiert, erwachten dabei und die Situation eskalierte erneut. In Folge dessen wurde das erste Fixierungsintervall auf 6 Stunden erhöht.

Vorgehen bei Fixierung von gerontopsychiatrischen Patienten

Die Indikationen für Fixierungsmaßnahmen in der Gerontopsychiatrie unterscheiden sich in einigen Punkten von der Allgemeinpsychiatrie. Die Beratung in der Arbeitsgruppe erbrachte, dass es a) zum einen häufiger Patienten mit einer Störung im Tag-/Nacht- Rhythmus gibt. Um zur Ruhe zu kommen und einzuschlafen sind ein Bauchgurt und Bettgitter hilfreich. Als Voraussetzung legte die AG einen Beschluss nach Betreuungsrecht und die Einverständniserklärung des Betreuers fest. Die Fixierung muss zeitnah, d.h. bis eine halbe Stunde nach dem Einschlafen wieder gelöst werden, spätestens nach insgesamt zwei Stunden. Zum anderen können b) gerontopsychiatrische Patienten, die wegen einer motorischen Unruhe gangunsicher sind, zum eigenen Schutz vor Stürzen mit einem Bauchgurt sowie einem Bettgitter fixiert werden. Schlafen diese Patienten durch, gelten die

Weisungen wie bei a). Bei gangunsicheren Patienten, die c) häufiger nachts erwachen und versuchen aufzustehen, kann die Fixierung auch länger als zwei Stunden angeordnet werden, maximal die Zeit der Nachtruhe. Hier erfolgt eine viertelstündige Intensivüberwachung durch den Pflegedienst.

Pflegerische Betreuung während der Fixierung

Die Rundverfügung des LWL führt aus, dass „ ... für die Dauer der Fixierung der Patient durch das Pflegepersonal in besonderer Weise betreut werden muss, vorrangig durch Einrichtung einer Sitzwache. Wird die Durchführung einer Sitzwache ausnahmsweise für nicht erforderlich gehalten, ist dies ausführlich zu begründen und sind die alternativen Formen der Betreuung festzulegen...“. Um einerseits den Erfordernissen der letzten Novellierung des PsychKG's gerecht zu werden, und andererseits eine intrinsische Motivation beim Pflegedienst für kurze Fixierungszeiten zu unterstützen, legte die AG die Sitzwache als Standard bei Fixierungen fest. Die einzigen Ausnahmen stellen die Punkte a) bis c) in der Gerontopsychiatrie dar.

Methodik

Nach der vorbereitenden Arbeit und der Bekanntgabe sowie Implementierung der neuen Fixierstandards in der Klinik wurde der Erfolg der Maßnahme evaluiert. Neben der inhaltlichen Evaluation im ärztlichen Dienst (vgl. z.B. Erhöhung des ersten Fixierintervalls) wurde eine statistische Überprüfung der Wirksamkeit angestrebt.

Um eine quantitative Auswertung der Fixierraten vorzunehmen, wurden die Daten aus den 11 verschiedenen Erwachsenenpsychiatrien des LWL-PsychiatrieVerbunds Westfalen miteinander verglichen. Dazu sind die die Anzahl der fixierten Patienten, quartalsweise erhoben worden.

Dieser Untersuchung liegen die Daten der 10 Quartale 4/2005 bis 1/2008 zu Grunde. Da die Einrichtungen jedoch unterschiedlich groß und die absoluten Zahlen von Fixierungen somit nicht vergleichbar sind, ist zum klinikweiten Vergleich die Fixierungsquote pro Patient

ermittelt worden. Dies ist geschehen indem die Fixierungsraten durch die Patientenbelegung im jeweiligen Quartal geteilt wurde. Dadurch konnten für jede Einrichtung zwei Kennzahlen erhoben werden, welche an 10 Messzeitpunkten gültig waren:

Die Fixierungsquote in der Allgemeinpsychiatrie und die Fixierungsquote in der Gerontopsychiatrie.

Da in 2005 die Umwandlung der einzigen geschlossenen suchmedizinischen Station in eine offene Station für Doppeldiagnosen erfolgte, und seitdem in wenigen Ausnahmefällen suchtmedizinische Patienten auf der allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation fixiert werden, konnte für die Suchtmedizin keine Fixierungsquote ermittelt werden. Da sich diese Untersuchung mit den Fixierungen in der LWL-Klinik Herten beschäftigt, wurden dies Daten mit dem Durchschnitt der anderen 10 Kliniken verglichen. Dabei zeigte sich folgendes Bild:



Abbildung 1: Allgemeinpsychiatrie

Die Fixierungen in der LWL-Klinik Herten liegen an nahezu allen Messzeitpunkten unter dem Durchschnitt der anderen 10 Kliniken (vgl. Abbildungen 1 und 2). Eine durchgeführte, um den Zeitfaktor kontrollierte, Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Unterschied in der Allgemeinpsychiatrie ($F=11,085$; $p=.001^{**}$; $\eta^2 =.095$) und in der Gerontopsychiatrie ($F=5,260$; $p=.024^*$; $\eta^2 =.047$). Ein Einfluss der Zeit konnte nicht festgestellt werden ($F=.657/.008$; $p=.419/.928$).

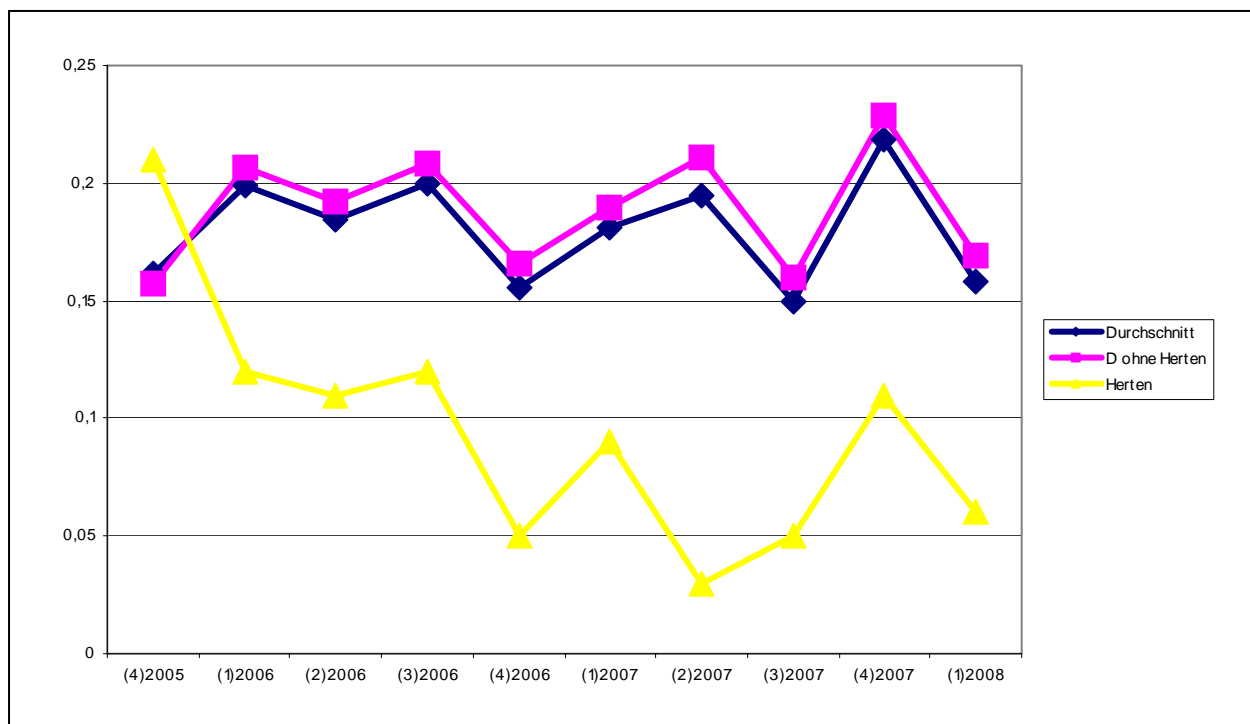


Abbildung 2: Gerontopsychiatrie

Im Weiteren geht es nun darum den Effekt der neuen Fixieranordnung zu bestimmen, welche am 01.01.2007 In Kraft getreten ist. Dazu werden nur die Fixierdaten der Klinik Herten genutzt.

Anzunehmen ist, dass ein eventueller Effekt zwischen dem 4. Quartal 2006 und dem 1. Quartal 2007, messbar sein muss. Dieser wurde mit einer zweiten Varianzanalyse überprüft und die Wirkung der geänderten Fixierrichtlinie sichtbar gemacht. Wird der gemeinsame Effekt beider Bereiche – Allgemein- und Gerontopsychiatrie - betrachtet, zeigt sich insgesamt

ein überzufälliger Effekt der neuen Anordnung ($F=5,679$; $p=.034^*$; $\eta^2 =.619$). Dabei wird deutlich, dass vor allem die Fixierungen in der Allgemeinpsychiatrie signifikant gesunken sind ($F=11,349$; $p=.01^*$; $\eta^2 =.587$). Die Fixierquote in der Gerontopsychiatrie ist bereits im Laufe des Jahres 2006 gesunken und scheinen sich auf einen niedrigeren Niveau einzupendeln. Ein signifikanter Einfluss der neuen Fixieranordnung lässt sich jedoch hier nicht feststellen ($F=3,619$; $p=.094$).

Die Anzahl der Fixierungen, welche in der Literatur beschrieben werden und zwischen 2 und 24,7% variierten, stellen sich in der LWL-Klinik folgendermaßen dar. In der Allgemeinpsychiatrie wurden vor der neuen Fixieranordnung 5,7 % und einmalig 3,4% der Patienten fixiert. Nach der Einführung sind es nur noch zwischen 4,3% und 2,6%. In der Gerontopsychiatrie lagen die Fixierungen vor der Einführung zwischen 5,2% und 21,3% und nach der geänderten Anordnung zwischen 2,7% und 10,5%.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Häufigkeit von Fixierungen in der LWL-Klinik Herten signifikant geringer ist als im Durchschnitt der anderen betrachteten Kliniken. Die Varianzaufklärung liegt bei 9,5% in der Allgemeinpsychiatrie und bei 4,7% in der Gerontopsychiatrie. Ebenfalls kann festgestellt werden, dass die neue Fixieranordnung die Anzahl von Fixierungen in der Allgemeinpsychiatrie noch weiter absinken lässt. Hier ergibt sich ein Effekt von ca. 58,7%. In der Gerontopsychiatrie zeigt die neue Fixieranordnung diese Wirkung nicht.

Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die methodischen Auswertungen auf sehr kleinen Zahlen beruhen. Diese sind zum einen die 10 Messzeitpunkte, die einen Langzeiteffekt nicht deutlich sichern können und zum anderen die geringe Grundgesamtheit fixierter Patienten. Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht diesen Tatbestand:

Quartal	Bereich	Belegung	Fixierungen
4/2005	Allgemeinpsychiatrie	332,5	19
	Gerontopsychiatrie	121,5	26
1/2006	Allgemeinpsychiatrie	343,0	19
	Gerontopsychiatrie	121,0	14
2/2006	Allgemeinpsychiatrie	355,0	12
	Gerontopsychiatrie	151,0	17
3/2006	Allgemeinpsychiatrie	369,0	20
	Gerontopsychiatrie	134,0	16
4/2006	Allgemeinpsychiatrie	330,0	18
	Gerontopsychiatrie	134,0	7
1/2007	Allgemeinpsychiatrie	380,0	12
	Gerontopsychiatrie	135,0	12
2/2007	Allgemeinpsychiatrie	374,5	10
	Gerontopsychiatrie	144,0	4
3/2007	Allgemeinpsychiatrie	371,0	16
	Gerontopsychiatrie	128,0	6
4/2007	Allgemeinpsychiatrie	381,0	14
	Gerontopsychiatrie	133,0	14
1/2008	Allgemeinpsychiatrie	348,0	9
	Gerontopsychiatrie	154,0	10

Trotz dieser methodischen Einschränkungen, kann jedoch an der oben dargestellten Einschätzung festgehalten werden.

Diskussion

Es kann aufgezeigt werden, dass die Neufassung der Fixieranordnung in der LWL-Klinik Herten zu einer deutlichen Reduktion der Fixierungen geführt hat. Dabei ist anzunehmen, dass die konkreteren Kriterien und das differenzierte Vorgehen bei Fixierungen, wie z.B. erstes Fixierintervall 6 Stunden, danach eine maximale Verlängerung von 2x 2 Stunden, den größten Einfluss gehabt haben. Ebenfalls ist die sofortige, meist schriftliche Anordnung durch den verantwortlichen Oberarzt ein Standard, welcher sich für eine qualifizierte Indikation der Fixierungen verbürgt. Die Indikation zur Fixierung erfolgt dadurch, dass im Regelfall ein

intensiver Austausch über die Notwendigkeit der Fixierung zwischen dem Pflorgeteam, Stationsarzt und Oberarzt erfolgt. Dieser systematisch eingeleitete Diskussionsprozess unter fachärztlicher Anleitung führt dazu, dass vor der Durchführung der Maßnahmen „Fixierung“ eine professionelle Abwägung der juristischen Rechtfertigungsgründe und der Indikation als *ultima ratio* erfolgt. Auch die konsequente Verzahnung zwischen Fixierung und pflegerischer Einzelbetreuung i.S.e. Sitzwache, und – bei knappen Personalressourcen - die damit einhergehende Motivation des Pflegedienstes auf nicht durchzuführende bzw. notwendige kurze Fixierungen zu achten, hat sich bewährt.

Die quantitative Auswertung der Fixierungen in der LWL-Klinik Herten untermauern diesen Eindruck. Die Absenkung der durchschnittlichen Fixierraten nach dem 01.01.2007 von nahezu 60% in der Allgemeinpsychiatrie sprechen hier für sich. Interessant ist ebenfalls, dass die Daten der Allgemeinpsychiatrie und vor allem der Gerontopsychiatrie darauf hinweisen, dass durch die Implementierung der Arbeitsgruppe und die damit erfolgte Sensibilisierung bereits eine Senkung der Fixierraten eingetreten ist. Dies ist im 2. Quartal 2006 in der Allgemeinpsychiatrie und ab dem 4.Quartal 2006 – nach Aushändigung der neuen Anordnung - in der Gerontopsychiatrie deutlich zu erkennen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass in der LWL-Klinik Herten immer schon vergleichsweise wenig fixiert wurde. Nach Einführung der neuen Dienstanweisung erfolgen Fixierungen nur dann, wenn keine Behandlungsalternative vorliegt. Sie sind das letzte Mittel in einer besonderen psychiatrischen Notfallsituation, deren Häufigkeit und Dauer es weiter zu minimieren gilt.

Literatur

1. *Steiner T, Bergk J.* Aggressives und gewalttätiges Verhalten. Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt* 2008; 79:359-370
2. *Kallert TW. (Hrsg.)* Zwangsmaßnahmen im Rahmen der psychiatrischen Behandlung. *Psychiat Prax* 2007; 34: S179 - S240
3. *Kebbel J, Pörksen N, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.)* Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie. Tagungsbericht. Köln: Rheinland-Verlag, 1998
4. *Pilz S und FreundInnen (Grüne)* Dringliche Anfrage an die Stadträtin für Gesundheit und Soziales betreffend alarmierende Mangelsituation in der stationären Psychiatrie im Wiener Krankenanstaltenverbund. Sitzung des Wiener Gemeinderats am 24.01.2008
5. *Radio Wien* Psychiatrie im Zwielficht: Eine Chronologie – Pflegerin brachte Stein ins Rollen. www.wien.orf.at vom 24.03.2008
6. *Kasper S* Die Psychiatrie wird diskriminiert – Gastkommentar. *Wiener Zeitung* vom 11.02.2008
7. *Steinert T, Kuster W, Hager H, Spaemann C, Fox S, Bohnet U, Pape M, Hess I.* Häufigkeit und Dauer von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. *Nervenheilkunde* 2001; 20, Suppl 3: S154-155
8. *Martin V, Kuster W, Baur M, Bohnet U, Hermelink G, Knopp M, Kronstorfer R, Martinez-Funk B, Roser M, Voigtlander W, Brandecker R, Steinert T.* Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und –verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiat Prax* 2007; 34:26-33
9. *Fritz U, Mack B, Rave-Schwank M.* Gewalt in der Psychiatrie: Evaluation der Fixierunsdokumentation in einem psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat Prax* 1991; 18:162-166
10. *Hirsch RD, Worthmüller M, Schneider HK.* Fixierungen: „Zu viel, zu häufig und im Grunde vermeidbar. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie* 1992; 1:127-135

11. *Steinert T, Hackenbruch N, Faust V.* Anlässe von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat Prax* 1993; 20:8-11
12. *Bastiaan P, Debus S, Haltenhoff H.* Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 1998; 25:231-234
13. *Klinitz H, Uhlemann H, Fähndrich E.* Fixieren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierungen in einer allgemeinspsychiatrischen Abteilung. *Psychiat Prax* 1998; 25: 235-239
14. *Ketelsen R, Zechert C, Klinitz H, Rauwald C.* Entwicklung eines Kooperationsmodells zwischen drei psychiatrischen Kliniken mit dem Ziel der Qualitätssicherung bei Zwangsmaßnahmen am Beispiel der Fixierungsdokumentation. *Psychiat Prax* 2001; 28:69-74
15. *Department of Health and Welsh Office .*Government Guidance. Code of Practice Mental Health Act 1983. London: The Stationary Office, 1999
16. *Zwangsmaßnahmen in der Medizin.* Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Schweiz Ärztezg 2004; 84: 2707-2714
17. *National Institute for Clinical Excellence, Clinical Practice Guidelines for Violence.* The short-term Management of Disturbed/Violent Behaviour in Psychiatric In-patient Settings and Emergency Departments. February 2005
18. *Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Nawka P, Torres-González F, Priebe S, Kjellin L.* The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry* 2005; 4: 168-172
19. *Anderl-Dollwa B, Breitmaier J, Elsner S, Kunz-Sommer B, Winkler I.* Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen. *Psyc Pflege* 2005; 11: 100-102