

Auf der Suche nach Alternativen zu Zwangsmaßnahmen

In Nordrhein-Westfalen befragen Peers Psychiatrieerfahrene, was ihrer Meinung nach Gewalt auf Stationen vermeiden helfen könnte.

Von Tom Klein

► »He, super, das ist ein echt sinnvolles Projekt!«, dachte ich und wohl auch die anderen anwesenden Peers, als Ulrich Krüger und Linda Mische die Interviewaktion »Zwang und Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem in Nordrhein-Westfalen« vergangenen Dezember in Mönchengladbach vorstellten. Mehrere Peers, meist ausgebildete Genesungsbegleiter, sollten ehemalige Patienten und Klientinnen dazu befragen, wie sie selbst erlebte Gewaltsituationen empfanden, sie heute bewerten, und wie sie sich im Nachgang Alternativen zu den von ihnen benannten Situationen vorstellen würden.

Darauf hatten wir lange gewartet. Warum war darauf vorher noch keiner gekommen?

Ernüchternd war allerdings die sich rasch einstellende Erkenntnis, dass es gar nicht so einfach ist, Interviewpartner zu finden.

Wir verfassten Aushänge für Stationen, für ambulante Einrichtungen und Dienste und baten auch Mitarbeiter, Menschen anzusprechen, von denen sie wissen, dass sie schon einmal mit Gewalterfahrungen im psychiatrischen Bereich konfrontiert waren. Doch die Resonanz aus all diesen Einrichtungen ist bisher gering.

Da ich selbst als Bezugsbetreuer im Betreuten Wohnen (BeWo) sowie als Genesungsbegleiter gearbeitet habe, fiel es mir von Beginn an recht leicht, Menschen für ein Interview zu gewinnen. Meine Projekt-Kolleginnen, die entweder ausschließlich in der Selbsthilfe umtriebig sind oder vergleichsweise wenig Klienten begleiten, haben hier einen schwereren Stand.

Nun ist es für eine aussagekräftige Untersuchung nicht unerheblich, eine gewisse Anzahl von Äußerungen Psychiatrieerfahrender zum Thema zu sammeln. Welche Gründe für die Zurückhaltung gab es? Um dies zu erfahren, bat ich die Mitarbeitenden in den Einrichtungen, einmal nachzuhaken. Es wurden unisono seitens der Psychiatrieerfahrenen zwei Argumente benannt. Das erste lautet: »Ich will mich nicht damit beschäftigen, weil mich diese negativen Erinnerungen nur aufwühlen.« Das zweite wird etwa wie folgt formuliert: »Ich habe Angst, dass das Interview doch nicht anonym behandelt wird und mein Name im Zusammenhang mit dem Erlebten vielleicht einem Klinikarzt oder einer Mitarbeiterin des BeWo zu Ohren kommt, was für mich Repressalien nach sich ziehen könnte.«

Bei den meisten Menschen, die sich zu einem Interview bereit erklärten, waren die Gewalterfahrungen schon länger her. Sie hatten eigenen Aussagen zufolge drei bis fünf Jahre mit niemandem über ihre Erfahrungen gesprochen. Begründet wird dies stets mit Scham und Selbststigmatisierung, die durch das Erlebte ausgelöst wurden.

Nur eine Klientin berichtete von negativen Erfahrungen im ambulanten Psychiatriebereich, alle andere haben Gewalt auf Klinikstationen erfahren.

Worum es den behandelten Menschen geht

Aus den bisher einem Dutzend Interviews, die ich seit Dezember 2017 habe machen können, kann man noch keine handfesten Ergebnisse ableiten, aber doch schon wichtige Fragen und Erfahrungen erkennen. Jedes dieser Statements tauchte in mindestens drei von zwölf Fällen auf:

»Warum wird Fixierung und Zwangsmedikation angewendet, ohne zuvor andere Möglichkeiten der Schlichtung zu nutzen?«

»Formale Kriterien sind in der Klinik bedeutsamer als meine akute psychische Notsituation. Das musste ich leider immer wieder erleben.«

»Verbergen sich hinter der One-fits-all-Praxis der Klinikangebote allein wirtschaftliche Notwendigkeiten? Oder ist das System gar nicht auf Gesundung der Patienten ausgerichtet, sondern auf Selbsterhalt?«

»Weshalb werden stark mit Nebenwirkungen behaftete Psychopharmaka verordnet – oft in zu hoher Dosierung? Warum wird mir nicht gestattet, nur eine freiwillige Bedarfsmedikation einzunehmen, aber mit Entlassung aus der Klinik gedroht, sofern ich nicht einnehme, was mir verordnet wird?«

»Warum nimmt die zuständige Klinik mich nicht auf, obwohl ich suizidal bin? Sind eine Telefondiagnose und der Verweis auf »Überbelegung« fundiertere Diagnosen als mein »Druckgefühl?«

Deutlich wird hier, dass neben der offensichtlichen Gewalt, der Zwangsmaßnahme und Zwangsbehandlung noch weitere Missstände vorliegen, die Aufmerksamkeit verdienen. Insbesondere mangelnde oder falsche Unterstützung wäre hier zu thematisieren.

Bild: Werner Krüger



Tom Klein

Beispiele von Zwangsbehandlung

Als beispielhaft für ein nicht allein kommunikativ defizitäres Verhalten seitens des Klinikpersonals steht eine Interviewte mit der Diagnose manisch-depressiv, die vor einigen Jahren von ihren Eltern an einem Wochenende in eine psychiatrische Klinik gebracht wurde. Sie kann sich heute nicht daran erinnern, wie es zur Fixierung kam, doch fand sie sich des Abends festgeschallt auf einer Liege wieder und spürte starken Blasendruck. Sie sprach die beiden Pfleger an, die sich hinter einer mit einer Jalousie versehenen Glaswand im Dienstraum befanden. Der eine, auf einem Stuhl sitzend und die Füße auf dem Tisch gekreuzt, der andere mit baumelnden Beinen auf dem Tisch hockend, unterhielten sich angeregt und lachten häufig, indem sie auf ihre Patientin blickten. Nachdem ihre Ansprache unbeachtet blieb, rief die Patientin laut, sie müsse zur Toilette. Daraufhin schloss einer der Pfleger die Lamellen der Jalousie, ohne weiter auf sie zu reagieren.

Der Frau blieb nichts anderes übrig, als sich während der Nacht in ihre Hose zu »erleichtern«.

Gegen Morgen kamen die Pfleger zu ihr in den Raum und entdeckten auf dem Boden unter ihr eine Pflanze Urin. Sie gaben sich angeekelt und verurteilten ihre »Tat« mit abfälligen Bemerkungen. Einer der Pfleger riss laut Angabe der Frau die Bettdecke von ihrem Körper, warf sie zu Boden und wischte demonstrativ mit dem Schuh über das Urin, bevor er die Decke in eine Ecke trat und sie dort liegen ließ.

Eine andere Frau suchte in psychotischem Zustand freiwillig eine Klinik auf. Dort sollte sie ein Medikament einnehmen, welches sie verweigerte, aus psychotisch begründeter Angst, man wolle sie sedieren, um sich an ihr zu vergehen. Daraufhin führte sie ein Pfleger mit der Aussage, der Stationsarzt wolle sie begutachten, in einen separaten Raum. Dort wurde ihr von eben jenem Arzt ohne weitere Erklärung eine Spritze gesetzt, während der Pfleger sie festhielt. Aufgebracht und irritiert über diese Behandlung, wurde genau jene abwegig erscheinende Fantasie des drohenden Missbrauchs genährt. Bis die sedierende Wirkung des Mittels einsetzte, befand sie sich in »einem Zustand, ähnlich dem von Todesangst«, ein Zustand, der sich in den zwei Tagen, nachdem sie wieder erwacht war, fortsetzte. Beim Personal fand die Patientin im Nachgang trotz ihres Insistierens niemandem, der mit ihr über den geschilderten Vorfall sprechen wollte.

Zentral: Fehlende Kommunikation

Eine zentrale Frage wird von elf der zwölf Interviewten mit fast identischer Formulierung gestellt: »Warum wird nicht mit uns geredet?« Fixierung und Zwangsmedikation gehen oft einher mit mangelnder oder mangelhafter Kommunikation. Manchen Patienten wird verschwiegen, dass eine Zwangsmedikation ansteht, andere werden in ihrer Manie oder in ihrem Wahn nicht über die von außen gesehene Notwendigkeit aufgeklärt, sie mit einem Mittel zu sedieren. Es wird häufig schlichtweg nicht die Kommunikations- und Erlebensebene erkannt, auf welcher sich die einzelnen Menschen in akuten Krisenphasen bewegen – ein Umstand, der nicht unbedingt und ausschließlich dem ärztlichen und pflegerischen

Personal angelastet werden kann. Vielleicht ist es kein Zufall, dass verkürzte Aufenthaltszeiten bei akuten Krisen dazu führen, Menschen bezüglich der vorgeschlagenen Medikation stärker unter Druck zu setzen? Schließlich steht das Fachpersonal selbst unter einem gewissen Erfolgsdruck. Welcher Pfleger, welche Pflegerin möchte zudem auf eine »ruhige Station« verzichten?

Das Projekt

Das Interviewprojekt »Zwang und Zwangsvermeidung im psychiatrischen Hilfesystem in Nordrhein-Westfalen« wurde Ende 2017 von dem Bündnis Aktion psychisch Kranker (ApK) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GVP) initiiert. Die Interviewten, ehemalige Klienten und Patientinnen, sollten aus NRW stammen oder hier behandelt worden sein. Die ausschließlich von Peers gemachten Befragungen werden noch bis Ende Mai 2019 geführt. Wer sich als Interviewpartner zur Verfügung stellen möchte, kann sich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. unter der Telefonnummer 0228 9091668 melden.

Der standardisierte Fragebogen hat drei Teile. Es wird zunächst darum gebeten, das Vorabgeschehen zu beschreiben, dann die Gewalterfahrung selbst und schließlich das, was im Nachgang dieser Situation aus ihr erwuchs. Im zweiten Schritt folgt eine persönliche Bewertung des Gesamtgeschehens. Der Leitgedanke der Befragung eröffnet sich dann im dritten Schritt des Interviews, in dem die Psychiatererfahrenen nach Alternativen befragt werden, die sie von heute aus gesehen als Möglichkeit erkennen, Zwangssituationen bzw. den Einsatz von Gewalt zu vermeiden. Zentrale Fragen sind hier: Wer hätte im Vorfeld etwas anders machen sollen? Welches Verhalten von Mitarbeitern, Polizisten, Verwandten oder anderen Beteiligten hätte deeskalierend wirken können? Welche Angebote, welche Atmosphäre, welche Art des Vorgehens wären vielleicht hilfreich gewesen? ◀

Schließlich ist der alltägliche Stress gerade auf geschlossenen Stationen schon groß genug und personelle Unterbesetzung nicht selten.

Allerdings stoßen wir hier auch auf die Frage der Haltung. Genießen Patienten – auch und gerade in Akutsituationen – dieselben Rechte wie ich selbst und meine Kolleginnen? Das wäre eine Frage, die sich mehr Mitarbeitende stellen sollten.

Meiner Ansicht nach kann sich im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen nur etwas verbessern, wenn im System Klinik gewisse Voraussetzungen geschaffen werden: flachere Hierarchien und patientenzentrierte Schulungsmaßnahmen.

Übersetzer wären leicht zu finden

Wenn meine Interviewpartnerinnen und -partner auf die Alternativen zu sprechen kommen, die Gewalt und Zwang vielleicht verhindert hätten, lauten die Antworten zumeist: »Die Pfleger und Pflegerinnen müssen entlastet werden. Doppelschichten und Überstunden sind kontraproduktiv für die Zielsetzung, eine Gesundung der Patienten zu fördern«, und: »Das Personal muss auf andere Weise geschult werden. Neben der sicherlich berechtigten Betonung auf die eigene Sicherheit müssen parallel Wohl und Würde des Patienten gewährleistet sein«.

Da es offenbar zwei Sprachen in der Akutpsychiatrie gibt, nämlich die der Helfer und die der Menschen in Krisen, warum bemüht man sich dann nicht um »Übersetzer«, um Menschen, die mit der Erlebens- und Kommunikationsebene in psychischen Krisen vertraut sind, weil sie als Angehörige oder selbst ähnliche Erfahrungen gemacht haben? Dieser Lösungsansatz für eine Reduktion traumatisierender Gewalterfahrungen von Menschen in psychischer Not wäre verhältnismäßig leicht, vergleichsweise kostengünstig und bald auf den Weg gebracht: Stellt endlich geschulte Genesungsbegleiterinnen und -begleiter ein und integriert sie gleichberechtigt neben der Pflege in eure Teams! ◀

Tom Klein arbeitete nach dem Studium der Sozialarbeit in den Bereichen Jugend- und Drogenhilfe, bevor er, bedingt durch zwei depressive Lebenskrisen, den Beruf zunächst aufgab. Heute ist er halbtags bei der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft in Viersen tätig und leitet deutschlandweit EX-IN-Kurse.