

## Dokumentation zum dialogischen Fachtag

# Gewaltarme Psychiatrie in Kiel – Was können wir tun?

- Der Fachtag fand am **Donnerstag, den 30. November 2017** von 13-17 Uhr in den Räumen des Paritätischen-SH in Kiel statt.
- Organisiert und durchgeführt wurde die Veranstaltung gemeinsam vom Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP Kiel), dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein (LPE-SH) und dem KIELER FENSTER.
- Ca. 100 Menschen (Betroffene, Angehörige und Profis) haben an der Veranstaltung teilgenommen.
- Die Wortbeiträge und die Ergebnisse aus den Kleingruppen werden im Folgenden dokumentiert:

### **Begrüßung und einleitende Worte durch Frank Dähling**

Mein Name ist Frank Dähling, ich arbeite beim KIELER FENSTER und leite dort die Sozialtherapeutischen Wohngruppen.

Anlass für die gemeinsame Vorbereitung dieser Veranstaltung war der tragische Tod eines noch recht jungen Bewohners der Wohngruppen des KIELER FENSTER im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung im Januar diesen Jahres. Nach diesem plötzlichen Tod war die Trauer und Bestürzung bei den Angehörigen, MitbewohnerInnen und den MitarbeiterInnen des KIELER FENSTER ebenso groß wie bei den Ärzten und dem Pflorgeteam des ZIP.

Wir vom KIELER FENSTER haben mit unseren drängenden Fragen das Gespräch mit den Vertretern des ZIP gesucht und sind auf große Bereitschaft gestoßen. Haben gemeinsam überlegt wie das passieren konnte und was man auf allen Seiten hätte anders/besser machen können. Da der Bewohner nicht freiwillig in der Klinik war und auch über Tage fixiert wurde, haben wir auch über Zwangsmaßnahmen in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen gesprochen. Es entstand der Wunsch, sich gemeinsam mit dem Thema Zwang und Gewalt in der Psychiatrie zu beschäftigen und diese heutige Veranstaltung zu diesem Thema vorzubereiten. Wir konnten den Landesverband für Psychiatrieerfahrene als aktiven Mitveranstalter gewinnen. Ziel dieser Veranstaltung ist es, in einem dialogischen Format, also mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Profis über dieses schwierige Thema ins Gespräch zu

kommen. Erfahrungen auszutauschen, einander zuzuhören und gemeinsamen Ideen für eine Veränderung der Situation zu entwickeln.

Psychiatrische Behandlung und Betreuung wird vermutlich nie ganz ohne Zwangsmaßnahmen auskommen. Aber alle die im psychiatrischen Feld tätig sind sollten fortwährend daran arbeiten, Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung und Betreuung auf ein absolutes Mindestmaß zu reduzieren. Seit der Psychiatrie-Enquete in den 70ziger Jahren hat es viele Fortschritte gegeben. Die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden wesentlich verbessert. Trotzdem ist aus meiner Sicht noch viel „Luft nach oben“.

In Deutschland gibt es ca. 450 psychiatrische Kliniken. Untersuchungen zu Folge kommen Zwangsmaßnahmen in den verschiedenen Kliniken sehr unterschiedlich häufig vor. Dies hat augenscheinlich mehr mit den Strukturen der Kliniken (Räumlichkeiten, Konzept, Personalsituation) und den Strukturen des Sozialraums für den die Klinik zuständig ist zu tun, als mit der Struktur der behandlungsbedürftigen Patienten.

Ca. 20 dieser Kliniken arbeiten, trotz Versorgungsverpflichtung mit offenen Türen. Nach einer Untersuchung von 2014 hat die Öffnung von psychiatrischen Stationen interessante „Nebenwirkungen“:

- die Anzahl von Suizid- und Gewalthandlungen ist in diesen Stationen geringer
- aus offenen psychiatrischen Stationen entweichen der Untersuchung zu Folge weniger Patienten
- die Compliance erhöhte sich, dass heißt u.a. weniger Patienten verweigerten eine notwendige Medikation
- die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung war höher
- und die in der Klinik begonnene Behandlung wurde mit einer höheren Wahrscheinlichkeit nach Entlassung fortgesetzt
- und natürlich waren die Patienten bei einer erneuten Krise eher bereit, freiwillig in die psychiatrische Klinik zurückzukehren.

Das Öffnen psychiatrischer Kliniken ist zugegebener Maßen ein schwieriger Schritt, der nur mit viel Mut und gegen viele Widerstände durchzusetzen ist, aber ... man wird doch mal träumen dürfen. Ich bin gespannt auf die folgenden Kurzvorträge und auf den anschließenden Austausch in den Kleingruppen.

## **Statement der Psychiatrieerfahrenen Hanna**

Mein Name ist Hanna.

Bitte entschuldigen Sie, dass ich nicht persönlich hier sprechen kann, aber diese Jahreszeit hat für mich naturgemäß schon viel anstrengendes, und da ich inzwischen gelernt habe für mich zu sorgen, müssen Sie leider so mit mir vorlieb nehmen.

Ein wichtiger Grund, weshalb ich mich entschieden habe, von meinen Erfahrungen zu erzählen, ist der, dass viele sich nicht trauen ihre Geschichte zu erzählen, aus Angst vor Repressalien, im Fall einer erneuten Behandlung in einer der genannten Psychiatrien, nachdem Sie ihre Kritik geäußert haben.

Ich teile diese Sorge nicht, denn das würde bedeuten, das Personal in den Kliniken würde aus reiner Boshaftigkeit heraus agieren, was nicht meine Annahme ist. Vielmehr gehe ich davon aus, dass die äußeren Rahmenbedingungen, urmenschliche Verhaltensweisen zu Tage führt, und keine Zeit besteht sich damit auseinander zu setzen, zu Reflektieren. Doch nun zu meinen Erfahrungen: Ich kenne Psychiatrien in Hamburg, Bremen, Kiel und Heiligenhafen. In Hamburg das UKE, und Ochsenzoll (Klinikum Nord), in Bremen, das Klinikum Ost, und die Ameos Klinik, in Kiel das ZIP, und die Psychiatrie in Heiligenhafen. Ich beziehe mich im Folgenden auf die Akut-Stationen, mit Versorgungsauftrag, daher fällt die Ameos-Klinik in Bremen hier raus.

Meine Grundhaltung den dort arbeitenden Menschen gegenüber, ist erst einmal, dass ich denke, ein jede/r hat angefangen dort zu arbeiten, um Menschen zu helfen. Doch stellt dieser Arbeitsplatz, insbesondere auf geschlossenen Stationen, eine hohe Anforderung an das Personal sich mit den ureigenen, menschlichen Abgründen auseinander zu setzen, die da in erster Linie wär: der "Macht-Rausch", der entsteht, wenn ein Mensch einem anderen völlig ausgeliefert ist. Meiner Meinung nach stellt das immer eine riskante Situation dar, und birgt, ganz besonders zusammen mit unvorteilhaften äußeren Umständen, ein großes Gefahrenpotential für alle Beteiligten, die ein hohes Maß an Selbstreflektion erfordert, welche wiederum sehr viel Zeit kostet, und da liegt m.E. der gravierendste casus Knacktus.

Da wir hier in Kiel sind, und das ZIP ebenfalls in diesem Seminar vertreten ist, möchte ich meine Sicht, mit meiner Geschichte, meinen Erfahrungen dort unterlegen:

Das ZIP lernte mich vor ca. 5 Jahren in einem sehr schlechten Zustand kennen, und es ist keine Frage, dass es des Öfteren keine andere Möglichkeit gab, mich zu schützen ohne Gewalt, sprich mich zu fixieren. Doch noch vor 5 Jahren hatte ich dort eine Bezugspflegerin, die mir mit sehr viel Herzlichkeit, und Mitgefühl begegnet ist, dabei darauf bedacht war mir wieder auf die Beine zu helfen, und ich somit auch voll und ganz verstehen konnte, was mit mir passierte, und auch warum man was mit mir machte. Doch mit der Zeit passierte irgendetwas mit dem Personal, was außerhalb meiner Kenntnis liegt, wahrnehmen konnte ich eine massive Gestresstheit, Personal das nach und nach die Station verließ, die Stimmung, die immer schlechter wurde,

und Spitzen, die das Personal Patienten gegenüber, über Kollegen fallen ließen. Dennoch lernte ich mit den Jahren, mit anderer Hilfe, immer mehr mir selber aus den Krisen zu helfen, doch das ZIP ging diese Entwicklung nicht mit.

Sehr schnell war der Punkt erreicht, an dem ich lediglich sagen brauchte, mir geht es nicht gut, kann ich den mir verordneten Bedarf bekommen, und schon lag ich in der Fixierung, was für mich im Umkehrschluss bedeutete, mich nicht mehr ans Personal zu wenden, lediglich den Rahmen der Station zu nutzen, denn Zeit und Muse mich zu unterstützen gab es nicht mehr, nicht einmal mehr zu fragen, ob ich mir selber helfen könne, mit einer Fixierung war das evtl.e Problem am schnellste erledigt. Wenn ich freiwillig ins ZIP ging, einfach um ein wenig zu Atem zu kommen, war die erste Frage im Aufnahmegespräch nicht, was der Grund für meinen Aufenthalt sei, sondern warum ich meine gesetzliche Betreuung weggeschickt hätte, sie bräuchten einen Beschluss, sie würden mich ja kennen, man kannte mich schon lange nicht mehr. Meine gesetzliche Betreuerin bat ich zu der Zeit, dem ZIP keine Blankovollmacht auszustellen, doch ihre Antwort war, dass sie dann jedoch dran wäre, wenn doch etwas passieren würde, und sie nicht zugestimmt hätte, auch hier besteht Veränderungsbedarf, aber das ist ein anderes Thema.

Bei einem meiner letzten Aufenthalte, hatte ich mit der diensthabenden Ärztin abgesprochen auf einer offenen Station zu bleiben, doch dann kam meine Bezugsschwester, zu der ich zu Beginn so viel Vertrauen hatte, in das Zimmer, schickte die andere Klientin raus, und sagte zu mir: Sie glauben doch nicht, dass wir eine Frau ..., auf der offenen Station lassen, sie haben jetzt die Möglichkeit freiwillig mit zu kommen, anderenfalls stehen schon fünf Leute mit Handschuhen vor der Tür. Es bestand kein Anlass für dieses Handeln. Für mich war das ein ganz, ganz schlimmer Moment, denn ich war völlig hilflos, und ausgeliefert, bedroht, und wurde von nun sechs Personen, fünf davon mit Handschuhen abgeführt, vorbei am schon bereitstehendem Fixbett, auf die Geschlossene.

Grundsätzlich möchte ich sagen, sollte eine Fixierung das letzte Mittel sein, um Schaden abzuwenden, denn alles andere ist kontraproduktiv, gerade bei psychisch Kranken, sehr oft wird Verantwortung abgegeben, und die Situation nur verschärft, des Weiteren diese allseitsbekannten Kettenreaktionen, einer wird fixiert, und eine halbe Stunde später noch zick andere, wie es bei Selbstverletzungen ja auch ein bekanntes Phänomen ist. Des Weiteren habe ich vom Personal im Zip sehr unterschiedliche Umgangsweisen bzgl der Fixierungen erlebt, eine Pflegerin, die mir in der Fixierung sagte, ich könne dem Richter eh sagen was ich wolle, nur sie würde entscheiden, wie es mit mir weitergeht, denn auch die diensthabenden Ärztin würde nur das machen, was sie ihr sage. --- warum braucht ein Mensch so eine Macht, frage ich sie? Und im Gegensatz dazu, einen Pfleger der mit Tränen in den Augen vor mir saß, und meinte, er hätte keine Wahl, er müsse mich fixieren, auch wenn er da jetzt absolut nicht hinter stehen würde, dazu muss gesagt werden, dass es im ZIP, auf der P6, noch vor zwei Jahren ein Handlungsanweisungs-Plan gab, in dem vorgegeben

war, wie vorzugehen sei, wenn dies und jenes eintritt, Spielraum hat das Personal keines. Meiner Meinung nach wird im ZIP inflationär fixiert.

Menschen, Pflegepersonal trifft auf geschlossenen Stationen auf Menschen, die ihnen im Fall der Fälle ausgeliefert sind, wenn in dieser Situation der Drang besteht etwas zu kompensieren, abzureagieren, dann wird das verheerend. Was meiner Meinung nach bedeutet, in erster Linie muss es darum gehen, dort Menschen arbeiten zu lassen, die so etwas nicht nötig haben, weil die äußeren Gegebenheiten das nicht erzwingen, und sie auch ansonsten nichts abreagieren müssen.

Um nun noch einen Bogen zu den anderen Psychiatrien zu schlagen: kann ich sagen, je schwerer die Fälle auf den Stationen waren, umso abwertender, und menschenverachtender war das Personal. An der Spitze Ochsenzoll in Hamburg, die akut geschlossene Aufnahmestation: an den Wänden klebte Blut, es gab einen großen Saal mit fixierten Menschen, um die sich niemand kümmerte, wenn ein Richter kam, wurden sie sauber angezogen, die Augen mit Augentropfen hergerichtet, und noch rasch sedierende Medikamente gespritzt, eine Tür vor der Toilette gab es nicht, von den Verunreinigungen gar nicht zu sprechen, und Drohungen, Bedrohungen waren der Normalton. Menschliche Abgründe von der Krankenkasse bezahlt ... gruselig!

Heiligenhafen reiht sich, was die geschlossene angeht, dahinter ein, weniger mit körperlichen Übergriffen, wobei dort fixiert wird, ohne dass die Menschen überwacht sind, was illegal und vor allem gefährlich ist, als vielmehr menschlich, die Patienten werden dort wie Dreck behandelt. Auch dort ein Oberarzt, dem es zumindest heute nicht mehr darum geht Menschen zu helfen, als vielmehr darum Macht auszuleben, selbst seinen Ärzten gegenüber. Dann folgt das ZIP und abschließend Bremen, wo die Psychiatrie in einem normalen Krankenhaus integriert ist, und das Personal wenig wissen über psychiatrische Erkrankungen hat, auch nicht wirklich Interesse, was auch zu Desastern führen kann, aber bei Desinteresse, kann wenigstens keine Gewalt aufkommen, auch ein Vorteil.

Abschließend würde ich gerne noch sagen, dass mir diese Verhaltensmuster, eigene Unzufriedenheit, Überforderung, Mobbing bzw. schlechtes Arbeitsklima, wie Arbeitsbedingungen, mündet in übergriffigem Verhalten den Klientinnen/ Schutzbefohlenen gegenüber, nicht nur in Psychiatrien, sondern auch in Betreuungseinrichtungen begegnet ist.

Sobald Menschen auf Menschen treffen, die ihnen in irgendeiner Weise unterlegen sind, MUSS!!!! die Bereitschaft und die Möglichkeit bestehen sein eigenes Verhalten reflektieren zu können, anders kann es nicht funktionieren.

Falls sie jetzt denken, das wissen wir doch alles, was erzählt uns das eine Patientin... dann möchte ich Ihnen antworten, nicht um sie zu belehren, sondern um ihnen klarzumachen, dass die Patienten Menschen sind, die Augen im Kopf haben, und durchaus auch Verständnis für ihre Situation, und die es nicht verdient haben so behandelt zu werden, die zu ihnen kommen, um Hilfe zu erfahren.

Fazit: Nun nur zu sagen, all die Gewalt in Psychiatrien ist der Überlastung, und dem Zeitmangel des Personals geschuldet, ist nicht falsch, aber zu einfach. Auch das Personal muss bereit sein sich selbst zu hinterfragen, und diese menschlichen Triebe zu überwinden, dann besteht hoffentlich eine Chance auf eine gewaltfreie Psychiatrie. Vielen Dank!

### **Statement eines Angehörigen**

Das Statement des Vaters aus Sicht des Angehörigen wurde frei, ohne Manuskript vorgetragen und liegt daher leider nicht schriftlich vor.

### **Statement des Fachpflegers Markus Hör**

Ich bin Markus Hör, Fachpfleger für Psychiatrie und habe von 2005 bis 2012 auf der geschlossenen psychiatrischen Akutstation P4a und später P4b gearbeitet. Dies war meine erste Arbeitsstelle nach der Ausbildung. Die Erfahrungen von denen ich hier berichte liegen also schon einige Jahre zurück, berühren mich aber mit diesem Abstand betrachtet emotional heute sogar mehr als damals. Mittlerweile bin ich in der Tagesklinik des Kieler Fensters und als Soziotherapeut auch ambulant und aufsuchend tätig. Mit der Regionalgruppe der Deutschen Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege (DFPP) engagiere ich mich für eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Schleswig-Holstein.

In dieser Zeit auf der P4 habe ich Menschen die aufgrund eines akuten psychischen Zustandes die Behandlung in einem besonders beschützten Bereich benötigten pflegerisch betreut. Die meisten der 18 Patienten der Station P4a waren mit einem richterlichen Beschluss wegen Fremd- oder Eigengefährdung unfreiwillig untergebracht. Damit habe ich direkt an freiheitsentziehenden Maßnahmen mitgewirkt. □ Die Pflege ist die größte Berufsgruppe in der stationären psychiatrischen Versorgung und hat zeitmäßig den häufigsten und intensivsten Kontakt (24/7) und damit den größten Einfluss auf das therapeutische Milieu.

Der Eingriff in die Intimsphäre beginnt schon bei der Aufnahme, wenn ich jegliches Eigentum des Pat. nach gefährlichen Gegenständen (Gürtel, Schere, Rasierer, Deo, Feuerzeug) durchsuche und ihm diese wegnehmen muss. Außerdem erkläre ich ihm, (oft zum 2. Mal), dass er jetzt nicht mehr frei entscheiden kann, die Station zu verlassen, sondern dies nur noch in Absprache mit dem Arzt möglich ist, und dass obwohl eine Krankheitseinsicht oder Akzeptanz der Behandlungsnotwendigkeit evtl. nur bedingt vorhanden sind. Man lernt schnell, auf die Doppeltür, die als Schleppe fungiert aufzupassen, sicherzustellen, dass Pat. nur rausdürfen, wenn es abgesprochen ist. Damit hindere ich Menschen daran die Station zu verlassen. Im Gegensatz zum Pat. habe ich selbst einen Schlüssel mit dem ich mich frei bewegen kann. Es ist mir noch nach 3 Jahren Arbeit auf einer offenen Station manchmal passiert, dass ich Bürotüren versucht habe von innen aufzuschließen, obwohl ich einfach nur den Türgriff benutzen könnte. Das macht deutlich, mit welcher Macht das Pflegepersonal ausgestattet wird. Gleichzeitig muss ich versuchen eine tragfähige Beziehung aufzubauen, auf

Ängste, Befürchtungen und Nöte eingehen, für die ich selbst oft keine Lösungen kenne, selbst wenn ich sie nachvollziehen kann. Im Stationsalltag sind die anvertrauten Menschen vom Pflorgeteam abhängig, bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens: Bei der Versorgung mit Essen und Trinken, dem Bedürfnis nach Schlafen, Ruhe, sowie Möglichkeiten der Beschäftigung bis hin zur Körperpflege und allem was man dazu braucht. Ganz wichtig: Möglichkeit zu Rauchen. Aber auch der Wunsch nach Kontakt zu Angehörigen und Nahestehenden begegnen Pflegende oft als Erstes. Ich könnte die Liste noch lange fortsetzen. Unter den Bedingungen auf einer geschlossenen Station und dem Aspekt der Unfreiwilligkeit ergibt sich daraus ein extremes Spannungsfeld, in dem eine Pflegekraft immer wieder in ein extremes Dilemma geraten kann.

Wenn sich der Zustand eines Pat. zu einem bedrohlichen, hoch angespannten, aggressiven Zustand steigert, geht dies aus einer von außen häufig schwer erkennbaren inneren Not hervor. Die pflegerische Kunst besteht darin, diese Notlage trotz störungsbedingter Veränderungen im Erleben, Denken und Handeln durch geschickte Kommunikation und Beziehungsarbeit zu erahnen und mit milden Mitteln deeskalierend auf den Pat. und die Situation einzuwirken. Nach einer möglichst gemeinsamen Einschätzung mit pflegerischen Kollegen und Ärzten, dass eine akute Gefährdung nicht mit anderen milderen Mitteln abzuwenden ist, kann die Anwendung von Zwang, z.B. in Form einer Fixierung notwendig werden. In der Umsetzung einer Fixierungen sind Pflegekräfte hauptverantwortlich beteiligt und müssen einen enormen Mix an Fähigkeiten anwenden. Einerseits geht es um die absolut sichere Anwendung des Fixierungsmaterials. Andererseits ist die Frage, ob eine Fixierung als traumatisierend vom Pat. erlebt wird entscheidend davon abhängig, in welcher Art und Weise diese durchgeführt wird. Zusätzlich müssen die Vorgänge unter Beachtung aller rechtlichen Aspekte angewendet und im Nachhinein dokumentiert werden.

In der Fixierung ist ein Mensch in fast allen Aspekten des Lebens von den zuständigen Mitarbeitern abhängig. Die Menschen müssen auf Toilette, haben Hunger und Durst, etc. Neben der standardmäßigen Überwachung zur Sicherheit des Pat., brauchen sie vor allem auch eine intensive Betreuung. Dies ist eine extrem personalintensive Aufgabe, mit hohen fachlichen Anforderungen und nicht von studentischen Hilfskräften oder sog. Sitzwachen zu leisten. Vor allem den Kontakt zu Angehörigen in solch einer Situation zu ermöglichen bedarf einer individuellen Begleitung.

Während die Fixierung hauptsächlich als Maßnahme zum Schutze aller Beteiligten zu verstehen ist, stellt die Zwangsmedikationen den Versuch einer Behandlung dar, mit dem Ziel, einen Menschen aus diesem akuten destruktiven Zustand herauszuholen, an dem Pflege genauso mitwirkt, wie an der Fixierung. Früher hätte ich in vielen Fällen gesagt, dass eine Fixierung ohne Zwangsmedikation zur Sedierung einer Folter gleich kommt, heute weiß ich, dass eine Zwangsmedikation für einen bereits traumatisierten Menschen durch den völligen Kontrollverlust eine noch schwerwiegendere Re-Traumatisierung zur Folge haben kann. Es gilt also in einer hochange-

spannten Situation individuelle Entscheidungen sorgfältig abzuwägen, damit tragen die Behandler eine enorme Verantwortung.

Das Arbeiten auf einer Station wie der P4 ist geprägt durch eine Vielzahl an Aufgaben zur gleichen Zeit: Manchmal mehrere Aufnahmen, Verlegungen und Entlassungen pro Tag, Versorgung mit Essen und Trinken, Medikamenten, Wäsche und Kleidung, Versorgung teils schwer körperlich pflegebedürftige Pat., das Sicherstellen und Begleiten von Pat. in den Ausgang oder zu Arztuntersuchungen außerhalb. Es gab Tage, da waren 2-3 Pat. zur gleichen Zeit fixiert. Dazu kommen Belastungen durch den Schichtdienst an sich. Ein großes Problem waren schon damals der Personal-mangel und die teils schlechte Besetzung. Für 18 Pat. galt eine Mindestbesetzung von 2 Pflegekräften und möglichst ein Mann pro Schicht. Wenn ich das mit der Besetzung auf einer Intensivstation der Körpermedizin vergleiche ist dort eine Pflegekraft für 2 bis max. 3 Pat. verantwortlich. Kann man die P4 als psychiatrische Intensivstation bezeichnen?

Ich habe mich gefragt, in welche Richtung Veränderungen möglich sind.

Ich wünsche mir...:

- eine standardmäßige Nachbesprechung von Gewaltereignissen im Team als Form der Fehlerkultur
- eine standardmäßige therapeutische Nachbearbeitung des Erlebten mit dem Pat.
- Angebote für sekundär traumatisierte Mitarbeiter (auch präventiv)
- eine Verbesserung der baulichen Gestaltung der Station P4
- dass wir darüber Nachdenken, ob eine teilweise offene Station in Kiel realisierbar ist
- dass wir darüber Nachdenken, ob auch andere Formen des Schutzes, wie z.B. ein Isolierzimmer, oder das reine Festhalten auch eine Möglichkeit sind, um Sicherheit herzustellen.
- dass Betroffene ihre Wünsche für die Akutbehandlung formulieren und evtl. in einer Pat.Verfügung festhalten, als Handlungsempfehlung für die verantwortlichen Behandler

Was braucht nun gute psychiatrische Pflege?

Um gute und sichere Pflege auf einer psychiatrischen Intensivstation leisten zu können, braucht es meiner Meinung nach folgende Dinge:

- Ausreichend Wissen über Psychiatrische Krankheitsbilder und deren Behandlung, sowie rechtliche Rahmenbedingungen und intern gültige Standards,
- hohe soziale Kompetenzen und kommunikative Fähigkeiten
- Sichere Anwendung von Maßnahmen der Deeskalation und Gewaltprävention
- Sichere Anwendung von Fixierungs- und Haltetechniken
- Sichere Anwendung von Fixierungsmaterial



- Möglichkeiten zur Regulation der eigenen Gefühle
- ein Team und Kollegen, mit denen man Verantwortung teilen kann
- eine Personalbesetzung, die bei Bedarf auch eine intensive 1:1-Betreuung zulässt

Ich bedauere es sehr, dass heute so wenig psychiatrisch Pflegende anwesend sein können. Unterm Strich braucht Pflege mehr Zeit und gut qualifiziertes Personal um mit Respekt und Würde arbeiten zu können und innovative Veränderungen in der Versorgung akut psychisch Kranker mit weiterentwickeln zu können.

### **Statement des Oberarztes Dr. Paul Christian Baier**

Seit etwas mehr als einem Jahr bin ich der Oberarzt für die geschützte Station P4A am Zentrum für integrative Psychiatrie. Dies ist eine von zwei geschützten Stationen. Unser Schwerpunkt ist die Behandlung von Patienten, von denen krankheitsbedingt eine Gefahr für andere ausgeht. Unsere Schwesterstation P6 hat einen Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Suizidalität und anderer Eigengefährdung. Wir haben 15 reguläre Betten, für die wir personell und räumlich leidlich gut ausgestattet sind. Wir können zwei zusätzliche Betten überbelegen, verlieren aber dadurch zum Beispiel die Möglichkeit einen Ruheraum als Ruheraum zur Verfügung zu stellen.

Aus verschiedenen Gründen, über die wir heute vielleicht auch noch sprechen können, meiner Meinung nach besteht eine Verknappung der Versorgungsstrukturen, ist es in der Zeit in der ich für die Station zuständig bin nur sehr selten der Fall gewesen, dass wir regulär waren, meist waren wir mit mindestens 16 Patienten belegt.

Als Oberarzt für eine geschützte Station bin ich natürlich einerseits verantwortlich für das Wohl der auf dieser Station behandelten Patienten. Andererseits trage ich aber auch eine Verantwortung für die Sicherheit und Gesundheit meiner Kolleginnen und Kollegen, aller Berufsgruppen. Und, last but not least, muss ich mich verantworten vor der Gesellschaft, vertreten durch Angehörige, Polizei, Gesundheitsamt und auch meinem Arbeitgeber. In meiner Funktion als Oberarzt bin ich naturgemäß, weil ich neben meinen Pflichten für die Station auch in anderen Arbeitsfeldern tätig bin, nicht ständig präsent. Trotzdem bin ich gezwungen, Entscheidungen zu fällen und Einschätzungen zu treffen, die Konsequenzen für meine Patienten und Kollegen haben, auch wenn ich nicht vor Ort bin.

Dieser Verantwortung bin ich mir voll bewusst, so dass Sie mir glauben können, dass ich einen großen Teil meiner Gedanken darauf verwende, wie ich Schaden von allen mir Anvertrauten abwenden kann. Insofern bin ich sehr froh und dankbar, dass wir uns heute zusammengefunden haben, um uns mit einem Problem zu beschäftigen, das einen großen Raum in unserer Arbeit in der Akutpsychiatrie einnimmt.

Die Gewalt.

Und hierbei denke ich nicht nur an die offensichtlichen Gewalttätigkeiten, die sich in zum Beispiel im Würgen einer Krankenschwester durch einen Patienten oder durch

eine Fixierung des Patient äußert. Diese Gewalt ist nur die Spitze eines Eisbergs! Diesen Gewalttätigkeiten ist viel Gewalt vorausgegangen.

An dieser Stelle ist es mir noch einmal besonders wichtig, Gewalt präzise zu definieren. Gewalt heißt, dass auf einen Menschen dergestalt Einfluss genommen wird, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis missachtet wird. Gewalt ist, wenn ich einen Menschen gegen seinen Willen auf einer psychiatrischen Station einsperre. Gewalt ist, wenn ich einen Menschen morgens aus dem Bett werfe, damit er am Frühsport teilnehmen kann. Gewalt ist aber auch, wenn ich meinem Sohn verwehre, die dritte Flasche Limonade vor dem Mittagessen zu trinken. Gewalt ist nicht automatisch böse und schlecht. Aber Gewalt stellt immer eine schwere Beeinträchtigung des Betroffenen da! Und Gewalt muss immer kritisch reflektiert und diskutiert werden und ihr Sinn und ihre Notwendigkeit hinterfragt werden. Eine besondere Form der Gewalt ist somit der Zwang, den man als -gesellschaftlich- legitimierte Form zum Beispiel bei Selbst- oder Fremdgefährdung oder bei der Behandlung bei mangelnder Krankheitseinsicht anwendet.

Eine weitere besondere Form der der Gewalt stellt die Aggression da. Aggression ist ein Verhalten, dessen Ziel eine gerichtete Schädigung oder Verletzung ist oder eine Schwächung, Angst oder Verzweiflung. Aggressives Verhalten liegt nur dann vor wenn die Absicht der Schädigung bei einem Täter vorhanden ist. Hiervon zu unterscheiden ist das herausfordernde Verhalten, bei dem eine Absicht der Schädigung nicht besteht. Das ist das Verhalten was von Patienten aus innerer Not entsteht, das mit Aggression verwechselt werden kann. Man kann, und ich tue das auch, von Menschen erwarten, die in einem Beruf im Gesundheitssystem gewählt haben, dass von Ihnen keine Aggression gegen Patienten ausgeübt wird. Man kann auch von den uns anvertrauten Patienten erwarten, dass von Ihnen keine Aggression im Sinne eines gezielten Schädigungswunsches ausgeht. Das ist in der Regel auch nicht der Fall, jedoch häufen sich Situationen, in denen wir boshafte und letztendlich kriminellen Angriffen durch uns zugewiesene Menschen ausgesetzt sind. Die sind, das betone ich an dieser Stelle ausdrücklich, die Ausnahme.

Aber genau wie es für die Patienten, die Gewalt erfahren, gegen deren Willen vorgegangen wird, es schwer ist, einen legitimierten Zwang von einer ungerechtfertigten Aggression zu unterscheiden, ist das das für uns gelegentlich auch. An dieser Stelle möchte ich mich für die Ausführungen von Markus Hör bedanken, der mir in vielem aus dem Herzen gesprochen hat. Ich möchte dabei auch noch einen Aspekt benennen: auch wenn wir als Profis Abstand haben müssen und uns vom Kopf her klar ist, dass Angriffe gegen uns aus Krankheit heraus nicht persönlich gemeint sind, diese Angriffe natürlich trotzdem Kraft kosten. Und dass es uns natürlich tagesfirm abhängig besser oder schlechter gelingt die professionelle Verarbeitung der Angriffe zu gewährleisten. Und es gibt, das können Sie mir glauben, Patienten die ein sehr feines Gespür dafür haben, wunde Punkte bei ihren Mitmenschen zu finden.

Was führt zu Gewalttätigkeiten? Gewalttätigkeiten entstehen nach meiner Erfahrung aus zwei Antriebskräften heraus:

Der erste Grund für Gewalttätigkeiten ist, dass Ohnmacht auf Macht trifft. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn die Bedürfnisse eines Menschen, sein Sie berechtigt und gesund oder seien sie krankheitsbedingt für ihn selbst und andere schädlich, ständig missachtet werden. Die Hilflosigkeit, die dadurch entsteht, führt dann zu Gewalttätigkeit. Ein Beispiel wäre, dass einem Patienten aus Gründen der Hausordnung der Gebrauch des Mobiltelefons nicht erlaubt wird. Und dieser Patient aus Ohnmacht das Pflegepersonal attackiert. Diesem Fall geht die Macht von der Pflege aus. Ein anderes Beispiel wäre, dass ein Patient oder eine Patientin bei allen Hilfsangeboten mit der eigenen Suizidalität droht. Dies führt zu einem Ohnmachtsgefühl der Therapeuten, was zu einer zum Beispiel seiner Funktion führen kann. In diesem Fall geht die Macht vom Patienten aus.

Der zweite Grund für Gewalttätigkeit ist Angst. Ein Beispiel wäre zum Beispiel ein psychotischer oder durch Drogen beeinflusster Patient, der die Möglichkeit erkennt und in allen nur Feinde und Angreifer sieht. Dieser Mensch wird aus einem verständlichen Verteidigungswillen heraus zu Gewalttätigkeit greifen. In diesem Fall ist die Angst beim Patienten. Oder ein Patient ist schwer einzuschätzen, droht vielleicht sogar verbal, oder klagt im Rahmen seiner Psychose über imperative Stimmen. In dieser Situation greifen vielleicht wir zur Gewalttätigkeit indem wir diesen Patienten in eine Fixierung übernehmen.

Für beide Motoren der Gewalttätigkeit gilt, dass Gewalt Gegengewalt erzeugen kann, Angst Angst macht und es in ungünstigen Situationen zu sich selbstverstärkenden bösen Kreislauf kommen kann. Das ist ein Phänomen mit dem wir uns natürlich professionell auseinandersetzen, wir bilden uns weiter in Deeskalationsmanagement und trainieren das auch. Manchmal geraten wir aber auch in Situationen, wo bereits im Vorfeld vor der Aufnahme auf unserer Station eine Eskalation stattgefunden hat, dass wir eigentlich keine Chance mehr haben. Andererseits ist es auch häufig so, dass uns Patienten angekündigt werden, als hoch gespannt aggressiv und gefährlich, die im Rahmen stationären Settings relativ schnell erkennen, dass wir nicht ihre Feinde sind sondern ihnen helfen wollen.

Abschließend möchte ich Ihnen ein paar gefühlte Wahrheiten aufzeigen, die ich gehört habe oder vielleicht auch selbst glaube.

Ärzte wollen Patienten möglichst lange in geschlossenen Stationen halten.

Ärzte und Pflegekräfte üben Ihren Beruf in der Psychiatrie aus, um Macht über jemanden zu bekommen.

Betreuer und oder Angehörige wollen ihre Klienten in der Psychiatrie parken, damit sie in aller Ruhe ihren Urlaub genießen können.

Ärzte können in der Psychiatrie gegen den Willen von Patienten, diese mittels „medikamentöser Einstellung“, gesun- dspritzen, und sie wieder Normen konform bekommen.

Ich hoffe, dass der heutige Tag, dazu beiträgt, dass wir tatsächlich herausfinden, dass diese gefühlten Wahrheiten nicht zutreffen, sondern wir ein gemeinsames Interesse haben, das Wohl unserer Patienten. Ich hoffe auch, dass der heutige Tag nicht das Ende, sondern der Anfang eines konstruktiven Prozesses ist, die Situation in Kiel für uns alle zu verbessern.

**Ergebnisse aus den Kleingruppen Teil 1, Austausch über Erfahrungen mit Zwang und Gewalt:**

<b>Gruppe A: Erfahrungen mit Zwang und Gewalt</b>
Schicksal "Hanna" kein Einzelschicksal
Ziel Gewaltfreie Psychiatrie
Jede Fixierung ist ein Trauma
Merkwürdige Atmosphäre (Essen auf dem Boden, Fenster auf: Kälte, Schelle nicht greifbar)
Hierarchie Klinik > Machtstrukturen
Mehr Gehör für die Pflege
Videoüberwachung kritisch
Ohnmachtsgefühl auch der Angehörigen
Recht auf Suizid
Gewalt in der Altenpflege
brauchen wir denn Gewalt > Selbstgefährdung
Schutz der PatientInnen vor BesucherInnen
Weglauffendenzen als Grund für Fixierungen
auch für Profis belastende Situationen
Fixierungen mit Kameraüberwachung ersetzt keinen menschlichen Kontakt
herausfordernde Situationen für die Pflege > Schutz? Qualifikation?
> Schlechte Vernetzung des Versorgungssystems
Weiterarbeit mit traumatisierten PatientInnen
Fixierung bei Suizidalität
schlechte Atmosphäre im Team
>forensische PatientInnen

<b>Gruppe E: Erfahrungen mit Zwang und Gewalt</b>
Politik muss sich damit beschäftigen
keine Zahlen für SH vorhanden
richtiger Zeitpunkt für BGB Antrag?
Strukturelle Hilflosigkeit > mit gewaltförmiger Wirkung für Angehörige
Provokation von Betroffenen
Glaubwürdigkeit wurde angezweifelt

Zur Medikationseinnahme gedrängt werden
Aufnahme verbunden mit Zwang
Retraumatisierung durch Schuldzuweisung
Sind Regeln schon Zwang > z.B. im Wohnheim
Angst vor Behandlung verhindert Heilung
Selektive Mechanismen führen z.B. zu Obdachlosigkeit und Gefängnisaufenthalt
Gewalttätigkeit durch Unterlassen
Gewalt unter Patienten
Menschen fallen durch das Hilfsnetzwerk
Einweisung in die Geschlossene ohne vorherige Aufklärung/Kenntnis

<b>Gruppe F: Erfahrungen mit Zwang und Gewalt</b>
Gewalterfahrung im stationären Bereich in Form von Fixierungen
Forderung durch Betreute an Betreuer > Eingrenzung, Gesprächsabbruch, Unterbringung
im ambulanten Bereich engmaschige Geldeinteilung
dominantes Auftreten, verbale Gewalt als Bedrohung für Betreuerin
während des Aufnahmegesprächs angespuckt
Bedrohung durch Betreuten (verbal und körperlich)
Menschen in Fixierung
Patienten wecken
Fixieren
entweder oder Ultimaten
Nicht Aufnahme in die Klinik
unausweichliche Gewalt/Macht
Gewaltmindernd: Ruheraum, Deeskalation durch Gespräch, ausreichend Personal
Unterbringung/Zwangsmedikation beantragen
Gewaltausübung durch Freiheitsentzug in Form von Unterbringung
Gewalt durch Sachbearbeiter auf Ämtern
Gewalt durch "Masse" im psychiatrischen Klinikbereich, Zwangsmedikation
Gewalterfahrung als Berufsanfänger am "Helfen" gehindert zu werden
bewusste und unbewusste Gewaltausübung
Androhung körperlicher Gewalt durch Betreute und verbale Gewalt
tätlichen Angriff durch Patienten erfahren

### **Ergebnisse aus den Kleingruppen Teil 2, Ideen und Wünsche:**

<b>Gruppe A: Ideen und Wünsche</b>
gesonderte Behandlung forensischer PatientInnen > Missbrauch akuter Stationen
Angstabbau auf beiden Seiten, transparente Statistik über Zwangsmaßnahmen
Psychiatrie als Wissenschaft sollte grundsätzlich umdenken
mehr Öffnung>neue Wege>von positiven Beispielen Lernen
räumliche Gestaltung > Atmosphäre

Pflegepersonal mit im Boot haben
Sitzwache statt Videoüberwachung
Kommunikationsstrukturen verbessern
Vernetzung und Zusammenarbeit der Institutionen
auch in Akutsituationen müssen Gespräche (Bsp. Betreuung - Klinik) gewährleistet sein
Angehörige/Vertrauenspersonen ins Boot holen
Psychiatrie traumatisiert
Priorisierung innerhalb der Gesellschaft
mehr Ressourcen für akute psychiatrische Versorgung
Psychiatrie sollte auch ambulant betreuen
Hinwendung zum Menschen
> Gespräch mit PatientInnen
Intensive psychiatrische Hilfe braucht mehr Ressourcen
Politik mit ins Boot holen
Beschwerdestellen im PsychKG verankern
Fixierung nicht als "erzieherische, therapeutische" Maßnahme

<b>Gruppe B: Ideen und Wünsche</b>
Nachbesprechung Fixierungen
Versöhnungsgruppe Pat./Team/ext. Supervisor
Unabhängige sozialpsychiatrische Beschwerdestelle Kiel sollte besser bekannt sein
Strategien zur Vermeidung Fixierungen
Hometreatment
offene Türen
Haltung des Personals
"Qualitätsprüfung" Personal
Ruhe- und Isolierraum
Besuchskommission

<b>Gruppe E: Ideen und Wünsche</b>
Mehr Austausch > dialogisch!
Begleitpersonen in schwierigen Situationen (z.B. Fahrt zu Klinik...)
Strukturelle Gewalt thematisieren (Beispiel: Hilfeplanung)
Supervision etablieren
Ruheraum, Sitzwache, keine Videoüberwachung
getrenntgeschlechtliche Angebote im stationären Raum
Stärkung der Patientenrechte
Bettenplanung und Personalschlüssel verbessern
Statistik und Dokumentation einführen
Sitzwache verbindlich > gute Qualifikation
Bessere Aufklärung über Patientenrecht

Mehr Einbeziehung Angehöriger (selbstverständlich nur, wenn vom Patient erwünscht)
Mehr freiwillige Beschäftigungsmöglichkeiten
Langzeitbereich für Kiel
Ehrenamtliche, EX-INler
Weniger Ökonomisierung
Mehr Anlaufstellen für niedrigschwellige Angebote
Mehr Hilfsangebote in Krisen außerhalb Kliniken und bis zur Aufnahme
Mehrsprachige Beratungen
Bessere Koordination
Mehr Information über Hilfsangebote
Selbstreflexion der Helfer (> schon in der Ausbildung)
Größere Stationen, Wunsch nach Einzelzimmern, schönere (Raum)Gestaltung

<b>Gruppe F: Ideen und Wünsche</b>
Ausprobieren
aufsuchende Integrierte Versorgung
Bezugsbehandlung
Gesellschaftliche Wertschätzung
Partizipation
Finanzierte Öffnung der Systeme
Schulungen für gewaltfreie Kommunikation
mehr Austausch zwischen Berufsgruppen
kleinere Stationen
Lobby bzw. Öffentlichkeitsarbeit
Transparenz
Kommunikation
ausreichende Plätze
Peer Involvement
Nicht kommerzielle Anbieter
gesetzliches Verbot von Zwangsmaßnahmen

### **Fazit:**

Die Atmosphäre des Fachtags war geprägt von einer großen Offenheit im gegenseitigen Austausch, einer wohlwollenden Grundhaltung und konstruktiver Lösungsbereitschaft. Um die Situation in Kiel für alle Beteiligten zu verbessern sind weitere Schritte nötig und Folgeveranstaltungen möglich. Insgesamt war die Veranstaltung ein guter Beginn für einen gemeinsamen konstruktiven Veränderungsprozess.

Die Gruppe der Organisator/innen trifft sich im 1. Quartal 2018 zur Analyse der Ergebnisse aus den Kleingruppen und zur Planung der weiteren Vorgehensweise.

Für weitere Informationen und Fragen zum Fachtag steht Daniel Hoppmann (Fachreferent des KIELER FENSTER) unter [d.hoppmann@kieler-fenster.de](mailto:d.hoppmann@kieler-fenster.de) gerne zur Verfügung.

### Einige Eindrücke von der Fachtagung:

