

No restraint

Dr.ⁱⁿ Verena Perwanger, Primaria des Psychiatrischen Dienstes Meran

Vielen herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, über dieses Thema zu sprechen, das uns allen sehr am Herzen liegt. Gestern Abend habe ich ein e-mail von Andreas Jung aus Hamburg bekommen, in dem er mir mitgeteilt hat, dass in den letzten paar Tagen bzw. Wochen in Hamburg aufgrund von Zwangsmaßnahmen zwei Personen zu Tode gekommen sind. Das sind Entwicklungen, die uns sehr betroffen machen und die uns zu denken geben müssen.

„No restraint“ ist kein einfaches sondern vielmehr ein hochemotionales Thema, das oft ideologisch und auch machtpolitisch missbraucht wird. Ich kann und möchte heute keine Patentrezepte präsentieren, wie man alles besser machen kann. Vielmehr möchte ich mit Ihnen allen gemeinsam einige Überlegungen anstellen und ich möchte meine oder besser gesagt unsere Erfahrungen mit Ihnen teilen.

Beginnen möchte ich mit einem konkreten Beispiel, mit einem Fall, der uns erst vor wenigen Wochen beschäftigt hat. Allerdings möchte ich unterstreichen, dass es sich dabei nicht um einen Routinefall handelt. Bei über 300 stationären Aufnahmen im Jahr kommt so eine Situation vielleicht 4-5 Mal vor, also bei ungefähr 1-2 % aller Aufnahmen.

Es geht dabei um einen jungen Mann von ca. 20 Jahren, der uns von Mitarbeiter/innen des DfA, des Dienstes für Abhängigkeitserkrankungen vorgestellt wurde. Bereits in seiner Jugend wurde er in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt und auch mit dem Gesetz kam er schon mehrmals in Konflikt. Er war dem DfA bereits bekannt, weil er konstant Drogen konsumiert. In letzter Zeit entwickelte er verstärkt ein psychotisches Zustandsbild, das heißt, er hört Stimmen, er schläft nicht, vor allem aber denkt er, jemand habe ihm einen Chip in sein Hirn eingepflanzt und er werde über diesen Chip kontrolliert. In ihm manifestierte sich die Idee, diesen Chip mit einem Messer aus seinem Kopf herauszuschneiden zu wollen oder aber die Menschen, die er dafür für verantwortlich hält, umzubringen.

Es ist eine Situation, die uns alle sehr besorgt und die wir als gefährlich und risikoreich einstufen. Nach mehreren Versuchen, ihn zu Hause zu erreichen, wo er nicht aufmacht, nicht anwesend ist oder das Gespräch verweigert, gelingt es schließlich doch, ihn zu einer Visite im Zentrum für psychische Gesundheit zu bewegen. Es folgt ein langes Gespräch mit dem zuständigen Arzt, dem Mitarbeiter des DfA, der Krankenschwester und schließlich mir als zweitem Arzt. Gemeinsam versuchen wir ihn zu einer stationären Aufnahme und einer Therapie zu bewegen. Er ist hochangespannt, sehr ängstlich, fürchtet, von uns umgebracht zu werden. Anfangs akzeptiert er überhaupt keine Vorschläge und keine Therapie. Schließlich lässt er sich doch auf die Abteilung begleiten. Dort verweigert er erneut jegliche Therapie, er wird zunehmend agitierter, gespannter, er beginnt mit den Stühlen zu schmeißen. Er droht, die Abteilung kurz und klein zu schlagen, wenn wir ihn nicht sofort gehen lassen. Der Patient ist ungefähr 1,90 m groß, wiegt 90 kg, hat eine Ausbildung im Kick-Boxing und hält mit seinem Verhalten die ganze Abteilung in Schach. Uns ist klar, dass wir den Patienten mit unseren Kräften nicht halten können, ohne dass jemand dabei zu Schaden kommt. Der Wachdienst und die Polizei werden informiert, kommen allerdings erst nach einiger Zeit. Es ist für alle eine hochangespannte Situation und wir veranlassen eine Zwangseinweisung. Als Wachdienst und Polizei schließlich kommen, wird der junge Mann mit vereinten Kräften immobilisiert, das heißt, er wird festgehalten und ihm wird eine intermuskuläre Therapie verabreicht. Dieses Festhalten dauert einige Minuten, daraufhin beruhigt er sich. Er geht in sein Zimmer und schläft einige Stunden. Während der gesamten Zeit haben der Arzt und die Krankenschwester vom ZPG mit ihm Kontakt gehalten, sie waren vorher und auch nachher bei ihm. Sie haben ihm erklärt, was sie tun, sie haben ihm konstant Alternativen angeboten, sie haben ihn beruhigt, sie sind auf seine elementaren Bedürfnisse nach Essen, Trinken usw. eingegangen.

In der Mehrzahl psychiatrischer Abteilungen wäre dieser junge Mann sicher für längere Zeit körperlich fixiert worden. Wir haben uns entschieden, das nicht zu tun, aber wir haben natürlich auch Zwang angewandt. Ihn nicht zu fixieren hat meine Mitarbeiter, das heißt die Ärzte, Pfleger, aber auch die Polizei viele Stunden an Mühe und Anstrengung gekostet. Und sie haben viel Zeit und Energie auf diesen jungen Mann verwendet. Jeder kann sich in etwa vorstellen, was für Herausforderungen eine solch hochangespannte Situation in einer vollen Abteilung, wo es auch noch andere Patienten gibt, auf die man achten muss, für alle bedeutet. Dabei ist zum Glück niemand zu Schaden gekommen, weder der Patient noch das Personal.

Nun kann man sich natürlich fragen: Wäre es anders nicht einfacher gegangen, hätte so ein kurzer Prozess mit Fixierung uns oder ihm etwas erspart? Darüber kann man natürlich diskutieren. Ich persönlich denke, dass es die Mühe wert war. In den nächsten Tagen hat sich die Situation sehr entspannt und der Patient hat die freiwillige Aufnahme akzeptiert. Der therapeutische Prozess ist damit natürlich noch lange nicht abgeschlossen. Die Diskussion um Therapie, Betreuung, Behandlung geht weiter, aber in der Zwischenzeit hat er mit dem behandelnden Arzt und den Pflegern ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, ohne das eine weitere Behandlung wenig sinnbringend ist.

Überlegung 1

Ist die Ausübung von Zwang in der Psychiatrie völlig vermeidbar oder verhinderbar? Ich denke, wenn wir ehrlich sind, müssen wir sagen nein. Es gibt Situationen wo wir trotz unseres Bemühens Menschen nicht überzeugen können, ein Problem als solches zu erkennen und unsere Hilfe anzunehmen. Es gibt Situationen, in denen machtvoll eingreifen unabwendbar und auch notwendig ist, um die Person selbst und andere zu schützen und um Risiken abzuwenden.

Die wichtige Frage in der Legitimation solchen Handelns ist für mich die Frage, um welches höhere Gut es dabei geht. Es ist natürlich eine Wertefrage und als solche gibt es keine allgemeingültige sondern nur eine individuelle Antwort darauf. Diese Frage muss sich jeder, der in der Psychiatrie arbeitet, stellen. Unter welchen Bedingungen oder für welches höhere Gut bin ich bereit, das Prinzip der Selbstbestimmung und der freien Entscheidung vorübergehend in die zweite Reihe zu stellen und einen anderen Menschen machtvoll und notfalls auch mit körperlicher Gewalt zu etwas zu zwingen, von dem ich selbst denke, dass es zu seinem Besten ist.

Wo darf ich und wo muss ich die Verantwortung dafür übernehmen, gegen den Willen der betroffenen Person vorzugehen, weil nicht eingreifen gleichzusetzen wäre mit Vernachlässigen hilfsbedürftiger Menschen. Wie weit geht die Entscheidungsfähigkeit der Person wirklich und ist sie aufgrund ihres Zustandes in der Lage, eine Entscheidung zu treffen? Kann ich oder muss ich sie an ihrer Stelle treffen, auch mit dem Risiko, mit meiner Einschätzung falsch zu liegen?

Die Reflexion und Diskussion darüber muss ein ständiger Teil der psychiatrischen Praxis sein. Und dabei befinden wir uns immer in einem unauflösbaren Paradoxon. Der Verzicht auf Zwang und freiheitsentziehende Maßnahmen ist ein Ziel, das wir konstant anstreben müssen, obwohl wir wissen, dass wir es nie erreichen werden. Wenn wir es aber aufgeben oder es aus den Augen verlieren, werden wir uns unweigerlich in die falsche Richtung bewegen. Und es kann natürlich trotz allen Bemühens passieren, dass wir Fehler machen, dass wir die falsche Entscheidung treffen, dass wir zu viel oder zu wenig Zwang ausüben. Dieses Risiko kann nicht ausgeschaltet werden, sondern es ist nur möglich, es zu reduzieren. Das kann nur in der Diskussion, im Austausch mit den Mitarbeitern, im Dialog oder besser im Trialog mit den Betroffenen und Angehörigen passieren.

Überlegung 2

Zwang ist nicht gleich Zwang. Auch in der Ausübung von Zwangsmaßnahmen kommt es darauf an, wie sie durchgeführt werden, ob Respekt, die Achtung der Menschenwürde, menschliche Nähe die Leitlinien unseres Handelns sind oder nicht. Viele Patienten berichten, dass sie auch in diesen Ex-

tremssituationen sehr wohl wahrnehmen, mit welcher Grundhaltung die Profis an sie herantreten, dass sie unterscheiden können, ob ihnen der Profi grundsätzlich gut gesonnen ist, oder ob er nur Macht ausübt. Aber, auch Profis sind nur Menschen, Menschen mit Ängsten, Schwächen und schlechten Tagen und in solchen Ausnahmesituationen sind sie maximal gefordert. Das sind Situationen, die für alle belastend sind und die man nicht einfach so wegsteckt. Es sind Situationen, in denen man selbst auch Angst hat, um sich selbst und um die anderen, in denen man tausend Sachen gleichzeitig bedenken muss, in denen man sich auch noch um andere Patienten und Kollegen kümmern muss, und das alles unter Zeitdruck und unter hochemotionaler Anspannung. Kein Mitarbeiter macht das aus Spaß oder leichten Herzens, sondern mit hohem persönlichem Einsatz.

Überlegung 3

Ausbildung, Fortbildung, Supervision, Begleitung, Zeit für Gespräch und Nachbereitung sind wesentliche Aspekte, um Mitarbeiter zu unterstützen, damit diese solche Situationen meistern und unbeschadet überstehen.

Deeskalationsmanagement, wie wir es verstehen und lehren, umfasst nicht nur die Strategien zur Prävention und Vermeidung von Eskalation und Gewalt sondern zu einem wesentlichen Teil auch die Reflexion eigener Schwachpunkte. Es geht dabei auch um den bewussten Einsatz von Methoden und Techniken, die dazu dienen, dem Betroffenen Sicherheit zu geben, ihm die Angst zu nehmen und Verletzungen sowohl psychischer als auch physischer Natur zu vermeiden.

Überlegung 4

„No restraint“ beginnt nicht beim einzelnen Fall, beginnt nicht bei der Zwangseinweisung und beginnt nicht in der Akutsituation. „No restraint“ ist nicht nur eine Haltung oder eine Akklamation guten Willens, sondern sie erfordert gezielte technische und organisatorische Überlegungen und strukturelle und personalpolitische Maßnahmen. Es gibt ausreichend Wissen darüber, welche Faktoren Gewaltbereitschaft fördern oder vermindern. Räumliche Bedingungen, wie z. B. die Größe, die Anordnung oder die Gestaltung einer Abteilung, Normen und Regeln, die personelle Besetzung, die Betreuungskontinuität und andere organisatorische Aspekte eines Dienstes sind nur einige davon.

In Meran sind wir in der glücklichen Lage, ein Organisationsmodell zu haben, das die Betreuungskontinuität zwischen Territorium und Abteilung, also das, was man im Italienischen - es gibt dafür kein passendes deutsches Wort - das „presa in carico assertiva“ nennen kann, garantieren kann. Dies ist sicher nicht die einzig mögliche Organisationsform, aber wir sind davon überzeugt, dass diese es uns einfacher macht, schwierige Situationen zu bewältigen. Wir haben einen historischen Vorteil: Bei der Eröffnung unserer Abteilung vor ca. 20 Jahren gab es keine Vorgeschichte. Wir haben die Abteilung damals mit relativ unerfahrenem Personal eröffnet, das bestimmte Praktiken der Fixierung gar nicht kannte. Die Tatsache, dass der damalige Primar, mein Vorgänger, Dr. Lorenzo Toresini diese Maßnahmen von Anfang an kategorisch abgelehnt hat, war durchaus nicht unumstritten. Intern wurde heftigst diskutiert. Wir wurden dadurch aber gezwungen, uns von Anfang an nach Alternativen umzuschauen.

Die Betreuungskontinuität bedeutet für uns, dass das behandelnde Team des ZPGs den Patienten in jeder Phase seiner Behandlung betreut, d. h. derselbe Arzt nimmt den Patienten auf, er betreut ihn während des Krankenhausaufenthaltes, er entlässt ihn und betreut ihn ambulant weiter. Die Krankenpfleger des Territoriums sind von Anfang an sehr intensiv in die Behandlung auf der Abteilung mit eingebunden. Das heißt, es ist nicht möglich, Aspekte der Behandlung an eine andere Einheit, an ein anderes Team zu delegieren oder abzugeben. Wir sind gezwungen, uns bereits im ZPG sehr viele Gedanken zu machen, bevor wir einen Patienten einweisen. Dazu gehört auch sehr viel Flexibilität und Teamgeist und da möchte ich meinen Mitarbeitern ein sehr großes Lob aussprechen. Es bedeutet, bereit zu sein für andere einzuspringen, Pläne kurzfristig umzustellen, jemanden zu ersetzen, wenn es irgendwo brennt. Und es bedeutet, bereit zu sein, im Einzelfall unkonventionelle Lösungen zu fin-

den. Das können so banale Dinge sein, wie dass ein Krankenpfleger des ZPGs auf die Abteilung kommt und eine Spritze verabreicht, wenn ein Patient diese nur von ihm und nicht vom Krankenhauspersonal akzeptiert. Oder dass ein Mann, ein Bauer, der viel an der frischen Luft und der sehr manisch getrieben ist, der damit droht, alles kurz und klein zu schlagen, in den Krankenhausgarten gehen darf. Wir haben ihn von der Abteilung aus beobachtet: irgendwann hat er sein T-Shirt und seine Schuhe ausgezogen und ist in kurzen Hosen im Regen herumgelaufen und hat die Bäume umarmt. Wir wurden von drei anderen Abteilungen angerufen und auf das ungewöhnliche Verhalten des Mannes hingewiesen. Wir haben erklärt, dass wir darüber Bescheid wüssten. Nach einiger Zeit kam der Mann wieder zurück. Das alles bedeutet natürlich auch eine gewisse Risikobereitschaft.

Ein weiterer Aspekt spielt für uns eine sehr große Rolle: Wir möchten offen sein für neue nutzerfreundliche Angebote, wie z. B. der Einsatz von Peers, von EX-INler, von Experten aus Erfahrung, die einen ganz anderen Zugang zu Betroffenen finden können.

Überlegung 5

„No restraint“ kostet etwas. Der Verzicht auf freiheitsentziehende Maßnahmen hat einen Preis und es ist nicht mit ideologischen Positionen oder gutem Willen getan. Fixierung kostet auch etwas, aber auf einer anderen Ebene. „No restraint“ kostet Zeit, Mühe und Anstrengung, es kostet Personal und Ressourcen, es kostet Geld für Ausbildung und Schulung. Wir müssen uns als Verantwortliche des Gesundheitswesens, als Politiker, Betroffene, Angehörige aber auch als Mitglieder der Zivilgesellschaft fragen, was es uns wert ist. Und mit Sparmaßnahmen, Ressourcenknappheit, Personalmangel kann man keine vernünftige Prävention von Zwang und Gewalt betreiben. Pfleger, die alleine eine Abteilung mit 20 agitierten Patienten betreuen müssen, werden das nicht schaffen, auch wenn sie noch so guten Willens sind und Ärzte, die völlig erschöpft vom Nachtdienst sind, werden nicht mehr die nötige Kraft und Geduld aufbringen können.

Wir leben in einer Zeit, in der sich auf politischer und gesellschaftlicher Ebene die Idee breit macht, dass es mehr Überwachung, mehr Grenzen, mehr Mauern braucht. Wir sind bereit, in Sicherheitssysteme, in Überwachungsanlagen, in Videokameras, in Mauern, in Wachdienste zu investieren. Aber ich denke, die Überzeugung, dass mehr Kontrolle immer mehr Sicherheit bedeutet, einer der gefährlichsten Trugschlüsse ist, die uns heute verkauft werden. Das Antidot zu Aggression und Gewalt ist nicht Kontrolle, sondern Beziehung, es ist Vertrauen und Begegnung auf Augenhöhe. Beziehung entsteht nicht von alleine, vielmehr müssen die Rahmenbedingungen dafür gefördert, unterstützt und auch finanziert werden.

Wenn wir als Gesellschaft und als Verantwortungsträger nicht bereit sind, in Werte wie Respekt vor dem Anderen, in Integration, in Inklusion zu investieren, dann werden Ausgrenzung und Kontrolle, Zwang und Überwachung unweigerlich die Folgen sein. Und damit ist die Frage von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Psychiatrie meines Erachtens nicht nur ein Problem, das einige wenige Menschen und die in der Psychiatrie Tätigen betrifft, sondern eine große politische und gesellschaftliche Herausforderung, die uns alle betrifft.