

Schaut auf die geschlossenen Heime!

Bei der Diskussion um Zwang und Gewalt in der Psychiatrie gibt es einen blinden Fleck

Von Franz-Josef Wagner

Seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 23. März 2011 sind die Fachzeitschriften gefüllt mit Artikeln zur psychiatrischen Zwangsbehandlung. Aus diesem Grund sprießen seit einigen Jahren auch Deeskalationsseminare aus dem Boden. Aber die meisten gehen an dem zentralen Problem vorbei wie die wenigen vorhandenen Zahlen zumindest in Rheinland-Pfalz zeigen: In der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege (BGW) der Bezirksstelle Delmenhorst wurden zwischen April 2000 und Juni 2001 Verletzungen von Mitarbeitern durch Übergriffe von Patienten auf das Personal, gemeldet: in der Psychiatrie 4,23 pro Mitarbeiter und Jahr, in der Somatik 2,75 und in den Heimen 8,18.

Das Problem von Zwang und Gewalt gibt es nicht nur in der Psychiatrie – hier wird es aber am häufigsten diskutiert. Wolfgang Bayer vom der DGSP-Fachausschuss »Menschen in Heimen« hatte schon 2012 auf die Problematik »Geschlossene Unterbringung« hingewiesen. Aber weder bei der Tagung »Verantwortung übernehmen für die Schwierigsten« im gleichen Jahr noch im Arbeitskreis der DGSP wurde die Aggression zwischen Patient und Personal (und umgekehrt) oder zwischen Patient und Patient angesprochen oder diskutiert. In der wissenschaftlichen Literatur verweist man dagegen immer wieder auf den Zusammenhang von psychiatrischer Störung des Patienten und Zwangsmaßnahmen durch das Personal auf den stationären, psychiatrischen Stationen. Wie aus der Statistik der BGW der Bezirksstelle Delmenhorst zu entnehmen ist, kommt das Problem aber weit weniger in der psychiatrischen Klinik als in den Heimen vor – hier sind doppelt so häufig Verletzungen gemeldet. Dies verweist darauf, dass das Thema Gewalt in erster Linie ein Problem der langfristigen Betreuung ist und dass die Interaktion zwischen Betreuenden und Betreuten sich ändern muss.

Besuchskommissionen in Heimen

Gemäß des PsychKG Rheinland-Pfalz sind Projekte der Selbsthilfe in die Versorgung psychisch kranker Personen einzubeziehen. Daher will sich der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz auch an der allgemeinen Deeskalationsdebatte beteiligen. Der Landesverband ist bereits in einigen Besuchskommissionen in der stationären Psychiatrie sowie in der Besuchskommission der Forensik als Mitglied bestellt. Das fordern wir auch für die geschlossenen Heime.

Nach mündlichen Informationen sind mindestens 10% der Heimplätze in Rheinland-Pfalz geschlossene Heimplätze. Es ist davon auszugehen, dass sie zu einem beträchtlichen Teil von Menschen aus anderen Bundesländern belegt sind und dass Menschen aus Rheinland-Pfalz in geschlossenen Heimen anderer Bundesländer untergebracht sind.

Um Transparenz in die Diskussion zu bringen haben wir fünf Fragen an das zuständige Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz gerichtet:

- Wie hat sich die Zahl der Rheinland-Pfälzer in den belegten Wohnheimen entwickelt?
- Wie viele Rheinland-Pfälzer leben in Heimen außerhalb von Rheinland-Pfalz und wo sind diese Einrichtungen? Sind Ihnen die Gründe für die Belegungen außerhalb von Rheinland-Pfalz bekannt?
- Wie lange befinden sich die Menschen mit Behinderungen bereits in diesen Einrichtungen?
- Wer hat die Belegung veranlasst (Selbst, Betreuer, Angehörige, Richter, Arzt, sonstige)? Nach welcher Grundlage ist dies geschehen (PsychKG, BGB, sonstige)?
- Wie hat sich die Anzahl der Menschen mit Behinderungen in SGB XII-Einrichtungen in den letzten zehn Jahren entwickelt? Insbesondere interessiert hier auch die Anzahl der Menschen, die auf Grund ihrer Behinderung in einer Altenhilfeeinrichtung leben, aber nicht dem eigentlichen Klientel entsprechen, die zum Beispiel jünger als 65 sind?

Diese Fragen sind bis dato noch nicht beantwortet, es wurde auf die schwierige Datenauswertung verwiesen. Entsprechende Erkenntnisse könnten über trialogisch besetzte Besuchskommissionen in Heimen für psychisch Kranke eingeholt werden. Damit könnte langfristig das Aggressionspotential in den Heimen abgebaut und ein Vertrauensverhältnis entstehen, dass Zwang und Gewalt wenn nicht verhindern, so doch mindern wird.

Wie Vertrauen schaffen?

Peer-to-Peer-Beratung: In der Psychiatrie sollen seit Kurzem die Patienten als Partner verstanden und nicht mehr bevormundet werden. Diesen Wandel unterstützt der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener mit der EX-IN-Ausbildung: Psychiatrie-Erfahrene werden vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen geschult und für die gemeindenahere Psychiatrie als Genesungshelfer qualifiziert. Leider ist diese Einstellung bislang erst bei wenigen Mitarbeitenden der klinischen und der Gemeindepsychiatrie angekommen.

Peer-to-Peer-Beratung kann das Umdenken bei der Akutbehandlung einer Klinik fördern. Durch regelmäßige Besuche des Genesungshelfers kann ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Personal aufgebaut und etwa die Schließung der Türen um mehrere Tage oder gar Wochen verringert werden. Aggressionen und Zwangsmaßnahmen werden insgesamt weniger, sodass die Vision einer offenen Akutstation umsetzbar erscheint.

Behandlungsvereinbarungen: Bereits 1997 hat der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener die Bielefelder Behandlungsvereinbarung in den Landespsychiatriebeirat in Rheinland-Pfalz gebracht. Obwohl Landesärztekammer und Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen die Einführung der Vereinbarungen befürworteten, ist es zunächst nur an der Universitätsklinik in Mainz geschehen, inzwischen können auch an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der

Rheinhausen-Fachklinik Alzey sowie dem Pfalzkrinikum Klingenmünster, Kaiserslautern und Rockenhausen Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen werden.

Behandlungsvereinbarungen können einen positiven Beitrag zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen leisten, wie Untersuchungen in England nachgewiesen haben.

Psychiatrie-Erfahrene müssen sich vor der Entscheidung, eine

Behandlungsvereinbarung zu unterschreiben, mit der eigenen Erkrankung realistisch auseinandersetzen. Vor der Unterschrift muss ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und der Klinik (medizinischer Leiter, Pflegedirektion und Therapieangebote) aufgebaut werden. Nur in diesem positiven Verhältnis können medizinische, pharmakologische, pflegerische und therapeutische Angebote abgelehnt oder auch eingefordert werden.

Durch die Formulierung einer Behandlungsvereinbarung wird einer Eskalation vorgebeugt. Die häufige Fehleinschätzung von Psychiatrie-Erfahrenen, die sich als »die guten Menschen« sehen wollen und während die Professionellen die »schlechte Menschen«, die mit Zwang drohen und Macht ausüben, wird auch durch eine vorsorgliche Vereinbarung für den Fall einer Behandlung abgebaut. Psychiatrie-Erfahrene können so erfahren, warum die Pfleger und die Ärzte zu traumatischen Mitteln griffen, fixierten oder Ausgangsbeschränkungen verhängten. In der Auseinandersetzung mit der letzten traumatischen Behandlung kann mit der Klinik eine bessere Regelung für künftige Behandlungen getroffen werden. Manchmal kann schon eine Tasse Milch und ein Gespräch mit einer ausgewählten Person Spannungen abbauen und zur Umsetzung therapeutischer Maßnahmen ohne Zwang und Gewalt führen.

Auch die Klinik profitiert von der Umsetzung der Behandlungsvereinbarung. Mit der beiderseitigen Behandlungsvereinbarung kann die Qualität der klinischen Versorgung verbessert werden. Unter Qualität ist die Offenheit und Sensibilisierung des medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Personals für eine empathische Herangehensweise zu verstehen. Sie verhindert eine erneute Traumatisierung durch Zwangsmaßnahmen und reduziert damit Verweildauer und Frequenz der stationären Aufenthalte. Personalkapazitäten können zunehmend auf ambulante Versorgung verlagert werden.

Ein Schritt in die richtige Richtung wäre, wenn die Kliniken ihre Statistiken über Zwangseinweisungen, Zwangsmaßnahmen, Todesfälle usw. veröffentlichen würden und die psychiatrischen Heime ihre Klienten motivieren würden, Behandlungsvereinbarungen mit der zuständigen Klinik abzuschließen.

Mehr Transparenz

Ziel des LVPE RLP e.V ist es, eine qualitative und transparente, gemeindenahere Psychiatrie in Rheinland-Pfalz aufzubauen, in der das Thema Zwang und Gewalt offen diskutiert und analysiert wird. Voraussetzung ist die Transparenz der Strukturen sowie der ablaufenden Prozesse. Dazu gehört auch die Aufarbeitung der Heimstrukturen und der in den Heimen angewandten Zwangsmaßnahmen. Neben der Eingrenzung der Zahl geschlossener Heime und der Konzipierung eines auf Wiedereingliederung konzentrierten geschlossenen Heimangebots gehört auch die

Ambulantisierung von Heimstrukturen auf die Agenda. Ziel der Aufarbeitung von Heimstrukturen ist es, Kommunikation auf Augenhöhe zu realisieren, sowie Gewalt und Menschenrechtsverletzungen zu vermeiden. Hierzu gehört auch die sozialversicherungspflichtige Anstellung von psychiatrie-erfahrenen EN-IN-Mitarbeitern nicht nur in stationäre Angebote, sondern auch in ambulanten Angeboten.

Franz-Josef Wagner ist Vorsitzender des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz.