

## Die Zwänge der Psychiatrie

Drei Chefärzte und zwei Pflegekräfte über Fixierung  
und Isolierung von Patienten im Klinikalltag



Klinikteams, die lieber Patienten fixieren, anstatt mit ihnen zu reden? Gegen solche Vorwürfe nehmen drei Psychiater und zwei Pfleger Stellung. Archivfoto: dpa

**DARMSTADT.** Isoliert, fixiert, verwahrt: Der Greifswalder Psychiater Volkmar Aderhold kritisiert immer wieder, dass Psychiatriepatienten häufig Zwangsmaßnahmen ausgesetzt sind – weil das System versagt. Drei Psychiater aus Südhessen empfinden die Kritik als „Stigmatisierung der Psychiatrie“. Gemeinsam mit zwei Pflegemitarbeitern geben sie Einblicke in ihre Arbeit.

**Wie häufig sind Zwangsmaßnahmen in Kliniken?**

„Aggressivität als Phänomen ist in der Psychiatrie nichts seltenes, aber Aggressivität, der mit Zwangsmaßnahmen begegnet werden muss, das ist eher selten“, sagt Chefarzt Professor Dr. Thomas Wobrock vom Zentrum für seelische Gesundheit in Groß-Umstadt. „Es sind allenfalls fünf Prozent, bei denen Zwang oder Fixierung zum Einsatz kommen“, sagt Dr. Harald Scherk, Klinikdirektor des Vitos Philipphospitals Riedstadt.

**Warum müssen Patienten fixiert oder isoliert werden?**

**AUSREICHEND PERSONAL UND RÜCKZUGSRÄUME**

► Seit September gibt es eine **medizinische Leitlinie** zur „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“.

► Ein Kapitel widmet sich der **Gewaltprävention**: Expertenkonsens ist, dass eine quantitativ und qualitativ ausreichende **Personalausstattung** unverzichtbar ist für die Vermeidung von Gewalt und Zwang. Konsens ist auch, dass die **Behandlung** so gestaltet wird, dass die **Einschränkung der Bewegungsfreiheit** der psychisch Kranken möglichst gering ist. „Durchgängig oder zeitweise **offene Türen** können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten“, heißt es in der Leitlinie. Empfohlen werden auch teambezogene **Schulungsmaßnahmen** wie Deeskalations-

„Wenn jemand Gegenstände zerstört, sich selbst, Patienten oder Mitarbeiter gefährdet, die Aggression um sich greift“ – und die Situation nicht mehr anders kontrolliert werden kann, dann wird fixiert, erklärt Wobrock.

**Was ist mit den Freiheitsrechten?**

„Aus meiner Sicht werden Freiheitsrechte nirgendwo so sorgfältig beachtet und juristisch kontrolliert wie in psychiatrischen Kliniken“, sagt Professor Dr. Martin Hambrecht, Chefarzt an der Klinik für Psychiatrie des Agaplesion Elisabethenstift in Darmstadt. Durch die richterlichen Urteile zu Zwangsbehandlung und Fixierung sei dieses Alleinstellungsmerkmal noch verstärkt worden. „Der resultierende Dokumentations- und Diskussionsaufwand ist enorm“, so Hambrecht. „Wir leisten ihn ohne Murren.“

**Warum kommt es im Stationsalltag zu Gewalt?**

„Häufig sind Drogen im Spiel“, sagt Hambrecht. Auch dissoziale Aspekte spielen

und Abwehrtechniken und die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen.

► Ein Instrument, das in den drei Kliniken in Darmstadt, Riedstadt und Groß-Umstadt bereits eingesetzt wird, sind **Behandlungsvereinbarungen** zwischen Behandelnden und Patienten. Dazu zählen Absprachen, etwa zur Medikamenteneinnahme, zu Deeskalations- und Zwangsmaßnahmen oder auch zur Einschaltung von externen Vertrauenspersonen.

► Um **Zwangsmaßnahmen** zu reduzieren, sehen die Leitlinien **Nachbesprechungen** vor. „Den Patienten sollen zudem als **Alternativen** zur Isolierung **Rückzugsräume** mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden.“ (ine)

eine Rolle, problematisch seien destruktive Persönlichkeiten, Menschen, die unfähig zu Empathie sind. „Häufig ist das auch ein Mischbild“, so der Psychiater. Demenzpatienten könnten auch gefährlich werden. Ein Problem seien auch traumatisierte Flüchtlinge: „Wer eine Odyssee an Gewalterfahrung auf der Flucht gemacht hat, kein Deutsch spricht, keine klare Perspektive hat und dann noch mit Drogen in Kontakt kommt, der befindet sich in einem Ausnahmezustand“, erläutert Wobrock.

„*Es sind allenfalls fünf Prozent, bei denen Zwang oder Fixierung zum Einsatz kommen.*“

Harald Scherk, Vitos Riedstadt

**Gibt es Situationen, in denen es besonders häufig zu Gewaltausbrüchen kommt?**

„Bei einem knappen Drittel der körperlichen Konflikte in der Psychiatrie geht es um einen Streit der Patienten untereinander“, sagt Gernot Walter, leitende Pflegekraft in Groß-Umstadt. Im Stationsalltag sei es häufig die Medikamenteneinnahme, um die sich ein Streit entzündet, erläutert Hambrecht. Häufig seien die Mitarbeiter die Zielscheibe von verbaler Gewalt und körperlichen Attacken.

**Wie schafft man es, solche Attacken nicht persönlich zu nehmen?**

„Wenn die Aggression aus einer Krankheit des Patienten heraus entstanden ist, dann können wir das meist gut annehmen und entschuldigen. Wenn es aus Absicht geschieht, aus Frustration oder anderen Motiven heraus, dann wird es schwerer – wenn wir etwa stellvertretend für einen missglückten Lebensentwurf gesehen werden“, sagt Kreisklinik-Chefarzt Thomas Wobrock.

**Wie reagiert man als Pfleger, wenn Patienten aggressiv werden?**

„Vor 25 Jahren hat sich ein ganzer Pulk auf so einen Patienten gestürzt, um ihn ruhigzustellen“, sagt Gernot Walter. „Das war für alle Beteiligten schwer traumatisierend und oft auch mit Verletzungen verbunden.“ Heute versuche man, mit Worten, aber auch nonverbal, mit Gestik und Mimik, auf den Patienten einzuwirken. Dies gelinge umso besser, wenn man den Patienten gut kenne. Dringe man trotz allem nicht zu ihm durch,

„kann es notwendig sein, dass ich Hand anlege, den Körperkontakt suche, bis der Patient seine Selbstkontrolle wieder hat“, erzählt er. Im Deeskalationstraining bekommen Mitarbeiter unter anderem beigebracht, welche Griffe es gibt, die nicht verletzen. „Das mag jetzt komisch klingen, aber ich versuche, durch den Körperkontakt beim Festhalten Zuwendung oder Vertrauen auszudrücken.“

**Steckt man Gewaltverfahren im Klinikalltag einfach so weg?**

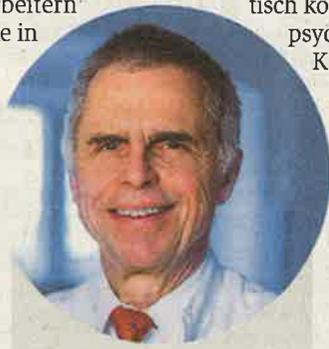
„Sprache ist ein Kommunikationsmittel in der Psychiatrie. Wenn wir die Menschen mit Sprache nicht erreichen, dann ist das nur ganz schwer auszuhalten“, sagt

Pfleger Heiko Heller vom Elisabethenstift. Nachbesprechungen mit den Mitarbeitern nach kritischen Situationen sind vorgeschrieben. Kollegiale Ersthelfer beraten und unterstützen, die Berufsgenossenchaften vermitteln bei Bedarf traumatherapeutische Psychotherapeuten, bei Deeskalationskursen lernen Mitarbeiter, die Körpersignale von Patienten besser zu verstehen, und

sie bekommen Strategien an die Hand, um ein möglichst gewaltfreies Klima zu schaffen.

**Trauen sich die Mitarbeiter denn, offen über ihre Probleme zu sprechen?**

„Ich bin froh, dass die Mitarbeiter so mutig sind“, sagt Heller. „Bei uns auf der Akutstation fangen die Teams zum Beispiel eine Viertelstunde früher an, es ist so eine Art Befindlichkeitsrunde, in der sie die Möglichkeit haben, darüber zu sprechen, wie es ihnen geht – damit die Kollegen Rücksicht drauf nehmen können.“



**Professor Dr. Martin Hambrecht ist Chefarzt am Elisabethenstift.**  
Foto: Elisabethenstift



**Professor Dr. Thomas Wobrock ist Chefarzt an der Kreisklinik in Groß-Umstadt.**  
Foto: Kreiskliniken



**Dr. Harald Scherk ist Klinikdirektor des Vitos Philipphospitals in Riedstadt.**  
Foto: Vitos

**Was muss sich ändern, damit psychiatrische Kliniken ohne Zwangsmaßnahmen auskommen?**

„Ein Paradigmenwechsel ist meiner Meinung nach da, aber die Umsetzung braucht Zeit“, sagt Gernot Walter. Auch die Politik sei gefragt, es brauche Geldgeber, mehr Räume, um kleine Einheiten schaffen zu können, und „mehr Ressourcen für das Personal“, so sein Kollege Heiko Heller vom Elisabethenstift.

In Riedstadt wird gerade ein Neubau geplant. „Unsere Idee ist, Akutpatienten auf alle Stationen zu verteilen“, sagt Harald Scherk. Dadurch könne sich das Klima auf den Stationen verändern und viel Aggressivität verhindert werden.

„Wir brauchen einen Freibeereich, um rausgehen zu können, Platz zu haben, das ist auch deeskalierend“, sagt Martin Hambrecht. Doch es gehe nicht nur um Gebäude. Letztlich sei der Faktor Mensch entscheidend, die „Kultur im Haus“.

Sein Kollege Thomas Wobrock würde sich wünschen, dass es für die Weiterbehandlung von Patienten mit besonders schweren Erkrankungen Behandlungsmöglichkeiten in geschützten Räumen außerhalb der Akutpsychiatrie gibt, wo diese Patienten vernünftig und intensiv weiterbehandelt werden und wo die Patienten langfristig gut aufgehoben sind.